

## SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

### CONGENITAL SYPHILIS AND SYPHILIS DURING PREGNACY: DIAGNOSIS AND TREATMENT

**Amanda Bateli Hedjazi Schust<sup>1</sup>; Yasmyn Domingues Suezawa<sup>1</sup>; Perceli Gomes Elias<sup>2</sup>; Andréia Aparecida Barbosa<sup>2</sup>; Bruno Anjos Blanco<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Curso de Graduação em Farmácia. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR-UNISEPE). Registro, SP.

<sup>2</sup>Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR-UNISEPE). Registro, SP.

#### RESUMO

Este artigo tem por fundamento analisar os índices de aumento dos casos de pessoas, principalmente no caso das gestantes que são infectadas pela Sífilis Congênita, e em muitos casos são diagnosticados após o nascimento do bebê, devido as falhas ocorrentes no processo de diagnóstico e tratamento. Nesse aspecto, o texto contém abordagens de duas pesquisas recentes sobre contextualizada por Araújo(2012) e a outra pesquisa pela médica da Sociedade Brasileira de Pediatria: Guinsburg(2010), na qual apontam os fatores mais prejudiciais dessa doença. Dessa forma, a crescente incidência da Sífilis Congênita no Brasil ainda é um fator preocupante pela Secretaria da Saúde, porém não é eficaz, contanto, entende-se que o meio de reduzir esses índices é com o incentivo a promoção e prevenção da saúde, podendo conscientizar as pessoas antes mesmo do seu contágio.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita – Diagnóstico - Políticas Publicas de Saúde - Prevenção. Tratamento

#### INTRODUÇÃO

Esse estudo tem por finalidade abordar sobre a doença Sífilis e mais especificamente, sobre a um tipo de Sífilis que é pouco discutido, que é a Sífilis Congênita, relatando seus sintomas, como é diagnosticado e as formas de tratamento.

Foi discutido a importância de uma abordagem geral sobre a Sífilis, num evento: VIII- EIPC-Encontro Internacional de Produção Científica realizado pela instituição Cesumar-Centro Universitário do Maringá-PR, Na qual os pesquisadores, destacamos aqui as autoras Silva e Bonafé (2013) que relataram sobre as caracterização que causa essa doença, as lesões, os órgãos afetados, na qual mostraram em sua pesquisa desenvolvida as abordagens

bibliográficas por Contreras(2008) e Avelleira (2006) como base fundamental da sua conceituação teórica.

Este estudo bibliográfico apresenta a pesquisa realizada por Araújo (2012, p.2), de acordo com os seguintes dados apurados aponta que:

As Mulheres no estado de Santa Catarina, na qual catalogou uma estimativa de que cerca de 50 mil brasileiras teriam sífilis gestacional e considerando a elevada taxa de transmissão vertical (30% a 100%),14 mais de 15 mil crianças poderiam ter a forma congênita. Apesar das altas taxas de incidência obtidas com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), estima-se no Brasil um sub-registro em torno de 67%.11,14 Estudos realizados em unidades hospitalares têm apontado incidências de SC entre 9,9 e 22/1.000 nv.10.

Dessa forma, realizamos nesse estudo a importância da conscientização dessa doença, na qual avaliamos conforme os dados coletados que o índice de aumento da Sífilis Congênita é muito preocupante e por isso, precisa –se mais atenção por parte dos profissionais que atuam na área da saúde.

Pensando assim, vê-se que seria uma possibilidade de treinar ou preparar os Agente Comunitários da Saúde para quando forem fazer as visitas, expliquem para as pessoas os cuidados sobre como se prevenir para não contrair essa doença.

Segundo os dados obtidos pela pesquisa de Araújo (2012), mostra que: há tendência de aumento das notificações de sífilis congênita no Brasil, com desigualdades sociais na distribuição dos casos. Observou-se que uma associação negativa entre a incidência de sífilis congênita em municípios com altas coberturas da Saúde da Família; mas, após controle de covariáveis, esse efeito pode ser atribuível à cobertura de pré-natal e a características demográficas dos municípios nos quais essa Estratégia foi prioritariamente implantada.

Nesse aspecto, Araújo (2012) analisou por meio de sua pesquisa de campo e documental que o motivo do aumento dos casos de sífilis congênita no Brasil é devido a política de saúde brasileira que especificamente da Sífilis Congênita inclui um Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, na qual foi publicado em 2007, definindo assim algumas ações e metas necessárias para melhoria do controle dessa doença. No que tange à organização da APS, desde 1994 o Ministério da Saúde tem priorizado a Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecimento desse nível de atenção.

Vê-se que conforme sua pesquisa houve um aumento da cobertura de ESF e de ações básicas como por exemplo: o atendimento pré-natal, seria esperado um melhor controle da transmissão vertical da sífilis, mas sabe-se que são escassos os estudos de base nacional que analisem a associação entre a incidência da Sífilis Congênita e a expansão de cobertura da ESF. Na qual, por meio deste trabalho teve por objetivo estimar a incidência da Sífilis Congênita e identificar sua relação com a cobertura da ESF.

## **SIFILIS: CONCEITO E CONTEXTO**

Primeiramente vamos entender seu significado e origem para facilitar o entendimento e surgimento dessa doença.

Segundo o colunista, Pinheiro (2015, s/p) em seu artigo publicado no site MD Saúde, esclarece que:

A sífilis é uma DST (doença sexualmente transmissível) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, cujo sintoma mais comum é uma úlcera indolor na região genital. Na era pré -antibióticos, a sífilis era uma doença crônica, prolongada, dolorosa e que em fases avançadas acometia todos os sistemas do organismo, sendo extremamente temida e muito estigmatizada.

Em seu contexto histórico, sabe-se que a sífilis é uma doença que existe a mais de 500 anos, tendo seus primeiros relatos na Europa, e logo após o século XVIII, ela foi considerada um castigo pelo mau comportamento, numa análise puramente preconceituosa e até mesmo excludente, na qual os doentes eram responsáveis pelos seus atos e pelas doenças que adquiriam (CARRARA,1996).

Sendo assim, a luta contra a sífilis e outras doenças venéreas deu seu início entre 1899 e 1902 em Bruxelas, mostrando um trabalho de conscientização para sociedade, propondo medidas coletivas e sociais, atuando com intervenções em instituições e favorecendo mudanças sociais e culturais devido ao fato de se tratar de uma doença incurável naquele momento (FELDMANN, 2008).

Conforme um estudo realizado em residência médica pelo Hospital Federal dos Servidores Públicos, no Rio de Janeiro, a sífilis, também chamada de Lues, foi descrita pela primeira vez há aproximadamente 500 anos. Durante estes séculos sua importância foi destacada não só pela alta incidência como pelo aparecimento de formas graves, más formações produzidas nos recém-nascidos e sua grande mortalidade (RIEKHER, BASTISTA, SILVA, 2015).

Segundo Riekher, Batista e Silva (2015, s/p) ressaltam que:

O conceito de transmissão sexual e trans-placentária apareceu por volta de 1850. Nesta época a sua disseminação se dava quase que exclusivamente por estas formas, em regiões onde o sexo era usado como moeda. Foi atribuído à promiscuidade o maior número de contaminados. Com a descoberta da penicilina, o tratamento da sífilis levou a uma queda abrupta da incidência tanto da forma adquirida quanto da congênita. Na década de 60 chegou-se a prever a sua erradicação até o final dos anos 80.

Entretanto, somente a partir de 1986, nos EUA, observou-se um recrudescimento na incidência de sífilis em mulheres na idade fértil e, portanto um aumento dos casos de sífilis congênita. No Brasil e América Latina este aumento foi notado um pouco mais tarde, por volta de 1990. Este fato foi atribuído a problemas sociais como a pobreza e a promiscuidade, uso de drogas e por ter se tornado o sexo, moeda de troca dos viciados em crack e cocaína, para conseguirem a droga. Com a adoção de medidas de controle epidemiológico, as mesmas usadas no controle da AIDS, hepatite B e outras, a incidência já estava estabilizada na América do Norte em 1995. Nos países da América Latina ainda não se obteve este controle (RIEKHER, BASTISTA, SILVA, 2015).

Em seu discurso de abertura da Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, o sífilógrafo Joaquim Mota deixava muito claro que aquele encontro tinha um “caráter patriótico”, pois, sob os auspícios do Estado Novo, tinha como objetivo “salvaguardar o futuro da raça brasileira”, de “formar em bases eugênicas o brasileiro de amanhã”, de “combater os males que desvalorizam o homem, que se perpetuam através de gerações, criando as degenerescências e o abastardamento da raça” (CARRARA, 1996, p.69).

Já em meados do século XIX, em seu tratado sobre o clima e as moléstias do Brasil, o eminente médico francês radicado no Rio, José Francisco Xavier Sigaud, dizia que “a sífilis existiu em todas as épocas no país e é hoje doença predominante” (ARAÚJO, 2012, p. 77).

Segundo Feldmann (2008) aponta que: “a desigualdade social, política e administrativa dos municípios e estados são o grande reflexo da alta demanda dessa doença, devido à falta de investimento para prevenção e conscientização com intuito de reduzir os índices de desenvolvimento dessa doença.”

Mas sabe-se que devido à má assistência política e as péssimas diretrizes nos postos de atendimento à saúde pública, as manifestações da sífilis na mulher em período de gestação é um índice crescente em muitos lugares ainda.

Em artigo publicado na Gazeta Médica da Bahia em 1871, diz-se que para “se conhecer a extensão que desgraçadamente vai ganhando o elemento sífilítico entre nós”, bastava olhar as estatísticas dos hospitais, pois, no período de 1861 a 1866, mais de um terço dos doentes internados nas enfermarias de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro seria de portadores de doenças venéreas (CARRARA,1996, p.78).

Conforme Araújo (2012, p. 481) apresentou no seu método de investigação para analisar o índice de desenvolvimento e aumento da Sífilis Congênita no Brasil, ressaltou que:

em seu estudo ecológico observacional, com componentes descritivos e analíticos, utilizando dados secundários disponibilizados pelo *Datasus*, pode analisar com base em duas abordagens metodológicas: 1) estudo de séries temporais (2003 a 2008) visando à: a) descrição de tendências de indicadores associados à Sífilis Congênita; e b) análise de associações entre a incidência de Sífilis Congênita e cobertura de ESF, com base em variações ao longo do tempo; 2) estudo ecológico com base em dados de 2008, visando à: a) descrição do perfil dos casos de SC e SG notificados no Brasil e o perfil de acesso ao pré-natal nesse mesmo ano; e b) análise de regressão binomial sobre a associação entre a incidência de SC e variáveis como cobertura de ESF, cobertura de pré-natal e características sociodemográficas dos municípios de um subgrupo selecionado.

Dessa forma, os dados obtidos numa pesquisa de Araújo (2012) desenvolvida em 2008, também foram analisadas, em subgrupos de municípios brasileiros, pelas as associações entre a taxa de incidência de Sífilis Congênita (Sinan) e cobertura da ESF (SCNES), por meio de regressão binomial negativa, em um modelo linear generalizado com função de ligação logarítmica.

Nesse aspecto, o controle de fatores de confundimento incluiu a cobertura de pré-natal com quatro ou mais consultas (Sinasc), proporção de população negra (obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e porte populacional dos municípios.

E por meio dessas variáveis foram identificadas com base em sua revisão bibliográfica sobre fatores associados à Sífilis Congênita, dentre 1,12,15,16 selecionando, entre aquelas com dados disponíveis, as mais significativas, por meio de gráficos de resíduos deviance e teste da razão de verossimilhança, na qual essas análises estatísticas foram realizadas nos programas SPSS e SAS 9.2. (ARAUJO,2012, p.481)

Conforme mostra a variação das taxas de incidência de sífilis congênita entre subgrupos de diferentes estratos de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2003-2008.

Estratos de Cobertura da Saúde da Família	Nº de municípios	Taxa de incidência 2003	Taxa de incidência 2008	pp	%	Subgrupo
I < 50%	169	3,57	3,34	-0,23	-6,52	50%
50% Total	271	4,18	2,73	-1,44	-34,55	
Subgrupo II < 20%	66	4,12	3,52	-0,60	-14,59	20%  – 50%
20%  – 50%	36	3,34	3,63	0,29	8,68	50%  – 70%
50%  – 70%	18	6,06	3,41	-2,66	-43,80	70%
70% Total	166	3,91	2,45	-1,46	-37,35	
Total	286					

Fonte: Datasus, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.(ARAUJO,2012,p.482)

Diante dos dados apurados por Araújo (2012, p.483), ressalta que o resultado da pesquisa apontou que houve uma redução de (0,23% a.a) do índice de Sífilis Congênita, no estrato de 50% ou mais de cobertura da ESF, em que 65,3% da variação da taxa poderiam ser atribuídos à cobertura ESF.

Mostrando que a preocupação com a conscientização e o acesso a informação ajuda para que a pessoa procure o tratamento com antecedência, e até mesmo no caso de pessoas que por reconhecerem os sintomas, busquem atendimento médico para solicitar os exames específicos para melhor esclarecimento da doença e sendo assim, tratar-se.

## O QUE É SÍFILIS CONGÊNITA?

Nesse capítulo será discutido mais sobre a caracterização desse tipo de Sífilis, isto é a Congênita, dentre os quais, na qual Contreras (2008) afirma que:

Caracteriza-se por lesões localizadas em pele e mucosas, sistema cardiovascular nervoso. Geralmente as lesões terciárias formam granulomas destrutivos com ausência de treponemas. Ossos, fígado e músculos também podem ser acometidos. As lesões são solitárias, endurecidas, assimétricas, com bordas bem marcadas com tendência à cura central.

Compreende-se que dentre seus aspectos clínicos e epidemiológicos, a Sífilis

Congênita ela é adquirida, por isso é considerada uma doença infecto- contagiosa e por isso sistêmica, de evolução crônica com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por espiroqueta.

Segundo relatado no site da Secretaria da Saúde (2015, s/p), ela acontece de forma transmitida, adquirida sexualmente, na área genital, em quase todos os casos. O contágio extragenital é raro. No caso da Sífilis congênita, há infecção fetal por via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez. Entretanto, a transmissão não sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental.

Sabe –se que a Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical) (SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2008). Geralmente, é mais agressiva na fase inicial da gestação, o que leva o bebe a uma maior exposição ao treponema. A contaminação do feto pode ocasionar aborto, óbito fetal e morte neonatal (ARAÚJO, 2012).

Essa pesquisa de Araújo (2012), mostra que são aproximadamente 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento. Este quadro pode se estabelecer antes dos 2 anos (sífilis congênita precoce) ou depois dos 2 anos (sífilis congênita tardia).

Dentre os principais sintomas são: lesões cutâneo-mucosas (exantema maculoso) principalmente na face e extremidades, lesões bolhosas, fissuras periorais e anais. Na sífilis congênita tardia as lesões são irreversíveis caracterizadas por: fronte olímpica, palato em ogiva, tibia em sabre, dentes de Hutchinson e molares em amora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Entende-se que na Sífilis Congênita, segundo Araújo (2012, p.2) afirma que está presente em “um terço das gestações em mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de SC.”

Nesse aspecto, Riekher, Batista e Silva (2015, s/p) apontam o seguinte dado:

Nas gestantes é mais dramático pela possível e inaceitável ocorrência da sífilis congênita nos dias de hoje, onde o rastreamento sorológico obrigatório no acompanhamento pré-natal, o tratamento e a prevenção adequados são perfeitamente capazes de evitar a infecção do conceito e a reinfecção materna. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença.

Nesse aspecto, vê-se que a Sífilis Congênita nas gestantes apresentam um grande risco na sua transmissão, passando das fases primárias para secundárias, quando não tratada a tempo. Sabe-se portanto, que a sífilis congênita pode ser transmitida exatamente na hora do parto, ocasionando possíveis lesões genitais maternas que também contaminam. É importante lembrar que a sífilis congênita não tem possibilidade de transmissão pelo leite materno.

A incidência tem aumentado muito devido alguns principais fatores de risco, dentre os quais os mais mencionados são: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, promiscuidade sexual e inadequada assistência ao pré-natal (ARAÚJO, 2012).

## **DIAGNOSTICO E TRATAMENTO**

Entende-se que o ideal para realizar o diagnóstico da Sífilis Congênita, seria identificar primeiramente os cinco grupos de pacientes:

- 1) Mães infectadas e recém-nascidos infectados, com sinais clínicos da infecção;
- 2) Mães infectadas e recém-nascidos infectados sem sinais clínicos da infecção;
- 3) Mães infectadas e recém-nascidos não infectados;
- 4) Mães soronegativas infectadas e recém-nascidos infectados, mas sem sinais clínicos da infecção;
- 5) Mães não infectadas (GUINSBURG, 2010, p.5)

Segundo Guinsburg (2010, p.5) ressaltam que existe uma dificuldade para apresentar o diagnóstico da infecção em crianças assintomáticas, na qual a orientação que vem sendo adotada no Brasil e em vários países desenvolvidos, como os Estados Unidos, é a de empregar critérios diagnósticos de alta sensibilidade, mas de baixa especificidade, no sentido de que qualquer recém-nascido potencialmente infectado e sua mãe sejam abordados durante a época em que ambos tem acesso ao serviço de saúde, ou seja, o período peri-partal e o período neonatal imediato.

Outro ponto muito discutido do tratamento da pessoa infectada por Sífilis Congênita está basicamente mencionada na prescrição medicamentosa, na qual seu tratamento só é possível com o uso da penicilina, principalmente nesse caso, dentre qual cita Guinsburg (2010, p.6) que “a penicilina é um bactericida, desde que utilizada em doses e intervalos adequados”.

Segundo Guinsburg (2010): essa droga impede que as enzimas catalisadoras da formação de precursores da parede celular atuem. Com isso, não há restauração da parede, que é submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo.

Quando se fala em tratamento da sífilis congênita, deve-se lembrar que a terapêutica da gestante com penicilina no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. Após esta fase, trata o conceito também (GUINSBURG,2010).

Conforme Guinsburg (2010, p.7), ressalta que:

Em casos, de alergia materna a penicilina, o uso de drogas alternativas, como a eritromicina, não tratará a infecção fetal, existindo poucos estudos a respeito de drogas alternativas, como o ceftriaxone e a azitromicina, em gestantes lúéticas.

Dessa forma, vê-se que em alguns casos, nos quais o diagnóstico é baseado em critérios epidemiológicos e clínico-laboratoriais, pode ocorrer falhas no resultado, por isso, é preciso persistir nos exames, permitindo assim traçar uma linha divisória entre pacientes infectados e não infectados (GUINSBURG, 2010).

Neste contexto, os critérios diagnósticos para a sífilis congênita podem ser sumarizados, segundo a orientação dada em 1988 pelo *Centers for Disease Control* e adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1990 e ratificadas em 2004, de acordo com os seguintes parâmetros:

A. Sífilis Congênita Confirmada: isolamento do *Treponema pallidum* em material de lesão, placenta, cordão umbilical ou material de necropsia através de exame em microscópio de campo escuro, histologia ou por teste de infectividade em coelhos. B. Sífilis Congênita Provável: B1 Recém-nascido, independentemente das manifestações clínicas e laboratoriais, cuja mãe é soropositiva para sífilis (teste não treponêmico positivo em qualquer titulação) e: • Não recebeu tratamento para sífilis durante a gestação; • Recebeu tratamento incompleto com penicilina durante a gestação; • Recebeu tratamento para sífilis com penicilina nos últimos 30 dias antes do parto • Foi tratada com outras drogas que não a penicilina, durante a gestação (GUINSBURG, 2010,p.5).

Sabe-se que é exatamente nessa fase que se a gestante sentir alergia à penicilina, que pode-se muito ser trocado por medicamentos alternativos, como a eritromicina, porém ela não tratará a infecção fetal, mas até o momento, não se sabe de outras tentativas nem estudos que apresentam o mesmo efeito no tratamento como o da penicilina.

Conforme os estudos da médica Guinsburg (2010, p.7) apresenta que:

A eritromicina apresenta uma passagem transplacentária errática e a sua utilização na grávida com diagnóstico de sífilis deve ser desencorajada. O uso de azitromicina em gestantes apresenta resultados diversos, mas, vale ressaltar que estudos realizados nos EUA e Canadá indicam o desenvolvimento de desenvolvimento de mutação em genes do RNA ribossômico do *Treponema pallidum*, que pode ser responsável pelo aparecimento de casos notificados de resistência da bactéria à azitromicina, relatados especialmente em homens que mantêm relações sexuais com outros homens. Além disso, relato chinês de cinco gestantes alérgicas à penicilina, tratadas com 1-10 doses de 1g azitromicina à época do diagnóstico e três delas retratadas após 28 dias, mostrou que todos os recém-nascidos apresentaram quadro clínico evidente de sífilis congênita e sorologia positiva para a infecção.

Por isso, a incidência de mortes de pacientes que são diagnosticados com Sífilis é crescente, principalmente no Brasil, onde as pesquisas para um tratamento leva-se muitos anos para aprovação, testes até chegar a direito público.

## **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Diante do artigo apresentado no Diário Oficial da República Federativa cita que a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL,1986) na qual sua investigação pode ser desencadeada nas seguintes fatores:

- Todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério,
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e /ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2005, p.23).

Segundo ressalta Guinsburg (2010, p.13) que a melhor prevenção da sífilis congênita é feita pelo tratamento adequado da gestante sífilítica e de seu parceiro, o que implica a necessidade, em termos amplos, de uma boa assistência médica à população e, em termos mais restritos, de garantir o acesso e frequência indispensável ao cuidado pré-natal.

Dessa forma, é notável que se o desenvolvimento de exames fossem mais rápidos para dar-se o diagnóstico da sífilis, no caso, das gestantes que podem ser atendidas no pré-

natal, poderia se diminuir muito a incidência da infecção congênita em localidades menos favorecidas, e até mesmo negligenciadas pela falta de recursos públicos, cuja população tem pouco acesso aos serviços de saúde.

Nesse aspecto, observa-se que a Organização Mundial de Saúde, em 2005, apresentado por Guinsburg (2010, p.17) identificou 4 pilares para propor um plano de ação para a erradicação da sífilis congênita:

- Pilar 1: Garantir uma política governamental com programa bem estabelecidos para eliminação da sífilis na gestante.
- Pilar 2: Aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde que atendem mulheres e crianças.
- Pilar 3: Identificar e tratar todas as gestantes portadoras de sífilis e seus parceiros.
- Pilar 4: Estabelecer vigilância, monitoração e avaliação do sistema de saúde.

Nesse aspecto, é importante notar que um dos meios de medidas para prevenção da Sífilis Congênita é a conscientização, orientação e pré-diagnóstico para que quanto cedo iniciar o tratamento a possibilidade de risco de morte é menor.

Dentre algumas orientações, principalmente para as gestantes, o Ministério da Saúde, através das Diretrizes do Controle da Sífilis Congênita/Programa Nacional de DST/Aids:

- Enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, e mais especificamente quanto à sífilis
- Prática de sexo protegido (uso regular de preservativos-masculino ou feminino) (BRASIL, 2005, p.27)

Em casos da doença ser diagnosticada antes da gravidez, as mulheres devem ser orientadas a realizar o VDRL nas consultas dentre de ações de saúde sexual e reprodutiva ou nas consultas ginecológicas, que se manifestem a intenção de engravidar, devendo-se também incluir esse tipo de orientação também as consultas de prevenção do câncer de colo do útero e de mama.

Conforme a pesquisa de Guinsburg (2010, p.2) mostra que:

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2005, estima-se que, dos 2 milhões de gravidezes em mulheres com sífilis em atividade, 25% resultem em óbito e outros 25% em recém-nascidos de baixo peso ou em infecção neonatal grave, ambos associados à mortalidade neonatal.

No que implica que “as estimativas publicadas no ano 2000, a sífilis congênita é responsável por 1,3% das mortes de crianças menores do que 5 anos” (GUINSBURG,2010, p.2).

Guinsburg (2010, p.2) crítica portanto, as ações equivocadas do Programa Nacional de Saúde, relatando que: quanto a aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos de uma doença que deveria não mais ocorrer nos recém-nascidos brasileiros, como no caso, a sífilis congênita.

Que propõe como processo fundamental “Tratar de uma infecção congênita modelar, no sentido de que existem métodos de prevenção efetivos, com custo benefício amplamente positivos, desde que a assistência pré-natal à gestante tenha cobertura e qualidade adequadas” (GUINSBURG,2010).

Dessa forma, vê-se que o ministério da saúde, em seu Programa Nacional de DST/Aids apresenta quatro critérios importantes para que se mantenha o controle da erradicação da Sífilis Congênita, na qual, propõe que a ação preventiva pode reduzir o índice de pacientes contaminados com essa doença.

Primeiro critério:

Que toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidencia clínica para sífilis e / ou com sorologia não treponemica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponemico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (BRASIL,2005, p.23)

Apresenta como segundo critério de cuidados e prevenção a seguinte situação, no caso de individuo com menos de 13 anos de idade:

Titulações ascendentes (testes não-treponemicos); e /ou testes não treponemicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e /ou testes treponemicos reagentes após 18 meses de idade; e /ou títulos em teste não-treponemico maiores do que os da mãe (BRASIL, 2005, p.24)

Já no terceiro critério é indicado para: todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponemico reagente e evidencia clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2005, p.25)

Vemos que no quarto critério já se encontra a evidencia da infecção pela bactéria *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e /ou em amostras da lesão, na qual só é

possível analisar por meio de exames microbiológicos para biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto (BRASIL, 2005, p.26)

Observa-se que a divisão por critérios é uma forma de analisar quais casos estão em níveis mais graves e /ou menos graves, facilitando a urgência do diagnóstico e tratamento dos pacientes já contraídos pela doença.

Entretanto, além das ações preventivas é importante que o tratamento após diagnosticado a doença seja feito de forma eficaz, evitando equívocos em relação ao uso do medicamento e outros cuidados, pois nota –se que segundo o Ministério da Saúde e de Vigilância e Prevenção de DST/Aids (Brasil, 2005, p.32) ressaltando que cerca 14% das gestantes podem apresentar falência no tratamento, com conseqüente risco de interrupção da gravidez ou nascimento de crianças com sífilis congênita:

Dentre alguns fatores importantes que implicam na falência terapêutica desse tratamento são: co-infecção sífilis-HIV; os estágios precoces da sífilis; altos títulos de VDRL no momento do tratamento e parto; parto prematuro (36 semanas); severidade da doença fetal: hidropsia, hepatomegalia, placentomegalia, ascite e elevação das transaminases fetais; tratamento após 24 semanas; esquema terapêutico reduzido: sendo um dose de penicilina benzatina em casos de sífilis precoce.

Nesse aspecto, as ações preventivas só se mostram eficaz quando há apoio e participação ativa de ambos, tanto do especialista, o médico em questão, quanto do paciente que precisa tomar os devidos cuidados ao realizar o tratamento, pois caso, contrário, pode ocasionar falha e a situação do paciente agravar severamente.

Guinsburg (2010, p.4) ainda ressalta em sua pesquisa que dentre os problemas relacionados à sífilis congênita e ao atendimento pré-natal, destacam-se os seguintes: anamnese inadequada; sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); interpretação inadequada da sorologia para sífilis; falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos; falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica, entre outros.

É importante frisar que a sífilis congênita é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o cuidado pré-natal, sendo a triagem para presença da infecção materna altamente efetiva, mesmo em locais de baixa prevalência de sífilis na população.

Entende-se portanto, que se há possibilidade de tratamento pode-se sim reduzir os índices de aumento de casos de Sífilis Congênita, por isso, não é visto como desculpa os problemas citados por muitos autores de que os fatores primordiais que impactam para sua

definição seja os descasos socioeconômicos da sociedade, pois o tratamento é feito por meio de atendimento em postos de saúde( órgãos públicos), então, fica a indagação: Por que ainda temos no Brasil, principalmente casos de Sífilis Congênita? É realmente por falta de tratamento ou diagnóstico?

Logicamente que não, os equívocos no tratamento parte a princípio do paciente que não procura ajuda médica, o que ainda é muito questionável, pois no Brasil, em que o investimento para Campanha Publicitária para Conscientização e Prevenção à Saúde, é tão valorizado, não tem porque as pessoas ainda abordarem essa questão como “falta de conscientização”.

Nessa perspectiva, para Guinsburg (2010, p.4) aponta que é

“... é possível prevenir e evitar a sífilis congênita apenas quando o cuidado pré-natal é disponível e acessível para a população de maior risco, ou seja, mulheres jovens e adolescentes, sem parceiro fixo, com múltiplos parceiros e/ou que não utilizam proteção durante o ato sexual e as que pertencem a grupos desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico”.

Segundo mostra a pesquisa de Guinsburg (2010, p.4) foi realizado em 2006 uma análise em 150 maternidades no estado de São Paulo, e notificou-se que:

Em cada maternidade, foram selecionadas 100 a 120 parturientes. A cobertura de sífilis foi estimada entre as parturientes que realizaram dois testes na gestação e um na hora do parto. Somente 14,1% das parturientes obedeceram às recomendações do Ministério da Saúde, com a concretização de dois testes de sífilis durante a gestação e um no parto. Das parturientes que realizaram o teste no parto, 1,1% teve resultado positivo. Entre as mulheres que haviam feito o primeiro teste no pré- natal e obtiveram resultado negativo, 0,4% teve resultado positivo no segundo teste. Entre as gestantes que não fizeram atendimento pré-natal, 1,8% teve resultado positivo na hora do parto.

Dessa forma, vê-se que os índices de casos de Sífilis Congênita, quando não apresentados no primeiro teste, é possivelmente notado ao realizar o segundo teste para analisar afirmação da doença.

Guinsburg (2010, p.4) afirma que: “ a baixa cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal indica que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas rotineiramente.”

Por isso, não é diagnosticado a doença quando o paciente realiza o primeiro teste, o equívoco por parte da medicina que deixa a desejar interfere no seu diagnóstico retardando

assim o tratamento, sendo que no caso, das gestantes, só buscam o tratamento após o nascimento do filho.

Dessa maneira, observa-se que a incidência de sífilis congênita vem se mantendo em patamares altos, mesmo com o conhecimento das medidas que poderiam reduzir esta incidência ou praticamente eliminar a sífilis de nosso meio (GUINSBURG, 2010, p.4).

Em relação ao diagnóstico, Guinsburg (2010, p.5) afirma que:

Segundo o Ministério da Saúde, a sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* através da corrente sanguínea da gestante infectada para o seu concepto. A transmissão pode ocorrer durante toda a gestação, sendo o risco maior nas gestantes com sífilis primária ou secundária.

Considerando que nos quatros grupos tem sido objeto de debate em muitos seminários de pesquisas sobre o tema, mostrando a dada dificuldade apresentadas no diagnóstico da infecção nos casos de crianças assintomáticas que vem sendo adotada no Brasil (GUINSBURG, 2010).

Entretanto, como em muitos casos, o diagnóstico não é visível no primeiro teste, quando o paciente descobre que esta infectado, já não tem acesso ao tratamento em órgãos públicos, o que politicamente gera o equívoco pelas Políticas Públicas de Saúde, ocasionando assim, a incidência do aumento de casos de Sífilis Congênita no Brasil.

Dessa forma, conclui-se que essa conduta de que inclui o tratamento de casos presuntivos, nos quais o diagnóstico é baseado em critérios epidemiológicos e clínico-laboratoriais, deve persistir até que novas tecnologias permitam traçar uma linha divisória mais firme entre pacientes infectados e não infectados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do estudo contemplado, pode-se analisar que as Políticas Públicas de Saúde no Brasil ainda contem equívocos e que isso precisa urgentemente ser modificado. Pois se tratamento de uma doença que pode afetar não somente a gestante mas também o seu feto, é necessário medidas preventivas mais eficazes para a qualidade do tratamento.

Conforme as pesquisas abordadas dos autores Araújo(2012) e de Guinsburg(2010), vê-se que os índices de casos com Sífilis Congênita ainda é um probabilidade muito preocupante,

porque os testes para analisar e diagnosticar uma pessoa com a possível doença não é tão eficaz, o que gera a motivo de discussão ainda hoje, questiona-se que no primeiro teste ainda não é visível a presença da doença infectada, somente no segundo teste que ela é detectada.

Em relação ao tratamento, em muitos casos, a gestante pode ter alergia ao medicamento, no caso, a penicilina, e quando isso ocorre, a troca do medicamento por outros não produz tanta eficiência, ocasionando falha no tratamento.

É devido a essas questões de Políticas Públicas na Saúde que mesmo com o avanço das tecnologias, ainda não se tem nenhum tratamento alternativo que solucione o problema vigente.

Conclui-se portanto, que enquanto os programas de promoção e prevenção a saúde não sejam tão eficazes, ainda é preciso investir em Campanhas Publicitárias para conscientizar as pessoas e tentar minimizar os índices de casos de Sífilis Congênita.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. de et al. *Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família*. Revista Saúde Pública, Distrito Federal, 2012, disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br), acesso em 28 de outubro de 2015

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. *Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle*. Educação Médica Continuada, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005, disponível em: [www.bvsms.saude.gov.br](http://www.bvsms.saude.gov.br), acesso em 28 de outubro de 2015

CARRARA, Sérgio: *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*, Editora: Fio Cruz, Rio de Janeiro, 1996

CONTRERAS, Eduardo; 2, Sandra Ximena Zuluaga; OCAMPO, Vanessa. *Sífilis: um grande imitador*. Infectio, Bogotá, 02 abr. 2008

EPIDEMIOLOGICA, Serviço de Vigilância (Org.). *Sífilis congênita e sífilis na gestação*. Revista Saúde Pública, São Paulo, n. , p.768-772, 2008

FELDMANN, Claudia, *Comparativo dos dados da Sífilis na gestação e sífilis neonatal informada no sisprenatal, SINAN e AIH, no município de Porto Alegre*, de 2002 a 2004. Disponível em: [www.lume.ufrgs.br](http://www.lume.ufrgs.br) , acesso em: 28 de outubro de 2015

GUINSBURG, Ruth, (Cia), *Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita*, Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Neonatologia, São Paulo, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Sífilis*. Disponível em: [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br). Acesso em: 25 jun. 2015

PINHEIRO, Pedro, *Sífilis: sintomas e tratamento*, Médico e colunista no site: MD Saúde, disponível em: [www.mdsaude.com](http://www.mdsaude.com), acesso em 28 de outubro de 2015

RIEKHER, F.Kétlene, BATISTA,S.,Gil, SILVA, F.Alcir, *Sífilis Congênita: relato de três casos*, Revista Científica, H.F.S.E-Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, disponível em: [www.hse.rj.saude.gov.br](http://www.hse.rj.saude.gov.br) acesso em 02 de novembro de 2015

SILVA, Z, Ana Carolina da, BONAFÉ, M. Simone, *Sífilis: uma abordagem geral*, evento: VIII- EIPC- Encontro Internacional de Pesquisa Científica pelo Centro Universitário de Maringá, CESUMAR-PR, Jun.2013, disponível em: [www.cesumar.br](http://www.cesumar.br), acesso em 28 de outubro de 2015