

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO E REVISÃO
DA LITERATURA SOBRE SUAS POSSÍVEIS CAUSAS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO NO BRASIL**

**SYMPHILIS IN PREGNANCY AND CONGENITAL SYPHILIS: CASE REPORT
AND LITERATURE REVIEW ON ITS POSSIBLE CAUSES AND STRATEGIES OF
CONFRONT IN BRAZIL**

Isabella Rodrigues Vidal

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Endereço: Setor de Edifícios de Utilidade Pública Norte 707/907 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: isabella_rv@hotmail.com

Flávia Alves Neves Mascarenhas

Médica Ginecologista, mestre em Ciências da Saúde.

Professora e Coordenadora do módulo Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina do
UniCEUB

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: Setor de Edifícios de Utilidade Pública Norte 707/907 - Asa Norte, Brasília - DF

E-mail: flavia_neves@hotmail.com

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que está reemergindo no Brasil, tendo-se observado aumento expressivo nas incidências tanto de sífilis, quanto de sífilis na gestação e congênita. A taxa de incidência de sífilis congênita e a taxa de detecção de sífilis em gestantes entre os anos de 2010 a 2017 passaram de 2,4 para 8,6 e de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Cerca de 80% das mulheres com sífilis estão em idade reprodutiva, o que aumenta o risco de transmissão vertical da doença. Em gestantes não tratadas, a transmissão vertical pode chegar a 100% dos casos e, em gestantes tratadas, este risco cai para 1 a 2%. A sífilis na gestação pode acarretar consequências para o feto, como óbito fetal, óbito neonatal, parto prematuro e sequelas graves ao nascimento, como surdez, cegueira e retardo mental. O tratamento na gestante deve ser iniciado quando há o diagnóstico por meio da pesquisa direta do agente ou testes sorológicos, sendo a penicilina o medicamento de escolha. Este artigo apresenta um caso de sífilis na gestação e sífilis congênita no Brasil e traz revisão da literatura sobre as causas do aumento dessa doença no

país e as possíveis estratégias para o controle da sífilis na gestante e, conseqüentemente, da sífilis congênita. Para o enfrentamento dessa doença é necessário melhorar a qualidade da assistência na atenção básica, captando precocemente as gestantes, aumentando os testes diagnósticos disponíveis e garantindo o tratamento completo da paciente e da parceria no menor prazo possível, com busca ativa das gestantes que abandonaram o seguimento e manutenção desse cuidado ao longo de todo o pré-natal.

Palavras-chave: Sífilis na gestação; Sífilis congênita; Incidência; Atenção Básica; Pré-natal.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection that is reemerging in Brazil, with a significant increase in the incidence of both syphilis and syphilis during pregnancy and congenital. A rate of reduction of congenital syphilis and a rate of detection of syphilis in pregnant women between the years 2010 to 2017 went from 2,4 to 8,6 and from 3,5 to 17,2 cases per thousand live births, respectively. About 80% of women with syphilis are of reproductive age, what can to increase the risk of vertical transmission of the disease. In untreated pregnant women, vertical transmission can reach 100% of cases and, in treated pregnant women, this risk drops to 1 to 2%. Syphilis during pregnancy can have consequences for the fetus, such as fetal death, neonatal death, premature birth and severe sequelae at birth, such as deafness, blindness and mental retardation. Treatment in pregnant women should be initiated when there is a diagnosis through direct research of the agent or serological tests, being a penicillin a medication of choice. This article presents a case of syphilis during pregnancy and congenital syphilis in Brazil and brings a literature review on the causes of the increase in the disease in the country and the possible strategies for controlling syphilis in pregnant women and, consequently, congenital syphilis. To cope with this disease, it is necessary to improve the quality of care in primary care, capturing the pregnant women early, increasing the diagnostic tests available and guaranteeing the complete treatment of the patient and of the partnership in the shortest possible time, with an active search for pregnant women who abandoned the follow-up and maintaining this care throughout the prenatal period.

Keywords: Syphilis during pregnancy; Congenital syphilis; Incidence; Basic Attention; Prenatal.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), curável, causada pelo *Treponema pallidum*, que é uma bactéria do grupo das espiroquetas. Sua incidência diminuiu

após a descoberta da penicilina em 1940, mas ressurgiu de forma dramática no fim da década de 1980, relacionada à coinfeção pelo HIV. (ZUGAIB, 2016).

Mais recentemente observou-se no Brasil aumento nas incidências tanto de sífilis, quanto de sífilis na gestação e congênita, indicando uma reemergência da infecção no país. Ao se comparar a incidência de sífilis congênita no Brasil, que varia entre 3,12 a 3,51 casos a cada mil nascidos vivos, com o Canadá, que entre 2010 e 2015 variou sua incidência entre 0,26 a 1,59 casos para cada 100.000 nascidos vivos, nota-se a dimensão e a gravidade do problema da sífilis congênita no país. (CAVALCANTI et al, 2019).

O aumento foi expressivo tanto da taxa de incidência de sífilis congênita quanto das taxas de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos entre os anos de 2010 a 2017, passando de 2,4 para 8,6 e de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos, respectivamente - FIGUEIREDO et al, 2020. O desabastecimento de penicilina no Brasil recentemente pode ter colaborado com esse aumento, mas essa indisponibilidade da medicação já foi corrigida. Assim, outros fatores, inclusive sociais, estão envolvidos no crescimento do número de casos e na perpetuação dessa doença crônica, de caráter sistêmico e capaz de provocar graves sequelas, mas cujo diagnóstico é simples e tratamento é barato e eficaz.

Diante da reemergência dessa doença no Brasil e das importantes consequências da sífilis em gestantes e da sífilis congênita, este artigo busca por meio de um relato de um caso de sífilis congênita no Hospital Regional de Santa Maria no Distrito Federal somado à revisão de literatura, ilustrar e elucidar as possíveis causas do aumento da incidência da sífilis na gestação e, conseqüentemente, da sífilis congênita, visando a encontrar estratégias que possam ser adotadas para mitigar essa incidência e seus agravos.

2. RELATO DE CASO

Paciente, secundigesta de 19 anos, realizou pré-natal em Luziânia-GO, com apenas quatro consultas no total e não realizou testes sorológicos no 1º trimestre. No 2º trimestre da gestação, apresentou um teste treponêmico positivo, mas o VDRL (teste não treponêmico) e demais sorologias foram não reagentes. Foi realizado tratamento para sífilis com três doses de penicilina benzatina com intervalo de sete dias entre as doses, contudo o parceiro não foi tratado. Além disso, não houve registro de outras dosagens de VDRL no pré-natal.

Em 17/08/2020, com idade gestacional de 35 semanas e 4 dias, submeteu-se a um parto cesariana devido à descolamento prematuro de placenta. Realizou o teste rápido para a sífilis (outro teste treponêmico) no momento do parto que foi negativo. Contudo, no terceiro dia pós-operatório, queixou-se de lesão bolhosa em face lateral da coxa esquerda e, considerando o histórico, realizou VDRL no dia 20/08/2020, que foi reagente com titulação de 1:4.

O recém-nascido foi do sexo feminino, nasceu com 2330g, 46 cm de estatura e 31 cm de perímetro cefálico, teve Apgar de 5 no 1º minuto e 7 no 5º minuto. Apresentou desconforto respiratório precoce, sendo iniciado CPAP com FiO2 30% com melhora do quadro. Foram solicitados exames de triagem neonatal, que não mostraram alterações, mas apresentou no dia 20/08/20 bilirrubina total (BT) 8,55 mg/dL, bilirrubina direta (BD) 0,21 mg/dL e bilirrubina indireta (BI) 8,34 mg/dL. Como não apresentava icterícia, foi realizado novo exame de bilirrubina total e frações no dia 21/08/2020 que mostrou BT 11,34 mg/dL, BD 0,25 mg/dL e BI 11,09 mg/dL

No dia 21/08/2020 foi solicitado VDRL para a neonato, que também foi reagente com titulação de 1:4. Foi prescrita para a recém-nascida a penicilina benzatina e ela recebeu alta hospitalar após a medicação para acompanhamento ambulatorial. Na primeira consulta, a neonato apresentava icterícia em zona 4 de Kramer e não tinha realizado a investigação completa para sífilis congênita. Os pais foram então orientados a retornarem para o hospital para que a recém-nascida fosse internada para tratamento com penicilina cristalina, para avaliar a icterícia e para realizar radiografia de ossos longos e punção liquórica.

Em relação à mãe, o resultado negativo do teste treponêmico no momento do parto foi considerado um provável erro de leitura, diante de um exame positivo anteriormente, da sintomatologia da paciente, de um VDRL positivo na ocasião do parto e do não tratamento do parceiro. Apesar dessas informações, ela ainda não havia sido tratada novamente e, portanto, os genitores foram encaminhados para tratamento e acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A neonato fez ciclo de 10 dias de tratamento com penicilina cristalina; a sua radiografia de ossos longos não mostrou alterações; a punção liquórica foi não reagente (após três tentativas de realizar o procedimento); e a dosagem de bilirrubinas melhorou, apresentando no dia 26/08/2020: BT 14,74 (BD 0,16 / BI 14,58) e no dia 01/09/2020: BT 11,95 (BD 0,23 / BI 11,72). Realizou novo VDRL, que mantinha título de 1:4. Ao fim, a neonato recebeu alta no dia 05/09/2020, com orientação para manter acompanhamento ambulatorial.

3. DISCUSSÃO

O impacto da sífilis na saúde da população e nos custos para o serviço de saúde é de grande relevância e vem aumentando ao longo dos anos, assim como o número de casos da doença no país. A maior parte das mulheres com sífilis (cerca de 80%) estão em idade reprodutiva, o que aumenta o risco de transmissão vertical da doença. A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo (WHO, 2014), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.

No Brasil a incidência é de aproximadamente 4% na população geral e de 2% em gestantes, com transmissibilidade maior nos estágios iniciais. Em gestantes, a transmissão vertical para o feto pode chegar a 80% intraútero, podendo ocorrer também durante o parto vaginal se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. O estágio da doença da mãe influencia a infecção fetal, assim como o tempo pelo qual o feto foi exposto. (BRASIL, 2020).

Segundo SOARES et al (2017), entre janeiro de 1998 e junho de 2012 foram registrados no Brasil, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 80.041 casos de sífilis congênita, tendo a maioria se concentrado nas regiões Sudeste (45,9%) e Nordeste (31,4%). Há maior ocorrência em mulheres na faixa dos 20 aos 39 anos, negras e pardas e com escolaridade entre o 6º e o 9º ano do ensino fundamental. Devido ao considerável acesso a informações básicas sobre as formas de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, a escolaridade tem menor relação com as práticas de risco para as IST. Porém, o acesso aos meios de prevenção e de tratamento está diretamente relacionado ao nível de escolaridade, como visto no estudo de DOMINGUES et al (2014), que observou menor assistência pré-natal em mulheres com menor escolaridade, nas indígenas e nas que tiveram seu parto no serviço público.

A sífilis é transmitida primordialmente por contato sexual e pode se manifestar de diferentes formas a depender do estágio da doença. O risco de contrair a doença por meio do contato sexual com uma pessoa com sífilis primária ou secundária pode variar de 40 a 60%. As espiroquetas multiplicam-se localmente e invadem as circulações sanguínea e linfática. O período de incubação pode variar de 10 a 90 dias, com média de 20 dias. (ZUGAIB, 2016)

A sífilis primária é caracterizada pelo desenvolvimento do cancro duro no local da inoculação, que é uma úlcera, geralmente única, indolor, de bordos duros e fundo limpo, muito infectante. Por ser indolor, muitas vezes a sífilis passa despercebida e desaparece espontaneamente em torno de 3 a 8 semanas após o aparecimento da lesão independente de tratamento. A lesão primária pode ser acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla. (BRASIL, 2020).

A sífilis secundária, que pode ter sido a forma apresentada pela paciente durante o puerpério, surge após um período de 6 semanas a 6 meses da cicatrização do cancro duro, com lesões como um exantema maculopapular róseo, de limites imprecisos, acometendo tronco e raízes de membros, podendo atingir todo o tegumento, incluindo as regiões palmar e plantar. O rash cutâneo desaparece espontaneamente em algumas semanas. O quadro pode ser acompanhado de sintomas gerais, como febre, cefaleia, fadiga, faringite, adenopatia, perda de peso e artralgia. Outras formas de sífilis secundária podem ser: lesões hipertróficas em genitália ou em regiões de dobra e atrito (condiloma lata ou condiloma plano) e alopecia de couro cabeludo e sobrancelhas. Atualmente, têm-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos

pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. (BRASIL, 2020).

Sífilis latente é o período no qual não há manifestações clínicas e em que o diagnóstico é feito exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. Ela pode ser dividida em latente recente, que é o período dentro do 1º ano de infecção, e latente tardia, que é a sífilis latente em indivíduo com mais de um ano de infecção. Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência. (BRASIL, 2020).

A sífilis terciária é rara devido ao uso rotineiro de penicilinas, mas pode ocorrer em até um terço dos pacientes não tratados. Pode se manifestar com nódulos cutâneos ou gomas sífilíticas, acometimento articular, cardiovascular ou neurológico. (ZUGAIB, 2016).

A transmissão vertical da doença por passagem transplacentária pode ocorrer em todas as fases clínicas da sífilis. É considerada sífilis congênita toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica ou sorológica para sífilis que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; menores de 13 anos com evidências sorológicas para sífilis, desde que afastadas as possibilidades de manutenção de anticorpos maternos e de sífilis adquirida; menores de 13 anos com sorologia não treponêmica reagente para sífilis e evidência clínica, radiológica ou líquórica para sífilis congênita; ou evidência microbiológica da presença do *T. pallidum* na placenta, no cordão umbilical ou no tecido da criança, produto de aborto ou natimorto. (LAFETÁ et al, 2016).

Segundo BRASIL (2020), a criança com manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente preenche critério para sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento e das titulações dos testes não treponêmicos. Como pode ser visto no caso, pois apesar de a paciente ter realizado o tratamento e apresentar uma titulação baixa no teste não treponêmico, o que poderia indicar cicatriz sorológica, ela não tem outros exames para comparação, apresenta lesão suspeita de sífilis secundária e seu parceiro não foi tratado, podendo tê-la reinfectado. Então, como a neonato apresenta alteração de bilirrubina com icterícia e teste não treponêmico reagente, ela preenche critério para sífilis congênita.

Em gestantes não tratadas, 70 a 100% dos fetos serão infectados e este risco de transmissão vertical cai para 1 a 2% em gestantes tratadas. 30% dos conceitos de gestantes não tratadas evoluem para óbito fetal, 10% para óbito neonatal e 40% para retardo mental, podendo ter outras consequências graves ao feto, como parto prematuro, surdez e cegueira. As pacientes infectadas apresentam até 66% de fetos com algum acometimento como: alteração da função hepática, hepatomegalia, trombocitopenia, anemia, ascite e imunoglobulina M (IgM) antitreponema fetal presente. (ZUGAIB, 2016).

O diagnóstico da sífilis no adulto pode ser por exames diretos, que são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões, como o exame em campo escuro e a pesquisa direta com material corado. Os testes imunológicos realizam a pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma, sendo subdivididos em duas classes – testes treponêmicos (como os testes rápidos e o FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption) e não treponêmicos (como o VDRL, do inglês *venereal disease research laboratory*). Quando encontrado qualquer valor positivo no VDRL ou nos testes treponêmicos de uma gestante, deve-se suspeitar de infecção ativa devido à relativa urgência no tratamento da infecção no ciclo gravídico-puerperal. (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde recomenda iniciar a investigação com um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido (TR). O teste não treponêmico, como o VDRL, deve ser solicitado caso o teste rápido tenha sido positivo ou esteja indisponível ou quando necessário para fazer o monitoramento do tratamento de sífilis. No caso das gestantes, elas devem ser testadas para sífilis no mínimo na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual. Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se para as gestantes o tratamento imediato após apenas um teste reagente para sífilis e independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis. (BRASIL, 2020).

Mais de 60% dos diagnósticos de sífilis materna são realizados durante o pré-natal, quando a equipe de saúde deve abordar questões relacionadas à saúde sexual das gestantes e suas parcerias, alertar sobre o risco de se contrair IST, que podem ser transmitidas verticalmente, causando complicações tanto para a gestante quanto para o concepto. (BRASIL, 2020). Uma boa assistência na atenção básica possibilita a prevenção, o tratamento e o diagnóstico precoce e evita a infecção neonatal. Porém, quando mesmo com o diagnóstico e tratamento ainda há muitos casos de transmissão vertical, isso significa que há falha na atenção pré-natal e na assistência à gestante e faz pressupor que o tratamento não foi adequado. (SOARES et al, 2017).

A penicilina benzatina é o tratamento de escolha, pois atravessa a placenta e é terapêutica tanto para a mãe quanto para o feto. Além disto, é a única droga com eficácia documentada durante a gestação e não há evidências de resistência de *T. pallidum* a este medicamento no Brasil e no mundo (BRASIL, 2020). Devido a essas características, o tratamento materno e fetal só é considerado adequado se a gestante for tratada com penicilina, se o parto ocorrer pelo menos 30 dias após o término do tratamento, se todas as doses da penicilina forem administradas com intervalo adequado (se a gestante deixar de tomar uma das doses, todo o esquema deverá ser recomeçado) e se os parceiros sexuais forem tratados. Caso ela seja alérgica a essa medicação, deverá ser encaminhada a um serviço especializado para realizar um processo de dessensibilização da droga, viabilizando o uso desse medicamento, que é o ideal.

Na gestação, o esquema de acompanhamento após o tratamento é com VDRL mensal até o termo e, mediante aumento de duas diluições nos títulos de VDRL, deve-se tratar novamente a paciente e investigar ativamente a possibilidade de reinfecção, além de investigar adequadamente os parceiros. (BRASIL, 2020). No caso em questão, a paciente foi diagnosticada no 2º trimestre da gestação por um teste treponêmico, apresentando VDRL do 2º trimestre negativo e sendo iniciado esquema com a penicilina benzatina em 3 doses com intervalo de 7 dias entre elas. Porém, não foi realizado o VDRL mensal para acompanhamento e o parceiro não foi investigado e não foi tratado.

A não realização dos testes nos momentos corretos e do tratamento adequado estão relacionados com a qualidade da atenção da saúde, como observou SOUZA et al (2018), pois a maioria das mulheres diagnosticadas fez acompanhamento pré-natal e mesmo assim grande parte teve o diagnóstico tardio. Além disso, apenas uma pequena parte dos parceiros teve o tratamento considerado adequado. Assim como visto em NONATO et al (2015), em que apenas 19% dos parceiros receberam prescrição de pelo menos uma dose da penicilina G benzatina. Sendo assim, houve aumento também da sífilis congênita, o que poderia ter sido evitado se o diagnóstico tivesse sido realizado no período correto, possibilitando o tratamento adequado tanto da gestante quanto do seu parceiro.

Um fator que pode interferir na qualidade da atenção da saúde, segundo FIGUEIREDO et al (2020), são os custos com deslocamentos e faltas a atividades laborais devido às consultas frequentes durante o pré-natal. Assim, além da acessibilidade geográfica é preciso considerar aspectos relacionados à acessibilidade funcional, como horário de funcionamento da UBS, e organização do fluxo de atendimento a essas usuárias para que se sintam acolhidas. Esse fator foi explorado no estudo de CESAR et al (2020), que analisou dados da cidade de Rio Grande (RS), em que a prevalência da não realização de sorologia para sífilis foi de 2,9%, a qual foi bem inferior à nacional, que é de 11%, sendo atribuída à maior disponibilidade e facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde nessa região.

Outro fator que contribui para a perda do momento oportuno para o tratamento da sífilis é o receio de reações adversas por parte dos profissionais de saúde, principalmente em relação à reação anafilática. Na verdade, trata-se de uma evolução incomum, semelhante a outras medicações, ocorrendo em apenas 0,002% dos casos. Contudo, essa preocupação quanto a sua aplicação na unidade básica de saúde contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da doença e até para o aumento de sífilis congênita. Devido a este receio, BRASIL (2020) reforçou a orientação sobre a segurança da aplicação da penicilina benzatina na Atenção Básica, esclarecendo que ela pode ser administrada seguramente tanto para a pessoa com sífilis quanto suas parcerias sexuais, sendo suas reações adversas, em especial as reações graves, muito raras.

Outros fatores que são atribuídos em BRASIL (2020) ao aumento da incidência de sífilis são, em parte, a elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos

testes rápidos, a redução na administração da penicilina na Atenção Básica, o desabastecimento mundial de penicilina (principalmente no ano de 2014) e a diminuição do uso de preservativos – as práticas sexuais sem uso de preservativo e a idade mais baixa são os dois principais fatores de risco para a infecção.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das barreiras para o controle da sífilis na gestação é o início tardio da assistência pré-natal, estando associado também ao menor número de consultas e à menor realização de exames de rotina (DOMINGUES et al, 2014). Barreira vista no caso apresentado, pois a paciente realizou apenas quatro consultas de pré-natal, menos do que o recomendado pelo Ministério da Saúde, e não realizou os exames de rotina do 3º trimestre.

O estudo de BENZAKEN et al (2020), ao analisar os dados públicos, identificou baixa adequação do atendimento pré-natal nas capitais brasileiras, denotando qualidade insuficiente para o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, apesar da disponibilidade de insumos. Além disso, sugeriu que o monitoramento contínuo pode ser realizado com o uso de dados públicos, indicando estratégias locais para eliminar a sífilis congênita.

Segundo CHINAZZO (2015), a sífilis congênita é um evento sentinela da qualidade da assistência médica, pois evidencia falhas dos serviços de saúde, principalmente da atenção ao pré-natal, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e muito eficazes na prevenção desta forma da doença. O estudo de FAVERO et al (2019) também sugeriu falhas na assistência pré-natal, especialmente o tratamento inadequado das gestantes e seus parceiros, indicando a necessidade de reorientação das estratégias para reduzir a incidência dessa morbidade.

No estudo de CAVALCANTI et al (2019), os profissionais da saúde relataram obstáculos na abordagem da sífilis, como o início tardio do pré-natal, o não acompanhamento dos parceiros às consultas e a dificuldade de obtenção dos resultados dos exames ou mesmo a falta de acesso aos exames diagnósticos. Outro problema analisado é que, com frequência, os profissionais prescrevem o segundo exame de sífilis para gestantes em épocas impróprias ao preconizado – grande parte dos profissionais tem acesso aos manuais do Ministério da Saúde, que guiam sua abordagem, mas aproximadamente metade deles não o lê.

Além disto, o estudo de SARACENI (2017) encontrou desconformidade entre a terapia prescrita e a fase clínica da doença, ocorrendo isto em 38,1% dos casos no Distrito Federal e em 54,4% no Rio de Janeiro, o que pode estar ocorrendo ou por preenchimento errôneo da ficha de notificação ou por despreparo dos profissionais das equipes de saúde em relação ao tratamento da sífilis na gestação. Outro fator que corrobora a tese de desconhecimento de protocolos clínicos é a não realização do exame de líquido no recém-nascido e o uso adequado da penicilina cristalina em apenas 59,1% dos casos. Fator também visto no caso, pois a recém-nascida, após ter VDRL reagente, não teve a penicilina cristalina primeiramente prescrita e sim a penicilina benzatina, o que está inadequado, de acordo com BRASIL (2020),

porque a penicilina benzatina só deve ser usada em filho de mãe não tratada/inadequadamente tratada se o teste não treponêmico for não reagente e os exames de hemograma, radiografia de ossos longos e análise do líquido não tiverem alterações. Como, no caso, a neonato apresentava VDRL reagente e alteração na dosagem de bilirrubinas, o tratamento deveria ter sido iniciado com penicilina cristalina – o que foi realizado apenas após consulta em ambulatório especializado.

Já o estudo de MESQUITA et al (2018), sintetizou os quatro maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde ao conduzir o pré-natal de gestantes com sífilis. O primeiro problema encontrado é a corresponsabilidade da gestante, pois em muitos casos ela não tem autocuidado, não vai ao número preconizado de consultas de pré-natal, não busca os resultados dos exames ou não os faz no momento adequado, não faz o uso da medicação adequadamente, de modo que os profissionais de saúde precisam fazer busca ativa da paciente. O que condiz com o caso ora relatado, pois a paciente não foi ao número de consultas preconizadas e não realizou os exames necessários no seguimento.

O segundo problema é a adesão do parceiro ao tratamento, pois apenas uma minoria é tratada e, mesmo que a gestante faça o tratamento corretamente, se o parceiro não o fizer, a gestante continuará sendo reinfectada. Os dois maiores motivos vistos pelos profissionais para essa não adesão são o mito de que a injeção de penicilina dói muito e a percepção da população de que o tratamento da gestante é suficiente. Problema que também esteve presente no caso, pois, apesar de saber que a parceira estava infectada e realizou o tratamento com número e intervalo de doses corretos, o parceiro não fez o tratamento.

O terceiro problema são as vulnerabilidades das gestantes com diagnóstico de sífilis, que estão relacionadas à falta de conhecimento, à baixa escolaridade, à ausência de apoio familiar ou do parceiro, ao uso de drogas, aos multiparceiros ou ao fato de estar em situação de rua.

O quarto problema é a representação de uma IST para o casal em união estável, pois há resistência dos usuários na compreensão das informações repassadas e o surgimento de uma IST pode gerar um conflito familiar, seja pela resistência do casal em usar camisinha ou por ter outra pessoa entre o casal – neste caso, o tema deve ser abordado com cautela junto à família pelo profissional de saúde, porque um conflito familiar pode afastar tanto o parceiro como a gestante do serviço de saúde.

Para LAFETÁ et al (2016), apenas com um esforço unificado, com assistência pré-natal de qualidade, com exames laboratoriais em tempo hábil, tratamento da gestante e do seu parceiro e conscientização de todos os envolvidos, será possível alcançar o controle dessa infecção. Para isto, é fundamental a ação da Estratégia Saúde da Família como forma de aproximação da população, pois é a porta de entrada ao serviço de saúde e os agentes comunitários devem fazer a busca ativa às gestantes, investindo assim na educação continuada. Outra conduta para promover assistência qualificada seria a inserção da

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que objetiva organizar a prática assistencial e o seu fluxo, oferecendo subsídios para o desenvolvimento metodológico de práticas interdisciplinares e humanizadas de cuidado, além de requerer do enfermeiro ações técnicas, procedimentos, métodos e objetivos para a produção do cuidado (FELICIO, 2019).

Para BORBA et al (2020), a melhoria da assistência pré-natal envolvendo uma equipe multidisciplinar é a base para o controle e prevenção de novos casos de sífilis na gestante e de sua transmissão materno-fetal. Os profissionais de saúde devem fazer as notificações dos casos diagnosticados, mas também é necessário fazer ações de vigilância epidemiológica e de educação em saúde, fazer a busca ativa das gestantes, o diagnóstico e o tratamento, tudo visando não somente à cura materna, mas à eliminação da transmissão vertical, reduzindo os custos sociais e financeiros com as consequências do manejo ineficiente da doença.

4. CONCLUSÃO

A sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento que está reemergindo no Brasil, tanto em sua forma adquirida, inclusive em gestantes, e, conseqüentemente, na forma congênita. Mesmo com os protocolos e com a disponibilidade da penicilina nas UBS, ainda há dificuldade em diagnosticar, manejar a doença e realizar o tratamento do parceiro, sendo este um dos grandes desafios para o controle da sífilis congênita.

Para o enfrentamento da sífilis na gestação e a conseqüente diminuição da sífilis congênita e de seus agravos, é fundamental melhorar a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal. Para isto, a Atenção Básica deve atuar com ampla cobertura e com estratégias inovadoras que possam modificar a incidência e a prevalência da sífilis na gestação e da sífilis congênita, visando à captação precoce das gestantes e garantindo o diagnóstico da doença durante a gestação e no menor prazo possível, permitindo às mulheres o tratamento antes da 24^a à 28^a semana gestacional. É necessário também promover o maior número de consultas de pré-natal, aumentar os testes de VDRL disponíveis na rede pública, assim como melhorar a logística da entrega dos resultados e melhorar a busca ativa feita pelas equipes da atenção básica das gestantes que abandonam o pré-natal.

É essencial que os profissionais de saúde façam o manejo clínico adequado tanto da gestante quanto de seu(s) parceiro(s), incluindo aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção, buscando assim aumentar a adesão ao tratamento e reduzir a vulnerabilidade das mulheres e de seus parceiros às IST. É necessário incentivar os homens a fazerem exames preventivos e a participarem das consultas de pré-natal, sendo certo que ações como a flexibilização nos horários de atendimento ou o encaminhamento para UBS mais próxima ao local de trabalho da mulher ou do parceiro podem contribuir para maior adesão ao tratamento e acompanhamento da gestante. Além disto, deve-se encorajar a realização de ações educativas para conscientizar a população da importância da prevenção.

As taxas de sífilis congênita ainda existentes no Brasil são um reflexo da falta de cuidado adequado com a saúde da gestante e da população como um todo. Muitas são as intervenções eficazes no combate a esse agravo a saúde e é essencial que elas sejam postas em prática com celeridade para a modificação desse panorama nocivo à integridade física, mental e social das mães e dos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

1. BENZAKEN, A. S.; PEREIRA, G. F. M.; CUNHA, A. R. C. da; SOUZA, F. M. A. de; SARACENI, V. **Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras.** Cad. Saúde Pública 2020; 36(1).
2. BORBA, B. A. M.; CASTRO, A. G.; NUNES, A. F.; SILVEIRA, C. F.; BARROS, A. M. **As consequências do manejo inadequado da sífilis gestacional: uma revisão de literatura.** Revista de Patologia do Tocantins 2020,7(2).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. CAVALCANTI, G. de M. B., ARAÚJO, L. M. C., FERNANDES, C. L. dos S., DEININGER, L. de S. C. **Transmissão vertical da sífilis na atenção primária: revisão integrativa.** Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança. João Pessoa-PB. 2019; 17(3): 25-36.
5. CESAR, J. A.; CAMERINI, A. V.; PAULITSCH, R. G.; TERLAN, R. J. **Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados.** REV BRAS EPIDEMIOL 2020; 23: E200012.
6. CHINAZZO, L. K.; LEON, C. A. **Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário.** Bol Cient Pediatr. 2015;04(3):65-9.
7. DANTAS, L. A.; JERÔNIMO, S. H. N. de M.; TEIXEIRA, G. A.; LOPES, T. R. G.; CASSIANO, A. N.; CARVALHO, J. B. L. de. **Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil.** Enfermeria Global, nº 46, abril 2017.

8. DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, P. R. B. S.; LEAL, M. do C. **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil.** Rev Saúde Pública, 2014; 48(5): 766-774.
9. FAVERO, L. D. C; RIBAS, K. A. W.; COSTA, M. C. D.; BONAFÉ, S. M. **Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal.** Arch. Health. Sci. 2019 jan-mar: 26(1):2-8.
10. FELICIO, F. C.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V; RODRIGUES, D. P.; PAULA, E.; ALMEIDA, V. L. M. **Percepção da fragilidade da Sistematização da Assistência em Enfermagem: obstáculo no controle da sífilis na gestação.** Rev Norte Mineira de enferm. 2019; 8(2): 40-47.
11. FIGUEIREDO, D. C. M. M de; FIGUEIREDO, A. M. de; SOUZA, T. K. B de; TAVARES, G; VIANNA, R. P. de T. **Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita.** Cad. Saúde Pública 2020; 36(3):e00074519.
12. LAFETÁ, K. R. G., JÚNIOR, H. M., SILVEIRA, M. F., PARANAÍBA, L. M. R. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle.** Rev Bras Epidemiol, JAN-MAR 2016; 19(1): 63-74.
13. MESQUITA, A. L. M.; SILVA, M. A. M. da; FERREIRA, V. E. S.; JÚNIOR, D. G. A.; SOUSA, A. J. C.; VASCONCELOS, M. N. de; LIMA, J. L. de; TOMAZ, A. L.; GOMES, J. da S.; MOREIRA, R. M. M. **Discurso de profissionais de saúde acerca dos desafios ao conduzir pré-natal de gestantes com sífilis.** Investigação Qualitativa em Saúde, volume 2, 2018.
14. NONATO, S. M., MELO, A. P. S., GUIMARÃES, M. D. C. **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(4):681-694, out-dez 2015.
15. SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO, M. A. L.; MIRANDA, A. E. **Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e44.
16. SOARES, B. G. M. R.; MARINHO, M. A. D.; LINHARES, M. I.; MOTA, D. da S. **Perfil das notificações de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita.** SANARE, Sobral – V. 16 n.02, p.51-59, Jul./Dez. – 2017.
17. SOUZA, B. S. de O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. de L. **Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis.** Rev Soc Bras Clin Med. 2018 abr-jun;16(2):94-8.

18. WHO (World Health Organization). **Global guidance on criteria and processes for validation:** elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2014.
19. **Zugaib obstetrícia** / editor Marcelo Zugaib; editora associada Rossana Pulcineli Vieira Francisco; [ilustrações Sírio José Braz Cançado]. – 3ª ed. – Barueri, SP: Manole, 2016.