

# ANÁLISE DA PROGRESSÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: IMPACTOS E DESAFIOS

## ANALYSIS OF THE PROGRESSION OF CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL: IMPACTS AND CHALLENGES

DAYANE PIRES MADEIRA<sup>1</sup>, FERNANDA IRES FERNANDES PRATES<sup>1</sup>, IZABELA CRISTINA PARREIRA ROMÃO<sup>1</sup>, GLEICIELE FAUSTINO DA SILVA<sup>1</sup>, JOSIANE MIRANDA GONÇALVES<sup>1</sup>, KEREN HAPUC CASTRO GONÇALVES<sup>1</sup>, NATHALIA CRISTINA SILVA DIAS<sup>1</sup>, RAFAELLA ALVES FERNANDES<sup>1</sup>, REBECCA SANTOS SUCUPIRA<sup>1</sup>, JORGINO JULIO CESAR<sup>2\*</sup>

1. Acadêmica do curso de graduação de Biomedicina do Centro Universitário UNA Barreiro; 2. Professor Mestre em Bioquímica, Centro Universitário UNA Barreiro.

\* UNA Barreiro - Avenida Afonso Vaz de Melo, 465, Barreiro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30640-070. [jorginoj@gmail.com](mailto:jorginoj@gmail.com)

Recebido em 14/06/2019. Aceito para publicação em 12/07/2019

### RESUMO

A sífilis é uma patologia infecciosa e sistêmica que tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*. Apresenta transmissão predominantemente sexual e transplacentária, podendo ocorrer em qualquer período gestacional, entretanto é detectada com maior frequência após o 4º mês de gestação, devido a atrofia fisiológica das células de Langerhans no trofoblasto. A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, mesmo sendo uma patologia de fácil diagnóstico e que pode ser completamente evitável quando o tratamento feito pela gestante e de seu(s) parceiro(s) é realizado adequadamente. A expansão do número de casos de sífilis congênita vem demonstrando, ano após ano, a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas para o seu controle. Casos de sífilis congênita são associados com menor escolaridade materna, fatores socioeconômicos, bem como início do tratamento tardio e declínio no número de consultas e realização de exames sorológicos. Esse estudo tem por objetivo analisar a progressão da incidência e prevalência de sífilis congênita no Brasil, assim como prevenção, diagnóstico e tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis congênita; incidência de sífilis; *Treponema pallidum*; IST's; pré-natal.

### ABSTRACT

Syphilis is an infectious and systemic pathology with the etiologic agent *Treponema pallidum*. It presents predominantly sexual and transplacental transmission, and can occur in any gestational period, however it is detected more frequently after the 4th month of gestation, due to the physiological atrophy of the Langerhans cells in the trophoblast. Congenital syphilis is still considered an important public health problem, even though it is a pathology that is easy to diagnose and completely preventable when the treatment done by the pregnant woman and her partner (s) is performed properly. The expansion of the number of congenital syphilis cases has demonstrated year after year the need to develop effective actions aimed at its control. Cases of congenital syphilis are associated with lower maternal schooling, socioeconomic factors, as well as onset of late treatment and decline in the number of consultations and serological tests. This study aims to analyze the progression of the incidence of congenital syphilis in Brazil, as well as prevention, diagnosis and treatment.

**KEYWORDS:** Congenital syphilis, incidence of syphilis, *Treponema pallidum*, STI's, prenatal.

### 1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) acarretam graves problemas de saúde pública, geram danos sociais, sanitários e econômicos. Uma IST de grande destaque é a sífilis, que é caracterizada por ser uma doença infecciosa e sistêmica de transmissão predominantemente sexual e transplacentária de abrangência mundial, que tem como causador a bactéria *Treponema pallidum*<sup>1</sup>.

A sífilis se apresenta em diversas manifestações clínicas e em diferentes estágios: primário, secundário, latente e terciário, no qual a possibilidade de transmissão é maior nos estágios primário e secundário da infecção<sup>2</sup>.

Já na sífilis congênita ocorre uma transmissão vertical, na qual o concepto é infectado pelo vírus através da corrente sanguínea da mãe portadora do *Treponema pallidum*<sup>3</sup>. Portanto, realizar o teste de detecção da sífilis no pré-natal é de extrema importância, pois caso o resultado seja reagente, tanto a mãe quanto parceiro sexual deverão ser tratados para evitar a transmissão<sup>2</sup>.

Apesar da sífilis congênita ser considerada uma doença de notificação compulsória no Brasil desde o ano de 1986 (Portaria nº542 de 22/12/86 – Ministério da Saúde), no período de 1998 a junho de 2007, foram notificados ao Ministério de Saúde 41.249 casos em crianças com idade inferior a um ano, o que demonstra a complexidade do problema, embora haja uma subnotificação significativa com relação a esse agravo<sup>1</sup>.

Diante disso, os dados crescentes sobre transmissão da sífilis congênita mostram que serão necessários novos planos de ação para que tanto a prevenção quanto a adesão das pacientes ao tratamento sejam mais eficazes.

O objetivo dessa revisão foi analisar os efeitos que o crescimento da taxa de sífilis congênita está causando na população nacional e mundial, assim como todos os desafios enfrentados pela saúde pública brasileira para o controle da disseminação da doença no país, destacando seu papel fundamental como indicador de qualidade da assistência no pré-natal.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão de literatura com caráter descritivo e analítico, através de uma busca literária criteriosa. O material foi pesquisado de acordo com os objetivos propostos, por meio de levantamento de dados e informações sobre a sífilis congênita, diagnóstico, tratamento, controle, prevenção e os desafios e impactos relacionados à prevalência da doença na sociedade.

Utilizou-se como banco de dados as seguintes fontes científicas: PubMed, Scielo, Google acadêmico e boletins atuais com caráter técnico-científico emitidos pelo Ministério da Saúde. As palavras chave usadas para pesquisa foram: sífilis, sífilis congênita no Brasil, incidência e prevalência de sífilis, *Treponema pallidum*. O critério de seleção deu-se pela relevância e atualidade das publicações, ao final foram 12 estudos selecionados. Os artigos e boletins selecionados na construção desta revisão foram publicados entre o ano de 2005 a 2019.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### Sífilis congênita

A sífilis congênita resulta da propagação hematogênica da bactéria denominada *Treponema pallidum* da gestante que não realizou o tratamento adequado ou que não foi tratada para o seu conceito, através da via transplacentária. O contágio pode acontecer em qualquer período da gestação e em qualquer fase da doença, sendo mais frequente na sífilis primária e secundária (50% a 100%), seguida pela sífilis latente precoce (40%) e sífilis latente tardia (10%). Para o parto normal, também há possibilidades de contágio direto no canal do parto<sup>1</sup>.

A sífilis congênita é responsável por aproximadamente 40% das ocorrências de aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. Ela pode ser classificada em dois períodos: a precoce, surgindo até 2 anos de vida e a tardia, com surgimento após o segundo ano de vida. Cerca de 70% dos casos de sífilis congênita precoce são classificados como assintomáticos. Já na sífilis congênita tardia, os sinais clínicos são ínfimos e resultam da cicatrização da doença sistêmica precoce, sendo capaz de afetar órgãos distintos<sup>1</sup>.

### Epidemiologia

No decorrer do período gestacional, a sífilis provoca mais de 300.000 óbitos fetais e neonatais anualmente no mundo e eleva o risco de óbito precoce em outras 215.000 crianças. Nos últimos 10 anos, no Brasil, foi constatado um crescimento nas notificações de casos de sífilis congênita, adquirida e sífilis em gestantes que, em parte, pode ser imposto ao aperfeiçoamento do sistema de vigilância e ao aumento do uso de testes rápidos<sup>2</sup>.

Entre 1998 e junho de 2018, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados 188.445 casos de sífilis congênita em crianças com menos de um ano de idade, no qual aproximadamente 45% residiam na região Sudeste, 30% no Nordeste, 11% no Sul, 8% no Norte e 6% no Centro Oeste<sup>2</sup>.

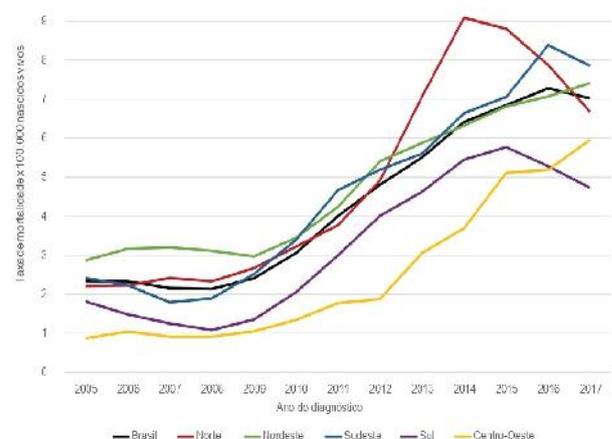
No ano de 2017, 24.303 casos de sífilis congênita foram diagnosticados em neonatos no Brasil, no qual 96,7% deles tiveram o diagnóstico confirmado ainda na primeira semana de vida. Com relação ao diagnóstico final, constatou-se que 93,2% dos casos foram identificados como sendo sífilis congênita recente, 3,5% como aborto por sífilis, 3,1% considerado natimorto e 0,2% tido como sífilis congênita tardia<sup>2</sup>.

Os percentuais mais elevados de diagnósticos de sífilis congênita, em 2017, foram evidenciados em crianças das quais as mães possuíam idades entre 20 e 29 anos, correspondendo a 53,4% dos casos, seguidas das faixas de 15 a 19 anos (24,1%) e de 30 a 39 anos (17,6%). No que diz respeito ao nível de escolaridade materna, foi evidenciado que a maioria possuía da 5ª à 8ª série incompleta. Quanto à cor da pele/raça das mães das crianças portadoras de sífilis congênita, 56,8% se declararam como parda, 25% como brancas e cerca de 9,1% se declararam pretas<sup>2</sup>.

A respeito do acesso ao pré-natal, em 2017, aproximadamente 82% das mães de crianças portadoras da sífilis congênita realizaram o pré-natal, cerca de 13% não o realizaram e 5% tiveram informação desconsiderada. A respeito do momento do diagnóstico, 57,7% foram diagnosticadas com sífilis ainda no pré-natal, 31,3% durante o parto ou curetagem, 6,5% posterior ao parto, 3,8% foram ignorados e 0,6% não foram diagnosticados<sup>2</sup>.

A respeito da mortalidade infantil (menos de um ano de idade) causada pela sífilis congênita, entre 1998 e 2017, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o número de óbitos registrados foi 2.318, no qual 1.014 residiam na Região Sudeste, 723 no Nordeste, 259 no Norte, 223 no Sul e 99 no Centro-Oeste<sup>2</sup>.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil provocada pela sífilis congênita, em 2007, saltou de 2,3/100 mil nascidos vivos para 7,2/100 mil nascidos vivos em 2017. O coeficiente de mortalidade em 2016 foi de 6,8/100 mil nascidos vivos, levando a um aumento de 5,9% quando comparado a 2017 (Figura 1).



**Figura 1.** Coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2007 a 2017. **Fonte:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## Fatores de risco

Dentre os diversos fatores de risco existentes para a contaminação pela sífilis por uma mulher em idade reprodutiva, estão o baixo desenvolvimento socioeconômico, acesso dificultado a uma unidade de saúde, uso contínuo de entorpecentes, promiscuidade sexual e evasão escolar. No que diz respeito à sífilis congênita, é acrescentado outro fator de risco: a falta de auxílio pré-natal<sup>3</sup>.

Vários estudos mostram que um importante fator de risco para a sífilis congênita relaciona-se ao acompanhamento pré-natal impróprio, sendo este responsável por 70 a 90% dos casos identificados. Dentre os problemas associados à sífilis congênita e a assistência pré-natal, são evidenciadas a anamnese realizada de forma incorreta, ausência de tratamento do parceiro sexual, análise equivocada da sorologia para sífilis, sorologia para sífilis não efetuada no tempo recomendado (1º e 3º trimestres), erro na constatação dos indícios de sífilis na mãe, comunicação inadequada entre a equipe da obstetrícia e pediatria, entre outros<sup>3</sup>.

É importante ressaltar que a sífilis congênita é um tipo de infecção que pode ser identificada e curada ao longo do cuidado pré-natal, no qual a triagem para existência da infecção materna é bastante eficaz, mesmo em lugares no qual a prevalência de sífilis na população é baixa<sup>3</sup>.

Desta forma, evitar e prevenir a sífilis congênita são medidas possíveis somente quando a realização do pré-natal é de fácil disponibilidade e acesso para as pessoas que se enquadram num risco mais elevado, ou seja, mulheres jovens e adolescentes, que não possuem parceiro fixo e/ou que não fazem o uso de proteção no momento do ato sexual, e as que se encaixam em grupos desfavorecidos na perspectiva socioeconômica. Estes dois fatores facilitam amplamente a aquisição de sífilis por mulheres jovens<sup>3</sup>.

## Saúde pública e os desafios atuais

No que tange a saúde pública no Brasil, a sífilis congênita merece atenção e tem políticas promovidas para o aprimoramento de seu controle, como no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis que vigora desde 2007. Ele tem como objetivo melhorar a qualidade de atendimento a mulher e ao bebê, buscando controle da sífilis congênita. Nesse processo são envolvidas mais de 29 mil equipes de saúde, conforme dados apontados em 2008 pelo órgão Poder Executivo Federal, responsável pela elaboração das políticas públicas para a saúde<sup>4</sup>.

Quando ao tratamento da doença, foram destinados pelo Ministério da Saúde no ano de 2017 a quantia de 13,5 milhões de reais para a compra de 2,5 milhões de ampolas de penicilina benzatina e 450 mil ampolas da penicilina cristalina para, respectivamente, tratar a sífilis em gestantes e bebês<sup>5</sup>.

Apesar dos investimentos nas políticas públicas para o combate a sífilis, há desafios a serem enfrentados, como a adesão ao tratamento dos parceiros das gestantes infectadas, pois muitas vezes eles não realizam a

terapêutica da forma necessária para evoluir no processo de cura, o que resulta em um fator de risco para a reinfeção<sup>6</sup>. Tal fato fica evidenciado na figura 2, que demonstra o elevado número de parceiros que não foram tratados na última década.



**Figura 2.** Casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018. **Fonte:** Ministério da Saúde indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros

O tratamento das gestantes e parceiros é relativamente de baixo custo quando comparado aos impactos sofridos pelas crianças que nascem infectadas. Mulheres infectadas pela sífilis, que não recebem o tratamento adequado, podem gerar bebês com inúmeras sequelas que, muitas vezes, não se manifestam logo no nascimento e podem surgir até o segundo ano de vida. Além de muitas vezes, serem responsáveis por longos períodos de internação e identificação através de exames adicionais de custo elevado, onerando os custos do sistema de saúde que se comparados com o tratamento materno são bem mais altos e mais complexos<sup>7,8</sup>.

A dificuldade da saúde pública é ampliar o alcance e a qualidade do pré-natal, expandir o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e assim o tratamento no período do pré-natal e no parto<sup>1</sup>.

## Diagnóstico Laboratorial

No quadro de sífilis congênita precoce, o diagnóstico apresenta-se de forma mais complicada, uma vez que a maioria das crianças são assintomáticas. Com isso, a forma mais indicada seria a anamnese realizada com a mãe juntamente com a associação dos critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais para que se possa obter um resultado<sup>9</sup>.

No quadro de sífilis congênita tardia, o diagnóstico acontece de maneira semelhante à sífilis congênita precoce, incluindo apenas a investigação para a possibilidade da criança ter tido ou não contato com o *Treponema pallidum*<sup>9</sup>.

A avaliação complementar da pesquisa para exposição à esta bactéria não é comumente realizada, uma vez que, como dito anteriormente, não há manifestações clínicas. Porém, o teste feito em achados como biópsia, placenta e cordão umbilical é útil para sua detecção. O procedimento feito em microscopia de campo escuro permite a visualização dos treponemas móveis. Os testes de imunofluorescência e amplificação de ácidos nucleicos, como a reação em cadeia polimerase (PCR), também são utilizados para a identificação do *T. pallidum*<sup>9</sup>.

Os testes sorológicos são a forma mais utilizada para a realização do diagnóstico da sífilis. A Sorologia não-Treponêmica é realizada com o intuito de diagnosticar a sífilis adquirida e congênita, o VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) é o teste mais utilizado no Brasil e RPR (*Rapid Plasma Reagin*) são técnicas simples, rápidas e de baixo custo que possuem alta sensibilidade, do VDRL de 78 a 100% e do RPR de 86 a 100%, apresentando possibilidade de titulação que se torna interessante no momento do acompanhamento sistemático do tratamento<sup>9</sup>.

As desvantagens apontam para resultados falso-positivos e falso-negativos. Os falsos-positivos podem ser devido a um contato com outras infecções treponêmicas, como por exemplo artrite reumatóide, lúpus, hanseníase, e dentre outras. Os resultados falso-negativos podem ser decorrentes do efeito prozona, que é caracterizado pelo excesso de anticorpos<sup>9</sup>.

A sorologia treponêmica é realizada pelos testes TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*), FTA-abs (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), que possuem alta especificidade, sendo TPHA de 98 a 100%, FTA-abs de 94 a 100% e ELISA de 97 a 100% permitindo a confirmação da infecção por *T. pallidum*, eliminando assim os resultados falso-positivos. Os testes treponêmicos não são utilizados na triagem sorológica, tendo em vista que são baixos em sensibilidade quando comparados com os testes não-treponêmicos<sup>9</sup>.

Pelo fato de aproximadamente 10% dos recém-nascidos serem diagnosticados como falso-positivos e 20 a 40% como falso-negativos, o uso de testes treponêmicos, sem métodos agregados, para o diagnóstico de sífilis é limitado, tudo isso devido a pesquisas de anticorpos IgM no soro da criança<sup>9</sup>.

Pode-se realizar também o estudo do Líquido Cefalorraquidiano (LCR/Líquor). As alterações no LCR ocorrem em casos de neurosífilis, onde os sintomas são mais abrangentes. Sendo assim, em crianças assintomáticas a sensibilidade é menor<sup>9</sup>.

Em estudos de imagens obtidas por radiografia de ossos longos, a sífilis congênita pode apresentar alterações significativas para o diagnóstico. Presença de metáfise e diáfise de ossos longos são detectadas, por testes radiológicos, em 75 a 100% das crianças que apresentam evidências clínicas para sífilis congênita precoce. Esse teste possui uma sensibilidade desconhecida, mas ainda assim é recomendada sua realização, uma vez que entre 4 a 20% dos recém-nascidos assintomáticos apresentam este tipo de alteração<sup>9</sup>.

## Tratamento

O tratamento da sífilis para as gestantes infectadas é a penicilina que tem a capacidade de ultrapassar a barreira transplacentária. Pacientes com sífilis congênita recebem o mesmo tratamento da sífilis adquirida, de acordo com a fase da doença. Na sífilis primária (com cancro duro) trata-se com penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular. Na sífilis secundária

(com lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução) trata-se com penicilina benzatina 4.800.000 UI via intramuscular dose total, aplicando-se duas doses com intervalo de sete dias. Na sífilis terciária ou latente tardia (mais de um ano de evolução ou duração ignorada) trata-se com penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries) com intervalo de sete dias<sup>1</sup>.

É importante orientar sobre os riscos referentes à infecção através do contato sexual, para que as pacientes infectadas e seus parceiros abstenham-se de relações sexuais ou pratiquem de maneira segura, utilizando preservativo no decorrer do tratamento da sífilis. Reforçando a importância da utilização regular do preservativo (feminino e masculino) após o tratamento<sup>1</sup>.

Tanto o tratamento das gestantes quanto dos seus parceiros deve ser iniciado imediatamente após serem diagnosticados. Nos casos em que os tratamentos forem interrompidos é necessário reiniciá-los<sup>1</sup>.

O acompanhamento após o tratamento deverá ser mensal, sendo realizado através do VDRL, tendo como resposta positiva a diminuição dos títulos. O tratamento será classificado como satisfatório quando for concluído de acordo com o estágio da doença, realizado com penicilina, completado até os 30 dias que antecedem o parto e o parceiro medicado simultaneamente<sup>1</sup>.

Pacientes alérgicas à penicilina, após passarem pelo teste de sensibilidade à droga, deverão ser dessensibilizadas e somente depois medicadas com penicilina. Caso seja impossível, a gestante deverá ser medicada e tratada com eritromicina (estearato), porém não será classificada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo necessária uma investigação e um tratamento apropriado da criança após o nascimento<sup>1</sup>.

É indispensável registrar o número do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização na carteira de Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) da gestante, apresentando os resultados, datas sorológicas, a medicação e as doses do tratamento efetuado na gestante e no parceiro. A paciente deve ser instruída para que apresente a carteira na hora do parto<sup>1</sup>.

## Prevenção e controle (pré-natal)

Inúmeros países apresentam bem definidas as normas de prevenção da sífilis congênita. Embora seja um assunto de saúde pública, de forma geral, as diretrizes se baseiam: na elevada quantidade de consultas pré-natais, ensaios disponíveis para a detecção rápida feitos na atenção primária à saúde, uso terapêutico com penicilina e introdução do fármaco no cadastro de medicamentos essenciais de todos os países<sup>10</sup>.

O governo federal, vem incluindo projetos com a finalidade de diminuir a quantidade de ocorrências de sífilis no Brasil. A erradicação da sífilis congênita é uma necessidade global, regional e nacional, comprovada em muitos registros, como “Eliminação mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para Ação”, “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis

Congênita”, “Pacto pela Saúde” e Rede Cegonha”<sup>10</sup>.

A prevenção da sífilis tem como alvo a promoção da saúde através da realização de práticas informativas, educação e instrução a população geral e, em especial, a população mais frágil, como profissionais do sexo e usuários de drogas intravenosas. É fundamental a assistência ao paciente, sempre expondo a comunicação entre o casal e o uso de preservativos durante a relação sexual<sup>9,11</sup>.

O controle da sífilis tem como intuito o fim do ciclo da propagação da patologia e a prevenção de casos futuros. Impedir o contágio da enfermidade depende da detecção e do tratamento prévio e efetivo do doente e do parceiro. Na identificação de casos haverá a implementação de testes rápidos em gestantes e seus parceiros<sup>9</sup>.

Segundo as diretrizes de controle da sífilis congênita, a forma mais hábil de limitar a doença é a realização de um pré-natal apropriado. O começo do pré-natal deve ser prévio e com pelo menos seis consultas com cuidado adequado. O exame de VDRL é obrigatoriamente feito no primeiro trimestre da gestação (na primeira consulta), e um segundo exame é realizado na 28ª semana. Com o diagnóstico confirmado, é essencial iniciar o método terapêutico com o devido acompanhamento da gestante e do (s) parceiro (s)<sup>10</sup>.

Os resultados dos exames, registros e a terapêutica da sífilis devem estar sempre com gestante para um acompanhamento eficaz durante a gravidez. As ocorrências da sífilis são danos de notificação compulsória e deverão ser comunicados às autoridades públicas<sup>10</sup>.

#### 4. DISCUSSÃO

A sífilis congênita tem aumentado na população brasileira, sobretudo entre jovens e adultos, conforme os dados apresentados. O percentil em gestantes e a sífilis congênita cresceu significativamente nos últimos dez anos. Em relação a isso, pode-se observar algumas discrepâncias sociais que influenciaram, como à nível de formação, onde há um predomínio em mães que não terminaram o ensino fundamental, e também, diferenças em faixas de idade (53,4% com 20 a 29 anos), ou seja, mulheres jovens apresentando maior atividade sexual desprevendida<sup>12</sup>.

Dessa forma, estimular o conhecimento sobre os riscos da infecção e prevenção, tal como aumentar o acesso a preservativos, ampliar a frequência de execução dos testes e diagnóstico é fundamental, assim como realização do pré-natal e a importância de não interrompê-lo<sup>12</sup>.

Observa-se no monitoramento da infecção que grande parte da prevalência da doença, vincula-se à qualidade nas medidas de prevenção, atenção à gestante e incumbências de seu parceiro. No entanto, tratando-se da última questão, o descaso dos homens em relação ao cuidado com o tratamento da doença, vem prolongando a propagação da bactéria, se mostraram como grave fator de ameaça para a prevalência da doença, levando aos casos de sífilis congênita que com o passar dos anos

se destacou em um cenário de urgência<sup>12</sup>.

Os problemas se tornam evidentes quando a falta de tratamento adequado persiste, sendo que as condutas profiláticas no próprio período neonatal (exames na maternidade) e condutas governamentais (armazenamento de políticas públicas) não foram o bastante para minimizar a situação, já que a prevalência da infecção se destacou com o tempo<sup>13</sup>.

No entanto, a situação referente à propagação de informações é antiga, pois é de se esperar que haja o mínimo conhecimento popular adquirido nos noticiários, escolas, e postos de saúde. O real problema encontra-se quando, como por exemplo, é dependente da conduta pessoal (livre arbítrio) a ação de dar continuidade ao tratamento ou não<sup>13</sup>.

Atualmente também se destacam as ocorrências de greves por parte do atendimento público em algumas localidades com circunstâncias mais precárias, mostrando a urgência da necessidade da implementação de recursos o suficiente dentro de pronto-atendimentos. Com esse cenário, a longa espera pela assistência médica, falta de leitos e superlotação faz com que pacientes desistam e convivam com a doença sem o tratamento devido. Essa situação traz para nós a realidade de pessoas com índoles temerárias, ou seja, o indivíduo infectado que se dispõe a transmitir por quaisquer que sejam os motivos a sua doença, fundamentado na raiva ou em alguma outra vertente<sup>13</sup>.

Deve-se ressaltar que o pré-natal tem papel fundamental na diminuição dos casos da doença, mas mesmo com a realização desse acompanhamento comprova-se no decorrer do trabalho que diversas mulheres, ainda sim, foram portadoras da sífilis e transmitiram para os conceptos que em grande parte tiveram diagnóstico como sífilis congênita recente. O diagnóstico feito com base principalmente em testes sorológicos vêm ajudando na detecção do *T. pallidum*, porém, apenas juntamente com um apanhado clínico geral pode-se ter certeza da magnitude da infecção, na criança ou na mãe<sup>12</sup>.

#### 5. CONCLUSÃO

Visto os desafios para controle da sífilis congênita, a prevenção através de medidas que evitem o contágio pela doença e a disseminação na forma hematogênica é de extrema importância para reduzir fatores de risco neonatal, como sequelas para a criança, e até o aborto, que é uma vertente de perceptível peso nestas circunstâncias. Dito isso, a maioria dos casos podem ser evitados com tratamento adequado e acompanhamento médico através do pré-natal.

Dadas as enunciações, não somente as organizações públicas mas também a própria população deve contribuir para preservar-se. A alta promiscuidade na população jovem, a prática sexual sem preservativo, falta de acompanhamento clínico somado a costumes imprudentes vem proporcionando o crescimento da taxa de sífilis ao longo dos anos.

Entretanto, o profissional de saúde tem maior relevância nesta área, pois é ele quem assume com as

atividades analíticas do quadro do paciente, e principalmente coloca em prova o mais básico e importante propósito, a promoção da saúde como foco o bem-estar do indivíduo.

## AGRADECIMENTOS

Os alunos do hodierno trabalho gostariam de agradecer a colaboração da Faculdade Una Barreiro pelo apoio para desenvolvimento deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- [1] Serviço de vigilância epidemiológica. Coordenação do programa estadual DST/ Aids-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saude Publica* 2008;42(4): 768-72.
- [2] Vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites virais. Brasil, 2018. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico de sífilis 2018. [Acesso 20 mai. 2019] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
- [3] Guinsburg, Ruth; Santos, Amélia Miyashiro Nunes dos. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. *Sociedade Brasileira de Pediatria ISSN-Online: 2236-6814*.
- [4] Araujo, Cinthia Lociks de; Shimizu, Helena Eri; Souza, Artur Iuri Alves de; et al. Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da família. *Rev Saude Publica* 2012;46(3):479-86.
- [5] Municípios terão reforço de R\$ 200 milhões para conter avanços da doença. Brasil, 2017. Ministerio da saude. [ Acesso 25 mai. 2019] Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41721-municipios-terao-reforco-de-r-200-milhoes-para-conter-avanco-da-doenca>.
- [6] Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros. Brasil, 2018. Ministerio da saude. Secretaria de Vigilância em Saúde. [ Acesso 23 mai. 2019] Disponível em:<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
- [7] Milanez, Helaine. Sífilis na gravidez e sífilis congênita: Por que não podemos ainda enfrentar este problema?. *Rev. Bras. Ginecol.* 38(9),425-427.
- [8] Magalhães, Daniela Mendes dos Santos; Kawaguchi, Ines Aparecida Laudaes; Dias, Adriano, et al. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. *Cad. Saude Publica*, 2013, 29(6): 1109-1120.
- [9] Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Ed. 2, Brasília, 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [Acesso 15 mai 2019] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf)
- [10] Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, 2005. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilância em Saúde.[Acesso 15 mai. 2019] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf)
- [11] Avelleira, João Carlos Regazzi; Bottino, Guiliana. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006;81(1):7-25.
- [12] Figueiredo, Mayanne Santana Nobrega de; Cavalcante, Edilma Gomes Rocha; Oliveira, Celida Juliana de; et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene.* 2015; 16(3): 345-54.
- [13] Costa, Carolina Vaz da; Santos, Isabela Arcipretti Brait dos; Silva, Joyce Matias da; et al. Sífilis Congênita: Repercussões e desafios. *Acm ISSN-Online: 2236-6814*