

SÍFILIS CONGÊNITA

Francieli Bassani*

Mariana Smaniotto**

Prof Dra Daniela Ries Wink***

Resumo

O objetivo do estudo foi retratar a Sífilis Congênita com ênfase nos aspectos epidemiológicos agravados no Brasil, utilizando o processo de pesquisa bibliográfica. A Sífilis congênita, doença conhecida desde o século XV, vem crescendo muito nos últimos anos e causando grande preocupação para a Saúde Pública. Caracterizada como uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, responsável por graves repercussões para o conceito, principalmente quando acomete a gestante com pré-natal deficiente. Se não tratada, a sífilis pode prejudicar, além dos órgãos sexuais, outros diversos órgãos e sistemas. Demonstrando a grave situação do Brasil, o Boletim Epidemiológico de junho de 1998 a junho de 2016 demonstrou que foram notificados 142.961 mil casos de sífilis congênita. Existem muitas medidas de prevenção que devem ser orientadas pelos responsáveis por programas de saúde, com o intuito de reduzir o número de novos casos, e, principalmente incentivar a realização de pré-natal.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Prevenção. Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), doenças sexualmente transmissíveis são consideradas um grave problema de saúde pública, não apenas pela gravidade de cada agravo de forma individual, mas por sinalizarem o hábito de práticas sexuais inseguras pela população, e a possibilidade do acometimento de diversas infecções, tais como o HIV. A

sífilis pertence a esse grupo de doenças de contágio sexual, provocado pela bactéria gram negativa *Treponema Pallidum*, descoberta por volta de 1905 (BRASIL, 2015).

A transmissão vertical da sífilis ainda é um dos desafios da saúde no Brasil, visto que das diversas doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, a que possui maior taxa de transmissão é a sífilis. Faz-se importante mencionar os dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, do período de 2005 a junho de 2016, que revela terem sido notificados no Sinan um total de 169.546 mil casos de sífilis em gestantes, e de 1998 a junho de 2016, foram notificados 142.961 mil casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A sífilis é transmitida da mãe para o bebê pela via transplacentária, por disseminação da bactéria *Treponema Pallidum* através da corrente sanguínea. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, sendo que a taxa de transmissão em mulheres não tratadas é de 50 a 100% nas fases primárias e secundárias da doença (SONDA,2013).

Com a transmissão hematogênica e o não tratamento da doença, as probabilidades de haver um aborto espontâneo são de cerca de 40%, além de diversas complicações que podem acometer o recém-nascido. Dessa forma, a alternativa mais viável para reduzir o risco de transmissão vertical é o uso de preservativos, diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante, e do seu parceiro para que assim sejam evitadas as repercussões no neonato (BRASIL,2015).

O presente trabalho teve como objetivo retratar a Sífilis Congênita com ênfase aos aspectos epidemiológicos do agravo no Brasil. Para atingir o objetivo proposto, foi utilizado o processo de pesquisa bibliográfica.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 HISTÓRICO DA DOENÇA

A sífilis foi retratada pela primeira vez como uma doença de sintomas inespecíficos em um período indeterminado, cuja etiologia ia desde princípios metafísicos a superstições (CARRARA, 1996). A doença passou a ser melhor descrita pela literatura médica desde o final da década dos anos 1400, com descobertas marcadas pela perseverança de cientistas que trabalharam arduamente para ajudar a tratar uma das doenças mais mortais do seu tempo.

A origem da sífilis tem sido assunto controverso, dividido em duas teorias. Uma sustenta que a doença era endêmica na América e que daqui, teria sido introduzida na Europa pelos marinheiros de Cristóvão Colombo. A outra afirma já existirem no território europeu astreponematoses, e seriam causadas por um único microrganismo, que com o passar do tempo foi se diferenciando, aumentando a virulência e permitindo a transmissão sexual e o irromper de epidemias (GERALDES NETO, 2009).

A princípio, em razão das doutrinas cristãs, a sífilis por ter sido observada como uma doença "da carne", ou seja sexualmente transmissível, era vista como um castigo, tanto que as poucas formas de tratamento utilizavam-se de punições, sangrias, banhos, fricções mercuriais, confissões e purgações. Um exemplo disto é no hospital de Paris, onde os doentes com sífilis, chamados de venéreos, só eram admitidos para o tratamento, ao primeiramente se sujeitarem à correção e, antes de mais nada, a serem chicoteados (CARRARA, 1996).

Passado algum tempo, ainda existiam diversas teorias a respeito da forma de transmissão da sífilis, sempre mantendo o caráter sexual. Em 1504, a sífilis era "um estado mórbido que tinha por original uma infecção de massa sanguínea produzida por um veneno que os mênstrus contêm", ou seja,

agora acreditava-se que a forma de infecção se dava pelo contato sexual com o sangue menstrual (CARRARA,1996).

O termo "sífilis" originou-se de um poema, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro "A sífilis ou mal gálico". Posteriormente, em 1546, Fracastoro levantou a hipótese da transmissão sexual por pequenas sementes, a que chamou de "seminaria contagionum". Porém, apenas ao final do século XIX, com Louis Pasteur, é que essa ideia passou a ter crédito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Nos séculos XVI e XVII, embora a doença tenha continuado a se alastrar pelos países europeus, nada de efetivo foi feito para combatê-la.

Em relação à Sífilis Congênita, ao final da década dos anos de 1918, já haviam relatos do impacto da sífilis sobre a prole. Em 1880, Fournier já havia apresentado dados estatísticos a respeito sífilis e observou uma taxa de dois óbitos em cada três filhos de pais sífilíticos.

Já na clínica hospitalar, essa proporção subia, com respectivamente sete mortos em cada oito nascimentos (WAUG,1974).

Somente na segunda metade do século XIX, as pesquisas de Pasteur constatarem a ação de pequenos seres vivos presentes no organismo, revolucionando a medicina, permitindo e possibilitando novas intervenções terapêuticas. Especificamente para a sífilis, as descobertas de Pasteur proporcionaram aos médicos a elaboração de medidas profiláticas e a descoberta da causa do contágio (CAVALCANTI, 2003).

A sífilis passa a ser vista como uma bactéria espiroqueta, identificada por Shaudinn em 1905, atribuindo a demonimação *treponema pallidum*.

Um ano depois, em 1906, o médico alemão Wassermann traz a público um teste capaz de identificar as alterações sanguíneas que o *treponema* provocava. Este teste foi amplamente utilizado no diagnóstico da doença. Mesmo assim, diversas especulações a respeito das formas de contágio e manifestações clínicas continuavam a aparecer (CARRARA,1996).

Com a descoberta da Penicilina em 1943, e efetiva eficácia no tratamento da sífilis, houve uma desvalorização social da doença, e o pós-guerra marcou uma nova rearticulação dos conceitos criados até então,

fazendo com que a sífilis perdesse a abrangência que possuía (CARRARA,1996).

Assim, com o tratamento à base de penicilina e a melhoria dos cuidados de saúde da população, a sífilis, tanto adquirida quanto congênita, diminuiu sua incidência de maneira tão abrupta que se chegou a prever, na década de 60, a erradicação total da doença ao final do século XX. Contudo, para este caso aplica-se com perfeição a advertência de que, "quando um programa de controle de uma doença aproxima-se de sua erradicação, é mais provável que o programa, e não a doença, seja erradicado" (GUINSBURG, 2010) .

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que há cerca de 357 milhões de infecções sexualmente transmissíveis entre sífilis, tricomoníase e clamídia. Sabe-se que a presença de uma Infecção sexualmente transmissível (IST) aumenta consideravelmente o risco em contrair uma infecção pelo vírus HIV. Porém, quando se trata de sífilis gestacional, ela é responsável por 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura em cerca de 215 mil crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Estima-se que a prevalência de sífilis em gestantes no Brasil é de aproximadamente 2%, sendo responsável por 11.849 internamentos nos últimos 5 anos. Além disso, observou-se um aumento no número dos casos nos últimos sete anos, passando de 200 para mais de 4 mil casos (BRASIL, 2002).

A OMS relata que hoje, no Brasil, a sífilis acomete cerca de 2 milhões de gestantes. 90% dos casos ocorrem em países subdesenvolvidos, o que pode estar intimamente ligado as menores condições socioeconômicas. Porém, mesmo em países desenvolvidos, como muitos da Europa e os Estados Unidos, a sífilis foi responsável, em 2011, por acometer 50 mil parturientes e 12 mil nascidos vivos infectados (BOWEN, 2012).

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, visto que ao acometer fetos pode provocar óbito neonatais, recém-natos prematuros ou com baixo peso ao nascer, icterícia, anemia, lesões ósseas, hepatoesplenomegalia, e lesões renais, dentre outros, necessitando permanecer mais tempo nas unidades de terapia intensiva apresentando um custo cerca de três vezes maior, quando comparado com um recém-nascido sem esse tipo de infecção (SONDA, 2013).

É preocupante que no Brasil, a taxa de infecção pelo treponema pallidum em gestantes aumentou drasticamente. Em 2002, a taxa era de 1,3 casos em 1 mil nascidos vivos. Já, em 2016, observa-se a taxa de 4,7 em cada 1000 nascidos vivos (FEITOSA, 2016).

Além disso, segundo dados do último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2016), entre o período de junho de 2005 a junho de 2016, foram notificados 169.546 mil casos de sífilis em gestantes, sendo respectivamente 42,9% na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste.

Ademais, o boletim ainda traz que de junho de 1998 a junho de 2016, foram notificados 142.961 mil casos de sífilis congênita, dos quais 64.398 mil eram residentes na região Sudeste, 44.054 no Nordeste, 14.300 no Sul, 11.846 no Norte e 8.363 no Centro-Oeste. No ano de 2015, a taxa de incidência na região Sul foi a maior encontrada, sendo respectivamente 6,9 casos/mil nascidos vivos, representando uma taxa de aumento de 67,2%. Quando trata-se de óbitos por sífilis congênita, no período de 1998 a 2015 foram registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) cerca de 1.903 mil óbitos; destes, 71 pertenciam a região Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Um estudo nacional de base hospitalar, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, entrevistou 23.894 mil gestantes dentre 266 hospitais, no momento da internação, para estimar a incidência de sífilis congênita e a taxa de transmissão vertical da sífilis ao nascimento. A pesquisa que foi realizada por meio de consultas a prontuários e cartões pré-natais concluiu que a incidência de sífilis congênita estimada para o Brasil foi de 3,51 por mil nascidos vivos, obtendo uma variação de 1,35 na região

Centro-oeste, 4,03 na Região Nordeste, 2,56 na região Norte, 3,81 Sudeste, e 3,10 no Sul do país. O estudo ainda indica que tais valores estimados foram diferentes dos casos notificados no SINAN no ano de 2011 (DOMINGUES, 2016). Já a taxa de transmissão vertical foi de 34,3, sendo respectivamente, 33,2 na região Norte, 37,9 na Nordeste, 36,3 na Sudeste, 28,6 no Sul e 15,0 no Centro-Oeste (DOMINGUES, 2016). Outrossim, das 23.894 mil gestantes, 162 foram diagnosticadas com sífilis gestacional, mas apenas 64 gestantes tiveram recém-nascidos com desfecho para sífilis congênita.

Como já foi mencionado, a sífilis congênita pode trazer consequências desfavoráveis aos recém-nascidos. A pesquisa de Domingues (2016) observou que dentre os nascidos vivos, 6,1% apresentavam algum sinal de doença e 11,7% foram internados, sendo 5,8% em unidade de terapia intensiva (UTI). Já Feitosa (2016), refere em seu artigo que dentre os conceptos infectados, cerca de 20 a 40% são abortados, 20 a 25% são natimortos e 15 a 55% tornam-se recém-nascidos prematuros.

2.3 TRANSMISSÃO

Existem duas formas de ocorrência da sífilis congênita. A primeira é de que a mãe adquire a sífilis e engravida, e a outra é quando a gestante se infecta. A forma de transmissão da sífilis se dá através da via sexual, onde o *treponema pallidum* se dissemina pela via hematogênica, infectando o feto através da placenta. Isso só ocorre porque a gestante infectada está ausente do tratamento ou erroneamente tratada (WICHER, 2001; SONDA, 2013).

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico para sífilis congênita é realizado através de exames sorológicos por meio da coleta sanguínea. Existem diversos exames que podem ser empregadas para o diagnóstico de sífilis, sendo o mais conhecido o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL). Esse teste é conhecido como

um teste não treponêmico, o qual possui alta sensibilidade e baixa especificidade; além disso, após o tratamento adequado apresenta rápida negatificação sendo amplamente utilizado para o controle e rastreamento da doença (MAGALHÃES et al., 2011).

O VDRL é um teste de floculação em que é possível detectar anticorpos inespecíficos, denominados reaginas, produzidos pelo organismo em resposta a antígenos fosfolipídicos presentes na superfície dos treponemas (ALQUEZAR, 2008).

O VDRL é amplamente utilizado nos laboratórios clínicos devido ao seu baixo custo e fácil realização, porém existem ainda outros testes, tais como: Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-Abs), o Microhemagglutination assay for Treponema pallidum (MHA-TP), o Treponema pallidum Hemagglutination (TPHA), o Enzyme-linked Immunosorbent Assay (ELISA) (ALQUEZAR, 2008).

2.5 TRATAMENTO

O tratamento para sífilis, em meados da década de 40, era realizado com mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, porém por serem produtos tóxicos, foi substituído por banhos quentes para eliminar o treponema do corpo. Com a descoberta da Penicilina, a mesma foi testada e obteve sucesso no tratamento da doença sendo amplamente utilizada até hoje (MAGALHÃES et al., 2011).

Como forma de evitar a transmissão vertical, a gestante deve ser tratada com penicilina no primeiro trimestre da gestação, para desta forma evitar-se a infecção fetal, porém é importante ressaltar que a infecção pelo treponema pode ocorrer em qualquer período da gestação. Em casos em que a mãe não realizou o tratamento adequado ou seu parceiro não foi tratado concomitante à gestação, após o nascimento, o concepto é tratado também com Penicilina a critério médico, sendo prescrita Penicilina Cristalina, ou Benzatina (BRASIL, 2002).

3 CONCLUSÃO

A sífilis congênita ainda é considerado um grave problema de saúde pública, e é preocupante que no Brasil persistam as elevadas taxas desse tipo de infecção, mesmo com estratégias para rastrear a doença durante o pré-natal. Fazem-se importantes as pesquisas epidemiológicas para a sífilis gestacional e sífilis congênita, como forma de elaborar novas estratégias para prevenção desta doença, ressaltando que o teste para identificação da sífilis congênita, o VDRL, é o mais utilizado, justamente pelo seu baixo custo. Além disso, o Ministério da Saúde oferece testes rápidos nas unidades de saúde como forma para detecção da doença no seu estágio inicial, podendo assim, identificar e tratar a gestante de forma adequada, prevenindo um desfecho desfavorável ao recém-nascido.

É importante mencionar que estratégias primárias podem ser tomadas com o intuito de prevenir a mulher, antes mesmo dela engravidar, enfatizando a importância do uso do preservativo, e que mesmo em casos em que há a presença da sífilis gestacional, é importante realizar o tratamento juntamente com o seu parceiro.

REFERÊNCIAS

ALQUÉZAR, Amadeo et al. Desempenho de testes sorológicos para sífilis, treponêmicos (Elisa) e não treponêmicos (vdrl e rpr), na triagem sorológica para doadores de sangue – confirmação dos resultados por meio de três testes treponêmicos (fta abs, wb e tpha). *Revista de Patologia Tropical*, [s.l.], v. 36, n. 3, p.215-228, 21 jan. 2008.

BOWEN, V, Su. et al. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012– 2014. *MMWR*. 2015;64(44):1241-5.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5 ed. Brasília: FUNASA, 2002. 842 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAVALCANTEElse Dias de Araujo. A SÍFILIS EM CUIABÁ: saber médico, profilaxia e discurso moral - 1870-1890. Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em História, do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Orientadora: Prof^aDr^aLylia da Silva Guedes Galetti. Cuiabá - MT, 2003.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 32, n. 6, p.1-12, jun. 2016.

FEITOSA, José Antonio da Silva; ROCHA, Carlos Henrique Roriz da; COSTA, Fernanda Salustiano. Artigo de Revisão: Sífilis Congênita. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, [s.l.], v. 2, n. 5, p.286-297, set. 2016.

GERALDES NETO, Benedito, et al.A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. Ciênc Saúde 2009 jul-set; 16(3):127-9

GUINSBURG, Ruth. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA Documento Científico – Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. SÃO PAULO, 2010

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Com. Ciências Saúde, [s.l.], v. 1, n. 22, p.43-54. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p.

SAÚDE, Ministério da. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2016. 47. ed. [s.l.]: Ministério da Saúde, 2016. 32 p.

SONDA, Eduardo Chaida et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, [s.l.], v. 3, n. 1, p.28-30

CARRARA, S. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p.

WAUGH, M. A.. Alfred Fournier, 1832-1914: His influence on venereology. Pub Med: Canada, [s.l.], p.232-236, out. 1973.

WICHER, V; WICHER, K. Pathogenesis of maternal fetal syphilis revisited. Clinical Infectious Diseases. 2001; 33: 354-63.

Sobre o(s) autor(es)

*Farmacêutica Bioquímica, acadêmica do curso de pós-graduação em Análises Clínicas da Unoesc campus Videira.

**Biomédica, acadêmica do curso de pós-graduação em Análises Clínicas da Unoesc campus Videira

***Daniela Ries Wink, doutora, professora orientadora da Unoesc Videira.