

SÍFILIS NA GRAVIDEZ: RELATO DE (DES)CASO

SYPHILIS IN PREGNANCY: A CASE(NEGLECT) REPORT

Tegnus VD de Gouvea¹, Priscilla FM Faria², Auri VS Nascimento³, Flávia HC Firmo⁴, Daniela DG Santos⁵

¹ Médico Especialista em Doenças Sexualmente Transmissíveis pela UFF – RJ. Mestre em Ensino da Ciência, Chefe de Clínica do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da UFF – RJ. ² Médica pela Universidade Federal Fluminense – UFF – RJ. Especializanda em Doenças Sexualmente Transmissíveis, Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da UFF – RJ. ³ Enfermeira e Especialista em Doença Sexualmente Transmissível pela UFF, Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF – RJ. ⁴ Bióloga do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da UFF – RJ. ⁵ Interna de Medicina da Universidade Estácio de Sá, estagiária do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da UFF – RJ.

RESUMO

Os autores relatam o caso de uma paciente de 20 anos de idade apresentando lesões genitais papulosas, compatíveis com sífilis, na vigência de uma gestação de 5 meses, com queixa de "machucados nas partes que doem muito", encaminhada ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense por profissional médico de unidade do Programa Médico de Família de Niterói, RJ. Discutem-se os fatores determinantes do quadro delineado durante a fase de diagnóstico e tratamento, em que os profissionais de saúde objetivavam a preservação da saúde materna e do feto, contrapondo-se aos anseios da gestante, que desejava "livrar-se do incômodo" representado por dor e odor, sem uma preocupação maior com os malefícios que tal patologia pudesse determinar a si e a seu conceito. Os autores sinalizam a importância de se identificarem os fatores determinantes do descaso dos primeiros profissionais que atenderam a paciente, e da gestante com sua saúde e a do conceito, para que se possam promover as intervenções necessárias e permitir que os indivíduos exerçam sua cidadania plena.

Palavras-chave: sífilis, gravidez, sífilis congênita, negligência, relato de caso, DST

ABSTRACT

The authors report a case of a patient 20 years of age, presenting papular genital lesions consistent with syphilis, in the presence of a gestation period of five months, complaining of "the bruised parts that really hurt," referred to the Division of Sexually transmitted by Fluminense Federal University medical professional unit of the Family Doctor Program of Niterói, RJ. Discuss the determinants of the framework outlined during the diagnosis and treatment, where health professionals aimed at preservation of maternal health and fetal opposition to the wishes of the pregnant woman who wanted to "get rid of the nuisance" represented by the pain and odor, no more concern about the harm that this pathology can determine themselves and their unborn children. The authors signaled the importance of identifying the determinants of the neglect of the first professionals who treated the patient and pregnant with their health and the fetus so that we can promote the necessary interventions and allow individuals to exercise their full citizenship.

Keywords: syphilis, pregnancy, congenital syphilis, negligence, case report, DST

INTRODUÇÃO

A sífilis tornou-se conhecida em finais do século XV quando houve o relato da primeira epidemia na Europa, sendo até então desconhecida no Velho Mundo. Sua origem geográfica ainda é uma incógnita devido ao estigma da doença, que levou a acusações mútuas entre diversos países, cada qual atribuindo a outrem a origem da mesma¹. O advento da penicilina e o seu uso no tratamento da doença², em 1943, induziu erroneamente a se pensar que seria erradicada.

Apesar de diagnóstico relativamente fácil, tratamento eficaz e baixo custo, em pleno século XXI ainda constitui um grave problema de saúde pública². Dados do Ministério da Saúde (MS) de 2007 apontam que, no Brasil, cerca de 50 mil parturientes tenham o diagnóstico de sífilis, com uma prevalência de 1,6%, o que resulta em aproximadamente 12 mil nascidos

vivos com sífilis congênita, considerando-se uma taxa de transmissão vertical de 25%³.

De acordo com Lombiganon *et al.*⁴, o não tratamento da sífilis materna recente pode resultar em 80 a 100% de contaminação para o conceito. Quanto mais no início da gestação for a infecção e maior a espiroquetemia, maior será o risco de contaminação fetal⁵. A sífilis na gestação pode ter como consequências abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do conceito (comprometimento oftalmológico, ósseo, auditivo, neurológico)⁶.

Mesmo com a normatização determinada pelo MS de que o teste sorológico denominado VDRL (*venereal disease research laboratory*), aplicado no rastreamento da sífilis durante a gravidez^{3,7}, seja realizado no primeiro e no último trimestre gestacional, muitas pacientes chegam às maternidades sem resultados sorológicos², observando-se número significativo de recém-nascidos vivos, portadores da referida patologia, com sérios comprometimentos de sua higidez, ou tendo, como desfecho, o óbito fetal⁸.

OBJETIVO

Relatar o descaso de uma paciente gestante, com lesões papulosas compatíveis com sífilis, na vigência do 5º mês de gestação, com a própria saúde e a do conceito e a imprópria atenção recebida, pela mesma, dos profissionais da atenção primária em saúde.

Endereço para correspondência:

TEGNUS VD DE GOUVEA

Setor de DST da Universidade Federal Fluminense
Outeiro de São João Batista, s/nº Campus do
Valonguinho, Centro, Niterói-RJ
CEP: 24210-150, Brasil

E-mail: depesgouvea@gmail.com

Recebido em: 12.07.2012

Aprovado em: 29.08.2012

RELATO DE CASO

Gestante, 20 anos de idade, natural de Niterói – RJ, estudante (fundamental incompleto), IIIG/IIPV/OA, sendo que a gestação anterior (segunda) evoluiu para parto prematuro aos 7 meses, de feto nascido vivo, vindo a falecer dias após. Não soube informar a causa da morte. Pré-natal iniciado em novembro/2011 com idade gestacional (IG) de aproximadamente 20 semanas (data da última menstruação: 15/06/2011). Informou ter parceiro único desde o início da vida sexual (aos 16 anos). Foi encaminhada ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (DST-UFF) pelo profissional médico de unidade do Programa Médico de Família (PMF) que corresponde ao Programa Saúde da Família (PSF) instituído nos demais municípios, 3 meses após iniciado o pré-natal, com queixa de “machucados nas partes que doem muito”.

Durante a anamnese, atribuiu o surgimento da doença em genitália externa há mais ou menos 3 meses, o que a levou a procurar o PMF para tratamento das lesões e investigação do atraso menstrual. De acordo com a paciente, na primeira consulta (setembro/2011) foi solicitado o exame comprobatório da gravidez (β HCG) e foram prescritos bicarbonato de sódio e violeta de genciana para serem utilizados topicamente no tratamento da ulceração genital. Um mês após (outubro) retornou com o resultado do exame confirmatório da gestação, sendo solicitados os exames de rotina e agendada a consulta pré-natal. No início de novembro, a lesão tornou-se bastante incômoda, com aumento significativo de volume e extensão, intensificação da dor e odor desagradável. Retornou ao seu médico assistente, que a encaminhou ao nosso serviço com suspeita de condiloma acuminado.

Ao exame: aparência cuidada, boas condições de higiene, orientada, hidratada, hipocorada. Sinais vitais normais. Fácies atípica, lesões hipercrômicas em ambas as faces, compatíveis com melasma. Aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações. Abdome gravídico, fundo uterino de 21 cm. Genitália externa apresentando lesões papulosas, de cor branca-acinzentada e bordas elevadas, dolorosas ao toque e odor desagradável, comprometendo grandes lábios e períneo (**Figura 1**).

Para a confirmação diagnóstica foi efetuado, no próprio serviço, o raspado das lesões genitais para bacterioscopia em campo escuro e coletado sangue para sorologias. O exame direto em campo escuro, no momento da consulta, identificou a presença de espiroquetas móveis, morfológicamente compatíveis com *Treponema pallidum*.

Foi prescrita penicilina G benzatina na dose de 2.400.000 UI/semana durante 3 semanas (1.200.000 UI em cada glúteo) e orientada a retornar imediatamente após ter o resultado da sorologia (solicitada em caráter de urgência e prometida para o mesmo dia) acompanhada de seu parceiro. Foi informada sobre a reação que a medicação poderia desencadear (reação de Jarisch-Herxheimer), inclusive com implicações para o feto.

Aguardada na data agendada, não compareceu. Três dias após, conseguimos contatá-la e solicitamos sua presença, agendada para o dia seguinte. Novamente não compareceu, sendo interpelada, via celular, sobre o motivo de sua ausência.



Figura 1 – Lesões papulosas em grandes lábios, períneo e região anal de gestante em 5º mês de gestação, tipicamente características de sífilis recente (sifilides papulosas).

Alegou falta de tempo e que já havia feito o exame solicitado e tomado a medicação prescrita, estando sem sintomas. Acreditava estar bem, não necessitando dar continuidade ao tratamento. Quanto ao parceiro, informou que se recusou a submeter-se ao exame médico. Por telefone, forneceu-nos o resultado do VDRL: reator 1:512. Orientamos sobre a necessidade de continuar o tratamento e do acompanhamento de sua gestação, podendo ter havido comprometimento fetal. Prometeu-nos que iria à consulta, novamente agendada.

O fato de não ter comparecido à consulta novamente e manter-se em silêncio fez com que procurássemos a coordenadoria do PMF, que nos havia encaminhado a paciente e a quem foram expostos os fatos e solicitada a colaboração, objetivando dar continuidade ao tratamento da gestante e seu acompanhamento pré-natal. Posteriormente, a coordenadoria do PMF informou que a medicação estava sendo feita na residência da paciente, uma vez que a mesma havia se recusado a comparecer na unidade do PMF perdendo o prazo para a aplicação da segunda dose do medicamento. Foi relatado, ainda, que o parceiro havia sido “intimado” a fazer o exame sorológico e estava sendo aguardado.

DISCUSSÃO

O rumo tomado pelos fatos descritos faz-nos refletir sobre os motivos que levaram a paciente, portadora de uma doença que pode ter grave desfecho, principalmente para o conceito, a abandonar o tratamento ao melhorarem os sintomas, ape-

sar de informada sobre as consequências de tal ato. E, mais ainda, ignorar as implicações relacionadas com a saúde fetal, contrapondo-se ao instinto maternal, que faz com que a fêmea arrisque a própria vida em defesa de sua cria. A paciente aceitou a intervenção terapêutica até o desaparecimento dos sintomas. Após o início do tratamento, conforme informou, houve melhora do quadro algico e involução da lesão, o que a levou a considerar-se curada, não processar as informações sobre a evolução grave e silenciosa da doença e recusar-se a dar continuidade à terapia.

De acordo com publicação do MS, é considerado tratamento materno adequado todo tratamento completo, contextualizado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente³.

Considerando as informações prestadas pela paciente, houve demora no agendamento das consultas e na realização de exames, cujos resultados ainda estavam sendo aguardados na vigência do 5º mês de gestação. E mais, o médico assistente não prestou a devida atenção às lesões vulvares em uma gestante. De acordo com dados epidemiológicos brasileiros, amplamente divulgados na literatura médica, quaisquer lesões genitais têm a sífilis como um diagnóstico a ser confirmado ou a ser descartado.

Tal problema (negligência?) no atendimento poderá ter influenciado a paciente, fazendo-a descrever da gravidade da doença?

É importante que se amplie o conceito de assistência pré-natal de qualidade. O número de consultas não pode e nem deve ser utilizado como único indicador de avaliação da atenção pré-natal⁹. Faz-se necessário avaliar também outros pontos, como a idade gestacional na primeira consulta pré-natal, o tempo despendido entre a solicitação dos exames e a chegada dos resultados, a interpretação dos resultados dos testes sorológicos e a correta instituição do tratamento, quando indicado, e até mesmo incluir avaliações subjetivas relacionadas com o conhecimento da paciente a respeito da gestação e suas possíveis complicações e a satisfação quanto à assistência pré-natal.

As deficiências da assistência à saúde populacional na rede pública são fato notório já amplamente conhecido e divulgado pela literatura científica^{5,9-17}. Tais deficiências envolvem profissionais de apoio, assistenciais e gestores, em seus diferentes níveis.

Inúmeros são os trabalhos realizados em diferentes regiões do País, como os de Mesquita et al.¹², Figueiró-Filho et al.^{13,14}, Vieira¹⁵, Schetini et al.¹⁶, Holanda et al.¹⁷, em que os autores constatarem as deficiências na assistência pré-natal e a necessidade de os gestores proverem a reciclagem dos profissionais de saúde, principalmente aqueles da atenção básica, com relação às doenças sexualmente transmissíveis, em particular a sífilis na gestação, contribuindo para a melhora da qualidade da atenção pré-natal.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço, assim como o Programa Médico de Família (PMF), instituído no município de Niterói, e o Programa Saúde da Família (PSF), em outros municípios, mas está longe de atender à demanda com eficiência. É dependente da política de saúde

pública que, em uma atuação polêmica, tem criado distintos problemas e poucas soluções.

Se o *mea culpa* cabe à paciente, o que a levou a tal comportamento? Não demonstrou preocupação com as intercorrências à sua saúde ou à do concepto advindas da ausência do tratamento ou do tratamento incompleto. Estudo realizado por Silva et al.⁹ com parturientes que tiveram seus conceitos com diagnóstico de sífilis congênita revelou que algumas mulheres dão pouca importância à doença. No estudo foi descrito o relato de uma paciente, evidenciando o total desinteresse sobre o assunto. "O meu filho que teve sífilis foi o que morreu... Ele (criança) nasceu vivo, cego e sem conseguir se mexer e depois de 2 dias ele morreu... Eu não fiz pré-natal por que eu não gosto, eu acho muito chato (M9). Minha tia me explicou que a pessoa enche o corpo cheio de feridas, só. Ela me explicou e eu nem quis saber, porque eu nem ligo pra nada mesmo (M9)". Em relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde é citado que o nível de instrução do indivíduo tem efeito na percepção do problema de saúde e na adesão à terapia¹⁸.

Não se pode alegar falta de informação, visto que durante a consulta realizada no Setor de DST da UFF, a paciente foi, por diversas vezes, informada sobre o que é a doença e suas consequências para a sua saúde, bem como para a saúde do filho que estava em seu ventre. A paciente apresentou resistência para internalizar os conhecimentos transmitidos pelos profissionais de saúde, acreditando ser o seu conhecimento, aprendido no dia a dia, suficiente para decidir sobre as condutas a serem assumidas diante das intercorrências.

Assim, cabe ressaltar que informar é uma ação. Ter percepção do problema, entender a situação e mudar o comportamento para resolver, evitar ou diminuir sequelas podem ser assuntos bem diferentes.

O que se apreende através da entrevista, feita por ocasião da consulta, é que a gestante tinha conhecimento da patologia, mas não conseguiu assimilar a gravidade da mesma. Só se preocupou com o que podia ver e sentir. Houve um "conflito" durante a fase de tratamento, visto que os profissionais de saúde objetivavam a cura da doença e a preservação da saúde da mãe e do feto, contrapondo-se aos anseios da gestante, que desejava livrar-se do "incômodo" representado por dor e odor, sem uma preocupação maior com os malefícios que tal patologia pudesse determinar em si e em seu concepto.

Muitos fatores podem influenciar a relação médico-paciente. A conduta assumida pelo profissional de saúde ao transmitir os conhecimentos, a forma como é feita e o tempo despendido para tal são dados importantes. A demonstração de onipotência, de proprietário do saber, pode induzir o assistido a uma atitude negativa, de confronto entre o que acredita e o que está sendo dito, não valorizando ou mesmo negando a veracidade das informações passadas. Isto pode dificultar que tais informações sejam assimiladas no processo de aquisição de novos saberes, perpetuando o conhecimento prévio.

Na nossa experiência, casos de sífilis congênita não ocorrem por problema em um único segmento. Em geral, as falhas ocorrem em diversos setores e envolvem a população geral, os profissionais e seus respectivos serviços de saúde e gestores.

O presente caso remete-nos à reflexão sobre a necessidade da valorização do indivíduo, em que o enfoque do profissional assistente deverá ser o paciente e a sua família e não só a doença, permitindo ao paciente ver-se como peça importante do binômio assistido/assistente, tendo sua autoestima preservada e estimulada.

É necessário que o profissional de saúde, antes de tudo, seja um educador, aprenda a ouvir e dar significado à realidade de seu assistido, que foi construída ao longo dos anos no convívio com seus pares e, em uma atitude igualitária, interaja seus conhecimentos científicos com o conhecimento popular de seu assistido e, juntos, desconstruam os conceitos prévios e construam uma nova realidade em que o objetivo maior seja a preservação da vida com saúde e qualidade.

CONCLUSÃO

Infelizmente, não foi possível identificar o fator determinante que levou a gestante à desvalorização da própria higidez, vivendo somente o hoje, sem considerar o passado e desqualificando o futuro. Também, não foi possível desculpabilizar o atendimento prestado pela rede básica de saúde que, sabedora do estado de gravidez, mesmo que só sob suspeita, permitiu que a mesma evoluísse até o 5º mês sem assistência apropriada, exames não concluídos e não instituição de terapêutica adequada.

Na atenção à pessoa com lesões genitais papulosas ou ulceradas, a sífilis é um diagnóstico a ser confirmado ou descartado, principalmente em gestantes.

Os primeiros profissionais da rede básica de saúde (PMF) que atenderam a este caso não prestaram o devido atendimento à gestante e ao seu conceito, principalmente.

Provavelmente, vários são os fatores que poderão ser responsabilizados e precisam ser identificados para que se possa intervir nos mesmos, impedindo que tais situações se repitam.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses a ser declarado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrara S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 1996;3(3):391-408. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701996000300002> (Acessado em: 14 jun 2012.)
2. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias Adriano, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comum Ciênc Saúde*. 2011;22(1):43-54.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília, 2007. 190 p.
4. Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjö P et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *International Journal of STD & AIDS*. 2002;13(7):486-94.
5. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev Paraen Med*. 2006;20(1):47-51.
6. Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS. Programa Nascer Maternidade. Brasília: MS, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Villas Bôas EL. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(2):56-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200003> (Acessado em: 14 jun 2012.)
9. Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages Itamar. Percepção das mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev APS*. 2010;13(3).
10. Milanez H, Amaral A. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(7):325-7.
11. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23:647-52.
12. Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para assistência pré-natal. *J bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):20-27. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/7.Analise%20dos%20Casos%20de%20Sifilis%20Congenita.pdf> (Acessado em: 17 jun 2012.)
13. Figueiró-Filho EA, Freire SSA, Souza BA, Agueña GS, Maedo CM. Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *J bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):32-37. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/9.Sifilis%20e%20Gestacao%20Estudo%20Comparativo%20de%20Dois%20Periodos.pdf> (Acessado em: 17 jun 2012.)
14. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *J bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3-4):139-143. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf> (Acessado em: 17 jun 2012.)
15. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002. *J bras Doenças Sex Transm*. 2005;17(1):10-17. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista17-1-2005/contribuicaoaoestudo.pdf> (Acessado em: 17 jun 2012.)
16. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo DCM. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói-RJ. *J bras Doenças Sex Transm*. 2005;17(1):18-23. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista17-1-2005/estudodaprevalencia.pdf> (Acessado em: 17 jun 2012.)
17. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(2):203-212. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200009>. (Acessado em: 17 jun 2012.)
18. Brasil. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 1-216. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.