

## Editorial

# Sífilis congênita, ainda um desafio

“A tragédia da sífilis congênita e que é uma doença completamente prevenível cujos aspectos socioeconômicos permitem que continue sem detecção e tratamento” (Stoll D, 1994)

Mais de meio século se passou desde quando, em 14 de outubro de 1944, Lentz e colaboradores publicaram o uso de penicilina no tratamento da sífilis na gestante e do recém-nascido com sífilis. Em que pese haver modificação na dose proposta para estas situações, a penicilina continua sendo a droga de escolha, não havendo relatos de resistência do *Treponema pallidum* a esta droga (Martin *et al*, 2001)

Assim sendo, era de se esperar que a sífilis congênita não mais fosse um grave problema de saúde pública. Dispomos de ferramentas diagnósticas confiáveis, baratas e de execução relativamente fácil. Dispomos de tratamento seguro e eficaz. A eliminação da Sífilis Congênita, fez parte do plano *Saúde para todos no ano 2000* da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, acolhida pela e pelo fórum de Ministros de Saúde das Américas e, posteriormente, pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério de Saúde. Apesar da existência de esforços para o controle da doença, a eliminação não ocorreu no Brasil, assim como em outros países não-industrializados de nosso continente (Zenker *et al*, 1991).

A definição de caso adotada pelo Ministério de Saúde (1998) não depende de sofisticados instrumentos, a legislação faz obrigatória a notificação dos casos de sífilis congênita e existem esforços para o controle da doença. Sabemos, no entanto, que a subnotificação é antes a regra que a exceção. Outro fato que faz que a magnitude da doença pareça ainda menor é o de que os casos de morte intra-útero por sífilis jamais são notificados - sabe-se que até 40% das gravidezes em mulheres com sífilis não tratada terminam em morte perinatal. Inúmeras séries foram publicadas no Brasil com relação a prevalência de sorologia reagente para sífilis em gestantes. O Ministério de Saúde estima, no último Boletim Epidemiológico de DST disponível, em 3,5 a 4,0% a prevalência no Brasil (Duarte, 1994)

Mesmo em países *industrializados*, encontram-se bolsões onde a doença associa-se com pobreza, uso de drogas (especialmente cocaína *crack*), dificuldade de acesso aos serviços de saúde pré-natal e outras situações sociais de risco, identificando uma vez mais a relação entre a doença e a iniquidade (Brasil, 1994).

No entanto, sem que precisemos nos afastar dos grandes centros, vemos pacientes terminarem a gravidez, passando ou não pelos serviços de saúde, sem que realizem um único teste sorológico para sífilis. Quando os exames são solicitados, no mais das vezes, vemos as pacientes enfrentarem verdadeira

*via crucis*. Muitas visitas são necessárias para que, ao final, a paciente obtenha o resultado do exame. Não raro, um resultado positivo para um estudo não-treponêmico, mais freqüentemente o VDRL em nosso meio, é de forma errônea considerado como absolutamente inespecífico. Os elementos clínicos e epidemiológicos não são muitas vezes considerados. Existem em geral grandes dificuldades para obter-se um exame confirmatório e, frente ao longo tempo para a obtenção de seu resultado, tem-se uma vez mais oportunidades perdidas para reduzir a incidência do agravo em nosso meio. Esta demora em obter os resultados já fora apontada em 1994, por Duarte e colaboradores. Vencida a etapa de diagnóstico, apenas excepcionalmente tem-se acesso a medicação no momento da consulta. Esta é mais uma perda na cadeia de eventos que leva a perpetuação do problema. Ainda raros são os serviços que, no mesmo local e de forma facilitada, acolham os parceiros das gestantes com sífilis para avaliação e tratamento. Os serviços de visita domiciliar, se existentes, são muito raros.

Mesmo se nos isentarmos de analisar a questão do ponto de vista do sofrimento humano, haveremos de encontrar razões para o investimento no combate ao problema. Uma análise conduzida pelos Centros de Controle de Doenças de Atlanta, nos Estados Unidos, revelou que o custo médio de tratamento de uma criança com sífilis congênita foi US\$ 11.031 maior do que uma criança sem sífilis. Mesmo ajustando este custo para outras condições de risco maternas e relativas aos recém nascidos – como uso de drogas injetáveis ou prematuridade, o custo ainda foi US\$ 4.690 maior. A partir destes dados, estimou-se que o custo anual ajustado do tratamento para sífilis congênita nos Estados Unidos foi de US\$ 18.4 milhões (Bateman, 1977).

Considerando o elevado custo da sífilis congênita, torna-se fácil compreender porque a relação custo/benefício da prevenção da sífilis congênita é tão favorável. Estudos desta natureza foram realizados por Timmerman e colaboradores (1997) que calcularam que o custo da prevenção de um caso de sífilis congênita ficou em torno de US\$ 12 em uma prevalência de 10%. Ainda que a prevalência abaixo de 1/1000 a realização de testes para sífilis se demonstrou compensadora.

A relação da sífilis com a carência e/ou disparidade de recursos, nos faz pensar em outras doenças como tuberculose e hanseníase. Os países que tiveram sucesso no controle foram aqueles que, além de eficientes medidas de saúde pública,

tiveram melhoria nas condições gerais de vida da população e no exercício da cidadania. Esperamos que estas mudanças também ocorram em nosso país. Enquanto estas não ocorrem, como profissionais de saúde, devemos aumentar nossos esforços para que nossos serviços se tornem mais eficientes e organizados, aumentando as opções de acesso. Pequenos avanços que nos aproximarão de nosso objetivo maior que é a saúde de nossa gente.

Esperamos assim ver o dia em que a ocorrência da sífilis congênita não mais nos envergonhe. Esperamos, ainda, não levemos outro meio século para apagar de nosso mapa esta doença cuja presença é uma evidência da falência do sistema de saúde.

**MAURO CUNHA RAMOS**

Secretaria de Estado de Saúde de Porto Alegre,RS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateman, D., *et al.*, The hospital cost of congenital syphilis. **J Pediatr**, **130**(5): p. 752-8. 1997
- Brasil. Ministério de Saúde. SPS/CN DST/Aids. **Boletim Epidemiológico de DST**. Brasília,DF: Ministério da Saúde. 1998
- Duarte, G., *et al.*, Fethal death from syphilis: an epidemiologic evaluation in Ribeirão Preto, Brazil. **Bull Pan Am Health Organ**, **28**(1): p. 42-9. 1994 1997
- Zenker, P. and S. Berman, Congenital Syphilis: trends and recommendation and management. **Ped Infect Dis J**, **10**: p. 516-22. 1991