

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Marina Klein,¹ Augusto Saute,¹ Ricardo Barañero,¹ Cynthia Molina ²

¹ Acadêmicos de Medicina da Universidade Luterana do Brasil

² Professora Orientadora – Universidade Luterana do Brasil

INTRODUÇÃO

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública, essa doença é considerada com as maiores taxas de transmissão no período gravídico-puerperal. ¹ A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária.

A Visita Domiciliar permite uma proximidade com as famílias para se desenvolver ações destinadas à promoção e recuperação da saúde. Dessa forma, estudantes de medicina tiveram a oportunidade de acompanhar uma gestante com sífilis durante 4 visitas domiciliares. A realização da visita, leva a uma participação ativa do paciente, o que permite uma busca ativa de doenças na comunidade.

O objetivo do trabalho, por meio desse acompanhamento familiar, é presenciar, por parte dos estudantes, o desenvolvimento de uma gestação de risco, em virtude da gestante apresentar sífilis gestacional, não tratada na 28ª semana de gravidez, além de auxiliar na melhora das condições de saúde da paciente, buscando sanar as dúvidas nas questões que abrangem o desenvolvimento da gestação.

RELATO DE CASO

Os acadêmicos de medicina realizaram quatro visitas domiciliares em um município da região sul do Brasil, buscando acompanhar a realidade e as interações de uma família. Cada encontro teve duração média de uma hora e possibilitou uma interação entre os alunos e a paciente K.B., 20 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, G3 C2, grávida de 28 semanas, nunca fez uso de anticoncepcional.

A paciente mora em uma casa de alvenaria, com saneamento básico. Divide a residência com a mãe, o padrasto e 2 irmãos. Aparece ter um bom relacionamento familiar, pois a mãe acompanhou a primeira visita e se mostrou interessada na saúde da filha e bem esclarecida em relação ao andamento da sua gestação. As três gestações foram de pais diferentes, não tendo, dessa forma, a realização do tratamento do parceiro quanto à sífilis.

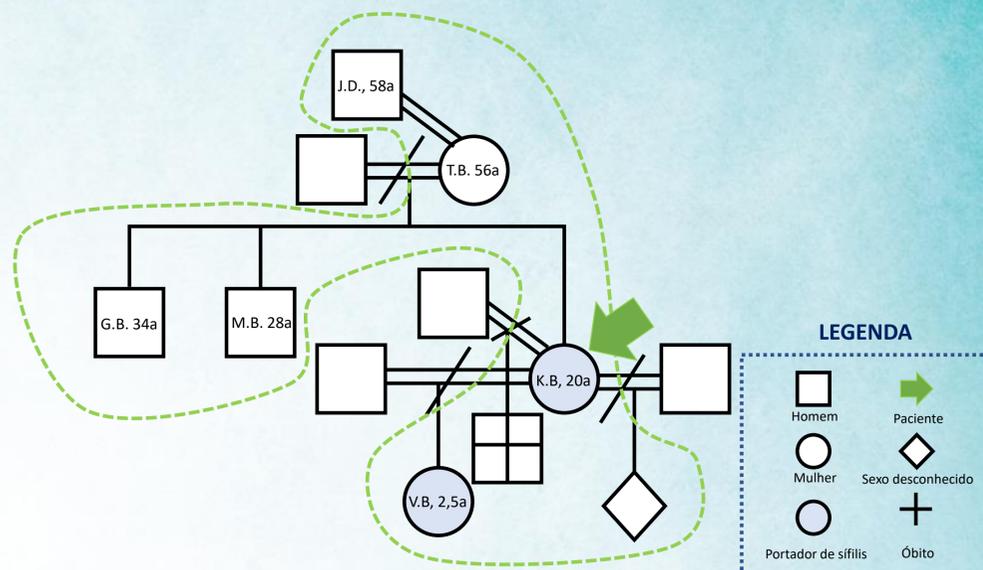
Na primeira gestação, K.B. diagnosticou VDRL positivo realizando tratamento incompleto, a criança nasceu de cesárea com desenvolvimento normal sendo portadora de sífilis congênita. A criança atualmente tem 2 anos e meio, ainda apresenta titulação para sífilis e está sendo tratada.

O segundo filho foi a óbito por complicações de má formação cardíaca pós-parto. Poucos meses após a perda do segundo filho, engravidou novamente, descobrindo a atual gravidez na 27ª semana. K.B. fez apenas duas consultas pré-natal durante a gestação, o que ocorreu em virtude da mudança de município durante a gravidez e descobrimento tardio da mesma.

K.B. apresenta exame de VDRL, teste não treponêmico, com titulação de 1/8 diagnosticando sífilis, a qual não foi tratada durante a gravidez em virtude da não realização de pré-natal de forma adequada e em virtude da mudança de município durante a gravidez o que dificultou seu pertencimento a uma rede de apoio que pudesse ter realizado o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional a fim de reduzir a grande possibilidade de transmissão vertical para o feto.

A paciente não tem contato com o atual pai da criança, não realizou o tratamento para sífilis ao longo da gestação e está aguardando para a realização da próxima consulta com o médico da sua área de pertencimento à UBS.

GENOGRAMA DA FAMÍLIA



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as visitas, os alunos vivenciaram uma experiência de sífilis adquirida não tratada, a qual evoluiu a sífilis gestacional e congênita na primeira gestação. A sífilis gestacional, se não tratada precocemente, em função das suas altas taxas de transmissão vertical, após da 14ª semana pode ser considerado o feto potencialmente infectado intra-útero.

Nesse sentido, verifica-se a imprescindibilidade da realização do pré-natal, o qual tem preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil a realização de teste VDRL no primeiro trimestre de gestação, a fim de realizar o tratamento precoce e diminuir a possibilidade de transmissão vertical da sífilis para o feto. Tal fato deve-se em virtude da necessidade do término do tratamento em até 30 dias antes da realização do parto. Além disso, é importante o tratamento concomitante do parceiro sexual, uma vez que é possível a reinfecção da gestante.

Em suma, é grande importante a detecção das gestantes com sífilis, assim como a oferta de oportunidades de tratamento correto para as gestantes e seus parceiros, já que a assistência pré-natal adequada é fundamental para a saúde materno-infantil e conseqüentemente, para a redução da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Pan-Americana de la Salud. Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas [Internet]. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud; 2012 [citado 2016 dic 19]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=273&Itemid= http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=273&Itemid=
- World Health Organization. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: World Health Organization; 2011
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 120 p.

CONTATO: marinaklein@rede.ulbra.br