

# SÍFILIS: UMA REALIDADE PREVENÍVEL. SUA ERRADICAÇÃO, UM DESAFIO ATUAL

**Vanessa Cruz Santos**

---

Discente de Enfermagem na Faculdade de Tecnologia e Ciência - FTC. E-mail: autoraautoria@hotmail.com

**Karla Ferraz dos Anjos**

---

Discente de Enfermagem na Faculdade de Tecnologia e Ciência - FTC. E-mail: autoraautoria@hotmail.com

**RESUMO:** Um dos grandes problemas de saúde na contemporaneidade é o elevado índice das Doenças Sexualmente Transmissíveis, o que vem acarretando grande motivo de preocupação na área da saúde. Quando se fala em patologias provindas desta via de transmissão, muitos se ressaltam, primordialmente, da Imunodeficiência Adquirida, devido ao seu maior impacto social. No entanto, a Sífilis vem ganhando destaque num linear internacional. Atualmente a Sífilis congênita infecta mais criança por transmissão vertical pelo *Treponema Pallidum* do que o próprio Vírus da Imunodeficiência Humana tão temida pela população, isto por ser consequência da Sífilis adquirida não tratada no período gestacional. A relevância deste estudo é ressaltar a necessidade em conhecer os predisponentes que levam o indivíduo a adquirir a Sífilis e acrescentar diferentes conhecimentos que possam servir de parâmetro para sua prevenção. Trata de uma revisão bibliográfica que teve como dados secundários livros, sites e revistas científicas. Esta pesquisa tem como objetivo geral enfatizar a importância da prevenção como ação primordial na erradicação da Sífilis e como objetivos específicos, abordar de maneira sindrômica a caracterização da Sífilis com seus respectivos estágios e manifestações e enfatizar a Sífilis congênita e o papel da equipe multidisciplinar na atenção primária. Contudo, é possível notar que a Sífilis é uma patologia que, como relata o velho paradigma do senso comum, “é melhor prevenir do que remediar”. Então, desta forma, é possível vencer o desafio e alcançar a sua erradicação.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Treponema Pallidum*; Sífilis; Sífilis Congênita; Prevenção.

## Syphilis: A PREVENTABLE REALITY. ITS ERADICATION, A CURRENT CHALLENGE

**ABSTRACT:** One of the major health problems in contemporary society is the high rate of sexually transmitted diseases, which is causing great concern on health. When it comes to diseases that have their origins linked to this route of transmission, many people protect themselves primarily from AIDS, due to its greatest social impact. However, Syphilis has been gaining prominence of international dimension. Nowadays, congenital Syphilis infects more children by vertical transmission of the *Treponema Pallidum* than the Human Immunodeficiency Virus, so feared by the population, being a consequence of the lack of treatment for acquired Syphilis during pregnancy. The relevance of this study is to emphasize the need to meet the leading factors that predispose the individual to acquire Syphilis and to add different knowledge that can serve as a parameter to its prevention. It deals with a literature review that collected secondary data from books, websites and journals. The general goal of this research is to emphasize the importance of prevention as a primary action on the eradication of Syphilis. The specific goals are to perform a syndromic approach to the characterization of Syphilis with its stages and manifestations and to emphasize congenital Syphilis and the role of the

multidisciplinary team in primary care. However, it is noticeable that Syphilis is a disease that can be described by the old paradigm of common sense: "prevention is better than cure". This way, it is possible to win the challenge and to achieve its eradication.

**KEYWORDS:** *Treponema Pallidum*; Syphilis; Congenital Syphilis; Prevention.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a alta incidência das Doença Sexualmente Transmissíveis tem se tornado grande problema de saúde pública. Vale refletir que estamos em pleno terceiro milênio, vivendo num mundo globalizado com avanços e descobertas acontecendo constantemente na área da saúde. Considerando a Sífilis dentro deste parâmetro, notamos um visível desconexo, pois um dos problemas que necessita do mínimo de sofisticação tecnológica é motivo de preocupação na saúde do Brasil.

A Sífilis não tratada ou tratada de maneira ineficaz no estado do estado gestacional pode acarretar a manifestação da Sífilis Congênita, e esta tem como vítima os fetos. Além disso, é a que ocasiona as maiores sequelas, bem como maior índice de óbito fetal e de recém nascidos.

Conforme os fundamentos científicos, ao ser acometido pela Sífilis, os indivíduos podem não se curar desta, mesmo após seu tratamento, permanecendo o vírus em estado de latência. Então, é viável enfatizar a necessidade em discorrer por meio de estudos a relevância em aprofundar a ideologia que vise a prevenção como proposta de tratamento primordial à sociedade, no intuito de promover meios alternativos que não seja apenas o tratamento farmacológico após a patologia instalada, mas também a prevenção como promoção à saúde dos indivíduos susceptíveis.

Os profissionais da área da saúde têm participação importante em ser um veículo de informações baseadas na atenção primária, que inclua as Doença Sexualmente Transmissíveis, promovendo, assim, ações nas quais incluam novas formas, não utilizando de fórmulas igualitárias para "as sociedades". É preciso suscitar a compreensão de que os custos e benefícios da prevenção da Sífilis se tornam mais favoráveis do que o tratamento, pois esta é uma oportunidade que os cofres públicos têm de remanejar as verbas para outros setores da saúde com novos investimentos.

Esta pesquisa tem como objetivo geral enfatizar a importância da prevenção como ação primordial na erradicação da Sífilis e como objetivos específicos abordar de maneira sindrômica a caracterização da Sífilis com seus respectivos estágios e manifestações e enfatizar a Sífilis Congênita e o papel da equipe multidisciplinar na atenção primária.

Este trabalho quanto aos procedimentos técnico-científicos se classifica como revisão de literatura, pois foi desenvolvida tentando explicar os problemas utilizando o conhecimento disponível a partir das teorias publicadas em livros ou obras congêneres, conhecendo e analisando as principais contribuições teóricas existentes sobre a temática (KOCHE, 1997, p. 122).

A coleta de dados para a realização deste se deu por meio

da WEB, na qual considerou-se a inclusão de artigos publicados em periódicos da área da saúde e sociais, no período de 1999 a 2009, sendo lidos 24 artigos, dissertações e teses, dos quais foram selecionados 17 das seguintes revistas: Scientia Médica, Scielo, Brasileira de Dermatologia, dentre outras. 7 livros publicados no intervalo de 1997 a 2005 foram lidos, dentre os quais 5 foram selecionados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Sífilis

Muitas pessoas têm a concepção de que a Sífilis (SF) é apenas uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Até em algumas escritas é possível perceber na conceituação do autor com essa abordagem. No entanto, esta não é transmitida apenas pelo contato sexual ou de forma congênita.

É uma doença infecciosa aguda e crônica, causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum* (T. Pallidum), adquirida pelo contato sexual e de origem congênita (SMELTZER; BARE, 2005, p. 2256). Pode ocorrer também por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas, por meio de transfusão de sangue contaminado, via transplacentária. O risco de o parceiro passar a bactéria por meio do ato sexual é estimado em torno de 60% (SARACENI, 2005).

#### 2.1.1 Estágios e manifestações

Suas manifestações estão interligadas com os estágios da SF, que se diferenciam a depender do tempo da infecção, e estão classificadas em primária, secundária e terciária, também chamada de tardia.

#### 2.1.2 Sífilis Primária

A lesão específica da Sífilis é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação após a infecção, isto em torno de três semanas, surge inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração, geralmente é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, as bordas induradas descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolor. Localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. No homem é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006, p. 111-126), conforme a Figura 1.



**Figura 1** Sífilis Primária em órgão masculino - cancro duro  
Fonte: Hirschfeld (2009)

No sexo feminino, as lesões podem ocorrer no interior do trato genital, o que as torna difíceis de serem notadas, ou ainda nas partes externas, notadamente nos grandes e pequenos lábios ou na fúrcula (SARACENI, 2005) de acordo com a Figura 2.



**Figura 2** Sífilis Primária em órgão feminino com ulceração  
Fonte: Hirschfeld (2009)

### 2.1.3 Sífilis Secundária

Geralmente se inicia entre quatro e oito semanas após a lesão primária. Em muitos dos casos o paciente não se lembra de ter tido lesão primária. Por outro lado, em um quarto dos casos de SF secundária a lesão primária ainda está presente. Isto pelo fato de que o cancro primário pode surgir de 7 a 90 dias após o contágio sexual. Os sintomas gerais do secundarismo luético mais relatados são: mal-estar, cefaleia, dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irite e rouquidão, exantema no corpo e face, conforme Figura 3, na região palmar; linfadenopatia, cancro primário residual, condiloma plano, hepatoesplenomegalia, placas mucosas e alopecia (OLIVEIRA *et al.*, 2007).



**Figura 3** Sífilis Secundária na região facial.  
Fonte: Avelleira e Bottino (2006)

### 2.1.4 Sífilis Terciária

Também conhecida como tardia, é o resultado final na história natural da doença. Estima-se que entre 20 e 40% dos infectados não exibem este nível do quadro patológico, nem tais achados clínicos. Apresenta-se como uma doença inflamatória lentamente progressiva e nesse estágio tem um grande potencial de evoluir e afetar múltiplos órgãos. As manifestações mais comuns são: aortite, neurosífilis, psicose, parestesia, acidente vascular cerebral ou meningite (SMELTZER; BARE, 2002, p. 1808), explícito na Figura 4. Algumas pessoas não têm conhecimento de que a doença está instalada, pois existem casos em que o teste sanguíneo apresenta-se negativo mesmo quando portador da bactéria.



**Figura 4** Sífilis Terciária na face  
Fonte: Diapositivos de Doenças Transmissíveis (BRASIL, 2009)

### 2.2 Sífilis Congênita

“É transmitida de uma mãe doente para seu filho não nascido através da placenta. Quase sempre, isto se resulta em aborto espontâneo ou natimorto” (MILLER, 2003, p. 1102). A Sífilis Congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *T. Pallidum* da gestante infectada que não tenha recebido tratamento ou que o recebeu de maneira inadequada para o conceito por via transplacentária, sendo conhecida como transmissão vertical. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da doença na mãe e a duração de exposição do feto no útero, sendo maior nas fases iniciais devido ao maior número de espiroquetas na circulação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A contaminação pode ocorrer também no momento do parto, no período expulsivo.

A prevenção para a SC começa com o tratamento antes mesmo do nascimento do bebê. É no período gravídico que esta deve ser tratada o mais precoce possível.

#### 2.2.1 Estágios e manifestações clínicas

A depender do tipo das manifestações, que pode ser precoce ou tardia, os sinais e sintomas se diferenciam, além de ter a possibilidade de permanecer assintomática por muito tempo.

#### 2.2.2 Sífilis Congênita precoce

Além de gerar a prematuridade e baixo peso ao nascimento, suas principais características são: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, demonstrado na Figura 5, lesões cutâneas como o pênfingopalmo-plantar e condiloma plano, periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada, principalmente a epitroclear (BRASIL, 2005, p.10-11).



**Figura 5** Sífilis Congênita precoce: Bebê com Hepatoesplenomegalia  
Fonte: Prefeitura Municipal de São Carlos (2007)

### 2.2.3 Sífilis Congênita tardia

Surge após o segundo ano de vida e o diagnóstico deve ser estabelecido por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, atentando-se para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. Pallidum* por meio de exposição sexual. As principais características incluem: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2005, p. 10)

## 2.3 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA Sífilis E Sífilis Congênita

Ao começar trabalhar com a prevenção da Sífilis, é necessário refletir sobre o seu modo de transmissão, promovendo ações que incluam antes do tratamento medicamentoso o preventivo. Contudo, se a infecção estiver instalada na gestante, inicia-se outro tipo de prevenção, para evitar a transmissão da mãe para o feto.

O intuito do controle da SF é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos, evitando que a doença se propague. No entanto, é necessário a detecção e um tratamento individualizado precoce e adequado para cada cliente. A introdução do teste rápido em parceiros de pacientes ou de gestantes poderá ser muito importante (AVELLERA; BOTTINO, 2006).

Para prevenir a SC, todas as gestantes deverão realizar o teste para a Sífilis durante os meses iniciais da gravidez. Para

prevenir as infecções do feto é preciso antes do quinto mês começar o tratamento, pois quanto mais precoce, maior será a probabilidade de a criança nascer saudável. Se a criança nascer com Sífilis, o tratamento imediato pode ser eficaz, com menor chance de complicações, isto se a doença não progrediu muito (MILLER, 2003, p. 1102).

O que acontece em parte da sociedade, sendo de certa forma prejudicial, são as condutas tomadas pelo companheiro, como o uso do mecanismo de deslocamento, em apontar a mulher como culpada, pois é em seu útero que está o conceito e é lá que se dá a transmissão vertical. Lembrando-se que o parceiro vem sendo apontado como o maior vetor desta, e que o mesmo, em grande parte dos casos, não se trata junto com sua companheira, ocorrendo a reinfeção da mesma, consequentemente acarretando danos cada vez em maior escala para o feto.

No Brasil, é pequeno o número de parceiros de gestantes com SF que comparecem aos serviços para realizar o tratamento. Isto deve-se ao fato de que grande parte da sociedade é preconceituosa e machista, na qual tanto a gravidez e a criação dos filhos são de responsabilidade exclusiva das mulheres, o que contribui para o aumento deste quadro negativo. Por isso, torna-se necessário uma atitude mais firme dos gestores e trabalhadores de saúde para captação destes parceiros, bem como a extensão da assistência do pré-natal para estes, como estratégia no combate à transmissão vertical, sugerindo, inclusive, que o mesmo faça de rotina os seguintes testes: VDRL, Hepatite B e C e sorologia HIV (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

Se pensarmos em prevenção de maneira global, não restringindo a um grupo específico, é aconselhável o uso de preservativos nas relações sexuais, bem como o uso do papel filme quando forem praticar o sexo oral-genital, reduzir o número de parceiros sexuais, realizar diagnóstico precoce em mulheres em idade fértil.

Várias foram as drogas utilizadas na tentativa de tratar a Sífilis, como o mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos. No entanto, mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades operacionais. Também mostraram pouca eficácia tratamentos que, inspirados na pouca resistência do *T. Pallidum* ao calor, preconizam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como banhos quentes de vapor ou com a inoculação de plasmódios na circulação, chamado de malarioterapia (AVELLERA; BOTTINO, 2006), conforme a Figura 6.



**Figura 6** Sífilis: tratamento - Stufa Sicca  
Fonte: Avelera e Bottino (2006)

O antibiótico preferencial para o tratamento de pacientes

com SF é a penicilina, por mostrar eficácia no tratamento. Consiste na única terapia comprovada e amplamente usada para pacientes com neurosífilis, com Sífilis Congênita ou com SF durante a gestação. O recém nascido reage a esta medicação com mais um sofrimento que atinge a pele (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002, p. 119).

Esta patologia é preocupante devido aos agravos à saúde da população, bem como o maior custo do tratamento devido às complicações que se instalam, comparado à prevenção. Tomando como base o elevado número de casos de Sífilis e, conseqüentemente, Sífilis Congênita, o que se percebe em termos financeiros são maiores gastos para os cofres públicos. Alguns profissionais de saúde têm se preocupado em fazer parte de programas intervencionistas para melhorar a assistência prestada à população que apresenta quadro patológico de SF, embora a prevenção seja o que deve ser priorizado neste contexto.

#### 2.4 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O DESAFIO DA ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS

Devido a não existência de “vacinas antisífilis”, a equipe multidisciplinar tem o papel de focar a prevenção desta por meio de ações assistenciais, lembrando que é necessário a participação de cada indivíduo como contribuição para que a solução da SF não fique cada vez mais distante. É cabível mencionar a importância da enfermagem e sua ligação positiva neste contexto, pois o planejamento de suas ações para intervir neste quadro trará bons resultados se colocados em prática. Por isso, as informações, as ações, campanhas e quaisquer recursos utilizados em prol desta patologia estão voltados para a prevenção, ou seja: o “antibiótico” da responsabilidade de cada cidadão e suas contribuições é a conscientização de buscarem, juntos, o fim de um mal, melhorando as suas próprias condições de saúde.

O profissional de enfermagem deve enfatizar que é necessário a realização de testes sorológicos a longo prazo mesmo com a ausência de sintomas, recomendando à paciente infectada pela SF a abstinência das atividades sexuais até o fim do tratamento e após toda evidência de SF primária e secundária ter desaparecido e ser demonstrada a comprovação sorológica negativa (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002, p. 119).

Os países que tiveram sucesso no controle da SF foram aqueles que, além de eficientes medidas de Saúde Pública, tiveram melhoria nas condições gerais de vida da população e no exercício da cidadania. Por isso espera-se que no Brasil ocorram também essas mudanças e, enquanto essas não acontecem, os profissionais de saúde devem aumentar os esforços para que os serviços se tornem mais eficientes e organizados, aumentando as opções de acesso. Pequenos avanços nos aproximarão do objetivo de controle e até eliminação desse mal que assola a saúde de vários da sociedade, até que não seja mais motivo de vergonha para os brasileiros. Espera-se, ainda, não levar outro meio século para apagar do mapa esta doença, cuja presença é uma evidência da falência do sistema de saúde (RAMOS, 2001).

Os profissionais de saúde devem mensurar esforços na tentativa de informar às gestantes a importância do pré-natal no

sentido de minimizar os riscos e complicações de várias patologias que podem ser preveníveis ou tratadas nos primeiros meses de gestação, evitando assim complicações de maiores proporções como a SC. Porém, não está ocorrendo o êxito que se espera.

Apesar das iniciativas para erradicar a SC, a mesma ainda persiste em nosso país num índice elevado. Há má qualidade no pré-natal, apesar do número de consultas registradas nos Cartões de Gestante, e déficit de capacitação e atualização de alguns profissionais de saúde no manejo das DSTs. É necessário destacar a importância do comprometimento dos profissionais desta área quando o objeto de discussão for a saúde da população (LORENZI; MADI, 2001).

Os profissionais da área de saúde precisam estar reforçando as ações de prevenção e diagnóstico o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de informar às gestantes o direito que elas têm de realizar os testes que detectam a SF e quantas vezes são necessários no período gestacional. A população geral deve estar inserida em campanhas educativas com uma perspectiva de conscientizar quanto à importância da realização de exames periódicos.

Por ser a mais antiga infecção congênita, a Sífilis ainda representa significativo problema de saúde pública. A diminuição de sua incidência é observada após a Segunda Guerra Mundial, sendo atribuída ao efeito da nicilina, desenvolvimento de testes sorológicos, diagnósticos e controle dos contatos. Na década de 1980, pode-se notar o novo aumento dessa incidência, relacionado à epidemia da AIDS e, assim como esta última, também associada ao abuso de drogas, à troca de sexo por drogas, comportamento sexual mais livre e associado a parceiros múltiplos, sexo desprotegido, gravidez indesejada na adolescência, acesso limitado aos serviços de saúde e ausência de avaliação pré-natal (PEREIRA *et al.*, 2000).

Em 1943 veio a melhoria dos cuidados de saúde à população. Após o advento da penicilina, a SF e a SC tiveram seus números reduzidos de maneira tão abrupta que se chegou a prever, na década de 60, sua erradicação no final do século XX. No entanto, parece verdadeira a observável que quando um programa de controle de uma doença aproxima-se de sua erradicação é mais provável que o programa acabe e não a doença seja erradicada. Assim, a partir da década de 80 até meados dos anos 90, observou-se um recrudescimento na incidência de SF em mulheres na idade fértil (GUINSBURG, 2008). A incidência de SC manteve-se elevada em todo o período analisado, o que sugere deficiências na atenção necessária a saúde, em todas as regiões brasileiras.

#### 2.5 REFLEXÕES

Se compararmos o tempo de existência da Sífilis e de outras patologias que surgiram mais recentemente, é possível afirmar que ela não deveria ainda ser um problema de grande escala, pois a mesma já deveria ter sido erradicada ou varrida da face da terra como foram outras enfermidades, ainda mais complexas – como exemplo a varíola, em 1977.

“Há mais recém-nascidos afectados por Sífilis Congênita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo pelo Virus da Imunodeficiência Humana (VIH) e tétano, que

atualmente estão a receber atenção mundial” (OMS, 2008, p. 1). Não apenas no Brasil, mas em várias partes do mundo, a Sífilis Congênita permanece na lista de doenças prioritárias, com um nível de controle em situação pior do que a própria transmissão vertical da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PAZ, 2004, p. 12).

A Sífilis é antiga, conhecida a mais de 500 anos, pois seu agente etiológico foi descoberto em 1905. Após a década de 40, pensou-se que a penicilina levaria ao desaparecimento da doença. Entretanto, embora o *T. Pallidum* continue sensível à mesma, ainda atinge milhões de pessoas no mundo todo (KOMKA; LAGO, 2007, p. 205-211).

A maioria dos pacientes que foram infectados com SF permanecerão com testes de anticorpos treponêmicos positivos e permanecerá positivo para sempre, independente do tratamento ou do estágio da doença. Mais do que 11,5 a 20% das pacientes tratadas durante o estágio primário podem retornar a não-reatividade depois de dois a três anos (CDC, 1998 *apud* LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002, p. 114).

A erradicação da SF é uma perspectiva almejada há quase meio século, desde o período em que não havia tanta disponibilidade de recursos humanos e financeiros. Na atualidade, continua sendo foco de preocupação para a saúde individual e coletiva. Logo, fica a reflexão de um paradoxo, no qual a área da saúde evoluiu tanto e alguns de seus problemas que têm grande chance de ser abolidos se estacionam ou, até mesmo, progredem.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a concretização deste estudo, foi possível a compreensão de que a erradicação da Sífilis e da Sífilis Congênita é um desafio prevenível que pode se transformar em uma realidade. No entanto, o que intriga é o paradoxo de se tratar de uma patologia não tão complexa de exterminar do planeta, uma vez que outras epidemiologicamente difíceis de ser controladas já foram extirpadas. É chegado o momento de não apenas lançar o desafio da erradicação da Sífilis, que já foi almejado e quase contemplado há várias décadas – este desafio deve ser vencido, ultrapassado e ter como mérito pessoas saudáveis e libertas deste mal. Afinal, este é o propósito primordial dos profissionais da saúde.

Por que uma doença com diagnóstico fácil e tratamento acessível continua a infectar milhares de indivíduos no Brasil? Muitas seriam as respostas para esta pergunta que não se “cala”. Porém, é necessário analisar dados atuais em que seja primeiramente visto o nível de conhecimento das pessoas no que se refere à Sífilis. É preciso buscar as possíveis respostas desse agravo, como foi explanado no conteúdo deste estudo, que teve o intuito de clarear as percepções essenciais, na qual cada indivíduo é parte fundamental para o controle e até mesmo erradicação dessa enfermidade. Afinal, se a saúde é dever do estado, é também compromisso de cada cidadão, principalmente neste caso, ao se tratar de moléstia que se dá de pessoa para pessoa.

Esta pesquisa abordou fatos evolutivos que ocorreram na área das ciências humanas até a atualidade como tentativa de

erradicação, suscitando desde os tratamentos anteriores ao advento da penicilina até a atenção primária dos serviços de saúde atual. Porém, tais mudanças ainda não foram capazes de surtir efeito esperado, que não busca apenas o paliativo, mas sim o fim de um agravo à saúde ao qual possamos nos referir, ainda neste século, como uma patologia que existiu no passado.

### REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e controle. Educação Médica continuada. *Rev. Bras. Dermatol.*, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>> Acesso em: 15 Jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, DF: MS, 2005. 52p. Série Manuais, n. 62. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B86CA38F4-3354-4A60-B7D7-CE562DB11742%7D/sifilis\\_%20cong.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B86CA38F4-3354-4A60-B7D7-CE562DB11742%7D/sifilis_%20cong.pdf)>. Acesso em: 8 Jan. 2009.

\_\_\_\_\_. **Dispositivo de Doenças sexualmente Transmissíveis**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: MS, 1999. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BF599591D-7900-4518-8174-B41B62A13E84%7D/Imagens\\_de\\_Casos\\_CI%EDnicos\\_de\\_DST.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BF599591D-7900-4518-8174-B41B62A13E84%7D/Imagens_de_Casos_CI%EDnicos_de_DST.pdf)>. Acesso em: 23 Jan. 2009.

HIRSCHFELD, Magnus. **DST's Curáveis – Infecções**. Disponível em: <[http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECP4/html/syphilis\\_ii.html](http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECP4/html/syphilis_ii.html)>. Acesso em: 4 Fev. 2009.

GUINSBURG, Ruth. **Medidas para Erradicação da Sífilis Congênita**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=89&id\\_detalhe=2218&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=89&id_detalhe=2218&tipo_detalhe=s)>. Acesso em: 3 dez. 2008.

KOCHE, José Carlos. **Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 22. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997.

KOMKA, Maria Regina; LAGO, Eleonor Gastal. Sífilis Congênita: Notificação e Realidade. *Scientia Médica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2115/2630>>. Acesso em: 11 mar. 2009.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed.

Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, nov./dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001001000006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 fev. 2009.

MILLER, Benjamin Frank. **Enciclopédia e dicionário médico para enfermeiros e outros profissionais da saúde**. Tradução de Paulo Marcos Agria de Oliveira e Sílvia M. Spada. 6. ed. São Paulo, SP: Roca, 2003.

OLIVEIRA, Ederson Valei Lopes *et al.* Sífilis Secundária com acometimento pulmonar. **An Brás Dermatol.**, v. 82, n. 2, p. 163-167, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v82n2/a08v82n2.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2009.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; LOPES, Luiz Antônio Bueno. Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestantes e da Sífilis Congênita no DF. **Boletim especial: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES- DF**, v. 1, n. 1, out. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/300/373/00000212.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. 2008. Disponível em: [http://forum.aids.gov.br/sites/default/files/arquivos/WHO\\_ELIMINACAO\\_MUNDIAL\\_DA\\_SIFILIS.pdf](http://forum.aids.gov.br/sites/default/files/arquivos/WHO_ELIMINACAO_MUNDIAL_DA_SIFILIS.pdf) >. Acesso em: 1 de Fev. 2009.

PAZ, Leidijany Costa *et al.* Vigilância epidemiológica da Sífilis

Congênita no Brasil: definição de casos, 2004. **Boletim Epidemiológico AIDST**, v. 1, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid\\_sifilis\\_nova\\_def.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis_nova_def.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2009.

PEREIRA, Luciana Baptista *et al.* Sífilis Congênita: uma apresentação cutânea incomum. Caso clínico. **An. bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 65-72, jan./fev. 2000. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=10181>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **Saúde treina profissional para erradicar a Sífilis Congênita**. Portal do cidadão. 7 nov. 2007. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias/2007/151501-saude-treina-profissionais-para-erradicar-sifilis-congenita.html>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

RAMOS, Mauro Cunha. Sífilis Congênita, ainda um desafio. **DST . J bras Doenças Sex Transm**, v. 13, n. 2, p. 3-4, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista13-3-2001/editorial.pdf>>. Acesso em: 26 Jan. 2009.

SARACENI, Valéria. **A Sífilis, a gravidez e a Sífilis Congênita**. 2005. Disponível em: <[http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid\\_sifilis\\_e\\_gravidez.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis_e_gravidez.pdf)> Acesso em: 22 dez. 2008.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. [S. l.]: Guanabara kaooogan, 2005. v. 2.

Recebido em: 26 Junho 2009

Aceito em: 02 Julho 2009