

## A SÍFILIS NA GESTAÇÃO: uma problemática atual

Bianca Luisa Machado<sup>1</sup>, Márcia Regina Terra<sup>2</sup>.

### RESUMO

A Sífilis é causada por uma bactéria, *Treponema pallidum*, podendo ser transmitida por via sexual ou transplacentária. Apresenta prevalência significativa na população geral e ainda, nas gestantes. Estas se deve uma importância maior pelas alterações fisiológicas que sofrem e pelas inúmeras consequências que a doença causa ao feto. Por orientação do Ministério da Saúde, o diagnóstico e o tratamento é oferecido de rotina e sem custo a todas as gestantes que realizam o pré-natal. Porém o que se vê são números cada vez mais alarmantes de mulheres e crianças contaminadas por uma doença com baixo custo de tratamento. A Sífilis deve ser enfrentada com atenção e conscientização principalmente pela área médica e da saúde, já que o seu diagnóstico deve ser feito o mais rápido possível principalmente no que se refere a gestante, já que a consequência é o número proporcionalmente maior de sífilis congênita. Nesta revisão apresenta-se um melhor entendimento da doença, buscando assim formas de esclarecimento a cerca das principais características da doença, alertar mulheres e parceiros e contribuir assim com a diminuição do número de casos da Sífilis, diminuindo então, suas consequências no Brasil.

**Palavra- Chave:** Sífilis; Sífilis em Gestantes; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

### ABSTRACT

Syphilis is caused by a bacterium, *Treponema pallidum*, can be transmitted sexually or transplacental. It presents significant prevalence in the general population and also in pregnant women. These should be greater emphasis by the physiological changes that are suffering and the many consequences of the disease causes the fetus. For guidance of the Ministry of Health, diagnosis and treatment is offered routine and at no cost to all pregnant women who perform prenatal. But what you see are increasingly alarming numbers of women and children contaminated for a disease with low-cost treatment. Syphilis must be addressed with attention and awareness mainly by medical and health, since its diagnosis should be made as soon as possible especially with regard to pregnant women, since the result is proportionally greater number of congenital syphilis. In this review we present a better understanding of the disease, thus seeking ways to improve public policy, to alert women and partners and thus contribute to reducing the number of cases of syphilis, diminishing then its consequences in Brazil.

**Key-word:** Syphilis; Syphilis in Pregnant Women ; Sexually Transmitted Diseases

Discente do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Docente do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL, Mestre em Microbiologia pela Universidade Estadual de Londrina- UEL.

## 1.INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria Gram-negativa em forma de espiroqueta denominada *Treponema pallidum*. Historicamente data-se a Sífilis a mais de 500 anos na Europa, porém permaneceu sem tratamento até o século 20 devido a falta de medicação adequada (DE LORENZI et al., 2009).

Em 1928 com a descoberta da Penicilina por Fleming e com o reconhecimento da indicação deste antimicrobiano para o tratamento da Sífilis é que se observou o declínio da prevalência da Sífilis em meados da Segunda Guerra Mundial. Porém, nos anos 1960 e, principalmente, da década de 1980, detectou-se um recrudescimento mundial da sífilis, fato este atribuído à maior liberação sexual e o aumento do uso das drogas injetáveis (DE LORENZI et al., 2009).

A sífilis congênita é caracterizada como a disseminação hematogênica do *T. pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o feto. O número de casos de Sífilis observado é o reflexo da má qualidade dos pré-natais e nos mostra a falta de cumprimento de protocolos que deveriam ser obrigatórios, haja visto que através de diagnóstico precoce das gestantes infectadas a doença pode ser tratada (DAMASCENO et al, 2014).

Os fatores de risco associados à infecção congênita por Sífilis se relacionam a não realização de pré-natal, a gravidez na adolescência, o uso de drogas ilícitas pela mãe ou pelo parceiro (principalmente crack/cocaína), a ausência de parceiro sexual fixo e/ou a existência de múltiplos parceiros, baixa escolaridade e nível socioeconômico, multiparidade, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras DSTs na mulher ou no parceiro (DAMASCENO et al, 2014).

A presença de Sífilis na mulher grávida pode causar inúmeras consequências tais como o aborto espontâneo, a morte intrauterina, nascimento pré-termo e óbito perinatal em até 40% dos casos, inclusive má formação em múltiplos órgãos. Os neonatos sobreviventes apresentam-se assintomáticos em mais de 50% dos casos, podendo, com o tempo, vir a manifestar surdez, problemas visuais e até retardo mental (DAMASCENO et al, 2014; DE LORENZI et al., 2009).

Devido a problemática exposta o presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a doença, buscando assim formas de esclarecimento a cerca das principais características da doença, alertar mulheres e parceiros e contribuir assim

com a diminuição do número de casos da Sífilis, diminuindo então, suas consequências no Brasil.

## 2. METODOLOGIA

O presente estudo de revisão sistemática abordou artigos científicos com recorte temporal de 2008 e 2016 publicados em inglês e português, por intermédio de bancos de dados eletrônicos tais como PubMed, Medline, LILACS, Google Acadêmico e biblioteca eletrônica SciELO. Como descritores foi utilizado, “sífilis na gestação”, “sinais e sintomas”, “diagnóstico” e “tratamento”, bem como seus respectivos correspondentes na língua inglesa.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### 3.1 AGENTE ETIOLÓGICO

A Sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) cujo agente etiológico foi descoberto em 1905 e trata-se da bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas denominada *Treponema pallidum*. Possui caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano (BRASIL, 2015 b; AVALLEIRA et al., 2006).

O gênero possui quatro espécies patogênicas e, pelo menos, seis não patogênicas. As patogênicas são o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum* subsp *endemicum* (AVALLEIRA et al., 2006).

O *T. pallidum* trata-se de um bacilo, longo e delgado, em forma de espiral, medindo cerca de 0,2 µm de largura e de 5-15 µm de comprimento. É protegido por um envelope externo não possuindo membrana celular, e são flagelados utilizando estes apêndices para locomover-se por rotação (MAMEDE et al., 2001).

A forma de reprodução do *T. pallidum* é por fissão transversa, sendo que o tempo de duplicação varia de 30 a 33 horas. O *T. pallidum* não se multiplica em meios artificiais, além de se destruir com rapidez quando em contato direto com água e sabão, com o calor e quando resfriado a baixas temperaturas (MAMEDE et al., 2001).

### 3.2 PATOGÊNESE

O *Treponema* penetra na pele através das superfícies cutâneas e mucosas, atingindo a corrente sanguínea e os vasos linfáticos, se disseminando pelo organismo (MAMEDE et al., 2001).

A infecção no ser humano pode ser transmitida pelo contato sexual, por transfusões de sangue e, no caso das gestantes, por vias placentárias, sendo que a forma mais frequente de contágio é através da relação sexual, sendo o contato direto com as lesões contagiosas (cancro duro e lesões secundárias) responsáveis por 95% dos casos de Sífilis (MAMEDE et al., 2001).

A resposta a penetração do *T. pallidum* a defesa local desenvolve uma erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. Entretanto, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (AVALLEIRA et al., 2006).

### 3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS ADQUIRIDA E NA GESTAÇÃO

Atualmente, há duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida i) considera o tempo de infecção sendo classificada em Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução) e a outra, ii) o tipo de manifestação clínica sendo classificada como sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária a sífilis adquirida. Ambas as classificações estão sumarizadas no Quadro 1 (BRASIL, 2015 b).

**Quadro 1:** Manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a evolução e estágios da doença.

Tempo de infecção (Evolução)	Tipo de manifestação clínica (Estágios da Sífilis Adquirida)	Manifestações Clínicas
Sífilis Recente (menos de um ano de duração)	Primária	Cancro duro (úlceras genitais) e linfonodos regionais
	Secundária	Lesões cutâneas, linfadenopatia generalizada, envolvimento ocular, hepático e neurológico
	Latente recente	Assintomática

	Latente tardia	Assintomática
Sífilis Tardia (mais de um ano de duração)	Terciária	Doença cardiovascular, neuroológica e óssea (gomas sifilíticas)

**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2015 b.

Antes do tratamento com penicilina, de 23 a 87% dos casos de sífilis progrediam para doenças neurológicas, sendo as mais importantes: meningite sífilica aguda, neurosífilis parenquimatosa e paralisia geral (TALHARI et al., 2005).

### 3.4 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

É considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (DO PROGRAMA, 2008).

A transmissão vertical quando a gestante, acometida por sífilis, deixa de ser tratada ou é tratada inadequadamente e transmite a doença para o feto é o segundo tipo de Sífilis mais detectado, sendo menos prevalente apenas para a transmissão via contato sexual que é a principal via de transmissão (BRASIL, 2015 b).

A maior frequência da transmissão de Sífilis de gestantes para o feto (transmissão vertical) é intraúterina alcançando taxa de transmissão de até 80%, podendo também a transmissão ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto (BRASIL, 2015 b).

Quanto mais antiga for a doença materna, menor o risco de transmissão para o feto. A Sífilis congênita pode ser transmitida por uma gestante portadora de Sífilis anterior à gravidez ou pela infecção contraída durante a mesma. A cada gravidez sucessiva não tratada, a chance de transmissão vai se reduzindo, contudo, o risco pode não ser eliminado por completo, persistindo a cada gestação (COSTA et al, 2010).

O estágio da Sífilis na mãe e a duração da exposição fetal influenciam a probabilidade da infecção fetal, onde a transmissão é maior quando a mulher apresenta Sífilis primária ou secundária durante a gestação. A infecção fetal provoca de 30-50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal (BRASIL, 2015 b) e ainda pode ocasionar desenvolvimento da doença nos conceptos (sífilis congênita precoce e tardia).

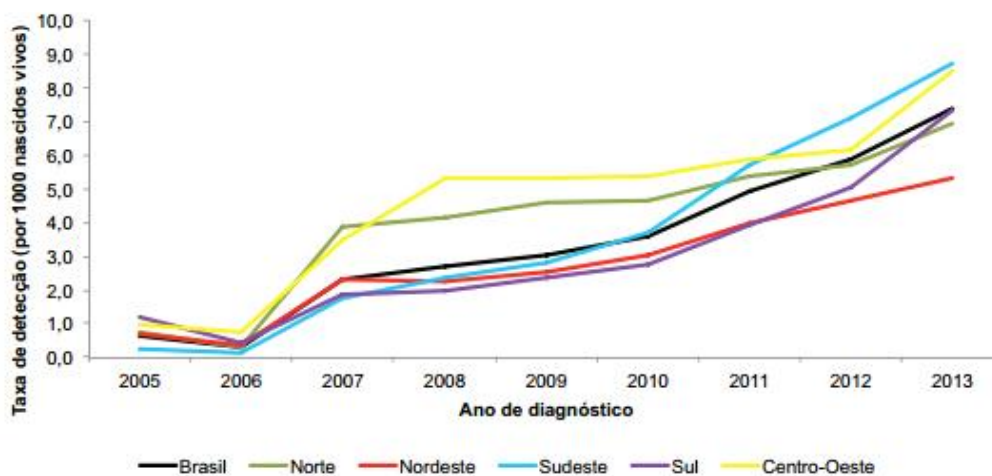
A gravidade da sífilis congênita deve-se ao fato de a infecção transplacentária ser maciça (COSTA et al, 2010).

Embora as manifestações clínicas da sífilis em gestantes sejam, similares às das não gestantes, nem sempre o diagnóstico clínico é possível nas grávidas, pois poucas vezes as lesões genitais são encontradas e, quando são, podem ser confundidas com outras ulcerações. De qualquer forma, a gravidez em si não altera o curso natural da doença (MAMEDE et al., 2001).

A pesquisa de sífilis durante a gestação é obrigatória. O rastreamento neonatal recomendado consiste na realização do VDRL na primeira consulta de pré-natal e a repetição do exame entre 32 e 36 semanas somente nas gestantes com riscos de contrair sífilis (COUTO et al.,2006). Na ausência do teste confirmatório, considerar para diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente de forma adequada (BRASIL, 2010). A sífilis em gestante é doença de notificação compulsória desde 2005.

A notificação e vigilância desse agravo é imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, lançado em 2007 (BRASIL, 2015 a).

Segundo o boletim epidemiológico de sífilis 2015, em 2013 todas as regiões do Brasil foram observadas um aumento considerável na notificação de sífilis em relação aos anos anteriores, como mostra no gráfico da Figura 1, isso se deu graças a programas como a Rede Cegonha, que propiciou o aumento na cobertura de testes das gestantes e acompanhamento do caso (BRASIL, 2015 a).



**Figura 1:** Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2013.

**Fonte:** Brasil, 2015 a.

Porém, a maioria dos casos continua sendo detectados tardiamente, no ano de 2013 24,8% dos casos notificados no Sinan estavam no primeiro trimestre, no segundo trimestre foram notificados 31,3%, enquanto no terceiro 36,3 (COSTA et al, 2010).

A sífilis no recém-nascido se apresenta com um quadro clínico variado, a criança contaminada por via placentária apresenta sintomas como rinite hemorrágica, erupção eritematopapulosa, placas mucosas, condiloma plano, fissuras periorificiais radiadas, pênfigo sífilítico, microadenopatia e hepatoesplenomegalia, choro intenso e plaquetopenia, entre outras manifestações possíveis na sífilis congênita recente, até ceratite intersticial, tibia em sabre, gomas, hidrartose bilateral de Clutton e ainda outras manifestações tardias (DO PROGRAMA, 2008).

Por isso, a importância de medidas de controle da sífilis nas gestantes, que podem ser: o diagnóstico precoce das mulheres em idade reprodutiva e seus devidos parceiros, realização de testes VDRL em mulheres que tenham intenção de engravidar, e tratamento imediato dos casos diagnosticados nas mulheres e também nos seus parceiros (BRASIL, 2010).

A sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e baratas no controle da doença (BRASIL, 2015 a).

Quando ao aleitamento materno das mulheres que tiveram Sífilis na gestação, normalmente, os recém-nascidos já foram expostos pelas genitoras ao agente causal, por isso na maioria das vezes, a orientação é manter o aleitamento (LAMOUNIER et al., 2004).

Se a mãe suspende a amamentação quando surgem os sintomas da doença, a proteção ao lactente fica diminuída, aumentando a chance de a criança adoecer, pois ela deixará de receber anticorpos específicos e demais fatores de proteção do leite humano (LAMOUNIER et al., 2004).

A nutriz com sífilis primária ou secundária acometendo a mama pode infectar a criança pelo contato das lesões com as mucosas. Se as lesões estão nas mamas, sobretudo na aréola, amamentação ou uso de leite ordenhado está contraindicado até o tratamento e a regressão das lesões (LAMOUNIER et al., 2004).

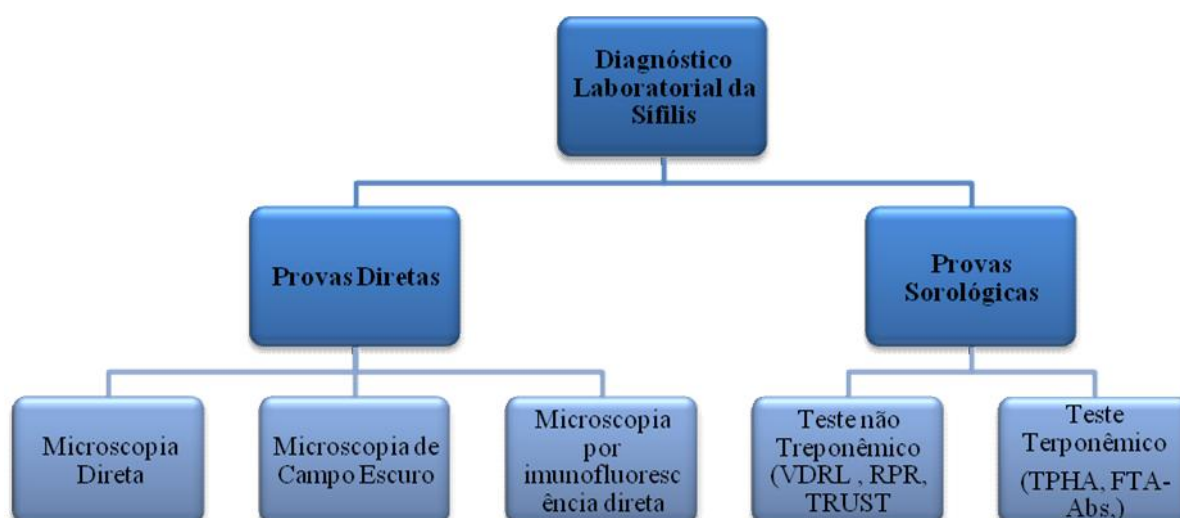
### 3.5 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Para o diagnóstico da Sífilis podem ser realizados testes laboratoriais que são divididos em duas categorias demonstrado na Figura 2:

As Provas Diretas são aquelas que objetivam demonstrar a presença do *T. pallidum*, e não estão sujeitas aos falsos positivos. É indicado na fase inicial, quando os micro-organismos são numerosos (BRASIL, 2015 b).

Os Testes não Treponêmicos podem ser qualitativos que demonstram a presença ou ausência anticorpo na amostra, sendo o mais comumente utilizado e que possui a metodologia de floculação são o VDRL. A sensibilidade do teste na fase primária é de 78%, elevando-se na fase secundária (100%) e latente (96%). Depois de instituído o tratamento, o VDRL pode resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Sorologia Treponêmica (FTA-abs, TPHA, imunofluorescência): São os testes específicos, úteis para confirmação do diagnóstico. A sensibilidade dos testes treponêmicos na Sífilis Adquirida é de 84% na fase primária, de 100% nas fases latentes e secundária, e cerca de 96% na sífilis terciária (BRASIL, 2010).

Já os Testes Treponêmicos são específicos contra os componentes celulares do *T.pallidum* e úteis para confirmação do diagnóstico. Como exemplos podemos citar os Testes de Hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination test*), o Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody-absorption) e os Testes imunocromatográficos – Testes rápidos (BRASIL, 2015 b).





**Figura 2:** Técnicas mais empregadas para o diagnóstico da Sífilis.

**Fonte:** BRASIL, 2015 b.

O diagnóstico, junto com o tratamento da doença, deve considerar a fase de evolução da sífilis. Na sífilis primária e em alguns casos da secundária, o diagnóstico pode ser direto. A utilização da sorologia poderá ser feita a partir da segunda ou terceira semana após o aparecimento do cancro, quando os anticorpos começam a ser detectados (AVELLEIRA et al., 2006).

### 3.6 TRATAMENTO

Desde o advento da penicilina, a sífilis não é somente uma doença prevenível, mas também tratável. Entretanto, ainda é um problema global de saúde pública e estima-se que 12 milhões de pessoas sejam infectadas a cada ano. As gestantes infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção para o feto, causando a sífilis congênita, que pode provocar graves eventos adversos na gravidez em até 80% dos casos (BRASIL, 2015 a).

No início do século XX, a doença era tratada com mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, porém estes mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades no manuseio. Também foram pouco eficazes tratamentos que, inspirados na pouca resistência do *treponema* ao calor, preconizavam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como, banhos quentes de vapor ou com a inoculação de plasmódios na circulação (malarioterapia). Apenas em 1943, a penicilina (descoberta por Fleming em 1928), foi utilizada pela primeira vez com sucesso para o tratamento da enfermidade<sup>22,26</sup> (MAGALHÃES et al, 2011).

Hoje a penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações da sífilis na gestação. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga (BRASIL, 2015 b; COUTO et al., 2006). Níveis de penicilina maiores do que 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos 7 a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. As recomendações a seguir atingem esses padrões.

**Quadro 2:** recomendações para a terapêutica da Sífilis em Gestante .

Tipo de manifestação clínica (Estágios da Sífilis Adquirida)	Posologia
Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)

Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI
Alternativa para pacientes alérgicos à penicilina	Ceftriaxona 500 mg, IM, 1x/dia por 10 dias

**Fonte:** BRASIL, 2015 b.

No caso da gestante ser comprovadamente alérgica à penicilina, recomenda-se a dessensibilização, em serviço terciário, de acordo com protocolos existentes (Protocolo, 2015).

Após o tratamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas por meio de exames clínicos e testes sorológicos. O VDRL deve ser repetido mensalmente, durante os seis primeiros meses após o tratamento, e trimestralmente, durante o segundo ano ou até sua negatificação (COUTO et al., 2006).

O sucesso do tratamento da sífilis primária e secundária resulta em uma diminuição de 4 vezes na titulação do VDRL em até 6 meses, e de 8 vezes, 12 meses após o tratamento (COUTO et al., 2006).

#### **4.CONCLUSÃO**

Afirma-se a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para pacientes com sífilis, em especial as gestantes.

Apesar de ser uma doença que apresenta recursos diagnósticos e de tratamentos simples e de baixo custo, seu controle continua sendo um desafio aos órgãos públicos.

Parceiros não tratados, gestantes com diagnósticos tardios, desconhecimento da doença e das consequências que ela causa, são agravos que trazem danos para a sociedade e marcas muitas vezes irreversíveis para quem a contrai.

#### **BIBLIOGRAFIA**

AVELLEIRA, JCR. et al. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Sífilis. ano 4, n. 01. Brasília, 2015 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT):** atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2015 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso** . 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. **Serviço de Vigilância Epidemiológica**; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

COSTA, MC et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An. bras. dermatol**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010.

COUTO, JCF; ANDRADE, GMQ; TONELLI, E. **Infecções Perinatais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DAMASCENO, A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 13, n. 3, 2014.

DE LORENZI, DRS. et al. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.

DO PROGRAMA, Coordenação. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

LAMOUNIER, JA; MOULIN, ZS; XAVIER, CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 5, p. 181-188, 2004.

MAGALHÃES, DMS et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comun. ciênc. saúde**, v. 22, n. sup. esp. 1, p. 43-54, 2011.

MAMEDE, JAV; MARIN, EJ; ANDRADE, CA. Sífilis. In: GUARIENTO, Antonio; VILAR, João Alberto (org.). **Medicina Materno Fetal**. São Paulo: Atheneu, 2001.

TALHARI, S; TALHARI, C. Sífilis. In: VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, R (org.). **Tratado de Infectologia**, 3 ed., v. 1. São Paulo: Atheneu, 2005.