

SÍFILIS NO BRASIL: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

SYPHILIS IN BRAZIL: DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION

Marciana Rabelo Rocha¹

Maria Aparecida Marinho Leal²

Vanessa Regina Maciel Uzan de Moraes³

RESUMO: Introdução: As ISTs são importantes problemas de saúde pública, pois impactam diretamente sobre a saúde reprodutiva das pessoas, e saúde infantil. Dentre as várias existentes, a sífilis possui destaque, visto que causa diversos agravos à saúde das pessoas, e possui um número de casos preocupantes, mesmo havendo medidas de prevenção e opções de tratamento acessíveis, além de ser uma patologia associada às vulnerabilidades sociais. Pode ser dividida entre sífilis adquirida e sífilis congênita, onde no Brasil somente no ano de 2018 houve 158.051 da sífilis adquirida, 62.599 notificações em gestantes (também adquirida) e 26.219 casos notificados de congênita. **Objetivos:** realizar um levantamento da sífilis no Brasil, identificando os aspectos relacionados ao diagnóstico, incluindo os sintomas, o tratamento e a prevenção. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica. **Resultados e Discussões:** A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida principalmente através do contato sexual, também podendo ser adquirida de forma vertical. Divide-se entre fases chamadas de primária, secundária, latente recente, latente tardia e fase terciária, apresentando diferentes sintomas em cada uma das fases. O tratamento ocorre principalmente com o uso de penicilina, no entanto diferencia-se de acordo com o estágio da doença. Sua prevenção ocorre principalmente pelo uso de preservativo e tratamento precoce para não haver transmissão, principalmente no que se refere às gestantes.

Palavras chave: Sífilis. Sífilis congênita. Diagnóstico. Tratamento. Prevenção.

ABSTRACT: Introduction: Sexually Transmitted Infections (STIs) are important public health problems, as they directly impact on people's reproductive health and child health. Among the various existing STIs, syphilis stands out, since it causes several health problems to people, and has a number of worrying cases, even though there are preventive measures and accessible treatment options, in addition to being a pathology associated with social vulnerabilities. It can be divided between acquired

¹ Acadêmica de Enfermagem – ITPAC Porto - marcianarabelo123@gmail.com

² Acadêmica de Enfermagem – ITPAC Porto - kamanducaia@hotmail.com

³ Orientadora, Farmacêutica Bioquímica, Mestre em Oncologia – ITPAC Porto – nessazan@hotmail.com

syphilis and congenital syphilis, with acquired syphilis having great importance for pregnant syphilis, where in Brazil in 2018 alone there were 158,051 acquired syphilis, 62,599 notifications in pregnant women and 26,219 cases of congenital syphilis. **Objectives:** to carry out a survey of syphilis in Brazil, identifying aspects related to diagnosis, including symptoms, treatment and prevention. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study, carried out through a literature search. **Results and Discussions:** Syphilis is an infectious disease, transmitted mainly through sexual contact, and can also be acquired vertically. It is divided between phases called primary, secondary, recent latent, late latent and tertiary phase, presenting different symptoms in each of the phases. Treatment occurs mainly with the use of penicillin, however it differs according to the stage of the disease. Its prevention occurs mainly through the use of condoms and early treatment to prevent transmission, especially with regard to pregnant women.

Keywords: Syphilis. Congenital syphilis. Diagnosis. Treatment. Prevention.

1 INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são importantes problemas de saúde pública, sendo as mais comuns dentro do grupo de patologias transmissíveis, afetando a saúde e vida de pessoas em todo mundo, principalmente pessoas de baixa renda e baixa escolaridade (BRASIL, 2019). Impactam diretamente sobre a saúde reprodutiva das pessoas, causando infertilidade, complicações na gravidez e parto, além de afetar a saúde infantil, podendo causar agravos à saúde geral da criança ou até morte fetal ou neonatal. Além disso, podem facilitar a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Dentre as muitas existentes, a sífilis possui destaque no país, uma vez que causa diversos agravos à saúde das pessoas, e possui um número de casos preocupantes, necessitando ser controlada (BRASIL, 2019).

A sífilis é um problema de saúde pública antigo, conhecida e permanecendo há mais de 500 anos, mesmo havendo medidas de prevenção e opções de tratamento gratuitas, acessíveis e eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2007).

A patologia é causada pelo agente *Treponema pallidum*, e sua principal via de transmissão é a sexual, o que dá origem à forma de sífilis adquirida. No entanto também há a sífilis em gestantes, que se não tratadas ou tratadas de forma inadequada, transmite a patologia ao feto, através da via transplacentária, dando origem à sífilis congênita (RODRIGUES et al., 2016; LIMA et al., 2016).

As manifestações clínicas da patologia dependem diretamente do estágio da doença e tipo de infecção, surgindo sinais e sintomas diferentes em cada um deles,

ou podendo ser assintomático, havendo, a sífilis primária, secundária, latente e terciária (BRASIL, 2016; ARAÚJO et al., 2017).

É uma doença associada a complicações graves, caracterizada pela presença de lesões na pele, em estágios mais avançados, pode causar inflamação e destruição de ossos e tecidos, e em casos graves, pode causar complicações cardiovasculares e neurológicas (BRASIL, 2010). Além disso, é uma doença preocupante devido ter lesões que facilitam a infecção por HIV (AVELLEIRA. BOTTINO, 2006).

Na gestação, a doença pode causar diversos agravos, como abortos espontâneos e natimortos, além de agravos em caso de sífilis congênita, prejudicando a saúde infantil (ARAÚJO et al., 2017).

Devido à complexidade da sífilis, é uma patologia de notificação compulsória em todos os seus tipos, portanto há registros da doença em todo o país, separados por estado e município. Somente no ano de 2018, o país registrou 158.051 notificações de sífilis adquirida, 62.599 casos de sífilis em gestantes e 26.219 casos de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

A sífilis é uma doença associada às vulnerabilidades sociais, prevalente em pessoas de baixa renda e escolaridade, e de pouco acesso à saúde (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018). É uma patologia infectocontagiosa sistêmica, além de uma doença sexualmente transmissível, com tratamento eficaz e de baixo custo, oferecido pelo SUS, entretanto representa um grave problema de saúde pública no país, evidenciando um paradoxo (CARVALHO; BRITO, 2014; SILVA et al., 2019).

Por ser uma doença com tratamento acessível, e apesar de existirem diversas campanhas para a utilização de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, os dados das sífilis são preocupantes e devem, portanto, serem analisados. Diante da perspectiva, é fundamental a identificação da sífilis no Brasil, com enfoque no diagnóstico, prevenção e tratamento, de modo a contribuir para reflexões acerca da doença. Nesse sentido, a presente pesquisa objetiva realizar um levantamento da sífilis no Brasil, identificando os aspectos relacionados ao diagnóstico, incluindo os sintomas, o tratamento e a prevenção.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa caracterizada como do tipo descritiva, qualitativa e bibliográfica. A pesquisa descritiva é aquela onde se realiza uma descrição, análise

e verificação do objeto pesquisado, através de investigações detalhadas (PRODANOV; FREITAS, 2013). Em pesquisas da área da saúde, o estudo descritivo é normalmente utilizado para a caracterização e descrição de patologias e procedimentos (HOCHMAN et al., 2005).

A pesquisa qualitativa é utilizada uma vez que se trata daquela onde a abordagem e descrição do estudo ocorre de maneira descritiva, sem a utilização de representatividade numérica (PRODANOV; FREITAS, 2013). E por fim, A pesquisa bibliográfica se refere a principal caracterização para obtenção dos dados, uma vez que conforme Prodanov e Freitas (2013), é a pesquisa realizada através de materiais já existentes, como artigos, livros, revistas e afins.

Assim, por ser uma pesquisa realizada somente por meio de materiais já publicados, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, devido esta ser uma obrigatoriedade para as pesquisas realizadas através de abordagem ou intervenção direta a seres humanos, através de determinações da Resolução nº 466/2012.

Para o levantamento dos dados, utilizou-se de pesquisa principalmente pelo meio virtual através de plataformas como: Scielo, Google Acadêmico, e principalmente através dos arquivos publicados pelo Ministério da Saúde sobre as ISTs, contendo todos os dados importante para embasamento teórico da pesquisa. Os artigos para a pesquisa foram selecionados a partir da leitura na íntegra, permitindo os publicados desde 2001, considerando as principais contribuições de autores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 IST E SÍFILIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis representam importantes problemas de saúde pública, uma vez que atingem pessoas vulneráveis, populações de países em desenvolvimento, onde as mesmas estão entre as dez principais causas pela procura aos serviços de saúde, abrangendo uma natureza não somente sanitária, como também social e econômica (WHO, 2007; NEWMAN et al., 2013). Tratam-se de um dos problemas de saúde públicas mais comuns no âmbito mundial, além de representarem uma preocupação demasiada, visto que os infectados por alguma IST ficam mais vulneráveis à se contaminarem com mais de uma IST, tendo uma

associação, onde em caso de gravidez por levar ao aumento da mortalidade, tanto materna, quando infantil (BRASIL, 2015).

Anteriormente as ISTs eram conhecidas como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), onde a expressão substituiu Doenças por Infecções, em virtude da possibilidade de uma pessoa infectada ser assintomática e mesmo assim transmitir uma infecção (SBP, 2018).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que diariamente mais de um milhão de pessoas no âmbito mundial adquirem alguma IST, anualmente em torno de 500 milhões de pessoas adquirem alguma IST curável, como gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase (WHO, 2013).

Apesar de curáveis, a presença das infecções sexualmente transmissíveis como gonorreia e sífilis, representam uma problemática recorrente, onde aumentam de forma considerável o risco de transmissão do HIV, e a sífilis é uma patologia preocupante, uma vez que sua presença em casos de gestantes causa mais de 300 mil mortes fetais e neonatais anualmente no mundo, além de causar um aumento do risco de morte prematura de 215 mil crianças (BRASIL, 2016).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa crônica, exclusiva do ser humano, transmitida principalmente através do contato sexual, no entanto também pode ser transmitida de forma vertical, da mãe para o filho através da gestação, e através do contato com objetos perfurantes contaminados (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Representa uma grande preocupação de saúde pública, sendo muito prevalente, e seu diagnóstico e tratamento vão além da abordagem sindrômica (BRASIL, 2015).

No período de evolução da doença, há períodos de atividade que podem ser caracterizados por distintas características imunológicas, clínicas e histopatológicas, além de haver períodos de latência onde a doença se apresenta assintomática (JANIER et al., 2014; OMS, 2015).

A sífilis é uma patologia causada pela bactéria *Treponema pallidum*, da família dos *Treponemataceae*, gênero *Treponema*, que possui seis espécies não patogênicas e quatro espécies patogênicas, onde dentre essas últimas tem-se: o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, responsável pela sífilis; *Treponema carateum*, que causa pintas no indivíduo com sífilis; e o *Treponema pertenue*, sendo o agente etiológico responsável pela boubá ou framboesia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

É um patógeno de baixa resistência à ação do sabão ou outros desinfetantes, e ao meio ambiente, onde resseca-se de forma rápida, já em objetos úmidos pode

sobreviver por até 10 horas (HORVÁTH, 2011). O *T. pallidum* é, ainda, um patógeno não é cultivável, e exclusivo do ser humano, sendo destruído devido ao calor e ausência de umidade, onde resiste cerca de 26 horas fora do seu ambiente, e se divide de forma transversal a cada 30 horas (RIVITTI; 1999).

3.2 TRANSMISSÃO DA SÍFILIS

Conforme Avelleira e Bottino (2006), a transmissão da sífilis é uma característica que divide a mesma, onde a patologia é transmitida e classificada da seguinte maneira: transmissão por via sexual (sífilis adquirida, sendo o tipo de sífilis mais comum, com cerca de 95% dos casos gerais) e transmissão vertical/da mãe para o filho durante a gestação (sífilis congênita).

A transmissão por contato sexual é a mais comum, sendo considerada a sífilis adquirida, no entanto também há muitas transmissões durante a gestação, ocorrendo quando a mãe possui sífilis e não realiza tratamento (BRASIL, 2015).

Há ainda formas de transmissão pequeno interesse epidemiológico, uma vez que são menos comuns, sendo a transmissão por via direta, através do contato com objetos contaminados, e transmissão por transfusão sanguínea (GARNETT et al., 1997). A transmissão através da transfusão sanguínea é considerada rara, uma vez que há rigorosas triagem das bolsas de sangue doado, investigando a presença de agentes infecciosos, como o *T. pallidum*, além de haver pouco tempo de sobrevivência do patógeno fora do organismo humano, seu único local de sobrevivência (ADEGOKE; AKANNI, 2011).

Há também uma outra forma de transmissão pouco comum, ocorrida também entre mãe e filho, que ocorre durante o parto, quando o recém-nascido entra em contato com as lesões genitais que houverem na mãe (BRASIL, 2015)

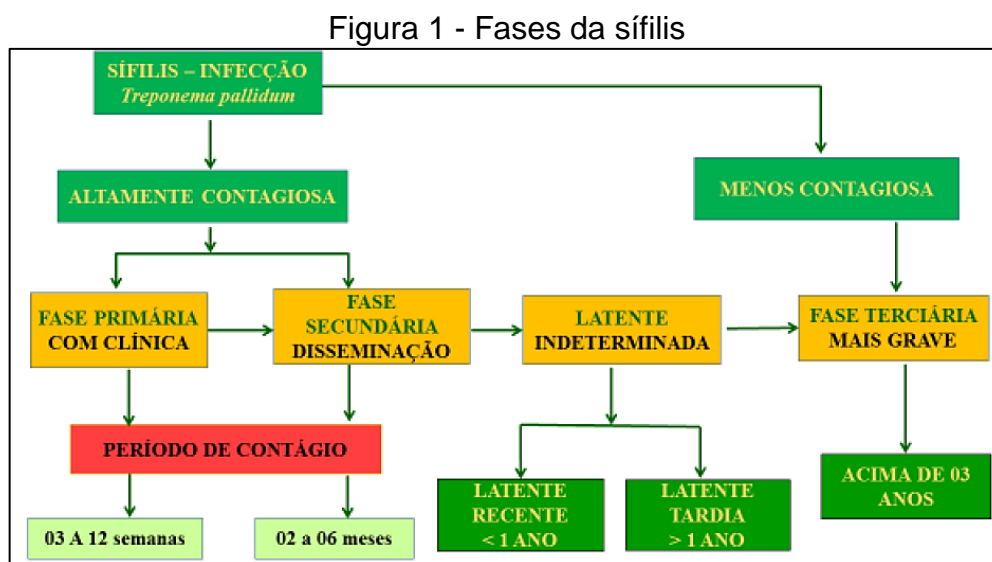
3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS ADQUIRIDA

A sífilis é uma patologia de diversos estágios, descrito pela primeira vez em torno do ano de 1800 por Philippe Ricord. Tratando-se da sífilis adquirida, que consiste naquela transmitida de pessoa a pessoa, sendo o tipo mais comum de sífilis, a mesma consiste em fases sintomáticas com períodos de latência, ou seja, assintomáticos, no entanto essas características podem ser alteradas sob influência de alguns fatores,

como o estado imunológico do hospedeiro, a pessoa contaminada, e como a administração de terapia antimicrobiana com o objetivo de tratar outros patógenos, mas acaba atingindo o *Treponema pallidum*, e assim pode-se alterar o estágio da sífilis, com o tempo de apresentação, sinais e sintomas (ARAÚJO et al., 2017).

É uma patologia de lenta evolução, e quando não tratada, apresenta períodos alternados entre sintomáticos e assintomáticos, com distintas características imunológicas, clínicas e histopatológicas, onde seus estágios podem ser classificados em: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária (BRASIL, 2016).

As fases da sífilis são apresentadas no fluxograma da figura 1.



Fonte: Brasil (2010).

As manifestações de cada estágio são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Estágios e manifestações clínicas da sífilis

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS DA SÍFILIS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis recente - menos de 1 ano de duração (mais contagiosa)	Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento	Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam
Mais contagiosa	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato. As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a doze semanas - Pode haver novos surtos	Lesões cutaneomucosas sintomáticas - Sintomas gerais, micropoliadenopatia. Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo)

Menor de 1 ano	Latente recente	Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia (mais de um ano de duração)	Latente tardia	Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Acima de 3 anos de contaminação (menos contagiosa)	Terciária - dois a quarenta anos após contato. Maior dano aos órgãos humano.	Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão. Há um acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

Fonte: Adaptado de Brasil (2010).

- **Sífilis primária**

Por se tratar de uma sífilis adquirida, principalmente por via sexual, após o contato sexual infectante, há um período de incubação de cerca de 10 a 90 dias, ou média de três semanas, de duração (BRASIL, 2015).

É uma fase de maior grau de infectividade, podendo não apresentar sintomas esperar, uma vez que depende do grau imunológico do hospedeiro e do grau de exposição ao *Treponema pallidum* (ARAÚJO et al., 2017).

Inicialmente, manifesta-se através de uma erosão ou úlcera no local de entrada do *Treponema pallidum*, podendo ser na vulva, vagina, colo uterino, pênis, ânus, boca, ou outros locais do tegumento, sendo uma sífilis também denominada como cancro duro, devido às suas características, uma vez que normalmente é indolor, única, possui a base endurecida, fundo limpo, e é rico em treponemas, além de geralmente ser acompanhado de linfadenopatia inguinal. É uma fase de duração entre duas e seis semanas, desaparecendo de forma espontânea e natural, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2015).

Geralmente o cancro não apresenta manifestações inflamatórias perilesionais, somente bordas endurecidas que descem de forma suave até um fundo limpo e liso, coberto por material seroso. No geral, após uma ou duas semanas da infecção, a sífilis primária apresenta uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, com nódulos duros e indolores, não supurativa (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Normalmente a sífilis primária ocorre em 90% a 95% dos casos ocorre na região genital, sendo que no homem é mais frequente no prepúcio, no sulco bala noprepucial, meato uretral e em casos raros no intra-uretral, e nas mulheres a infecção possui uma manifestação clínica mais frequente na parede vaginal, nos pequenos lábios e no colo uterino, no entanto em ambos os sexos pode também haver manifestações

extragenitais, mais comumente na região da boca, língua, região anal, região mamária e quirodácitos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

- **Sífilis secundária**

A sífilis secundária surge quando a sífilis primária não é tratada e então o treponema invade todos os órgãos e líquidos do corpo, aparecendo como manifestação clínica uma erupção cutânea, cheio de treponemas, em forma de máculas, pápulas ou grande placas eritematosas de cor branco-acinzentadas, chamadas de condiloma lata, podendo aparecer em regiões úmidas do corpo (BRASIL, 2010).

Os sinais e sintomas da sífilis secundária surgem aproximadamente entre seis semanas e seis meses após a infecção pelo *Treponema pallidum*, e após o aparecimento, duram cerca de quatro a doze semanas, no entanto há possibilidade de as lesões recrudescerem em surtos subentrantes por um período de até dois anos. Assim como a sífilis primária, a sífilis secundária pode desaparecer de maneira espontânea, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2015).

As lesões da sífilis secundária são ricas em treponemas, não são pruriginosas, e podem ocorrer de diferentes maneiras, como em forma de máculas e/ou pápulas, ocorrendo principalmente no tronco; em forma de lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, sendo uma forte característica de sífilis secundária; placas eritematosas de cor branco-acinzentadas; lesões pápulo-hipertróficas que podem ocorrer nas mucosas ou pregas cutâneas; alopecia em clareira e madarose, caracterizado pela perda da sobrancelha; além de ocorrer manifestações como cefaleia, mal-estar, febre, adinamia e linfadenopatia generalizada; e em casos mais raros pode haver quadros meníngeos e/ou até oculares e um comprometimento hepático (BRASIL, 2015).

A sífilis secundária ocorre após o período de latência após a sífilis primária, entre seis e oito semanas, quando entra novamente em atividade, e acomete os órgãos internos e pele, onde as lesões na pele, chamadas de sífilides, ocorrem de forma simétrica e através de surtos, apresentando-se em forma de máculas de cor roséola, com duração efêmera. Posteriormente acontecem novos surtos, caracterizados por lesões papulosas eritêmato-acobreadas, de superfície plana, com formato arredondado, recobertas por escamas discretas e intensas na periferia, acontecendo muito nas regiões palmares e plantares (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Também há manifestações clínicas nas faces, principalmente em volta da boca e nariz, onde as pápulas se agrupam, semelhante à dermatite seborreica (figura 5), e

se a pessoa tiver a pele negra, as lesões configuram-se de forma anulares e circinações, conhecida como sífilis elegantes (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Esse estágio de sífilis secundária possui uma presença significativa de resposta imune, havendo uma produção demasiada de anticorpos contra o agente etiológico (BRASIL, 2015).

- **Sífilis latente**

O estágio de sífilis latente é caracterizado por ser um período onde a doença apresenta-se assintomática, ou seja, sem sinais ou sintomas, no entanto há uma reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos, sendo que a maioria dos diagnósticos da doença ocorrem nessa fase. Cerca de 25% dos pacientes que possuem sífilis, durante o primeiro ano da infecção há estágios intercalados entre sífilis secundária e sífilis latente (BRASIL, 2015).

A sífilis latente ocorre se não houver um tratamento da sífilis secundária, e divide-se entre sífilis latente recente, que ocorre em até um ano de infecção, e sífilis latente tardia, com mais de um ano de infecção, onde não apresenta manifestação clínica (BRASIL, 2010).

- **Sífilis terciária**

A sífilis terciária é o último estágio da sífilis, e pode levar dez, vinte ou mais anos para se manifestar, onde se manifesta em forma mais severa, apresentando inflamação e destruição de ossos e tecidos. Caracteriza-se pela formação de gomas sífilíticas, tumores moles na pele e membranas mucosas, podendo acometer qualquer parte do corpo (BRASIL, 2010).

Nesse estágio, os pacientes desenvolvem lesões localizadas em diversas partes do corpo, como a pele, mucosa, sistema nervoso e sistema cardiovascular, acometendo, ainda, músculos, ossos e fígado, além de haver uma ausência quase total de treponemas (ARAÚJO et al., 2017).

A sífilis terciária ocorre em torno de 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, onde pode se desenvolver em um período entre dois e quarenta anos após o início da infecção. É considerada rara, uma vez que as pessoas que tiveram a sífilis de outros estágios ao longo da vida recebem antibióticos para o tratamento de outras enfermidades, o que acaba por agir sobre o *T. pallidum*, levando à uma cura da infecção. Quando presente, suas lesões podem causar desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais (BRASIL, 2015).

As lesões da sífilis terciária são solitárias ou acontecem em pequena quantidade, sendo assimétricas, endurecidas com pequena inflamação, apresentando bordas bem marcadas, policíclicas ou em formato de círculos, levando à formação de cicatrizes e hiperpigmentação periférica. Pode acometer a língua, sendo indolor e insidioso e indolor, causando espessamento e endurecimento do órgão. Pode acometer o nariz, invadindo e perfurando o palato, destruindo a base óssea do septo nasal (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Nas manifestações cutâneas a sífilis apresenta gomas e nodulares destrutivas, e em manifestações ósseas, apresenta artrites, periostite, sinovites, osteíte fomosa ou esclerosante, nódulos justa-articulares (BRASIL, 2015).

Em manifestações mais graves da sífilis terciária, pode-se apresentar como sífilis cardiovascular e a neurosífilis (BRASIL, 2010).

Na sífilis cardiovascular, os sintomas se desenvolvem aproximadamente entre 10 a 30 anos após o início da infecção, e o mais comum é a aortite, em 70% dos casos, principalmente aorta ascendente, sendo assintomática na grande maioria dos casos. As maiores complicações da aortite se referem à estenose do óstio da coronária, insuficiência da válvula aórtica e o aneurisma. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). É caracterizada por lesões como aortite sífilítica, estenose das coronárias e aneurisma (BRASIL, 2015).

A neurosífilis se caracteriza por uma invasão das meninges pelo *Treponema pallidum*, acontecendo entre 12 a 18 meses após a fase inicial da infecção, no entanto em 70% dos casos a neurosífilis desaparece de forma natural, sem tratamento, e quando persiste, pode ser sintomática ou assintomática. Pode haver complicações precoces, principalmente meningites agudas em pacientes infectados pelo HIV, e em casos mais tardios, é uma neurosífilis parenquimatosa, apresentando uma paralisia geral progressiva ou podendo progredir para a *tabes dorsalis*, e em um último quadro, há uma sintomatologia semelhante a tumores cerebrais ou medulares (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). É caracterizada por apresentar lesões como goma do cérebro, goma da medula, meningite aguda, atrofia do nervo óptico, paralisia geral, lesão do sétimo par craniano, *tabes dorsalis*, além de demência (BRASIL, 2015).

3.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita se refere à disseminação hematogênica do agente *Treponema pallidum*, da gestante infectada que não realizou tratamento ou foi tratada inadequadamente, onde a infecção pode-se apresentar sintomática ou assintomática no recém-nascido, sendo que mais de 50% das crianças não apresentam sintomas ao nascimento, surgindo os primeiros sintomas por volta dos 3 meses de vida, e na mãe, as alterações fisiopatogênicas são as mesmas que as não gestantes. Ocorre em dois estágios, o primeiro é o precoce, diagnosticado na criança com até dois anos de vida, e o estágio tardio, onde o diagnóstico é após os dois anos (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita precoce costuma ser assintomática, ou apresenta sinais e sintomas pouco específicos e discretos. No geral o recém-nascido nasce com baixo peso, e pode apresentar as seguintes características: lesões cutâneas, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, dificuldade respiratória com ou sem pneumonia, periostite ou osteíte ou osteocondrite, anemia, leucocitose, trombocitopenia, leucopenia, icterícia, rinite serosanguinolenta, linfadenopatia generalizada, fissura peribucal, petéquias, síndrome nefrótica, púrpura, hidropsia, convulsão, edema e meningite (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita tardia apresenta como principais manifestações clínicas: nariz em sela, fronte olímpica, tibia em lâmina de sabre, dentes incisivos medianos superiores deformados, mandíbula curta, molares em amora, arco palatino elevado, rágades periorais, ceratite intersticial, surdez neurológica, além da criança apresentar dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2006).

3.5 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

O diagnóstico laboratorial da sífilis, bem como a escolha dos exames laboratoriais a serem realizados de forma mais adequada, dependem diretamente da fase evolutiva da doença. No estágio de sífilis primária e em alguns casos da sífilis secundária, o mais adequado é realizar o diagnóstico direto, feito através da demonstração do treponema (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

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; BOTTINO, 2006).

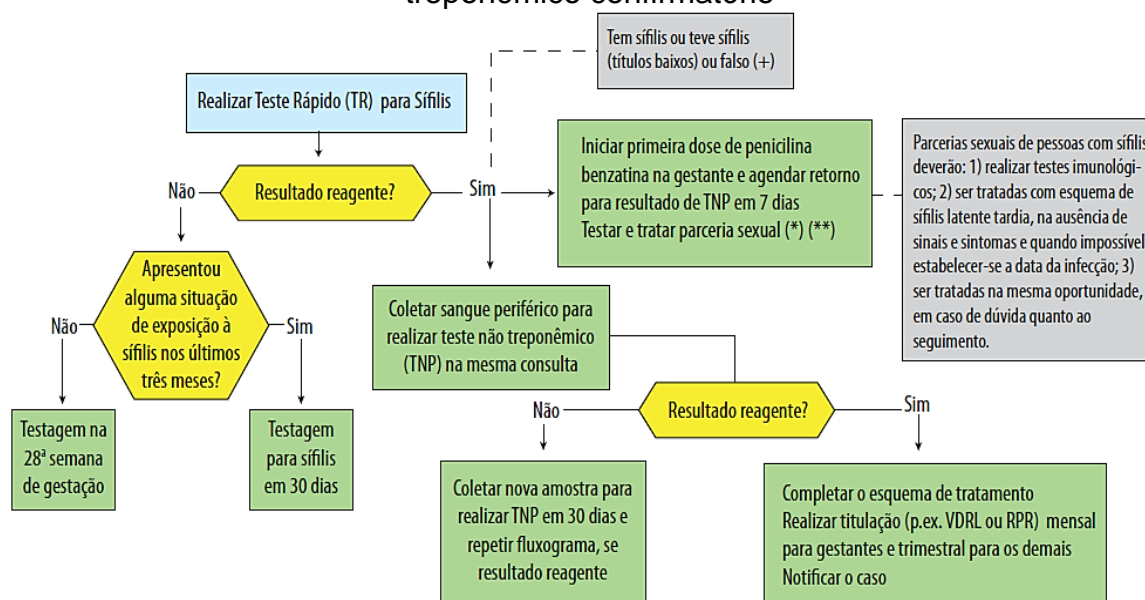
Nos outros casos, realiza-se os testes imunológicos, sendo os mais utilizados, dividindo-se em treponêmicos e não treponêmicos. Os treponêmicos são testes que

detectam anticorpos específicos que são produzidos contra o *T. pallidum*, importantes para a confirmação do diagnóstico, no entanto não é um parâmetro utilizado para monitorar a resposta do tratamento, uma vez que os anticorpos podem permanecer positivos pelo resto da vida, mesmo após o tratamento. Alguns exemplos são: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA); quimioluminescência (EQL); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA); testes rápidos (BRASIL, 2015).

Os testes não treponêmicos são realizados para a identificação de anticorpos não específicos, que tornam-se reagentes após de uma a três semanas após o cancro duro, podendo ser qualitativo, que indica a presença ou ausência do anticorpo na amostra, ou quantitativo, que permite a titulação dos anticorpos, representado por números. São exemplos dos testes não treponêmicos: RPR (Rapid Test Reagin); TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test); VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), sendo este último o mais utilizado (BRASIL, 2015).

Os fluxogramas para diagnóstico da sífilis são dispostos nas figuras 2, 3 e 4.

Figura 2 - Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório



Fonte: Brasil (2015).

Figura 3 - Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório

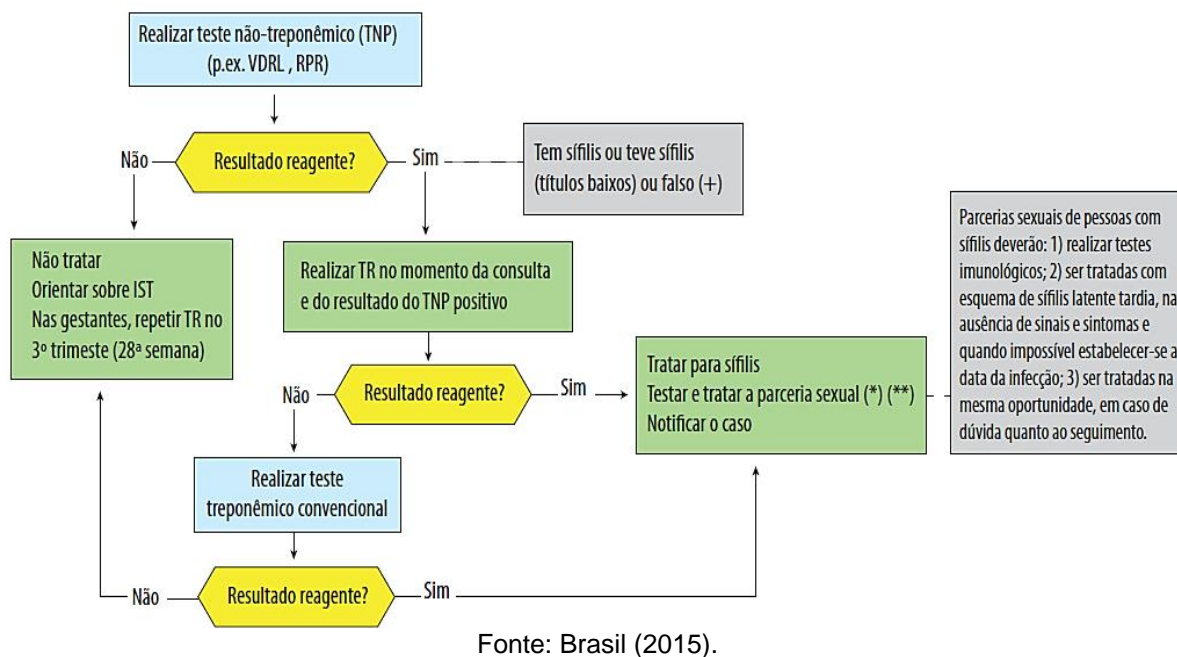
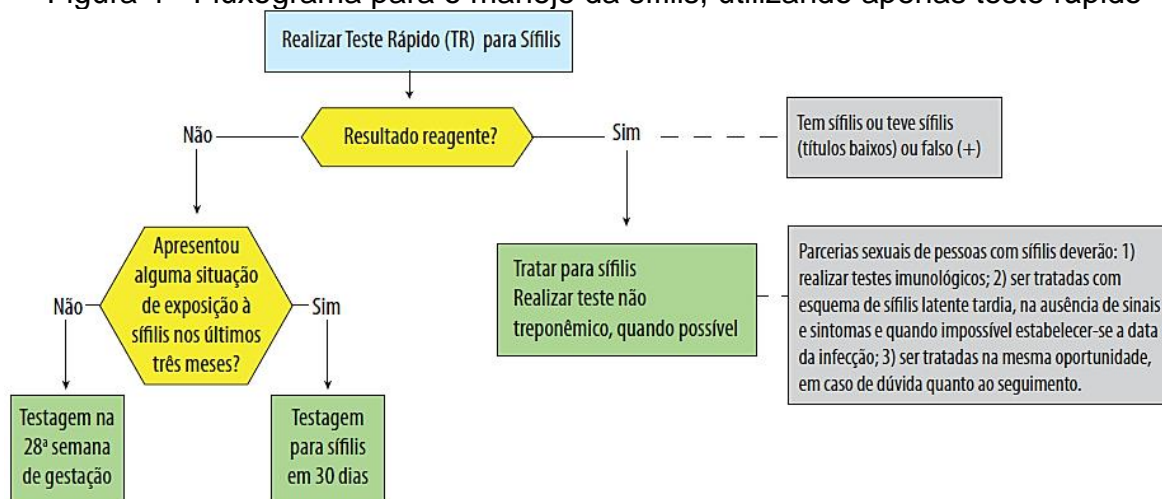


Figura 4 - Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido



Na sífilis congênita, o diagnóstico segue a mesma linha da sífilis adquirida, sendo confirmado inicialmente através do teste por provada direta através das lesões, tecidos ou líquidos corporais. Os testes sorológicos podem ser realizados no sangue do cordão umbilical e sangue periférico da criança recém-nascida. Em casos de ausência de lesões, o diagnóstico é feito a partir da consideração que os anticorpos da mãe podem ser repassados ao feto sem haver infecção, necessitando realizar o teste de sorologia quantitativa, e se os resultados da criança forem iguais ou superiores a quatro vezes da mãe, utiliza-se o VDRL. Há também a utilização do exame radiográfico em casos de alterações ósseas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

3.6 TRATAMENTO DA SÍFILIS

O tratamento da sífilis é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS (CARVALHO; BRITO, 2014; SILVA et al., 2019).

Tanto em casos de sífilis adquirida quanto em casos de sífilis congênita, o tratamento é realizado a partir da utilização do antibiótico penicilina, variando de acordo com o estágio da sífilis, no entanto também pode ser realizado com esquema alternativo (BRASIL, 2015). Os esquemas terapêuticos para o tratamento da sífilis são apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona ^d 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias

Notas: ^a - Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

^b - Embora não exista evidência científica que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

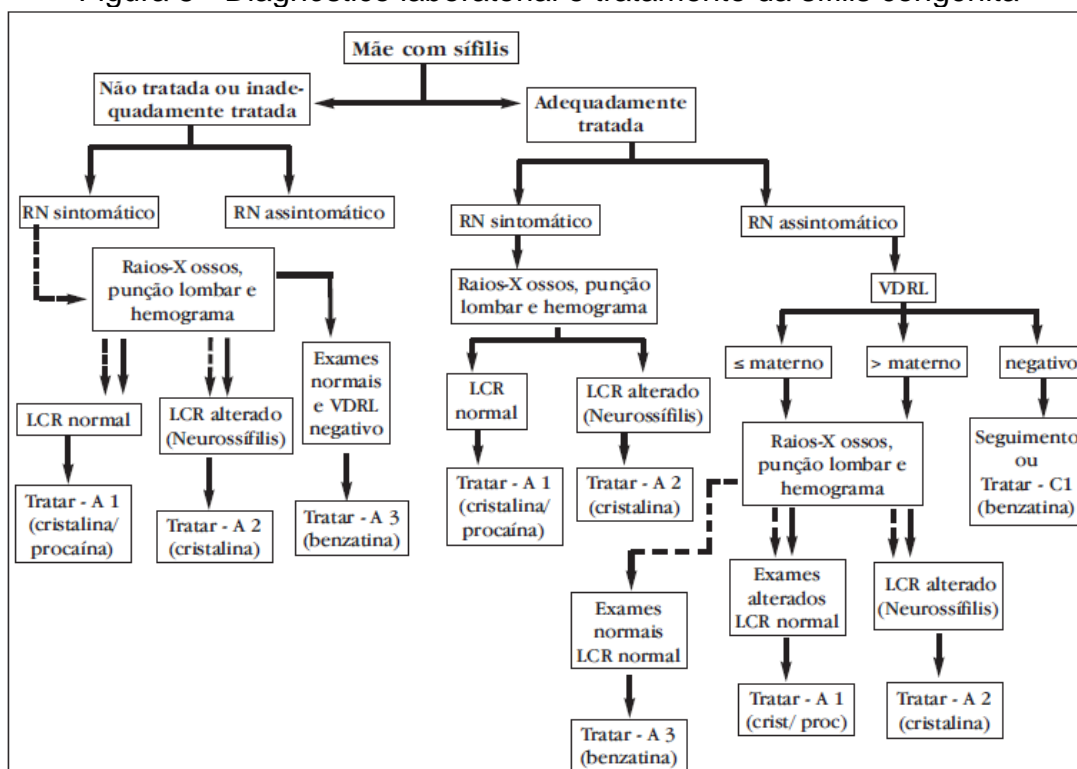
^c - Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

^d - Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

Fonte: Adaptado de Brasil (2015).

Conforme Avelleira e Bottino (2006), o diagnóstico e tratamento para sífilis congênita é apresentado conforme o fluxograma da figura 5.

Figura 5 - Diagnóstico laboratorial e tratamento da sífilis congênita



Fonte: Avelleira e Bottino (2006).

3.6 PREVENÇÃO DA SÍFILIS

Devido à sífilis ser uma Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), sua prevenção mais eficaz se refere ao uso de preservativo, como forma de realmente impedir que haja a principal forma de transmissão que é a sexual (BRASIL, 2006).

Os preservativos, tanto masculinos quanto femininos, são oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para as pessoas sexualmente ativas, caracterizando-se como um método eficaz na redução do risco de transmissão, seja da sífilis, seja de qualquer outra IST, além de ser um método contraceptivo eficaz. Apesar de o preservativo masculino ser o mais comum, o feminino também é fundamental, uma vez que amplia as possibilidades de prevenção feminina (BRASIL, 2015).

Os profissionais de saúde são fundamentais no que se refere à prevenção, incluindo os profissionais de enfermagem, visto que conseguem promover orientações quanto ao uso de preservativo (BRASIL, 2015).

Nos casos onde o paciente já possui sífilis, a prevenção segue voltada para que não haja transmissão, e isso ocorre através da detecção e orientação quanto ao uso de preservativo, bem como quanto a realização do tratamento adequado. Além disso, é fundamental a realização de testes rápidos nos parceiros do paciente com sífilis, como forma de prevenção para caso ainda não tenha adquirido a doença, passe a tomar medidas preventivas (PINHEIRO, 2011; BRASIL, 2015). Conforme Brasil (2015) “o atendimento imediato de uma IST não é apenas uma ação curativa, mas também visa à interrupção da cadeia de transmissão e à prevenção de outras IST e complicações decorrentes das infecções”.

Quando se trata de gestantes, a prevenção é voltada à realização adequada do pré-natal, onde é verificado todas as patologias e riscos que a gestante possui, orientando quanto ao uso de preservativo. No entanto, quando a gestante já possui sífilis, o procedimento preventivo segue o normal, além de ser necessário procedimentos voltados à prevenção da criança, onde o pré-natal deve ser realizado com consultas mais precoces e realizado o tratamento da gestante. A realização do pré-natal é fundamental em todos os casos de gestação, e quando se trata de sífilis, sua realização é importante para um diagnóstico precoce e conseqüentemente um tratamento precoce, visando a prevenção da sífilis congênita (PINHEIRO, 2011).

3.7 EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS NO BRASIL

Em virtude da complexidade da sífilis e por se tratar de um problema de saúde pública, a sífilis possui notificação compulsória no país (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita possui notificação a partir do ano de 1986, instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986). A sífilis em gestantes obteve a notificação compulsória em 2005, através da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005). Em último lugar, a sífilis adquirida conquistou a notificação compulsória somente no ano de 2010, mediante a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010).

Conforme Brasil (2019), no ano de 2018 houve a notificação, através do SINAN, de 158.051 casos de sífilis adquirida, com taxa de detecção de 75,8 casos por 100.000

habitantes; 62.599 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 21,4 por 1.000 nascidos vivos; 26.219 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 9,0 por 1.000 nascidos vivos; e 241 óbitos por sífilis congênita, com taxa de mortalidade de 8,2 por 100.000 nascidos vivos. Entre 2010 e 2018, o país registrou um crescimento demasiado de sífilis em todas as formas, tanto adquirida, quanto congênita e em gestante.

No que se refere ao perfil epidemiológico e sociodemográfico, Brasil (2019) afirma que a sífilis gestante é maior na região sudeste do país, principalmente no estado do Rio de Janeiro, em gestante de com idade gestacional de primeiro trimestre de diagnóstico e faixa etária entre 20 a 29 anos, cor/raça parda, que realizaram pré-natal; a sífilis congênita também é maior na região sudeste do país, no estado do Rio de Janeiro, principalmente sífilis recente, com mães entre 20 e 29 anos de idade, raça parda e escolaridade como ensino fundamental incompleto; já a sífilis adquirida é caracterizada por indivíduos jovens, de faixa etária entre 20 e 29 anos de idade, sexo masculino, raça/cor parda, de escolaridade ignorada ou pouca escolaridade, principalmente na região sudeste do país (BRASIL, 2019).

Souza, Rodrigues e Gomes (2018) afirmam que a sífilis é, ainda, uma patologia diretamente associada às vulnerabilidades relativas à escolaridade e qualidade da atenção à saúde, além da sífilis gestacional ter uma grande influência da responsabilidade da qualidade da atenção, onde muitas vezes possui uma detecção tardia, mesmo realizando o pré-natal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis é um agravo de saúde pública de grande preocupação, em virtude dos problemas que causa ao ser humano, impactando na saúde reprodutiva e até mesmo na saúde infantil, uma vez que há a sífilis congênita, sendo aquela adquirida por transmissão vertical, podendo levar à morte do feto ou neonatal.

Mesmo havendo tratamento gratuito disponibilizado no Brasil através do SUS, os números de infecção por sífilis são altos. Nesse sentido, o conhecimento torna-se uma ferramenta fundamental para uma mudança no cenário. A partir da pesquisa, pode-se adquirir conhecimento voltado a toda a doença, podendo servir como um parâmetro educacional que indica as formas de transmissão e prevenção.

A partir da verificação do diagnóstico, é possível promover meios de reflexão para que a população tenha conscientização e procure o diagnóstico quando observar os primeiros sintomas, ou se souber que teve contato com alguém que possui a doença. Já o conhecimento quanto ao tratamento é fundamental para que também haja reflexão de que o mesmo não apenas existe, como também é gratuito e é importante que seja realizado precocemente.

Por fim, conclui-se a importância de políticas públicas voltadas à informação e conscientização da população. Apesar de existir tratamento eficaz e gratuito, a prevenção ainda é a melhor maneira de mudança do cenário.

5 REFERÊNCIAS

ADEGOKE, A. O.; AKANNI, O. E. Survival of *Treponema pallidum* in banked blood for prevention of Syphilis transmission. **North American Journal of Medical Science**, v.3, n.7, p.329-332, 2011.

ARAÚJO, L. M.; et al. **Guia prático em abordagem sindrômica: Prática baseada em evidências – Sífilis**. Cuiabá, 2017.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p.111-126, 2006.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2016**. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil, Volume 47 – 2016.

BRASIL. **Boletim epidemiológico: Sífilis 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, ano v., n. 1, 2019.

BRASIL. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005**. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986**. Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2015.

BRASIL. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Ministério da Saúde, Série TELELAB, 100 p., 2010.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2014, vol.23, n.2, pp.287-294.

GARNETT, G. P. et al. The natural history of syphilis: implications for the transmission dynamics and control of infection. **Sexually transmitted diseases**, v. 24, n. 4, p. 185-200, 1997.

HORVÁTH, A. Biology and Natural History of Syphilis. **Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases**, p.129-141, 2011.

JANIER, M.; et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v.28, p.1581-1593, 2014.

LIMA, V. C; et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2016.

NEWMAN, L. I.; et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med**, v. 10, n. 2. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Tradução de Nazle Mendonça Collaço Vêras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

RIVITTI, E.A. **Sífilis Adquirida**. In: Walter Belda Júnior. Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 9-21.

RODRIGUES, A.R.; et al. **Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária**. Rev Enferm UFPE, v. 10, n. 4, p. 1247-1255, 2016.

SILVA, A. G.; et al. **Perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis: uma revisão integrativa**. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. **Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência**. Guia Prático de Atualização, Departamentos Científicos de Adolescência e Infectologia, nº 6, 2018.

SOUZA, B. S. O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. L. **Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis**. Rev Soc Bras Clin Med., v. 16, n. 2, p. 94-98, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015**. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO, 2007.