Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v8, 2022/08

ISSN 2178-6925

# A SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SUA INFLUÊNCIA NA MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

# SYPHILIS IN PREGNANCY AND ITS INFLUENCE ON MATERNAL AND CHILD MORBIDITY AND MORTALITY

**Aianne Carolina Pego Silva**

Professora Orientadora, Graduada em Enfermagem, UNIPAC, Brasil. E-mail: aiannecarolina@gmail.com

**Gisele Martins de Morais**

Graduanda em Enfermagem, UNIPAC, Brasil. E-mail: giselemm2023@gmail.com

**Simone Souza de Oliveira**

Graduanda em Enfermagem, UNIPAC, Brasil. E-mail: simonesouzaoliveira@gmail.com

**Talinne Karen Caldeira Costa**

Graduanda em Enfermagem, UNIPAC, Brasil. E-mail: talinnekaren2@gmail.com

**Aceite 01/09/2022 Publicação 18/09/2022**

**Resumo**

A Sífilis é uma doença provocada pela bactéria, *Treponema pallidum*, a qual pode ser transmitida por via sexual, transplacentária ou através de transfusão sanguínea, atingindo a população em geral, e assim, as gestantes. A sífilis durante a gestação representa um grave problema de saúde pública, o qual é responsável pelos elevados índices morbimortalidade intrauterina, podendo provocar diversas alterações fisiológicas ao feto. A prevenção da sífilis gestacional depende de medidas profilaxias como realização de pré-natal adequado para diagnóstico e tratamento correto da doença, bem como, concordância da gestante ao tratamento e acompanhamento pela equipe multiprofissional em saúde após diagnóstico positivo da sífilis. Assim verifica-se a importância deste estudo, ao desenvolver a promoção do conhecimento acerca da sífilis gestacional e suas complicações seja para às gestantes ou para os profissionais de saúde. Além disso, conforme orientação do Ministério da Saúde, tanto o diagnóstico quanto tratamento deve ser oferecido as gestantes de forma rotineira e sem custos durante realização do pré-natal, no entanto, o que se percebe é o aumento dos casos, mesmo sendo uma doença com baixo custo de tratamento. Logo o presente estudo busca um melhor entendimento da doença, e busca, compreender as características da sífilis, alertando mulheres e parceiros, na busca da redução do número de casos e consequentemente suas consequências à saúde das gestantes e do feto. Assim, pretende-se apresentar uma revisão dos aspectos clínicos da sífilis materna, seu diagnóstico, tratamento, repercussões perinatais bem como as principais políticas públicas de saúde na busca da erradicação desta doença.

ISSN 2178-6925

**Palavras-chave:** Sífilis. Complicações. Sífilis na Gestação. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

**Abstract**

Syphilis is a disease caused by the bacterium, Treponema pallidum, which can be transmitted sexually, transplacentally or through blood transfusion, reaching the general population, and thus, pregnant women. Syphilis during pregnancy represents a serious public health problem, which is responsible for the high rates of intrauterine morbidity and mortality, and can cause several physiological changes to the fetus. The prevention of gestational syphilis depends on prophylaxis measures such as adequate prenatal care for the correct diagnosis and treatment of the disease, as well as the pregnant woman's agreement to treatment and follow-up by the multiprofessional health team after a positive diagnosis of syphilis. Thus, the importance of this study is verified, in developing the promotion of knowledge about gestational syphilis and its complications, whether for pregnant women or for health professionals. In addition, according to the guidance of the Ministry of Health, both diagnosis and treatment should be offered to pregnant women routinely and at no cost during prenatal care, however, what is perceived is the increase in cases, even though it is a disease with low cost of treatment. Therefore, the present study seeks a better understanding of the disease, and seeks to understand the characteristics of syphilis, alerting women and partners, in the search for reducing the number of cases and consequently their consequences for the health of pregnant women and the fetus. Thus, we intend to present a review of the clinical aspects of maternal syphilis, its diagnosis, treatment, perinatal repercussions as well as the main public health policies in the search for the eradication of this disease.

**Keywords:** Syphilis. Complications. Syphilis in Pregnancy. Sexually Transmitted Diseases.

## 1. Introdução

As IST ou como são conhecidas, infecções sexualmente transmissíveis, consistem numa das patologias transmissíveis que são mais comuns e afetam a saúde e a vida das pessoas por todo o mundo, sendo consideradas como problema de saúde pública, pois provocam danos diretos à saúde reprodutiva e infantil, causando problemas tanto a curto quanto a longo prazo. No Brasil os índices dessas infecções são altíssimos, estando dentro destas a sífilis, a qual atinge homens e mulheres e necessita de controle (BRASIL, 2015).

A sífilis encontra-se correlacionada com um quadro patológico infeccioso, o qual, é provocado por uma bactéria, a *espiroqueta Treponema pallidum*, podendo ser transmitida pela via sexual, uterina, transfusão sanguínea ou por meio de objetos contaminados, podendo ocorrer surtos e períodos de latência com duração variável. Durante o período gestacional essa

ISSN 2178-6925

doença pode provocar diversas alterações clínicas, tais como, aborto, prematuridade, morte perinatal e sífilis congênita (BRASIL, 2012; DAMASCENO, *et. al*., 2014).

Segundo Conceição *et. al*., (2019), a sífilis consiste em uma doença infecciosa com evolução crônica, sendo ela, muitas das vezes assintomática, cujas formas de transmissão são as vias sexual e vertical, ou, através da transfusão de sangue. Essa doença pode se apresentar na forma adquirida ou congênita, sendo a segunda forma de apresentação de notificação compulsória desde a vigência da Portaria nº 542/1986, e para as gestantes a partir de 2005 (BRASIL, 2010).

Pode-se observar por todo mundo, que a sífilis corresponde à uma infecção reemergente, como pode ser observado em países como Itália e Estados Unidos, e chama a atenção para a necessidade da realização de um rastreamento de todas as gestantes durante a realização de seu pré-natal bem como para realização de tratamento dentro de um tempo hábil, para poder conter a infecção congênita. Na América Latina, África bem como nós países da Ásia a incidência da sífilis é bem elevada e seu controle é realizado com foco na assistência pré-natal (DEPERTHES *et. al*., 2004).

Conforme o Ministério da Saúde brasileiro o número de parturientes com diagnóstico positivo para sífilis chega a cerca de 50 mil por ano, sendo que sua prevalência varia entre 1,1 e 11,5%, devido execução da assistência pré-natal e grau de instrução da gestante. Como resultado desse elevado número de casos, cerca de 12 mil crianças nascem todo com a chamada sífilis congênita. Cabe destacar que o controle desta doença no Brasil se encontra entra as metas pactuadas por meio do Pacto pela Saúde brasileiro, tendo a OMS (Organização Mundial de Saúde) projetado a erradicação desta doença até o ano de 2015 (BRASIL, 2010).

Durante o período de gestação a sífilis representa um grave problema de saúde pública, a qual é a grande responsável pelos elevados índices de morbimortalidade intrauterina, sendo estimado que aproximadamente 50% das gestações acabam por ser acometidas pela sífilis, sendo que 10% a 15% de todas as gestações acabam com algum tipo de desfecho perinatal adverso (BRASIL 2015).

De acordo com estimativas apresentadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todo ano no mundo ocorrem aproximadamente 340 milhões de casos DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), sendo que deste valor cerca de 12 milhões correspondem a casos de sífilis e, em 90% dos casos, ocorre nos países em desenvolvimento (MATTEI, 2012).

ISSN 2178-6925

A grande parte das mulheres que são infectadas pela sífilis são identificadas durante o período de gestação ou quando ocorre o parto, contudo, o que se pode verificar e que entre 38% e 48% das mulheres acabam chegando até a maternidade sem possuir resultados sorológicos diversos, dentre os quais podem ser citados o de sífilis, toxoplasmose e HIV que devem ser realizados durante o pré-natal, o que leva a necessidade da realização de testes rápidos no momento do parto, o que podem impedir a tomada de ações de prevenção para que não venha a ocorrer uma transmissão vertical (ROMANELLI *et. al*., 2006).

Deve-se salientar que os casos de sífilis congênita representam o mais grave desfecho adverso, o qual pode ser facilmente prevenido durante a gestação, e quando essa prevenção não ocorre, provoca em cerca de 50% dos recém-nascidos algum tipo de sequela, a qual pode por exemplo ser físicas, sensorial ou de desenvolvimento, quando não acaba por acarretar na perda fetal ou perinatal (KOMKA, LAGO, 2007).

Diante de todo o contexto exposto acima, fica claro a grande importância e a necessidade da realização de estudos sobre a temática em questão, bem como a grande necessidade de profissionais capacitados e conscientes quanto à importância do diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis durante a gestação.

Para o desenvolvimento do presente estudo, sendo ele de natureza qualitativa e quantitativa, optou-se em realizar um trabalho caracterizado como pesquisa bibliográfica fundamentada em uma ampla revisão da literatura científica. Foram utilizadas as bases de dados virtuais como, o SCIELO, google acadêmico dentre outras. Foram utilizados também dados do Ministério da Saúde, assim como artigos disponibilizados por universidades. A busca pelas obras nas bases de dados se processou com a utilização das palavras-chave.

## 1.1 Objetivo Geral

O presente estudo, tem por objetivo principal realizar uma revisão bibliográfica acerca da Sífilis no intuito de verificar suas principais características, e alertar mulheres e parceiros sobre está doença, para poder contribuir com a diminuição dos casos de Sífilis e das consequências produzidas durante a gestação.

## 1.2 Objetivos Específicos

ISSN 2178-6925

- Analisar a definição e quadro clínico da sífilis;
- Verificar como ocorre o diagnóstico e o tratamento da sífilis;
- Identificar os fatores que contribuem para o aumento dos casos de sífilis no brasil;
- Analisar as consequências materno-fetais da sífilis.

## 2. Revisão da Literatura

### 2.1 Definição e Quadro Clínico

A Sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) cujo agente etiológico foi descoberto no ano de 1905 e consiste em uma bactéria Gram-negativa pertencente ao grupo das espiroquetas a qual é denominada por *Treponema pallidum,* ela possui um caráter sistêmico e curável sendo exclusiva de contagio no organismo humano (BRASIL, 2015; AVALLEIRA *et. al*., 2006).

Ainda conforme Levett *et. al.* (2015), a Sífilis é causada por uma bactéria gram-negativa, a qual é anaeróbia facultativa sendo denominada cientificamente como *Treponema pallidum*, sendo ela uma patologia infecciosa, sistêmica, que possui uma evolução crônica, sendo curável e de infecção exclusivamente humana. Sua transmissão como já mencionada ocorre predominantemente por meio sexual, sendo comumente chamada por sífilis adquirida, pode também ocorrer o contágio através da via transplacentária, ou seja, da mãe para o feto, a qual por sua vez é chamada de sífilis congênita. Existem também os casos de contagio que se dão por meio de hemocomponentes contaminados, sendo estes de menor frequência e dito até como raros pelo baixo indicie de casos (COSTA *et al*., 2010).

A sífilis quando ocorre por meio da infecção fetal costuma ter o contagio entre a 16ª e 28ª do período gestacional, sendo que este encontra-se diretamente relacionado com os índices apontados de gestantes que não realizam o tratamento, e desta maneira, ao não ocorrer o tratamento adequado da doença, acaba por se elevar as chances da ocorrência da sífilis congênita, o que produz as consequências adversas referentes ao quadro clínico desta doença (SILVA, *et. al*., 2019).

A sífilis em sua variável congênita pode ser prevenida, e para isso é necessário que a gestante que se encontre em risco ou que esteja contaminada, venha a receber o diagnóstico bem como o tratamento adequado, o qual deve ocorrer de maneira rápida e efetiva. Cabe

ISSN 2178-6925

ressaltar, que não basta apenas realizar o acompanhamento da gestante, é preciso realizar o rastreio do seu parceiro sexual, para que seja possível indicar um possível risco para a gestante em adquirir à infecção ou após realização de diagnóstico positivo, realizar o tratamento tanto da gestante quanto de seu parceiro, para que assim, seja possível se evitar complicações posteriormente, portanto, é essencial que a gestante realize o pré-natal de forma adequada, para poder se realizar uma abordagem correta no âmbito da sífilis e realizando também uma triagem efetiva (NONATO, *et. al*., 2015).

As manifestações clínicas ocasionadas pela da sífilis congênita são diversas, podendo se apresentar de maneira assintomática ao nascimento, ou sintomática, podendo se configurar como precoce ou tardia, precocemente costumam surgir manifestações como anormalidades esqueléticas, sifilítico (palmo-plantar), icterícia, pênfigo, hepatoesplenomegalia, e outras manifestações não tão comuns, já na sua forma tardia, podem ser observadas manifestações como ceratite intersticial, articulações de Clutton, inflamação cicatricial da infecção precoce, onde pode se apresentar com gomas sifilíticas em diversos tecidos, além de outras deformidades, que ocorrem com a evolução da doença (DOMINGUES, *et. al*., 2013).

O curso desta doença é dividido em quatro fases, as quais se dão segundo o seu tempo evolutivo, podem assim, ser dividas em: sífilis primária, secundária, latente e terciária. Na primeira fase ou como pode-se chamar sífilis primária ocorrem manifestações através de pequenas erosões ou ulcerações, as quais são denominadas como cancro duro, localizadas no local de entrada da bactéria, podendo ocorrer em locais como pênis, vagina, colo uterino, vulva, boca e até no ânus. As que ocorrem nessa fase da doença costumam ser únicas, indolores, com uma base endurecida e fundo limpo, bem como ricas em treponemas. Nesse estágio a manifestação da doença pode vir a durar de duas a seis semanas vindo a desaparecer espontaneamente, independentemente da realização de um tratamento (BRASIL, 2015).

Na sífilis secundária costumam aparecer sinais e sintomas por volta de seis semanas e seis meses após a infeção podendo durar entre quatro a doze semanas em média. Nesta fase da doença costumam surgir erupções cutâneas com a forma de pápulas e/ou máculas que aparecem principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, as quais indicam fortemente o diagnóstico de um estágio secundário da sífilis, lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas bem como nas pregas cutâneas, placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; condiloma plano ou condiloma lata; alopecia em clareira e madarose e outros. As lesões do tipo secundária são ricas em treponemas ocorrendo uma

elevada atividade imunológica e a produção de anticorpos circulantes, sendo que os sintomas podem vir a desaparecer de maneira espontânea (BRASIL, 2015).

Na fase latente da doença não é possível que sejam observados sintomas clínicos como nas outras fases da doença, no entanto, ao serem realizados testes imunológicos são detectados anticorpos o que indica existência da bactéria no organismo. Grande parte dos diagnósticos realizados ocorrem justamente na fase de latência. Cabe ressaltar que a sífilis latente se subdivide em latente recente e tardia, a primeira ocorre com menos de um ano de contagio, já a tardia com mais de um ano (BRASIL, 2015).

Nos casos de infecção não tratada cerca de 30% destas, após ocorrência de um longo tempo em latência, pode vir a surgir a chamada sífilis terciária a qual é tida como rara, devido a grande maioria da população acabar recebendo indiretamente ao longo da vida medicamentos que agem sobre o *T. pallidum* e assim, levam à cura desta infecção. Quando presente neste estágio no organismo a manifestação da doença se dá por meio da inflamação e destruição tecidual. É bem comum nessa fase o acometimento do sistema cardiovascular, ortopédico e nervoso, ocorre também a formação de gomas sifilíticas, as quais correspondem a tumorações que possuem tendência a liquefação nos ossos, mucosas, pele, ou em qualquer tecido, podendo provocar desde desfiguração como incapacidade e ser também fatal (BRASIL, 2015).

## 2.2 Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico da sífilis pode ocorrer por meio de suas manifestações clinicas, ou quando não ocorrem tais manifestações, sendo necessário nesse caso a realização de exames sorológicos. Para realização do *screening* podem ser utilizados os métodos não treponêmicos, os quais fazem uso de antígenos que não são derivados do agente causal, sendo que o método mais utilizado na atualidade é o exame de VDRL ou cientificamente chamado de *Veneral Disease Research Laboratory* (CAMPOS *et. al*., 2010).

O VDRL consiste em um teste não treponêmico o qual possui elevada sensibilidade com uma baixa especificidade. A sensibilidade do VDRL é de 70% nos casos de sífilis primária, e chega a 99% nos casos secundários e latentes com até um ano de duração, podendo atingir 100% de positividade, fato que ocorre devido a estas fases da doença cursarem com valores mais elevados de titulação em exame quantitativo. Apresenta também uma rápida

ISSN 2178-6925

negativação em resposta ao tratamento, sendo muito importante a realização do rastreamento bem como controle da cura (SARACENI, 2005).

Conforme Campos (2010, *et. al.,* p. 13) podem ser empregados para confirmação do diagnóstico da sífilis:

> Para diagnóstico da sífilis são utilizados testes treponêmicos, como o *Fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-Abs), o *Microhemagglutination assay for Treponema pallidum* (MHA-TP), o *Treponema pallidum Hemaglutination* (TPHA), o *Enzime-linked Immunosorbent Assay* (ELISA) bem como o teste rápido *Determine TP*®. Tais exames se tornam positivos antes dos testes não treponêmicos, e tendem a se manter positivos durante toda vida do indivíduo, e portanto, não devem ser empregados para realização do controle da cura.

O teste mais utilizado para realização da confirmação do diagnóstico da sífilis é o TPHA, este possui um menor custo se comparado ao FTA-Abs bem como também possui uma elevada sensibilidade e especificidade para detecção do *T.pallidum* (SARACENI, 2005).

Os Testes não Treponêmicos utilizados podem ser do tipo qualitativo, este visa demonstrar presença ou ausência de anticorpos na amostra coletada, sendo esse de uso mais comum, com metodologia composta por floculação, tratando-se como VDRL. A sensibilidade do teste de VDRL durante a fase primária chega a 78%, e eleva-se na fase latente para 96% e na fase secundária atinge 100%. Após diagnóstico e tratamento o exame de VDRL pode vir a resultar positivamente como reagente por um longo tempo, mesmo após a cura. Já a Sorologia Treponêmica (FTA-abs, TPHA, imunofluorescência) consistem em exames específicos, úteis para confirmação do diagnóstico, sendo a sensibilidade para a Sífilis Adquirida 84% em sua fase primária, 100% na fase latente e secundária, e 96% na fase terciária (BRASIL, 2010).

Para realização tanto do diagnóstico quanto tratamento da sífilis é preciso que seja considerada a fase de evolução da doença. Sendo que na fase primária e alguns casos da fase secundaria da sífilis o diagnóstico pode ser realizado de maneira direta. O uso da sorologia para diagnóstico da doença pode ser realizado a partir da segunda ou terceira semana que segue o surgimento do cancro, momento em que os anticorpos já começam a ser identificados (AVELLEIRA *et. al*., 2006).

No início do século XX, o tratamento da sífilis era realizado com uso de mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, contudo, os mesmos apresentaram uma baixa eficácia, além de grande dificuldade de manuseio. Também foram realizadas outras formas de tratamento que se mostraram ineficazes, como os que se basearam na pouca resistência do *treponema* ao calor,

sendo adotada a elevação da temperatura corporal através de mecanismos físicos tais como banhos quentes de vapor ou por inoculação de plasmódios na circulação (malarioterapia). Somente no ano de 1943, com a utilização da penicilina, a qual foi descoberta em 1928 por Fleming, que se teve sucesso com o tratamento da sífilis (MAGALHÃES *et. al,* 2011).

Desde o surgimento da penicilina, a sífilis não passou a ser não somente uma doença prevenível, mas passou a ser também tratável. No entanto, essa doença ainda consiste em um grande e grave problema de saúde pública, sendo que estimativas recentes apontam que cerca de 12 milhões de pessoas acabam sendo infectadas por ano em todo o mundo (BRASIL, 2015).

Atualmente a penicilina é a droga escolhida para utilização seja qual for a apresentação da sífilis durante o período gestacional. Não existem relatos consistentes dentro da literatura acerca de casos onde ocorre resistência treponêmica à essa droga. Para aplicação desse fármaco são considerados níveis maiores que 0,018 mg por litro, os quais são tidos como suficientes e devem ser ministrados entre 7 e 10 dias em casos de sífilis recente, e por duração maior caso a sífilis seja tardia. Caso a gestante tenha alergia a penicilina, o recomendado consiste na dessensibilização, em serviço terciário, conforme os protocolos existentes (BRASIL, 2015; COUTO *et. al*., 2006).

Mesmo após realização do tratamento, e necessário que a gestante seja acompanhada através da realização de exames clínicos bem como por meio de testes sorológicos. O exame de VDRL deve ser repetido periodicamente, de preferência mensalmente, por pelo menos os seis primeiros meses após realização do tratamento, e de forma trimestral, durante o segundo ano ou até que ocorra a negativação por meio do exame sorológico (COUTO *et. al*., 2006).

Durante a fase primária com cancro duro, são utilizados 2.400.000 UI de penicilina benzatina por meio intramuscular, devendo-se aplicar 1,2 milhões em cada glúteo numa mesma aplicação; durante a fase secundária, com surgimento de lesões cutâneas que não possuam ulceração, bem como na faze de latência precoce com quadro evolutivo com menos de um ano, a opção de tratamento consiste na utilização de 4.800.000 UI por via intramuscular, devendo ser aplicada em duas doses com um intervalo de sete dias, sendo aplicados 2,4 milhões por dose, dividida por 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação; já na fase terciária ou latente tardia superior a um ano de evolução ou duração da doença ignorada, devem ser aplicadas 7.200.000 UI por meio intramuscular no mesmo esquema empregado na fase secundaria, sendo a divisão realizada em 3 aplicações de 2,4 milhões por dose em cada glúteo num intervalo de sete dias (MAGALHÃES *et. al.,* 2011).

Quando se tem sucesso no tratamento da sífilis primaria ou secundária, tem-se como resultado uma diminuição de 4 vezes o valor da titulação do VDRL num período de até 6 meses, e chegasse a 8 vezes num período de 12 meses após tratamento (COUTO *et. al*., 2006).

Não se deve esquecer de se realizar o tratamento do parceiro sexual da gestante com diagnóstico positivo sífilis, o qual deve ser realizado com o também da penicilina benzatina, sendo que pode ser adotado para tratamento nesses casos os seguintes medicamentos: doxiciclina e ceftriaxona (BRASIL, 2015). Inúmeros estudos realizados apontam que um dos principais fatores que contribuem para insucesso do combate à sífilis congênita, consiste na ausência ou na realização inadequada do tratamento do parceiro (LEVETT *et. al*., 2015).

**2.3 Fatores que contribuem para o aumento da incidência da sífilis**

Após surgimento da penicilina e sucesso de sua utilização no tratamento da sífilis, ocorreu uma redução significativa nos índices de casos. No entanto, no ano de 1980, a doença ressurgiu, fato este que pode estar associado com as condições socioeconômicas que se deterioraram, bem como através das que ocorreram dentro do comportamento sexual bem como pelo uso de drogas ilícitas (CAMPOS *et. al*., 2010).

Conforme Pankratov *et. al.,* na Bielorrússia ocorreu aumento significativo no índice de casos de sífilis adquirida desde 1988, e acabou atingindo a taxa de 200 casos por cada cem mil habitantes em 1996. Tal dado aponta de maneira direta para um aumento expressivo da quantidade de crianças contaminadas pela sífilis congênita, tendo esse número aumentado em mais de 25 vezes de 1996 até 1998, fato este alarmante (PANKRATOV *et. al*., 2006).

A de se ressaltar que durante o início dos anos 2000, se observou também um elevado aumento na quantidade de casos de sífilis adquirida nos países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra e na França, casos que ocorreram principalmente entre homens que praticavam sexo com outros homens, usuários de drogas, praticantes de atividade sexual desprotegida e com indivíduos coinfectados pelo HIV (DEPERTHES *et. al*., 2004).

Dentro dos países ainda em desenvolvimento, este aumento pode ser notado devido ao elevado aumento no número de casos de sífilis primária e secundária, o qual ocorreu principalmente com mulheres dentro da sua idade fértil. Diversos estudos desenvolvidos dentro de outras localidades acabaram apontando o mesmo, além de identificar como sendo fator de risco para a sífilis em período gestacional, se ter um parceiro sexual casual, ser HIV-

positivo, possuir uma baixa escolaridade, não fazer utilização de preservativo bem como pelo uso constante de drogas ilícitas (BRASIL, 2010).

Segundo dados presentes no Boletim Epidemiológico da Sífilis do ano de 2020 o qual foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde Brasileiro, ocorreu uma redução na quantidade de sífilis tanto gestacional quando congênita que são realizadas à notificados. Contudo cabe ressaltar que determinadas regiões do país é possível de notar um discreto aumento no número de casos, sendo fundamental a realização de uma abordagem acerca dos motivos que tem contribuído para tal aumento (BRASIL, 2020).

Dentre as ferramentas empregadas para detecção e tratamento da Sífilis gestacional, a mais importante consiste na assistência do pré-natal. Cabe destacar que menos de 83% das gestantes infectadas realizam o pré-natal, desse total somente 57% são diagnosticadas durante o período de gestação (BRASIL, 2020). Ainda conforme estudo desenvolvido na cidade de Belo Horizonte, somente 14% dos casos de sífilis congênita vieram a nascer de uma mãe que recebeu o tratamento adequado durante a gestação, sendo que apenas 11% dos parceiros recebem tratamento. Sendo fundamental que o parceiro seja incluído durante a realização do pré-natal, oferecendo o mesmo tratamento ofertado a mulher, na busca de evitar reinfecção da gestante e que o tratamento seja ineficaz (MASCARENHAS, *et. al*., 2016).

O único fármaco que é seguro e eficaz no tratamento da sífilis gestacional é a penicilina, além disso, este fármaco também é indicado para o tratamento da sífilis congênita. Nos últimos anos pode ser observado dificuldades para obtenção da matéria-prima para produção da penicilina, o que acarretou no desabastecimento dos serviços prestados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), o que consequentemente provocou aumento nos casos da doença (SALOMÃO, 2017).

A de se salientar também que devido ao fato das pessoas não terem conhecimento adequado acerca da infecção, bem como, devido à ausência do uso de preservativos durante o ato sexual, pode ocorrer o contagio. Além da falta de orientação por parte dos profissionais da área de saúde e a falha em se realizar a solicitação dos exames e da prescrição necessária para diagnóstico e tratamento correto (MASCARENHAS, *et. al*., 2016).

**2.4 Consequências materno-fetais da sífilis**

ISSN 2178-6925

É importante destacar que a sífilis apresenta uma elevada taxa de transmissão, sendo que quando a gestante não recebe o tratamento ou não realiza o mesmo adequadamente pode vir a ocorrer a chamada transmissão vertical, a qual pode ocorrer em qualquer que seja a fase da gestação e inclusive durante o parto. Mediante tal fato, calcula-se que a chance de contagio gire em torno de 70 a 100%, quando a infecção tem sua manifestação na fase primária ou secundária, e de cerca de 30% durante as fases de latência e terciária (BORBA *et. al*., 2020).

Se tratando dos possíveis desfechos provocados ao concepto, verifica-se que estes dependem de situações como: estágio da gestação; fase em que se encontra a infecção; desenvolvimento apresentado pelo sistema imunológico fetal. Mediante tal quadro, as manifestações provocadas podem ocorrer de diversas maneiras, podendo ser ocasionados por exemplo, abortos, morte do feto ou morte perinatal. Quando tais acontecimentos não chegam a acontecer, pode vir a se apresentar de maneira assintomática nos recém nascidos, sendo que os sinais ou sintomas da infecção podem vir a se apresentar tardiamente em fases posteriores da vida da criança. A sífilis pode provocar graves danos à saúde do recém-nascido, tais como comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico (SOUZA, SANTANA, 2013).

Ainda conforme os autores acima cerca de 50% dos casos que são notificados apresentam-se de maneira assintomáticos ao nascimento. Em sua manifestação precoce os sinais ou sintomas surgem até o segundo ano de vida, sendo representada por prematuridade e também por baixo peso, já as manifestações tardias surgem após o segundo ano de vida, sendo responsável pelos maiores agravos provocados à saúde (SOUZA, SANTANA, 2013).

Segundo os autores Feitosa, Rocha e Costa (2016), as manifestações tardias podem vir a ocorrem em decorrência da cicatrização do processo inflamatório bem como devido a ocorrência de uma reação de hipersensibilidade. Sendo que os sinais e sintomas que são apresentados nesses casos, são semelhantes aos apresentados por pessoas adultas que se encontram dentro do estágio terciário da sífilis.

Os autores Wicher & Wicher (2001) chamam atenção para o fato de duas possibilidades existentes para ocorrência da sífilis congênita. Na primeira possibilidade a mulher possui sífilis e engravida, já na segunda, gestante se infecta durante a gravides. Desta forma, o espectro de desfechos acaba por variar, conforme se encontra o estágio gestacional e de infecção, podendo ainda existir um terceiro determinante no desenvolvimento do sistema imunológico fetal.

Estudo realizados nos Estados Unidos com mulheres que iniciaram o pré-natal antes de completadas 30 semanas de gestação, observou que 53% apresentaram uma ou mais chances perdidas para realização preventiva da sífilis congênita. Contudo, ao se estudar as oportunidades de prevenção perdidas para a infecção perinatal pelo HIV, foi identificado a existência de no mínimo uma oportunidade perdida dentre 20% dos 4.128 nascimentos de crianças cujas mães estavam infectadas. Dentre os nascimentos que tiveram pelo menos uma oportunidade perdida para prevenção ocorreu a contaminação de 22% das crianças, sendo de 40% os casos de contaminação em crianças cujas mães não receberam ações para prevenção e controle da infecção durante realização de seu pré-natal (PETERS, 2003).

## 3. Considerações Finais

Por meio da execução do presente estudo pode-se observar que a sífilis consiste numa das doenças sexualmente transmissíveis que mais causa danos para as gestantes e seus conceptos. No entanto, mesmo possuindo um agente etiológico conhecido, seu modo de transmissão estabelecido, tratamento eficaz e com baixo, bem como, pelo fato de existir a possibilidade de cura da doença, a sífilis ainda persiste, sendo considerada um grave problema de saúde pública.

Deste modo percebe-se que a presença desta infecção materna reflete a uma ineficiência do Programa de DST/AIDS e a persistência da doença em sua forma congênita, devido sua ampla magnitude não pode ser vista como sendo um evento sentinela, pois o que acaba se verificando e que mesmo com emprego das atividades básicas e de baixo custo que são necessárias para realização do controle e erradicação desta doença, as quais deviam ser realizadas de maneira rotineira durante a realização dos cuidados com o pré-natal não conseguem mudam a realidade do cenário atual.

Portanto fica evidente que a sífilis consiste numa condição patológica na qual tanto o seu diagnóstico quanto o seu tratamento pode ser realizado a um baixo custo bem como não apresenta nenhuma dificuldade operacional que possa dificultar o combate desta doença, no entanto o que se percebe são ações desenvolvidas que tem se mostrado insuficientes para realização do controle da mesma.

De um modo geral a revisão realizada demonstrou a existência de uma certa lacuna entre intenção e gesto, principalmente ao se analisar o que vem a se referir à ampliação de

ISSN 2178-6925

acesso, a qual diz respeito não somente com relação ao número mínimo de consultas preconizadas durante o período de gestação, sendo fundamental que seja avaliada a qualidade de seu conteúdo bem como todas as ações que devem ocorrer entre as consultas de pré-natal. Além disso fica evidente com este estudo a grande importância da realização de um diagnóstico precoce bem como da realização de um tratamento adequado.

Pode-se notar também a importância da realização do tratamento não somente da gestante, mas também de seu parceiro, sendo que parceiros não tratados, gestantes cujo diagnóstico ocorra tardiamente, ou pelo desconhecimento da doença e de suas consequências para a saúde consistem em agravos que trazem danos severos para a sociedade de um modo em geral, deixando marcas que muitas vezes se tornam irreversíveis para o indivíduo que contraiu a sífilis.

Portanto pode-se concluir que dentre os fatores que contribuem para o aumento da incidência da sífilis estão a falha na assistência pré-natal, falha na identificação e tratamento da sífilis, falta de adesão do parceiro ao tratamento, problemas relacionados ao desabastecimento da penicilina no sistema de saúde, falta de conhecimento da infecção bem como a falta de orientação por parte dos profissionais da saúde, sendo estes os principais fatores que contribuem para o aumento do número de casos da doença.

**Referências**

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

BORBA, B.A.M. *et al.* As consequências do manejo inadequado da sífilis gestacional: uma revisão de literatura. **Revista de Patologia do Tocantins**. V.7, n.2, p.31-33, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 52 p. (Série Manuais nº 62).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 448 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. (2012). **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2020.

CAMPOS A. L. A, ARAÚJO M. A. L, MELO S. P, GONÇALVES M. L. C. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle**. Cad Saúde Pública 2010; 26(9): 1747-55.

CONCEIÇÃO, H. N.; CAMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde debate**.v.43, n.123, p.1145-1158, 2019.

COSTA, M.C. *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. B., MONTEIRO, D. L., RODRIGUES, L. B., BARMPAS, D. B. S., CERQUEIRA, L. R., & TRAJANO, A. J. (2014). Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto,** 13(3).

DOMINGUES, R. M. S. M., SARACEN, V., HARTZ, Z. M. D. A., & LEAL, M. D. C. (2013). Sífilis congénita: evento centinela de la calidad de la asistencia prenatal. **Revista de Saúde pública**, 47(1), 147-157.

DEPERTHES B. D, *et. al*. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. **Bull World Health Organ** 2004; 82(6): 410-6.

FEITOSA, J. A. S.; ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. **Rev Med Saúde**. Brasília, v.5, n.2, p.286-297, 2016.

KOMKA, M R; LAGO, E G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**. 2007; 17(4):205-211.

LEVETT, P.N. *et. al.* Canadian Public Health Laboratory Network laboratory guidelines for the use of serological tests (excluding point-of-care tests) for the diagnosis of syphilis in Canada. **Can J Infect Dis Med Microbiol**. V. 26, p. 6-12, 2015.

MAGALHÃES, D. *et. al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comun. Ciênc. Saúde**. V. 22, n. 1, p. 43-54, 2011.

MASCARENHAS, L. E. F. *et. al*. *Desafios no tratamento da sífilis gestacional*. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2016.

MATTEI P. L, BEACHKOFSKY T.M, GILSON R.T, WISCO O.J. Syphilis: a reemerging infection. **Am Fam Physician** 2012; 86(5): 433-40.

NONATO, S. M., MELO, A. P. S., & GUIMARÃES, M. D. C (2015). **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG**, 2010- 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 24., 681-694.

PANKRATOV, O V; SALUK, Y V; KLIMOVA, L V. Epidemiology of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in Belarus. **Acta Dermatoven APA**. 2006; 15(1).

PETERS, V; LIU, K.L; DOMINGUEZ, K; FREDERICK, T; MELVILLE, S; HSU, H W *et. al*. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort**. Pediatrics**. 2003;111(5 part 2):1186-91.

ROMANELLI, R M C *et. al*. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil de Recife**. 2006; 6(3):329-334.

SALOMÃO, R. **Infectologia – Bases Clínicas e Tratamento**. 1ª ed. Guanabara Koogan, 2017.

SARACENI, V A. **Sífilis na gravidez e a sífilis congênita**. Texto extraído da Tese de doutorado intitulada Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000 apresentada ao programa de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

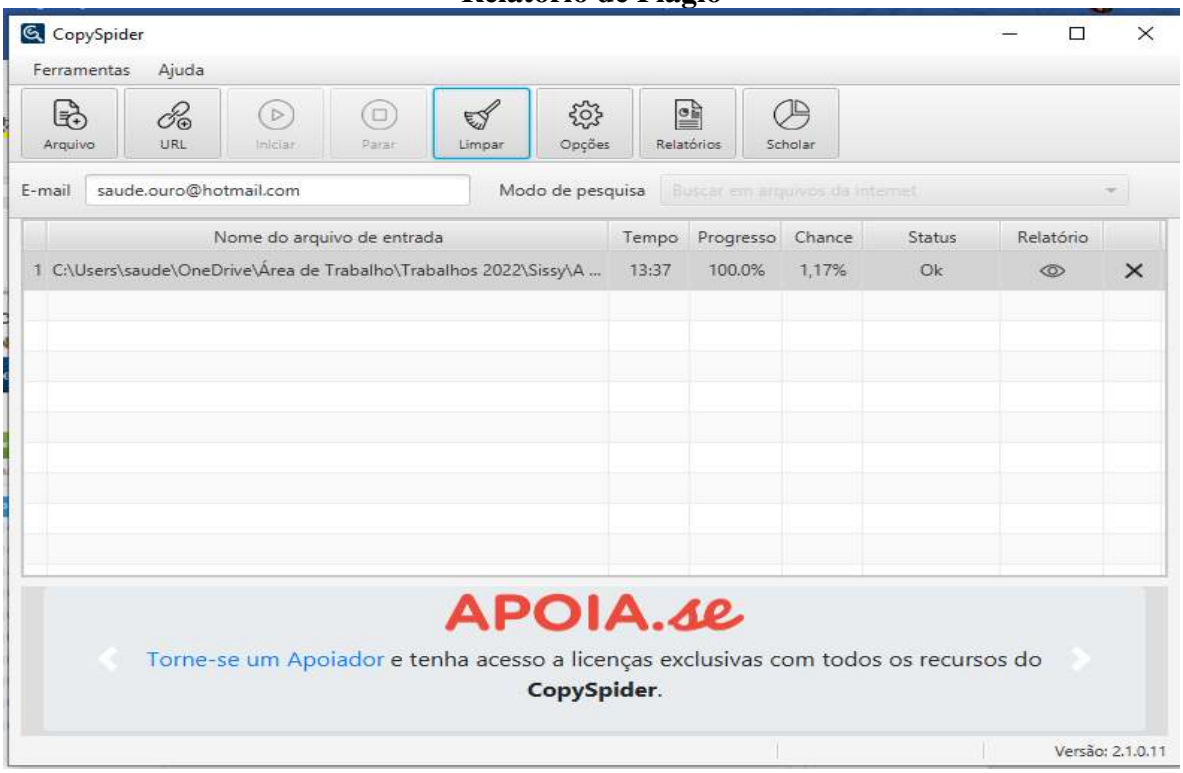
SILVA, J. G., GOMES, G. C., RIBEIRO, J. P., DE JUNG, B. C., DE OLIVEIRA NORBERG, P. K., & MOTA, M. S. (2019). Sífilis gestacional: repercussões para a puérpera. **Cogitare Enfermagem**, 24.

SOUZA, B. C.; SANTANA, L. S. As Consequências Da Sífilis Congênita No Binômio Materno-Fetal: Um Estudo De Revisão. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**. V.1, n.3, p. 59-67, 2013.

WICHER, V; WICHER, K. Pathogenesis of maternalfetal syphilis revisited. **Clinical Infectious Diseases.** 2001; 33: 354-63.

## ANEXOS

### Relatório de Plagio



ISSN 2178-6925

