

## ABORDAGEM DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

### APPROACH TO SYPHILIS DURING PREGNANCY IN THE PRIMARY HEALTH CARE SERVICE: A LITERATURE REVIEW

Maria Alice da Silva Gonçalves Costa<sup>1</sup>

Maria Eduarda Corrêa Simões<sup>2</sup>

Leonardo Antonio Vieira Lisboa<sup>3</sup>

Samia Silva Tanure<sup>4</sup>

Pedro Dias de Carvalho<sup>5</sup>

**RESUMO:** A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e transmitida por relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectada, ou via materno-fetal. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil, sendo um marcador da qualidade, uma vez que sua transmissão transplacentária poderia ser efetivamente reduzida caso o acompanhamento pré-natal fosse realizado de forma satisfatória. O acesso à Atenção Primária, assim como diagnóstico precoce, tratamento da gestante e do parceiro são medidas cruciais para garantir uma diminuição na transmissão vertical da sífilis. Este artigo, buscou revisar por meio da literatura atual as perspectivas, principalmente, sobre a captação precoce das gestantes no primeiro trimestre e o acompanhamento gestacional correto ao longo do pré-natal como medidas essenciais para o controle da doença sífilis na gestação e da sua forma congênita.

378

**Palavras- chave:** Sífilis. Sífilis Congênita. Infecção Sexualmente Transmissível.

**ABSTRACT:** Syphilis is a curable and exclusive Sexually Transmitted Infection (STI) of humans, caused by the bacterium *Treponema pallidum* and transmitted by sexual intercourse without a condom with an infected person, or via maternal-fetal transmission. The vertical transmission of syphilis remains a major public health problem in Brazil, being a marker of quality, since its transplacental transmission could be effectively reduced if prenatal care was carried out satisfactorily. Access to Primary Care, as well as early diagnosis and treatment of the pregnant woman and her partner are crucial measures to ensure a reduction in the vertical transmission of syphilis. This article sought to review, through current literature, the perspectives, mainly on the early capture of pregnant women in the first trimester and correct gestational monitoring throughout prenatal care as essential measures for controlling the disease syphilis during pregnancy and its congenital form.

**Keywords:** Syphilis. Congenital syphilis. Sexually Transmitted Infection.

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina, Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

<sup>2</sup>Médica pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>3</sup> Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

<sup>4</sup> Médica pela Faculdade de Medicina de Barbacena, Prefeitura Brumadinho.

<sup>5</sup> Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

## I. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) crônica capaz de afetar, praticamente, todos os órgãos e sistemas. Possui como agente causador o *Treponema pallidum*, uma bactéria da classe das spirochaetes. Ela possui tratamento eficaz e de baixo custo, mas se mantém como problema de saúde pública ao longo dos anos, principalmente, quando o assunto é a sífilis congênita. Essa variante da doença ocorre pela transmissão via transplacentária da gestante infectada para o feto em qualquer estágio de infecção materna, sobretudo nos estágios de sífilis primária e secundária (BRASIL, 2015; SLUTSKER et al., 2018; ZUGAIB, 2020).

A infecção da gestante pelo *T. pallidum*, quando não tratada, é responsável por altos índices morbimortalidade, sendo representadas por prematuridade, abortos espontâneos, mortes intrauterinas, mortes neonatais e óbitos fetais. Estima-se que cerca de 50% das gestantes acometidas pela sífilis apresentem desfechos perinatais adversos, podendo a transmissão intrauterina chegar a 80%. Devido ao seu desfecho, muitas vezes trágico, a sífilis na gestante tornou-se de notificação compulsória por meio da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; BRASIL, 2015; BORBA et al., 2020).

A incidência de sífilis no Brasil é alarmante, em 2021 foram registrados cerca de 167 mil novos casos, desses 74 mil correspondentes a gestantes infectadas e 27 mil à sífilis congênita com 192 óbitos por essa doença. Já em 2022, foram registrados até o mês de junho cerca de 80 mil casos de sífilis adquirida, sendo 31.090 mil em gestantes e 12.014 de sífilis congênita. Os números podem ser piores, pois a saúde e os indicadores no Brasil ainda esbarram em problemas como as sub-notificações, tornando-se cada vez mais prevalente a ocorrência de sífilis congênita devido ao elevado número de gestantes contaminadas (BRASIL, 2022; FAVERO et al., 2022).

A ocorrência de sífilis congênita é reconhecida como um indicador sensível de avaliação da qualidade da assistência pré-natal, posto que evidencia deficiências de ordem tanto estrutural como técnica dos serviços de saúde. Sendo assim, um número baixo de casos de sífilis congênita não indica, necessariamente, um bom programa de controle da transmissão vertical, pois os casos das doenças podem estar ocorrendo, mas não sendo notificados. Já um número elevado indica falhas no processo assistencial, com oportunidades perdidas de intervenção e ineficácia dos programas de saúde (CAVALCANTI et al., 2019; FAVERO et al., 2022).

Faz-se necessário oferecer medidas de controle para a sífilis congênita e para isso a Atenção Básica entra com medidas assistencialistas capazes de ofertar um pré-natal de qualidade. São realizados rastreios periódicos com o intuito de descobrir a doença de forma precoce. Idealmente, segundo o Ministério da Saúde, todas as gestantes devem ser testadas para sífilis durante a primeira consulta no primeiro trimestre e após a 28<sup>a</sup> semana durante o terceiro trimestre. Além disso, também são preconizadas medidas como instituição de tratamento oportuno e adequado, tanto da gestante quanto dos parceiros sexuais, e acompanhamento periódico com controle de cura ou não da doença (BRASIL, 2015; BORBA et al., 2020; FAVERO et al., 2022).

Considerando a relevância do tema e a sua inserção em um contexto social de vulnerabilidade devido aos preconceitos inerentes às IST, o presente estudo objetiva expor por meio de uma revisão bibliográfica a importância de um acompanhamento linear de pré-natal pela Atenção Primária. O enfoque do estudo é com base no rastreio, prevenção e cura da sífilis gestacional. Tal ação se torna importante, pois é capaz de prevenir a evolução da sífilis congênita ou complicações maiores advindas da doença.

## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, causada por uma espiroqueta, o *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*, cuja transmissão se faz, essencialmente, pelo contato sexual e por via transplacentária. A placenta é o ponto central na transmissão do *T. pallidum* ao feto que ocorre por meio da microcirculação placentária (CASAL et al., 2012; LOPES, 2016; DOMINGUES & LEAL, 2016).

A sífilis possui um curso pré-estabelecido e se divide em 3 estágios: sífilis primária, secundária, latente (recente e tardia) e terciária, esta divisão ocorre de acordo com o tempo de evolução da doença. Além disso, cada estágio possui manifestações clínicas distintas, sendo possível observar tais características no quadro 1. A transmissão vertical da sífilis apresenta valores distintos conforme a fase da doença materna, pois o número de *T. pallidum* no sangue varia, sendo maior na sífilis primária o que confere cerca de 70 a 100% de chances de infecção fetal. Dessa forma, de acordo com a evolução da doença na mãe as chances de

infecção do feto decrescem, caindo para 40% na sífilis secundária e 10% na latente (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2020; VIDAL & MASCARENHAS, 2020).

**Quadro 1:** Classificação, estágios e Manifestações clínicas da sífilis adquirida.

Período	Estágios	Evolução clínica	Manifestações Clínicas
Sífilis recente (< 1 ano de duração)	<b>Primária</b>	- Aparecimento dos sintomas de 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - Após seis semanas, com ou sem tratamento, a lesão desaparece sem cicatriz.	Úlcera genital: tipo cancro duro, indolor, única, fundo limpo e infiltrada. Linfonodos: regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam
	<b>Secundária</b>	- Após contato, sintomas aparecem de seis semanas a seis meses - Desaparecimento das lesões sem formação de cicatriz em até 12 semanas; - Pode haver recidivas.	Lesões cutaneomucosas sintomáticas; Presença de sintomas gerais, micro poliadenopatias, uveíte, acometimento hepático e neurológico.
	<b>Latente recente</b>	-	Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia (> 1 ano de duração)	<b>Latente tardia</b>	-	Assintomática, com testes imunológicos reagentes
	<b>Terciária</b>	Aparecimento dos sintomas após 40 anos de contato com a doença	Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

Fonte 1: Adaptado AMARO & TOMÉ (2017, p.197)

A sífilis congênita é um marcador da qualidade da saúde pública, uma vez que sua transmissão transplacentária poderia ser efetivamente reduzida caso o acompanhamento pré-natal fosse realizado de forma satisfatória. O acesso à Atenção Primária, assim como a correta utilização e a qualidade dos serviços de saúde são cruciais para garantir uma diminuição na transmissão vertical da sífilis. Desse modo, a captação precoce das gestantes no primeiro trimestre e o acompanhamento gestacional correto são medidas cruciais para o controle da doença (SOARES & AQUINO, 2021; FAVERO et al., 2022).

É de suma importância a realização do teste para detectar a sífilis durante o pré-natal. De uma forma geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. São divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). O ministério da Saúde recomenda o rastreamento da sífilis na gravidez em três momentos distintos: primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre (de 28 a 32 semanas) e também na admissão na maternidade, tanto para a realização do parto quanto ao longo do processo de aborto (BRASIL, 2015; ZUGAIB, 2020).

Para realização do diagnóstico de sífilis é necessário que sejam colhidos dois testes; sendo um treponêmico, como o teste rápido, mais o teste não treponêmico, como o VDRL. O serviço de saúde possui autonomia para definir a ordem de realização dos testes e comumente o teste rápido é realizado no acolhimento e primeira consulta da gestante seguido pela solicitação do VDRL. Contudo, é válido ressaltar que o tratamento na gestante deve ser iniciado imediatamente no momento que possuir ao menos um teste reagente, sem necessidade de aguardar o resultado do segundo teste (BRASIL, 2015; LOPES & MANDUCA, 2018; FAVERO et al., 2022).

Pelo fato de a sífilis ser uma IST, seu prognóstico encontra obstáculos relacionados à própria fisiopatologia da doença e também sociais. O risco de malformações no concepto, aborto e partos prematuros se somam aos sentimentos de ansiedade, angústia e preconceitos. Dessa forma, a adesão ao tratamento, tanto pela gestante quanto pelo companheiro, pode ser prejudicada, principalmente, pela dificuldade de má adesão ao rastreamento da doença (SOARES et al, 2017; ZUGAIB, 2020). No quadro 2, pode-se observar o esquema terapêutico utilizado para o tratamento de sífilis na gestação.

**Quadro 2:** Tratamento Sífilis

<b>Evolução</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Tratamento Alternativo</b>
<b>Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração)</b>	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).	Doxiciclina 100mg, VO, 2x dia, por 15 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
<b>Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária</b>	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.	Doxiciclina 100mg, VO, 2x dia, por 30 dias (exceto para gestantes); Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
<b>Neurosífilis</b>	Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x dia, por 10 a 14 dias.

**Fonte 2:** Retirado de Brasil (2015, p 98).

A base para o tratamento para a sífilis gestacional é a penicilina G benzatina, visto que tratamentos não penicilínicos não são comprovadamente eficazes no tratamento concomitante de gestante e feto. Desse modo, mulheres com alergia confirmada a essa droga devem realizar a dessensibilização para seguimento do tratamento e caso não seja possível tal medida é possível a utilização de ceftriaxona. Contudo, o tratamento realizado com drogas não pertencentes à classe das penicilinas é considerado inadequados, devendo o recém nascido fazer acompanhamento ambulatorial por pelo menos os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2015; AMARO & TOMÉ, 2017; ZUGAIB, 2020).

Destaca-se a importância do seguimento dos pacientes após o tratamento, devendo esse ser realizado em intervalos curtos, pelo menos, mensalmente no caso das gestantes e dos parceiros a cada 60 dias. Tal acompanhamento deve ser realizado com testes não treponêmicos, tornando-se possível a avaliação das titulações para possível indicação de retratamento em casos de nova infecção ou possibilidade de falha terapêutica. Tal manejo deve ser realizado caso as diluições subam em pelo menos duas titulações, por exemplo, de 1:8 para 1:32 em relação ao último exame realizado (BRASIL, 2015).

O acompanhamento de cura da sífilis ao longo e pós gestação deve ser realizado com a avaliação de testes não treponêmicos, sendo caracterizado pela redução de dois títulos (1:16 para 1:4) ou a negatização encontrada após seis ou nove meses do tratamento. Ressalta-se que as pessoas que tiveram sífilis em algum momento da vida permaneçam com resultados reagentes em testes não treponêmicos e isso não indica nova infecção ou falha terapêutica quando associados a títulos baixos e estáveis de testes treponêmicos (BRASIL, 2015).

Apesar do baixo custo do tratamento e da ampla disponibilidade de tecnologias simples de prevenção, a doença ainda é uma causa significativa de morbidade infantil e morte perinatal. Entre os problemas relacionados à sífilis gestacional e congênita ao longo do atendimento pré-natal, destacam-se os seguintes: anamnese inadequada; sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); interpretação inadequada da sorologia para sífilis; falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos; falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica (BORBA et al., 2020; SOARES & AQUINO, 2021).

A realidade enfrentada por cerca de 60% das brasileiras esbarra no fato de que muitos diagnósticos de sífilis materna são realizados ao longo do pré-natal, devendo a equipe de saúde ser capaz de abordar de forma delicada e empática as questões relacionadas à saúde sexual das gestantes, número de parceiros e risco de coinfeção de outras IST's capazes de gerar complicações tanto para o feto quanto para a própria mulher. Desse modo, uma assistência eficaz na atenção básica possibilita tanto a prevenção, quanto o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis, mas é possível observar falhas nesse processo de acompanhamento devido aos altos índices de transmissão vertical que apontam falhas na atenção à gestante ao longo do pré-natal. (BRASIL, 2015; SOARES et al. 2017).

Existem obstáculos enfrentados pelos profissionais da saúde na atenção primária relacionados à abordagem da sífilis, como adiamento do início do pré, natal, o não comparecimento dos parceiros às consultas, a irregularidade no acompanhamento, condutas

médicas questionáveis e a falta de acesso aos exames. Com isso, muitas vezes, é necessário que o médico realize busca ativa das pacientes, promovendo o autocuidado por meio da realização de um pré-natal com, pelo menos, o número de consultas preconizadas. (MESQUITA et al., 2018; CAVALCANTI et al., 2019),

O enfrentamento da epidemia de sífilis no Brasil demanda da ação conjunta dos profissionais da atenção básica, conferindo habilidade de comunicação e ações multidisciplinares capazes de atuar efetivamente no controle e prevenção dos casos de sífilis na gestante e sua transmissão materno fetal. É imprescindível ações em vigilância em saúde e epidemiologia capazes de atuar na comunidade de forma ética e educacional, ampliando não só o conhecimento sobre a doença, mas também a necessidade de prevenção, diagnóstico precoce e tratamentos corretos das gestantes e seus respectivos parceiros sexuais (BORBA et al., 2020; VIDAL & MASCARENHAS, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os argumentos apresentados baseado na análise da literatura especializada, observa-se que a sífilis na gestação ainda é uma doença desafiadora e grave devido ao seu impacto biológico na transmissão materno-fetal e também social. Existem diversos protocolos e tratamentos disponíveis e bem estabelecidos nas unidades básicas de saúde. Entretanto, a má adesão ao pré-natal associada à dificuldade do diagnóstico, manejo da doença e tratamento dos parceiros são grandes desafios encontrados para o controle da doença. Somado a esses problemas ainda encontramos a subnotificação evidente, tornando-se impossível conhecer a exata magnitude da doença, mesmo com a sífilis na gestação sendo uma doença de notificação compulsória.

É imprescindível que os profissionais de saúde sejam capazes não somente de fornecer o manejo clínico e medicamentoso à gestante e ao parceiro, mas que também consiga transpor a relação do cuidado oferecendo aconselhamento sobre a doença, formas de prevenção e que esteja aberto a discussão sem preconceitos. Para isso, deve-se encorajar a realização de ações educativas capazes de conscientizar a população sobre a prevenção, o rastreio, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Tais intervenções são cruciais ao combate desse agravo à saúde e podem ser capazes de mudar o panorama e a realidade de muitas grávidas expostas e suscetíveis à sífilis e desenvolvimento da sua forma congênita.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



AMARO, J. L (Ed.); TOMÉ, A. L. F (Ed.). Proteus : palestras e reuniões organização para preparação ao título de especialista em urologia SBU. **SBU-Sociedade Brasileira de Urologia - Secção São Paulo**. São Paulo: Planmark, 2017

BORBA, B. A. M. et al. As consequências do manejo inadequado da sífilis gestacional: uma revisão de literatura. *Revista de Patologia do Tocantins* 2020,7(2).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial | Out. 2022.

BRASIL. 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)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CASAL, C.A.D. et al. Aspectos imunopatogênicos da sífilis materno-fetal: revisão de literatura / Immunopathogenic characteristics of maternal-fetal syphilis: review of literature. *Rev. para. med*; 26(2) abr.-jun. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-658442>. Acesso em: 16 set. 2023.

CAVALCANTI, G. de M. B. et al. Transmissão vertical da sífilis na atenção primária: revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. João Pessoa-PB. 2019; 17(3): 25-36.

DOMINGUES, R.M.S.M; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 2016.

FAVERO, M. L. D. C. et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Archives of Health Sciences*, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 2-8, 2022. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/84>. Acesso em: 17 set. 2023.

LOPES, A.C; TRATADO DE CLÍNICA MÉDICA. 3º edição vol.2, ano 2016.

LOPES, H.H; MANDUCA, A.V.G. Diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação. *Revista de Patologia do Tocantins*, 2018.

MESQUITA, A. L. M. et al. Discurso de profissionais de saúde acerca dos desafios ao conduzir pré-natal de gestantes com sífilis. *Investigação Qualitativa em Saúde*, volume 2, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SVS nº. 33, de 15 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2005.

SLUTSKER J, HENNESSY R, SCHILLINGER J. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases — New York City, 2010–2016. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly*. 67(39):1088-1093. 2018 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PM6171893/>.



SOARES, B. G .M. R. et al. Perfil das notificações de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita. *SANARE, Sobral* –V. 16 n.02, p.51-59, Jul./Dez. –2017.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. e00209520, 2021.

VIDAL, I. R.; MASCARENHAS, F. A. N. Sífilis na gestação e sífilis congênita: relato de caso e revisão da literatura sobre suas possíveis causas e estratégias de enfrentamento no Brasil/Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: case report and literature review on its possible causes and strategies of confront in Brazil. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 81136–81149, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-511. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18694>. Acesso em: 17 sep. 2023

ZUGAIB, Marcelo e FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib obstetrícia**. Barueri, SP: Manole. Acesso em: 17 set. 2023. 2020