

## TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Fernando Felipe da Costa<sup>1</sup>  
Leonardo Guimarães de Andrade<sup>2</sup>

**RESUMO:** A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* e é transmitida por via sexual, por meio de transfusões de sangue ou por via vertical. Estima-se que ocorram aproximadamente 12 milhões de novos casos de sífilis a cada ano, com aproximadamente 1,5 a 1,85 milhões de casos afetando mulheres grávidas. A sífilis na gravidez é um grave problema de saúde pública que resulta em elevada morbidade e mortalidade intrauterina. Entretanto, ela é uma doença de transmissão vertical, da mãe para o feto, que se não tratada, pode resultar em inúmeros desfechos negativos para a saúde materna e infantil. Portanto, é importante fazer o teste de sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado for positivo (reativo), tratar adequadamente a mulher e seus parceiros sexuais para prevenir a transmissão. O objetivo deste artigo é revisar os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis materna e congênita, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e suas implicações perinatais e descrever os principais aspectos de saúde pública do cuidado às gestantes com sífilis e da erradicação da sífilis congênita.

**Palavras-Chave:** Sífilis. Sífilis Congênita. Sífilis Materna. Manifestações clínicas. Tratamento.

3852

**ABSTRACT:** Syphilis is a disease caused by the bacteria *Treponema pallidum* and is transmitted sexually, through blood transfusions or vertically. It is estimated that approximately 12 million new cases of syphilis occur each year, with approximately 1.5 to 1.85 million cases affecting pregnant women. Syphilis in pregnancy is a serious public health problem that results in high intrauterine morbidity and mortality. However, it is a vertically transmitted disease, from mother to fetus, which, if left untreated, can result in numerous negative outcomes for maternal and child health. Therefore, it is important to test for syphilis during prenatal care and, when the result is positive (reactive), appropriately treat the woman and her sexual partners to prevent transmission. The objective of this article is to review the historical and epidemiological aspects of maternal and congenital syphilis, clinical manifestations, diagnosis, treatment and its perinatal implications and to describe the main public health aspects of care for pregnant women with syphilis and the eradication of congenital syphilis.

**Keywords:** Syphilis. Congenital syphilis. Maternal Syphilis. Clinical manifestations. Treatment.

<sup>1</sup>Graduação em Farmácia, – Universidade Iguazu, Nova Iguazu-RJ, Brasil -UNIG.

<sup>2</sup>Orientador do Curso em Farmácia, Universidade Iguazu, Nova Iguazu-RJ, Brasil -UNIG.

## INTRODUÇÃO

A sífilis durante a gravidez é um grave problema de saúde pública, resultando em alta morbimortalidade intrauterina. Estima-se que pelo menos 50% das gestações afetadas (10% a 15% de todas as gestações) tenham resultados perinatais adversos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que haja 340 milhões de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) no mundo a cada ano, 12 milhões dos quais são sífilis, 90% dos quais ocorrem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2020).

Na América Latina e Caribe, o número total estimado de casos na população adulta é de 3 milhões por ano, e no Brasil, a prevalência média varia entre 1,4% e 2,8%, com taxa de transmissão vertical de aproximadamente 25%. O Ministério da Saúde (MS) brasileiro iniciou um projeto para a eliminação da sífilis congênita em 1993, seguindo as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde para o controle da sífilis congênita nas Américas. Reduzir a incidência para menor ou igual a 1 por 1.000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2020).

A maioria das mulheres infectadas são encontradas durante a gravidez ou durante o parto. No entanto, observa-se que 38% a 48% ainda chegam à maternidade sem resultados sorológicos importantes, como sífilis, toxoplasmose e HIV antenatal, necessitando de teste rápido no momento do parto, o que pode prevenir medidas preventivas para transmissão vertical. Atualmente, o MS recomenda a triagem de sífilis durante as consultas pré-natais e deve ser feita na primeira consulta, primeiro e terceiro trimestres (MILANEZ & AMARAL, 2020).

Inúmeras evidências mostram que o cuidado pré-natal adequado é um fator importante na redução da incidência de morbidades como baixo peso ao nascer, parto prematuro, infecções congênitas e mortalidade perinatal. Para evitar esse desfecho, a assistência prestada deve atender a requisitos mínimos, tradicionalmente atribuídos apenas ao número mínimo de consultas e tempo para iniciar o acompanhamento. Verifica-se que, embora se deva garantir um número mínimo de consultas e a sua precocidade, importa também avaliar a qualidade do seu conteúdo e as ações a realizar entre as consultas e o rastreamento da transmissão (LIMA *et al.*, 2021).

A sífilis entrementes a gestação ainda existe em um número considerável de mulheres, o que favorece exatamente a ocorrência da sífilis congênita. Como evento sentinela, isso significa que a persistência e o descontrole do evento indicam falha nos programas de IST (obtenção do controle da sífilis) e no pré-natal (aumento do número de casos de SC) (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

A sífilis congênita é o resultado adverso evitável mais grave da gravidez, com aproximadamente 50% dos recém-nascidos apresentando sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, mas não morte fetal e perinatal (LIMA *et al.*, 2020).

A assistência a esse grupo deve ter como objetivo primordial evitar danos ao feto e ao recém-nascido e deve ser prestada a todas as mulheres de forma integral e que atenda adequadamente às suas necessidades, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (BRASIL, 2020).

## OBJETIVO GERAL

O objetivo deste artigo é revisar os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis materna e congênita, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, seu impacto perinatal e as principais políticas públicas de saúde para o atendimento à gestante com sífilis e erradicação da sífilis congênita.

3854

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o aspecto histórico da Sífilis;
- Identificar os conceitos sobre Sífilis Materna e Congênita;
- Descrever o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da Sífilis;
- Discutir os fatores que contribuem para o aumento da incidência dessa patologia;
- Identificar as estratégias e os desafios da Atenção Básica para adesão dos parceiros sexuais das gestantes com diagnóstico de Sífilis ao tratamento simultâneo da doença;

## METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema sífilis e serviços farmacêuticos por meio de buscas de artigos científicos em bases de dados como Google Acadêmico, Science Electronic Library Online (SciELO), periódicos e jornais on-line e bibliotecas

virtuais de saúde. Ministério da Saúde, site do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia. As palavras-chave utilizadas foram: *Treponema pallidum*, Sífilis. A revisão bibliográfica inclui a pesquisa de livros, teses, artigos de revisão e obras originais, avaliando seu conteúdo por meio de primeiras leituras e selecionando aqueles que sejam mais relevantes aos objetivos do trabalho em questão. Como critérios de inclusão foram utilizados materiais de estudo em espanhol, inglês e português e publicações entre 2020 e 2023.

## JUSTIFICATIVA

O estudo da sífilis congênita traz importantes implicações para a saúde pública e pode ser considerado um marcador para avaliação do acompanhamento de gestantes na atenção primária e nas políticas públicas. Por ser uma doença evitável, o rastreamento e o tratamento correto das grávidas podem resolver o problema, evitar o aumento das despesas públicas e reduzir a sua incidência e possíveis consequências para os sistemas de saúde e para a sociedade, uma vez que as suas manifestações podem estar associadas a problemas de saúde em morbidade ao longo da vida. Portanto, ao estimar a epidemiologia desta doença na população e descrever seus dados sócio demográficos, pode-se obter uma melhor compreensão da população afetada, o que pode contribuir para a prevenção e tratamento precoce da sífilis congênita.

3855

## REVISÃO DE LITERATURA

### UM BREVE HISTÓRICO DA SÍFILIS

A história da origem da sífilis está interligada com a história da civilização moderna e tem sido debatida há mais de meio século. A teoria do Novo Mundo sustenta que a doença era endêmica nas Américas e trazida para a Europa pelos marinheiros de Colombo. A teoria do velho mundo baseia-se na afirmação de que a treponematose já estava presente em solos europeus e era causada por um único microrganismo, mas que sofreram mutações ao longo dos anos para adquirir características de maior virulência, permitindo a transmissão sexual e causando epidemias. As primeiras epidemias de sífilis relatadas na Europa datam do final do século XV, antes de a doença ser conhecida (SARACENI, 2021).

O termo "doença venérea" ou abreviadamente "lues", que em latim significa semelhante a peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, e foi idealizado por Jean Fernel. A sífilis também é conhecida como doença gálica, doença venérea, bubas e

puandragra, o nome aparece em um poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona em 1530 intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus*, porém, a sífilis começou a ser usada apenas como definição de uma condição patológica no final do século XVIII (NETO *et al.*, 2020).

Os primeiros relatos médicos da doença apareceram durante a Batalha de Fornovo em 1495. Os médicos venezianos Marcellus Cumano e Alexandri Benedetto, que serviram no front, relataram manifestações clínicas da doença, com lesões semelhantes a grãos de milho na glândula e no prepúcio dos soldados, pústulas apareceram por todo o corpo, seguidas de fortes dores nos braços e pernas, deixando para trás um soldado desesperado. Segundo Benedetto, o sofrimento causado por esta doença era mais repulsivo que a lepra ou a elefantíase (QUÉTEL, 2020).

*Treponema pallidum*, o patógeno da sífilis, recebeu esse nome porque era difícil tingir com a tecnologia existente na época. Foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha. Em 1907, Wasserman desenvolveu o primeiro teste sorológico eficaz para a sífilis (VALDERRAMA *et al.*, 2021).

## A SÍFILIS MATERNA

A infecção por sífilis durante a gravidez pode causar aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal, parto prematuro e sérios prejuízos à saúde fetal, como comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico (AZULAY & AZULAY, 2020).

O não tratamento da infecção materna recente significa contaminação do feto em 80% a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode levar à infecção fetal em cerca de 30% dos casos. Mesmo após o tratamento, as mulheres com sífilis durante a gravidez correm maior risco de resultados adversos em comparação com mulheres sem histórico de infecção. Quanto mais grave for a doença materna, menor será o risco de transmissão e, com cada gravidez sucessiva, menor será o risco de transmissão da sífilis, mulheres não tratadas reduzem a chance, mas não eliminam o risco (BERMAN, 2022).

Vale ressaltar que existem duas possibilidades para a ocorrência da SC. No primeiro caso, a mulher tem sífilis e engravida; no segundo, a gestante se infecta. Assim, a gama de desfechos possíveis varia de acordo com o estágio gestacional e a infecção, o que pode ainda ser um terceiro determinante do desenvolvimento do sistema imunológico fetal (WICHER & WICHER, 2021).

Para gestantes positivas, o tratamento de controle e cura deve ser realizado uma vez por mês até o parto, e curetagem após o aborto devem ser realizadas para mulheres hospitalizadas. Sempre que possível, títulos baixos devem ser confirmados por testes de *Treponema pallidum*; se não for possível, todos os títulos devem ser considerados como doença ativa e mulheres consideradas como tendo sífilis (BRASIL, 2021).

Os serviços pré-natais muitas vezes não proporcionam um rastreamento serológico adequado e um tratamento apropriado, embora os prestadores de cuidados de saúde recomendem que os testes serológicos sejam oferecidos a todas as mulheres grávidas no primeiro trimestre (REVOLLO *et al.*, 2022).

Um estudo dos EUA descobriu que 53% das mulheres que iniciaram cuidados pré-natais antes das 30 semanas de gravidez perderam uma ou mais oportunidades de prevenir a sífilis congênita (THOMPSON *et al.*, 2021).

Por outro lado, um estudo sobre oportunidades perdidas de prevenção da infecção perinatal pelo HIV concluiu que 20% das 4.128 crianças nascidas de mães sabidamente infectadas perderam pelo menos uma oportunidade. Entre os recém-nascidos que perderam pelo menos uma oportunidade de prevenção, 22% das crianças foram contaminadas e 40% das mães que não implementaram medidas de prevenção e controle de infecção durante o pré-natal deram à luz crianças contaminadas (PETERS *et al.*, 2021).

No Brasil, no mesmo período, estudo transversal de soro prevalência de sífilis em puérperas mostrou prevalência de 1,7%, sugerindo que a vulnerabilidade associada a esse resultado positivo foi caracterizada por escolaridade (menos de oito anos), solteira com domicílio renda inferior a um salário mínimo, idade da primeira relação sexual (menos de 17 anos), história de gravidez anterior, idade das mães primíparas (menores de 14, 15 e 19 anos), presença de sífilis e puerpério e companheiro ter outras doenças sexualmente transmissíveis doenças antes da gravidez, infecção por HIV, última consulta pré-natal antes do terceiro trimestre e nascimento prematuro ou nados-mortos anteriores. No mesmo estudo, a baixa escolaridade apresentou razão de chances de 3,05 para positividade para VDRL, o que também foi um risco significativo associado à gravidez precoce (OR = 7,51). Esses dados também apontam para a falta de controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e cuidados pré-natais inadequados (SARACENI, 2021).

**Figura 1:** Sífilis Materna



**Fonte:** REVOLLO *et al.*, 2022.

## A SÍFILIS CONGÊNITA

A forma congênita da doença foi descrita pela primeira vez por Lopes de Villa Lobos e Fracastoro, que acreditavam que o contágio estava associado ao parto, à maternidade ou à alimentação cruzada. Posteriormente, Paracelso propôs a hipótese de contaminação intrauterina, na qual acreditava que o pai estava infectado com sífilis, que infectou os óvulos no momento da formação, enquanto muitas mães não pareciam estar infectadas. Este conceito só foi abolido após a introdução dos testes sorológicos para diagnóstico da doença. Jonathan Hutchinson é a figura acadêmica mais associada à sífilis congênita, ao descrever a tríade que leva seu nome, a saber, dentes malformados (dentição de Hutchinson), ceratite intersticial e surdez neurossensorial (devido a danos no oitavo nervo craniano) (WICHER & WICHER, 2021).

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão hematogênica do *Treponema pallidum* ao feto pela via placentária de gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição fetal no útero (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021).

A contaminação conceitual pode levar ao aborto espontâneo, à morte fetal e neonatal em 40% dos fetos infectados e até ao nascimento de uma criança com sífilis. As manifestações clínicas da SC são divididas em precoces (ocorrendo antes dos dois anos de idade) e tardias (ocorrendo após os dois anos de idade) (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021).

Cerca de 70% dos casos iniciais de SC são assintomáticos, mas os neonatos podem apresentar parto prematuro, baixo peso, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica e epilepsia, convulsões, meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na SC avançada, as manifestações clínicas são raras, mas irreversíveis e resultam de cicatrizes de doença sistêmica anterior envolvendo múltiplos órgãos (RIVITTI, 2021)

A profilaxia da sífilis congênita é realizada mediante solicitação de VDRL e tratamento das gestantes infectadas e seus parceiros durante as consultas de pré-natal, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil: "Os testes não treponemos devem ser realizados no pré-natal (VDRL). As primeiras consultas de pré-natal são oferecidas a todas as mulheres grávidas, de preferência no início do primeiro e segundo trimestres de gravidez. Na sala de parto, o VDRL é realizado em todas as mulheres admitidas para trabalho de parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (pós-aborto)" (SARACENI, 2021).

O medicamento de escolha para o tratamento da SC é a penicilina, e o tratamento segue os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A penicilina é o único medicamento considerado eficaz no tratamento da sífilis materna, e os regimes de tratamento variam de acordo com o estágio da doença, nas mesmas doses do tratamento padrão (MILANEZ & AMARAL, 2020).

O Ministério da Saúde recomenda a dessensibilização com penicilina oral nos casos de hipersensibilidade comprovada a esse medicamento. Os relatos de reações medicamentosas são em sua maioria benignos, com 10 a 40 reações anafiláticas por 100.000 injeções e 2 mortes por 100.000. Caso essas medidas não sejam viáveis, outros medicamentos alternativos poderão ser utilizados, porém a pessoa concebida será considerada não tratada (BRASIL, 2021).

Outros medicamentos foram utilizados com sucesso para tratar a sífilis, mas nenhum foi mais ativo que a penicilina. A identificação de cepas resistentes a esses medicamentos sugere que se deve ter cautela no uso desses antibióticos, principalmente em pacientes coinfectados pelo HIV (CONCEIÇÃO *et al.*, 2021).

**Figura 2:** Sífilis Congênita



**Fonte:** RIVITTI, 2021.

## QUADRO CLÍNICO

A sífilis é causada por uma bactéria anaeróbia facultativa gram-negativa chamada *Treponema pallidum*. É uma patologia infecciosa, sistêmica, crônica e curável, exclusiva do ser humano. É transmitida através da relação sexual, muitas vezes chamada de sífilis adquirida, ou da mãe para o feto através da placenta, chamada sífilis congênita. Em casos raros, a transmissão pode ocorrer através de componentes sanguíneos contaminados (SARACENI, 2021).

A sífilis em gestantes é doença de notificação obrigatória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005, enquanto a sífilis congênita (SC) tornou-se doença de notificação obrigatória em 1986 por meio de formulários específicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SIAN. Estima-se que apenas 32% dos casos de sífilis em mulheres grávidas sejam notificados no Brasil, destacando a falta de qualidade nos serviços de saúde e pré-natais (FEITOSA *et al.*, 2021).

O curso da doença é dividido em quatro fases de acordo com o tempo de evolução: sífilis primária, secundária, latente e terciária. A sífilis primária aparece como pequenas erosões ou úlceras, chamadas cancros, por onde as bactérias entram (como pênis, vulva, vagina, colo do útero, ânus e boca). As lesões nesta fase são geralmente solitárias, indolores, de base dura, fundo limpo e treponemas abundantes. Este estágio pode durar de duas a seis semanas e se resolve sozinho, independentemente do tratamento (BRASIL, 2020).

Na sífilis secundária, os sinais e sintomas aparecem em média seis semanas a seis meses após a infecção e duram em média quatro a 12 semanas. Podem ocorrer erupções cutâneas na forma de máculas ou pápulas, especialmente no tronco; lesões eritematosas escamosas nas palmas das mãos e plantas dos pés sugerem fortemente o diagnóstico de sífilis secundária; eritema branco-acinzentado na mucosa; lesões papuloproliferativas na mucosa ou dobras cutâneas, condiloma plano ou verrugas genitais planas; perda clara de cabelo e mal-estar, febre, mal-estar, dor de cabeça, fadiga e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas, são fortemente imunologicamente ativas e produzem anticorpos circulantes. Independentemente do tratamento, os sintomas podem desaparecer naturalmente dentro de algumas semanas (BRASIL, 2020).

A sífilis latente é o período em que não são observados sintomas clínicos, mas a reatividade é demonstrada em testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesta fase. A sífilis latente é dividida em latente recente (infecção dentro de um ano) e latente tardia (infecção há mais de um ano) (BRASIL, 2020).

Em 30% das infecções não tratadas, a sífilis terciária pode desenvolver-se após um longo período de incubação. A condição é considerada rara porque a maioria das pessoas recebe indiretamente antibióticos ao longo da vida que atuam no *Treponema pallidum* e curam a infecção. Quando presente, esta fase da sífilis manifesta-se sob a forma de inflamação e destruição tecidual. É comum que os sistemas neurológico, cardiovascular e ortopédico sejam afetados. Além disso, formam-se gengivas sífilíticas, que são tumores com tendência a se liquefazer na pele, nas mucosas, nos ossos ou em qualquer tecido. Essas lesões podem causar desfiguração e incapacidade, podendo até ser fatais (BRASIL, 2020).

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Na ausência de manifestações clínicas, o diagnóstico da sífilis é feito por meio de exames sorológicos. Para triagem são utilizados métodos não-treponêmicos *pallidum*, que utilizam antígenos não derivados do patógeno, atualmente mais comumente o VDRL. Possui sensibilidade de 70% para sífilis primária e 99% para sífilis secundária e latente que dura até um ano, podendo atingir taxa de positividade de 100% porque esses estágios apresentam maior valor de título de teste quantitativo (BRASIL, 2020).

Os testes não treponêmicos (VDRL, RPR) têm a vantagem de serem muito sensíveis e podem ser titulados, o que ajuda a avaliar a resposta ao tratamento. Entretanto, por se

basearem na detecção de anticorpos anticardioplipina, essas reações podem dar resultados falsos positivos (menos de 2%); também podem dar resultados falsos negativos em até 25% dos indivíduos que estão na fase latente da doença. Os testes de Treponema (FTAAb, TPHA, teste rápido) são específicos para sífilis e podem confirmar o diagnóstico da doença. Porém, mesmo com tratamento adequado, não se tornam negativos, mas persistem como marcadores sorológicos de infecção. Como essa condição é comum em mulheres grávidas, são recomendados testes não treponêmicos e treponêmicos (FEITOSA *et al.*, 2021).

A medida mais eficaz para controlar a sífilis congênita é proporcionar a todas as mulheres grávidas cuidados pré-natais organizados e de alta qualidade. Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda que o rastreamento da sífilis seja feito no pré-natal, ainda no primeiro trimestre e no final da gravidez (BRASIL, 2020).

O tratamento da sífilis depende do estágio e é determinado pelos sintomas e características sorológicas. O medicamento de escolha é a penicilina, cuja dose também varia de acordo com o estágio da doença. No estágio inicial do cancro duro, injeção intramuscular de 2,4 milhões de UI de penicilina benzatina, 1,2 milhão de UI por lado ao mesmo tempo; para lesões cutâneas secundárias não ulcerativas ou período de incubação inicial inferior a um ano, injeção intramuscular de 4.800.000 UI pode ser selecionado, dividido em duas doses, com intervalo de 7 dias, 2,4 milhões por dose, completando na mesma aplicação, 1,2 milhão por quadril; no terceiro ou tardio período de incubação, evoluindo há mais de um ano ou de duração desconhecida, conforme pelo período anterior O mesmo regime de injeção intramuscular de 7.200.000 UI, mas dividido em três vezes (MILANEZ & AMARAL, 2020).

3862

Os parceiros sexuais de mulheres grávidas com sífilis também podem ser tratados com penicilina benzatina, tendo doxiciclina e ceftriaxona como tratamentos alternativos. Vários estudos demonstraram que uma das principais razões para o insucesso do tratamento em mulheres grávidas e uma barreira significativa para o controle da sífilis congênita é a falta ou o tratamento inadequado do parceiro (MILANEZ & AMARAL, 2020).

## OS TESTES SOROLÓGICOS PARA A SÍFILIS

Na ausência de manifestações clínicas, o diagnóstico da sífilis é feito por meio de exames sorológicos. Para triagem são utilizados métodos não treponêmicos, que utilizam antígenos não derivados do patógeno, atualmente mais utilizados pelo Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas (VDRL) (CAMPOS, 2020).

O VDRL é um teste não treponêmico com alta sensibilidade e baixa especificidade. O VDRL tem sensibilidade de 70% para sífilis primária e 99% para sífilis secundária e latente que dura até um ano, podendo atingir taxa positiva de 100% porque esses estágios apresentam maior testagem quantitativa Valor de título alto. Também apresenta uma rápida resposta negativa ao tratamento, tornando-o ideal para rastrear e controlar a cura da sífilis (SARACENI, 2021).

Para confirmar o diagnóstico, podem ser utilizados testes treponêmicos, como teste de absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes (FTA-Abs), teste de microhemaglutinação de *Treponema pallidum* (MHA-TP), teste de hemaglutinação de *Treponema pallidum* (TPHA), ensaio imunoenzimático (ELISA) e determine o teste rápido TP®. Esses testes, que são positivos antes dos testes não treponêmicos, tendem a permanecer positivos ao longo da vida e não devem ser usados para controlar a cura (CAMPOS, 2020).

O TPHA é o teste mais utilizado para confirmar a sífilis, é mais barato que o FTA-Ab e tem maior sensibilidade e especificidade para *Treponema pallidum* (SARACENI, 2021).

## FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AUMENTO DA INCIDÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA

3863

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde de 2020, o número total de casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita no Brasil diminuiu. No entanto, em algumas áreas este número aumentou ligeiramente, pelo que é necessário abordar as razões subjacentes a este aumento. O pré-natal é uma ferramenta importante para detectar e tratar a sífilis na gravidez e prevenir a sífilis congênita. Embora 83% das gestantes infectadas tenham recebido acompanhamento pré-natal, apenas 57% foram diagnosticadas durante a gravidez (BRASIL, 2020).

De acordo com um estudo, apenas 14 por cento dos casos de sífilis congênita nasceram de mães que receberam tratamento adequado durante a gravidez e apenas 11 por cento dos parceiros das mães receberam tratamento. Os parceiros devem estar envolvidos nos cuidados e tratamento pré-natal para evitar reinfecção e tratamento ineficaz em mulheres grávidas (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

A penicilina é o único medicamento seguro e eficaz para o tratamento da sífilis na gravidez e também é adequada para o tratamento da sífilis congênita. Nos últimos anos, a

incidência da doença aumentou devido a problemas na aquisição de matérias-primas para a produção de medicamentos, resultando na escassez de serviços no sistema único de saúde. Para garantir o tratamento da sífilis, recomenda-se o uso de penicilina apenas nestes casos (FEITOSA *et al.*, 2021).

Pode ser transmitida por contato sexual devido à falta de compreensão da pessoa infectada sobre a infecção e ao não uso de preservativo durante as relações sexuais. Além disso, a falta de orientação dos profissionais de saúde e a não exigência de testes e prescrição de tratamentos adequados levaram ao aumento da incidência da doença (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

## CONSEQUÊNCIAS MATERNO-FETAIS DA SÍFILIS

A sífilis é altamente contagiosa, a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gravidez e do parto, quando as mulheres grávidas não são tratadas ou são tratadas de forma inadequada. Portanto, a probabilidade de transmissão é de aproximadamente 70% a 100% quando a infecção se manifesta nas formas primária ou secundária, em comparação com 30% durante as fases latente e terciária (BORBA *et al.*, 2020).

O possível resultado da concepção depende do seguinte: estágio da gravidez, estágio da infecção e desenvolvimento do sistema imunológico fetal. Nesse caso, podem ocorrer manifestações como aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal. Na ausência de tais eventos, os recém-nascidos podem ser assintomáticos, mas podem desenvolver sinais e sintomas mais tarde na vida (SOUZA & SANTANA, 2021).

Complementando a afirmação acima, mais de 50% dos casos notificados são assintomáticos ao nascimento. Quando a manifestação ocorre, pode ser mais cedo ou mais tarde. As manifestações precoces ocorrem no segundo ano de vida e são caracterizadas por parto prematuro e baixo peso ao nascer. Ao mesmo tempo, os sintomas tardios podem aparecer a partir do segundo ano de vida, levando a maiores problemas de saúde (SOUZA & SANTANA, 2021).

Com base nisso, ocorrem manifestações tardias devido à cura de processos inflamatórios ou reações de hipersensibilidade. Sinais e sintomas relatados semelhantes aos observados em adultos no estágio 3 da doença (FEITOSA *et al.*, 2021).

Por ser uma infecção sexualmente transmissível, a sífilis pode afetar a mãe, o pai e o feto, com consequências para toda a família. Portanto, vários aspectos são destacados, como a infidelidade e a culpa de transmitir doenças aos filhos (VICENTE, 2019).

## CONCLUSÃO

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que mais prejudica as mulheres grávidas e os seus filhos ainda não nascidos. Apesar da sua causa conhecida, modo de transmissão estabelecido, tratamentos eficazes e de baixo custo e excelente potencial de cura, continua a ser um grave problema de saúde pública.

Do ponto de vista clínico, a sífilis é uma doença fácil de diagnosticar e tratar, e é claro que a qualidade da vigilância das mulheres durante a gravidez e o parto é um fator chave para garantir o controlo da doença e reduzir a morbidade. Dessa forma, como cuidadores no pré-natal, desempenham um papel importante na promoção e implementação de medidas eficazes, que devem ser aplicadas de forma sistemática e estratégica para resolver problemas e implementar tratamentos recomendados.

A presença de infecções maternas reflete o fracasso do programa DST/AIDS, e a persistência dessa doença congênita, pela sua gravidade, não pode sequer ser chamada de evento sentinela, pois reforça o argumento de que sua eliminação e práticas que deveriam ser realizadas como parte das ações rotineiras de assistência pré-natal não mudará esta situação.

Melhorar a vigilância epidemiológica de gestantes e recém-nascidos e implementar rigorosamente as recomendações do programa oficial são condições necessárias para atingir o objetivo de eliminação da sífilis congênita. Portanto, é necessário fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica, monitorar ativamente as gestantes, diagnosticar precocemente e tomar medidas preventivas em tempo hábil para o tratamento de gestantes e seus parceiros.

É necessário melhorar a organização dos serviços de saúde e expandir a cobertura dos serviços de saúde, aumentando assim as oportunidades de recrutamento precoce de mulheres grávidas para cuidados pré-natais. A integração com programas de saúde ao domicílio e de saúde da mulher deve ser explorada e devem ser feitos investimentos para promover melhorias na qualidade dos cuidados prestados por equipes multidisciplinares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZULAY, R D; AZULAY, D R. **Treponematoses**. In: Dermatologia. 4<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2020. p. 323-39.
- BERMAN, S M. **Maternal Syphilis: pathophysiology and treatment**. Bull World Health Organ. 2022;82(6):433-8.
- 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. **Boletim Epidemiológico de sífilis**. Brasília, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **SÍFILIS Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2020.
- 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)**. Brasília, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- CAMPOS, J E B. **Significado clínico dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas Treponêmicas**. [Tese]. Instituto Fernandes Figueira/ Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2020.
- CONCEICAO, 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, 2021.
- FEITOSA, J. A. S.; ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. **Artigo de Revisão: Sífilis congênita**. Ver Med Saúde Brasília, v.5, n.2, p.286-297, 2021.
- LIMA, B G C *et al.* **Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal**. Revista Epidemiologia e Serviços de saúde. 2021; 17(2):123-153.
- LIMA, B G C *et al.* **Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador**. Revista Baiana de Saúde Pública. 2020; 28(1):9-18.
- MASCARENHAS, L. E. F. *et al.* **Desafios no tratamento da sífilis gestacional**. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2020.
- MILANEZ, H; AMARAL, E. **Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2018; 30(7):325-7.
- NETO, B G; SOLER, Z A S G; BRAILE, D M; DAHER, W. **A sífilis no século XVI – o impacto de uma nova doença**. Revista Arquivos de Ciências da Saúde. 2020; 16(3): 17-9.

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, pediatric spectrum of HIV disease cohort.** *Pediatrics.* 2021;III(5 part 2):1186-91.

QUÉTEL, C. **The history of syphilis.** Baltimore: John Hopkins Paperbacks; 2020. Tradução de Le Mal de Naples. Histoire de La syphilis.

REVOLLO, R M C *et al.* **Sífilis materna y congénita em quatro províncias de Bolívia.** *Revista Salud Pública de México.* 2022; 49(6), nov/dez.

RIVITTI, E A. **Sífilis adquirida.** In: Júnior, W B. *Infecções Sexualmente Transmissíveis.* São Paulo: Atheneu; 2021. p. 9-21.

SARACENI, V. **A sífilis, a 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, 2021. Modificado pela autora.

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, 2020.

THOMPSON, B L; MATUSZAK, D; DWYER, D M; NAKASHIMA, A; PEARCE, H; ISRAEL, E. **Congenital syphilis in Maryland: The effect of changing the case definition and opportunities for prevention.** *Sex Transm Dis.* 2021; 22(6):364-9.

3867

VALDERRAMA, J; ZACARÍAS, F; MAZIN, R. **Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de solución sencilla.** *Rev Panam Salud Publica.* 2021; 16(3): 211-17.

VICENTE, J.B. **Sífilis congênita: experiências de mães de crianças no cuidado em saúde.** 2020. 137. Dissertação (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

WICHER, V; WICHER, K. **Pathogenesis of maternalfetal syphilis revisited.** *Clinical Infectious Diseases.* 2021; 33: 354-63.