REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 V.1 – N.3– 2024

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

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

Alexandra Pereira Alves
Graduanda em Enfermagem. UNIPAC, Brasil.
E-mail: alexandraale010210@hotmail.com

Dayane Pereira de Oliveira
Graduanda em Enfermagem. UNIPAC, Brasil.
E-mail: oliverdayane1993@gmail.com

Maria Eduarda Chaves Lisboa
Graduanda em Enfermagem. UNIPAC, Brasil.
E-mail: dudanogui@hotmail.com

Orientadora: Aianne Carolina Pego Silva
Graduada em Enfermagem. UNIPAC, Brasil.
Especialista em: Saúde Pública, Gestão em Saúde, Enfermagem do Trabalho e Educação a Distância.
E-mail: aiannecarolina@gmail.com

Resumo

A bactéria *Treponema pallidum* é responsável por causar a Sífilis, podendo sua transmissão ocorrer por meio da via sexual, transplacentária ou transfusão sanguínea, acometendo toda população de modo geral, e desta maneira, as gestantes. Durante o período gestacional essa doença consiste em um grave problema de saúde, sendo responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina, além disso, pode produzir inúmeras modificações fisiológicas ao feto. Para se prevenir a sífilis gestacional é necessário que sejam tomadas certas ações profiláticas, como realização do pré-natal para se realizar tanto o diagnóstico quanto tratamento da doença, além disso, é essencial que tanto a gestante

quanto seu parceiro quando diagnosticada a doença concordem com o tratamento e sejam acompanhados por uma equipe multiprofissional em saúde. Neste sentido a importância deste estudo se dá pela real necessidade de que sejam desenvolvidas ações de promoção acerca do conhecimento sobre sífilis gestacional bem como de suas complicações tanto para gestantes, seus parceiros, e para os profissionais de saúde, na busca de se prevenir e buscar uma diminuição dos agravos provenientes desta doença. Segundo orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde, o diagnóstico e tratamento devem ser ofertados as gestantes sem custos durante o pré-natal, contudo, o que se tem percebido é um crescente aumento de casos, mesmo essa doença possuindo baixo custo de tratamento. Assim, este estudo busca compreender as características da sífilis, no sentido de alertar mulheres e seus parceiros, buscando reduzir os casos e as consequências provocadas pela sífilis para gestantes e feto. Busca-se assim, realizar uma revisão bibliográfica sobre os aspectos clínicos, diagnóstico,

tratamento e repercussões da sífilis materna, bem como analisar as políticas públicas dentro deste cenário.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis na Gestação. Assistência em enfermagem. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Abstract

The bacterium Treponema pallidum is responsible for causing syphilis, and its transmission can occur through sexual, transplacental or blood transfusion, affecting the entire population in general, and thus, pregnant women. During the gestational period, this disease is a serious health problem, being responsible for high intrauterine morbidity and mortality rates, in addition, it can produce numerous physiological changes to the fetus. To prevent gestational syphilis, it is necessary to take certain prophylactic actions, such as prenatal care to carry out both the diagnosis and treatment of the disease. Furthermore, it is essential that both the pregnant woman and her partner, when diagnosed with the disease, agree with treatment and are monitored by a multidisciplinary health team. In this sense, the importance of this study is due to the real need for promotional actions to be developed regarding knowledge about gestational syphilis as well as its complications, both for pregnant women, their partners, and for health professionals, in the search to prevent and seek a reduction in injuries resulting from this disease. According to guidelines provided by the Ministry of Health, diagnosis and treatment should be offered to pregnant women free of charge during prenatal care, however, what has been noticed is a growing increase in cases, even though this disease has a low treatment cost. Therefore, this study seeks to understand the characteristics of syphilis, in order to alert women and their partners, seeking to reduce the cases and consequences caused by syphilis for pregnant women and the fetus. The aim is to carry out a bibliographical review on the clinical aspects, diagnosis, treatment and repercussions of maternal syphilis, as well as to analyze public policies within this scenario.

Keywords: Syphilis. Syphilis in Pregnancy. Nursing assistance. Sexually Transmitted Infections.

1. Introdução

As IST (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, sendo que podem ocorrer surtos e períodos de latência os quais podem possuir uma duração variável. Durante o período gestacional essa 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). Eu sua forma adquirida essa doença se divide em precoce e tardia, as quais dependem do tempo de infecção e do grau de infectividade, já a sífilis congênita pode se apresentar de forma variável, assintomática, a qual ocorre em cerca de 70% dos casos, ou em formas mais graves (BRASIL, 2005)

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; VALDEMARRA, 2004).

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 2010, TRIDAPALLI, 2012).

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.

Neste sentido o presente artigo irá, de modo geral, buscar dentro da literatura científica, analisar os aspectos epidemiológicos, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento da sífilis gestacional, suas repercussões perinatais e descrever algumas das principais políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à saúde da gestante com sífilis e para controle e possível erradicação desta doença.

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: Sífilis. Complicações. Sífilis na Gestação. Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Os critérios de inclusão para as obras foram: estar disponível na íntegra e preferencialmente na língua portuguesa, publicações de 2010 até a presente data, exceto publicações clássicas sobre o tema. Após a leitura criteriosa das fontes científicas, procedeu-se a organização das informações interpretando as entrelinhas dos assuntos abordados e montando-se o Referencial Teórico acerca destas informações, sempre tentando correlacionar com dados da atualidade e fornecer pontos de vista pessoais, porém técnicos.

1.1 Objetivo Geral

Conforme toda a problemática já descrita, o presente estudo tem por objetivo principal realizar uma revisão bibliográfica acerca da Sífilis no intuito de verificar as principais características, e alertar tanto mulheres e quanto seus parceiros sobre está doença, com a finalidade de contribuir com a diminuição dos casos de Sífilis e das consequências produzidas pela mesma durante a gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.

1.2 Objetivos Específicos

- 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 Gramnegativa 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 contágio 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 (SILVA, *et. al*., 2019).

Essa doença 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 diagnostico bem como o tratamento adequado, o qual deve ocorrer de maneira rápida e efetiva. Cabe 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 (NONATO, *et. al*., 2015).

As manifestações clínicas ocasionadas pela sífilis congênita são diversas, podendo se apresentar até de maneira assintomática ao nascimento, ou também, de forma sintomática, podendo se configurar como precoce ou tardia, em sua configuração precoce costumam surgir manifestações como anormalidades esqueléticas, sifilítico (principalmente 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, as quais podem vir a ocorrer conforme a doença evolui (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 vir a durar entre quatro a doze semanas em média. Nesta fase da doença costumam surgir erupções cutâneas com a forma de pápulas e/ou máculas, as quais 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 brancoacinzentadas nas mucosas; condiloma plano ou condiloma lata; alopecia em clareira e madarose, mal-estar, cefaleia, febre, adinamia e linfadenopatia generalizada. 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 mesmo não ocorrendo um tratamento (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. Esta fase da doença é tida como rara, fato que ocorre devido a grande maioria da população acabar recebendo de maneira indireta ao longo de sua vida medicamentos que agem sobre o *T. pallidum* e que assim, levam à cura desta infecção. Quando presente neste estágio no organismo humano 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. É possível também se verificar nessa etapa da doença a formação de gomas sifilíticas, as quais correspondem a

tumorações que possuem tendência a liquefação nos ossos, mucosas, pele, ou em qualquer tecido. Este tipo de lesões pode provocar desde uma desfiguração como uma incapacidade, podendo também ser fatal em casos mais severos (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, 2006).

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

Conforme Campos (2006, p. 13) podem ser empregados para confirmação do diagnostico 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 exame 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).

Outro tipo de exame consiste nas Provas Diretas, as quais tem por finalidade demonstra a presença do *T. pallidum*, tendo como vantagem o fato de não estarem sujeitas à falsos positivos. Este tipo de exame é indicado quando se trata de contagio inicial, fase na qual os micro-organismos são bem mais numerosos (BRASIL, 2015).

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 o uso de mercúrio, arsênio, bismuto e iodetos, contudo, os mesmos apresentaram uma baixa eficácia, toxicidade, além de possuírem uma 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 meio da 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).

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 a 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 à 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).

Quando se tem sucesso no tratamento da sífilis primaria ou secundária, temse 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 realização do tratamento (COUTO *et. al*., 2006).

O tratamento dos casos de sífilis é de fase-dependente, o qual tem sua determinação segundo sintomas apresentados bem como conforme perfil sorológico identificado. A droga de primeira escolha para uso no tratamento consiste na penicilina e sua dose também varia conforme a faze apresentada pela doença. Durante a fase primária com cancro duro, são utilizados 2.400.000 UI de penicilina benzatina por meio da 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 ainda ulceração, bem como durante a fase de latência precoce da doença com quadro evolutivo com menos de um ano, a opção de tratamento consiste na utilização de 4.800.000 UI também através da via intramuscular, devendo ser aplicada em duas doses com um intervalo de sete dias entre a aplicação, sendo aplicados 2,4 milhões por dose, a qual deve ser dividida por 1,2 milhões em cada glúteo em uma mesma aplicação; já na fase terciária ou latente tardia com quadro clínico superior a um ano de evolução ou cuja duração da doença seja ignorada, devem ser aplicadas 7.200.000 UI por meio intramuscular no mesmo esquema empregado na fase secundária, sendo a divisão realizada em 3 aplicações de 2,4 milhões por dose em cada glúteo num intervalo de sete dias entre cada aplicação (MAGALHÃES *et. al.,* 2011).

Não se deve esquecer de realizar o tratamento do parceiro sexual da gestante com diagnóstico positivo sífilis, o qual deve ser realizado com o uso 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, 2006).

Em países da África, tais como, Tanzânia, Uganda, Etiópia e Zâmbia, a sífilis se apresenta com elevados índices de ocorrência, os quais variam entre 3% e 17% e a falta de certos dados acerca da sífilis congênita acabam apontando para um índice entre 1 e 3% dos neonatos e crianças com idade de até seis meses como sendo portadoras soro reativas, ou apresentam algum sinal desta doença na forma congênita (TERRIS-PRESTHOLT *et. al*., 2003)

Conforme Pankratov *et. al.,* na Bielorrússia tem aumento significativamente o índice de casos de sífilis adquirida desde o ano de 1988, e acabou atingindo uma 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, pode-se observar também um elevado aumento na quantidade de casos de sífilis adquirida nos países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra e na França, casos esses que ocorreram principalmente entre homens que praticavam sexo com outros

homens, usuários de drogas, praticantes de atividade sexual desprotegida e com indivíduos coinfectados pelo vírus HIV (VALDEMARRA, 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, 2004).

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).

A de se salientar também que devido ao fato de as 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 pela bactéria. A de se analisar também uma 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, e devido a ineficiência desses valores ocorre o aumento significativo do número de casos dessa doença (MASCARENHAS, *et. al*., 2016).

2.4 Consequências materno-fetais da sífilis

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 faze 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).

Ainda conforme os autores acima cerca de 50% dos casos que são notificados apresentam-se de maneira assintomáticos ao nascimento. Quando ocorrem manifestações devido a infecção por sífilis estas podem se apresentar precocemente ou de forma tardia. 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 está 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.

Por ser tratar de uma infecção sexualmente transmissível, a sífilis pode vir a acometer a mãe, pai e ao feto, provocando desta maneira, consequências prejudicais para todo família. Neste sentido, diversos aspectos precisam ser evidenciados, tais como infidelidade, culpa por transmitir a doença ao filho (VICENTE, 2019). Conforme estudo desenvolvido na cidade de Fortaleza com 20 mulheres em resguardo as quais realizavam acompanhamento de seus recémnascidos durante o tratamento da sífilis congênita, foram descritos diversos sintomas, dentre os quais, relata-se a tristeza e sofrimento pelos filhos durante o período de realização da medicação (VÍCTOR *et. al*., 2010).

Apo ser adquirida durante o período de gestação, a sífilis pode provocar o abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade bem como outros graves danos à saúde do recém-nascido, tais como comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico (BEKSINSKA, 2002).

Ao não se realizar o tratamento da infecção por sífilis durante início da gestação acaba implicando na contaminação do feto de 80 a 90% dos casos,

enquanto que a sífilis materna tardia quando não tratada pode vir a acarretar uma infecção fetal de cerca de 30%. Mesmo após realizado o tratamento da sífilis, as mulheres que que adquiriram a doença durante a gestação possuem um risco maior de resultados adversos se comparando com mulheres sem histórico de infecção. Além disso quanto mais avançada se encontrar a doença materna, menor será o risco de transmissão, bem como a cada gestação no caso de mulher não tratada ocorre a diminuição das chances de contagio, mas não se elimina totalmente o risco de contagio (BERMAN, 2004).

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.

Se tratando de gestantes positivas para à sífilis, não se pode dispensar a as mesmas da realização de um controle mensal para seu tratamento, até que a mesma esteja curada e consequentemente realizar o acompanhamento até que ocorra o parto, bem como, deve ser realizada a testagem das mulheres internadas para realização da curetagem pós-aborto. Os baixos títulos precisam ser confirmados por meio dos testes treponêmicos, sempre que possível, e quando não seja possível a realização dos mesmos, deve-se assumir que a doença se encontra ativas, e desta forma as mulheres devem vir a ser tratadas como sendo portadoras da doença (BRASIL, 2020).

Mesmo os órgãos de assistência à saúde recomendando a realização do teste sorológico e que este seja ofertado de forma gratuita para toda gestante em seus primeiros estágios da gravidez, muitas vezes os serviços de pré-natal acabam atuando de forma ineficiente e acabam não realizando uma cobertura adequada da gestante, não sendo realizado o *screening* sorológico e consequentemente não se realiza o tratamento adequado (REVOLLO, *et. al.*, 2007).

Estudo realizados nos Estados Unidos com mulheres que iniciaram o prénatal antes de serem completadas 30 semanas de gestação, se observou que 53%

apresentaram uma ou mais chances que foram 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 se encontravam infectadas. Dentre os nascimentos que tiveram pelo menos uma oportunidade perdida para realização de 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 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 principalmente no caso das gestantes.

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.

BEKSINSKA, M E; MULLICK, S; KUNENE, B; REES, H; DEPERTHES, B A. Case study of antenatal syphilis screening in South Africa: successes and challenges. **Sexually Transmitted Diseases**. 2002; 29:32-7.

BERMAN, S M. Maternal Syphilis: pathophysiology and treatment. **Bull World Health Organ**. 2004;82(6):433-8.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: políticas e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 82p. 2004.

_____. 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. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília, 2007. 190 p.

_____. 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.

_____. (2015). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pa ra-atencao-integral-pessoas-cominfeccoes

>. Acessado em 10 maio de 2022.

_____. 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 DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. 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, J E B. **Significado clínico dos baixos títulos de VDRL (Veneral Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas Treponêmicas**. [Tese]. Instituto Fernandes Figueira/Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

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.

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.

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.

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.

REVOLLO, R M C *et al.* Sífilis materna y congénita em cuatro provicias de Bolivia. **Revista Salud Pública de México**. 2007; 49(6), nov/dez.

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. Modificado pela autora.

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.

TERRIS-PRESTHOLT, F; WATSON-JONES, D; MUGEYE, K; KUMARANAYAKE, L *et al*. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa. **Sex Transm Infect**. 2003; 79:375-381.

TRIDAPALLI E, CAPRETTI M.G, REGGIANI M.L, STRONATI M, FALDELLA G. Italian Neonatal Task Force of Congenital Syphilis for The Italian Society of Neonatology- Collaborative Group. **Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. Arch Dis Child Fetal Neonatal**. Ed 2012; 97(3): 211-3.

VALDEMARRA J, ZACARÍAS F, MAZIN R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. **Rev Panam Salud Publica** 2004; 16(3): 211-7.

VICENTE, J.B. **Sífilis congênita: experiências de mães de crianças no cuidado em saúde**. 2019. 137. Dissertação (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf**. V.12, n.1, p. 113-119, 2010.

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