

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL: ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS E A  
IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORIENTAÇÃO DE MEDIDAS  
PREVENTIVAS DE DSTs**

**CRETA ELISA SEIBT**

Porto Alegre  
2015

CRETA ELISA SEIBT

SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL: ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS E A  
IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORIENTAÇÃO DE MEDIDAS  
PREVENTIVAS DE DSTs

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Estomatologia e em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Munerato**

**Coorientadora: Profa. Dra. Ângela Antunes Nunes**

Porto Alegre

2015

### CIP- Catalogação na Publicação

Seibt, Creta Elisa

Sífilis secundária na cavidade bucal : estudo de série de casos e importância do cirurgião-dentista na orientação de medidas preventivas de DSTs / Creta Elisa Seibt. – 2015.

40 f. il.

Trabalho de Conclusão (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

Orientadora: Maria Cristina Munerato

Coorientadora: Angela Antunes Nunes

1. Sífilis. 2. Sífilis secundária. 3. Manifestações bucais. 4. Treponema pallidum. 5. Atenção primária à saúde. I. Munerato, Maria Cristina. II. Nunes, Angela Maria Antunes. III. Título.

## RESUMO

SEIBT, Creta Elisa. **Sífilis secundária na cavidade bucal: Estudo de série de casos e a importância do cirurgião-dentista na orientação de medidas preventivas de DSTs.** 2015. 4o f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O *Treponema pallidum* é o agente causador da sífilis, que atualmente, vem se tornando emergente em vários países. Esta doença pode ser transmitida verticalmente, da mãe contaminada para o feto, causando a sífilis congênita e através de relações sexuais sem proteção, tendo como consequência a sífilis adquirida. Apesar das bases para prevenção, diagnóstico e tratamento estarem bem estabelecidos, serem relativamente simples e disponibilizadas gratuitamente pelo governo do Brasil essa doença ainda permanece um importante problema de saúde pública. Desta maneira, as equipes de atenção primária à saúde entram como agentes fundamentais para combater esta enfermidade e interromper a cadeia de transmissão. Em muitos casos, a primeira manifestação da sífilis é através de lesões na cavidade bucal, que podem mimetizar outras lesões bucais mais frequentes e seguir seu curso sem diagnóstico e tratamento adequados. Portanto, o cirurgião-dentista, enquanto parte integrante da equipe multiprofissional tem o compromisso de conhecer as principais apresentações clínicas bucais da sífilis e compartilhar responsabilizações com os outros profissionais de saúde da equipe. Este estudo se propõe a descrever uma série de sete casos de sífilis secundária com manifestações clínicas bucais, diagnosticados e tratados na atenção terciária (Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre) e discutir o papel do cirurgião-dentista e da atenção primária na prevenção, diagnóstico e manejo desta enfermidade.

**Palavras-chave:** Sífilis. Sífilis secundária. Manifestações bucais. *Treponema pallidum*. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

SEIBT, Creta Elisa. **Secondary syphilis in the oral cavity: a case series study and the importance of the dentist in guiding preventive measures for DSTs.** 2015. 40f. Final Paper (Graduate in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PortoAlegre, 2015.

*Treponema pallidum* is the causative agent of syphilis, which currently, is becoming emerging in several countries. This disease can be transmitted vertically, from infected mother to the fetus, causing congenital syphilis and through unprotected sex, resulting in acquired syphilis. Although the basis for prevention, diagnosis and treatment are well established, are relatively simple and free available by the Government of Brazil, this disease remains a major public health problem. Thus, the primary health care teams enter as key actors to combat this disease and break the chain of transmission. In many cases, the first manifestation of syphilis is through lesions in the oral cavity, which can mimic other more common oral lesions and follow its course without proper diagnosis and treatment. So the dentist, as part of the multidisciplinary team is committed to meet the main oral clinical presentations of syphilis and share accountabilities with other health professionals on the team. This study aims to describe a series of seven cases of secondary syphilis with oral clinical manifestations, diagnosed and treated in tertiary care (Stomatology Unit of Porto Alegre Clinical Hospital) and discuss the role of the dentist and primary care in prevention, diagnosis and management of this disease.

**Keywords:** Syphilis. Secondary syphilis. Oral manifestation. *Treponema pallidum*. Primary health care.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
<b>4 ARTIGO ESTOMATOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
<b>5 ARTIGO SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>40</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A presente monografia teve como foco de estudo a apresentação de manifestações orais da sífilis secundária e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença e na rede de atenção à saúde. Para isso, foi utilizada a descrição de um relato de série de casos de pacientes que apresentavam lesões orais da sífilis secundária, e realizada uma análise sobre o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico da doença.

Esta monografia está estruturada da seguinte maneira:

Introdução, enfatizando os principais pontos de discussão;

Primeiro artigo: **“SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL – ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS”**. Referente à série de casos com manifestação variada da sífilis secundária, na mucosa oral. É ressaltada a importância do diagnóstico e tratamento adequado do paciente bem como as manifestações clínicas da doença. A ser submetido para o periódico *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*.

Segundo artigo: **“SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL – A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO, MANEJO E PREVENÇÃO.”**. Referente ao papel do cirurgião-dentista e da rede de atenção à saúde, no diagnóstico e manejo destes pacientes. A ser submetido para o periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

Conclusão, abordando as principais questões levantadas pela análise da série de casos clínicos e da literatura.

Foram utilizados os dados do prontuário de cada paciente que concordou em participar da pesquisa, após a assinatura do TCLE (Apêndice A), a aprovação pelo CEP-HCPA e a sua inclusão na Plataforma Brasil. As normas que constam na Resolução no. 466/2012 do Ministério da Saúde do Brasil sobre pesquisas com seres humanos foram seguidas. Asseguramos a garantia da confidencialidade dos dados de cada paciente.

## 2 INTRODUÇÃO

A sífilis consiste uma infecção bacteriana sistêmica, transmitida pelo contato sexual e verticalmente durante a gestação. Também é citado na literatura que, apesar de incomum, a sífilis pode ser transmitida através do beijo, do contato íntimo com uma lesão infecciosa, transfusão sanguínea, beber ou usar cachimbos imediatamente após o seu uso por um indivíduo com sífilis, bem como através do aleitamento materno<sup>1</sup>.

O agente etiológico da sífilis, o *Treponema pallidum* é descrito há mais de 100 anos e o tratamento para essa enfermidade existe desde 1943. Contudo, essa bactéria tem tropismo positivo por diversos órgãos e tecidos do corpo, produzindo um quadro complexo de manifestações clínicas e tem o ser humano como único hospedeiro natural conhecido<sup>2,3,4,5,6</sup>.

A doença é categorizada por estágios de ocorrência: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente, sífilis terciária e sífilis congênita<sup>7,8</sup>.

O estágio primário caracteriza-se como o cancro de inoculação, onde o *T. Pallidum* se dissemina a partir do local de entrada para a cadeia de linfonodos regionais. Clinicamente, observa-se a formação de uma pápula que evolui para uma úlcera não purulenta de base endurecida e indolor, de coloração vermelho acastanhada, que surge de dez a noventa dias após a inoculação. O cancro pode ser único ou múltiplo e suas dimensões variáveis, de poucos mm até três cm. Essa manifestação da sífilis regride e desaparece espontaneamente, após um período de 2 a 8 semanas<sup>1,2,5,6,8,9,10</sup> o que colabora para o diagnóstico tardio da doença, principalmente se o cancro estiver localizado na boca. Em 80% dos casos, a linfadenopatia regional se desenvolve em 7 a 10 dias após o surgimento do cancro<sup>2,6,8,10,11</sup>. Na cavidade bucal, a lesão é única, localizada comumente em lábio, língua ou palato, mas outras localizações podem ser vistas. No diagnóstico diferencial, podem ser incluídos carcinoma espinocelular, ulcerações traumáticas e linfoma não-Hodgkin<sup>8,11</sup>.

Já o estágio secundário da sífilis representa a evolução do estágio primário não tratado. Caracteriza-se pela disseminação hematogênica, levando à colonização de vários órgãos e pelas manifestações mucocutâneas. Surge após duas a 12 semanas do contágio. A manifestação cutânea é na forma de máculas avermelhadas ou rosadas não pruriginosas, de tamanhos variados (3-10 mm) e dispersas pelo corpo, que podem evoluir para pápulas ou pústulas. As lesões tipicamente aparecem na sola dos pés e na palma das mãos. É acompanhada de sintomas e de sinais clínicos inespecíficos como mal-estar, cefaléia, febre baixa, anorexia, perda de peso e linfadenopatia. As lesões cutâneas podem ser confundidas com a psoríase

gutata. Alopecia também foi observada durante esse estágio da doença. Desaparecem espontaneamente, sem tratamento, entrando do período de latência<sup>2,5,6,8,10</sup>.

Também foi descrita a Lues Maligna, que é uma forma rara de sífilis secundária. Caracteriza-se por febre, cefaléia, mialgia e o desenvolvimento de ulcerações polimórficas que afetam o couro cabeludo e a face. Essa manifestação é mais comum em pacientes HIV positivos<sup>9</sup>.

A manifestação oral da sífilis secundária é na forma de lesões múltiplas, dispersas pela mucosa da cavidade oral e orofaringe, sendo a língua, os lábios e a mucosa jugal os sítios mais comuns. Pode se apresentar na forma de ulcerações aftosas indolores, como placas acinzentadas ou ulcerações de bordas esbranquiçadas e irregulares que podem ser dolorosas. O comprometimento inflamatório difuso da orofaringe pode levar à queixa de dor de garganta<sup>5,8,9,12</sup>. Há relato de sífilis secundária se manifestando como leucoplasia pilosa em um paciente HIV soronegativo, demonstrando mais uma vez como essa doença mimetiza outras enfermidades<sup>12</sup>. A apresentação das lesões orais é muito variada, podendo levar a dificuldades de diagnóstico se o cirurgião-dentista não tiver experiência em Estomatologia.

No estágio terciário, manifestação tardia que surge três ou mais anos após a infecção inicial, é bastante rara na atualidade. A lesão característica desse estágio é a goma sífilítica, que afeta o palato, a língua e as tonsilas, quando presente na cavidade bucal. Órgãos, como coração, baço, ossos, fígado, podem também apresentar a destruição tecidual pela goma sífilítica. Outra manifestação tardia, a neurosífilis, é um desafio diagnóstico, pois se assemelha a diferentes doenças neurodegenerativas e mentais<sup>2,4,5,6,10</sup>. A goma sífilítica é resultado da endoarterite e da formação de grandes massas semelhante a um tecido granulomatoso<sup>2,8</sup>.

Em relação à sífilis congênita, esta é resultado do contágio durante o parto ou durante a vida intra-uterina. Estimou-se que 40-70% das mulheres portadoras de sífilis ativa terão seus bebês infectados. O aborto espontâneo ocorre em 25% das gestantes com a doença aguda. Os nascituros infectados podem apresentar os sinais e sintomas já nas primeiras duas semanas de vida. Sintomas precoces são: rinite, rash cutâneo maculo-papular-descamativo, erupções vesico-bolhosas, lesões cutâneas radiais ao redor da boca (rágades), nariz em forma de sela; úlceras cutâneas, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia e retardo no crescimento fetal. A criança não tratada nos primeiros 6 a 12 meses desenvolverá a sífilis terciária que se manifestará na forma de danos ósseos, dentários, oculares, auditivos e neurológicos por volta dos dois anos de vida. A tríade de Hutchinson consiste em ceratite intersticial, surdez por

lesão no 8º par craniano e alterações nos dentes molares (molares em amora ou molares de Moon) e nos dentes incisivos superiores em forma de barril ou chave de fenda<sup>5,8</sup>.

Contudo, ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congênita é uma doença evitável e de fácil prevenção. Com intervenções relativamente simples, como a detecção da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível obter uma grande redução da sífilis congênita, contribuindo assim para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em saúde materno-infantil<sup>13,14</sup>.

Atualmente, dispomos de uma vasta gama de exames para diagnóstico da sífilis. Dentre eles existem os testes não treponêmicos e treponêmicos, muitos deles disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Uma vez diagnosticado a sífilis esta deve ser tratada o quanto antes para a interrupção da cadeia de transmissão do patógeno.

O tratamento adequado consiste na aplicação intramuscular de penicilina como primeira escolha e nas doses adequadas<sup>7</sup>. A penicilina é um medicamento presente na lista dos essenciais em vários países do mundo e no Brasil, ela é disponibilizada nos serviços de cuidados primários de saúde<sup>14</sup>. Em caso de hipersensibilidade à penicilina, usa-se doxiciclina ou tetraciclina, que oferecem níveis semelhantes de eficácia<sup>2,6</sup>. Também há evidências que fundamentam o uso de azitromicina, no entanto, a resistência do *T. pallidum* a esse medicamento surgiu rapidamente<sup>8</sup>.

A sífilis é uma doença que acompanha as mudanças comportamentais da sociedade e, atualmente, tem preocupado os órgãos mundiais de saúde já que as lesões ulceradas sífilíticas aumentam a probabilidade de infecção pelo vírus HIV<sup>7</sup>. A estimativa é de que ocorra mais de 12 milhões de casos novos por ano no mundo, dentre estes, 900 mil no Brasil<sup>14,15</sup>.

Em muitos casos, as manifestações clínicas bucais da sífilis são os primeiros sinais da doença. Portanto, é preciso que o cirurgião-dentista inclua a sífilis como diagnóstico diferencial, principalmente quando houver lesões múltiplas.

A equipe de saúde da família, da qual o cirurgião-dentista faz parte, é responsável pelo cuidado integral da sua comunidade. Desta maneira, é indispensável que todos os trabalhadores desta equipe pensem e participem de ações preventivas e educativas que visem o controle da sífilis. Da mesma forma, é de fundamental importância a familiarização por parte de todos os profissionais que integram a equipe de saúde com a doença. Conhecer vias de transmissão, evolução natural da doença e características clínicas fornecem segurança para o profissional diagnosticar e tratar a enfermidade, contribuindo para a diminuição da morbidade e interrupção da cadeia de transmissão.

### **3 OBJETIVOS**

#### ***Geral***

Descrever as manifestações bucais da sífilis secundária através do relato de sete casos em pacientes diagnosticados na Unidade de Estomatologia – HCPA.

#### ***Específicos***

1. Conhecer os métodos de diagnóstico e possibilidades de tratamento para a sífilis;
2. Abordar o papel do cirurgião-dentista e da atenção primária à saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis;
3. Descrever a situação epidemiológica da sífilis no Brasil;
4. Analisar os programas e planos de ações do Ministério da Saúde do Brasil para controle da sífilis;

#### **4 ARTIGO ESTOMATOLOGIA**

**A ser submetido ao periódico *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*.**

**O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.**

#### **SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL – ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS**

Creta Elisa Seibt<sup>1</sup>, Ângela Antunes Nunes<sup>1</sup>, Maria Cristina Munerato<sup>2</sup>

1-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2-Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

**Autor para correspondência:**

**Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS.**

**Brazil. 90035-003, Tel: +55 51 33165005, Fax: +55 51 33598248,**

**Email: [mcmunerato@gmail.com](mailto:mcmunerato@gmail.com)**

## Resumo

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* e apresenta três estágios clínicos. Esta doença pode se manifestar primariamente na cavidade bucal, estando vinculada ao sexo oral. Já a forma secundária da sífilis pode se manifestar na cavidade bucal de formas variadas, podendo mimetizar outras lesões mais frequentes na mucosa bucal e seguir seu curso sem diagnóstico e tratamento adequados. Apesar dos avanços na medicina para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis, esta permanece como um problema de saúde pública em todo o mundo. Portanto, é preciso divulgar junto aos cirurgiões-dentistas quais são as apresentações mais comuns na mucosa bucal para que esse profissional da saúde cumpra o seu papel tanto na prevenção como no diagnóstico e tratamento da doença sífilis. Este trabalho se propõe a descrever uma série de sete casos de sífilis secundária com manifestação bucal, todas diferentes entre si, com o acompanhamento desde o diagnóstico até o tratamento na Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Palavras-chave:** Sífilis Secundária. Manifestações Bucais. *Treponema pallidum*.

## Introdução

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que tem o ser humano como o único hospedeiro natural conhecido. Esse microorganismo tem tropismo positivo por diversos órgãos e tecidos do corpo, produzindo um quadro complexo de manifestações clínicas. A transmissão ocorre, principalmente, através da relação sexual sem proteção e o principal sítio de inoculação são os genitais, contudo pode ter localizações extragenitais, como a cavidade bucal e a região anal<sup>1,2,3,4,5</sup>. Outras formas importantes de transmissão são a intra-uterina (transplacentária) e durante o trabalho de parto<sup>1,4</sup>, tendo como consequência a sífilis congênita.

A sífilis apresenta três estágios clínicos: o estágio primário, caracterizado como o cancro que surge cerca de noventa dias após a inoculação e regredindo espontaneamente, após um período de 2 a 8 semanas. Já o estágio secundário surge após duas a 12 semanas do contágio e podem ser observadas manifestações cutâneas dispersas pelo corpo que desaparecem espontaneamente, sem tratamento, entrando do período de latência. O último estágio, o terciário, é conhecido como manifestação tardia (goma sífilítica e/ou neurosífilis) e surge três anos ou mais após a infecção inicial, mas é raro na atualidade<sup>1,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>.

Manifestações bucais da sífilis podem ser observadas no estágio primário ou, mais comumente, no estágio secundário na forma de lesões múltiplas, dispersas pela mucosa da cavidade bucal e orofaringe, sendo a língua, os lábios e a mucosa jugal os sítios mais comuns. Pode se apresentar na forma de ulcerações aftóides indolores, como placas acinzentadas ou ulcerações com bordas esbranquiçadas e irregulares<sup>4,6,9</sup>. A apresentação das lesões bucais é muito variada, podendo levar a dificuldades de diagnóstico se o cirurgião-dentista não tiver experiência em Estomatologia. Sendo assim, pode mimetizar outras lesões mais frequentes na mucosa bucal e seguir seu curso sem diagnóstico e tratamento precoces.

O diagnóstico da sífilis, geralmente, compreende a anamnese, o exame físico e a interpretação dos resultados de exames sorológicos e microbiológicos, sem que seja preciso recorrer à biópsia. Dentre os exames laboratoriais de detecção padrão para todos os estágios de sífilis, estão as sorologias não-treponêmicas e treponêmicas<sup>3,9</sup>.

O primeiro tratamento de sucesso para a sífilis foi com o emprego da penicilina, em 1943, e até hoje, continua a ser a droga de escolha para o tratamento de todas as formas de sífilis. A penicilina de eleição pode ser tanto a penicilina G benzatina quanto a penicilina G procaína<sup>1,6</sup>.

Este trabalho se propõe a descrever uma série de sete casos de sífilis secundária com

manifestação bucal, todas diferentes entre si, com o acompanhamento desde o diagnóstico até o tratamento na Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

### **Série de casos clínicos**

Foram avaliados sete prontuários de pacientes atendidos na Unidade de Estomatologia do HCPA com diagnóstico de sífilis secundária na cavidade bucal. Todos os pacientes foram encaminhados da atenção primária e tinham como queixa principal lesões dolorosas na boca.

Para todos os pacientes foi seguido o mesmo protocolo, mostrado na Figura 1. Nos pacientes deste estudo, todos apresentaram lesões múltiplas. As lesões fundamentais mais frequentes foram placa mucosa, úlcera, nódulo, mancha e erosão respectivamente. Em relação aos sítios anatômicos mais afetados estão a mucosa labial, borda da língua, palato duro, palato mole, comissura labial, ventre lingual, úvula e tonsilas palatinas, respectivamente. A Tabela 1 mostra as fotos clínicas das lesões bucais. Para o diagnóstico diferencial as enfermidades mais frequentes foram: ulceração por trauma, carcinoma espinocelular ou doenças auto-imunes. A Tabela 2 sintetiza os sítios anatômicos bucais afetados, os tipos de lesão fundamental e o diagnóstico diferencial para cada lesão.

Para todos os pacientes participantes deste estudo foram solicitados os exames sorológicos VDRL e FTA ABS, testes padrão para diagnóstico de sífilis. A interpretação de resultados do VDRL e FTA ABS é demonstrada na Figura 2 e os resultados dos exames sorológicos, por paciente, são mostrados na Tabela 3.

Na confirmação do diagnóstico de sífilis, o paciente recebe o tratamento padrão, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>11</sup>, com aplicação intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 milhões de U.I. por semana, durante três semanas e acompanhamento com os exames sorológico até baixar a titulação do exame VDRL. Neste momento, também é feita a orientação quanto à importância das medidas preventivas nas relações sexuais, a possibilidade de reinfecção caso o (a) parceiro (a) não seja tratado (a), e o risco de contaminação por HIV e outras DSTs.

O desaparecimento das manifestações bucais da sífilis secundária foi observado de uma a duas semanas após a aplicação intramuscular de penicilina, que corresponde à primeira consulta pós-tratamento. Permanecendo alguma lesão residual na cavidade bucal, a biópsia deveria ser feitas, mas nenhum paciente apresentou-a.

## Discussão

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns e preocupantes em todo o mundo<sup>12</sup>. Dentre elas, se destaca a sífilis, onde o número de pessoas infectadas chega a 12 milhões a cada ano<sup>13</sup>, tornando-se um importante marcador epidemiológico para investigação de outras DSTs, principalmente o HIV<sup>14</sup>. No Brasil, por ano, a estimativa é de mais de 900 mil casos novos de sífilis<sup>15</sup>.

Existem dois tipos de sífilis: a sífilis congênita, que ocorre através da transmissão vertical e a sífilis adquirida, que é, normalmente, transmitida sexualmente<sup>3,4</sup>.

A sífilis adquirida apresenta três estágios clínicos bem definidos denominados de: primário, secundário e terciário. Além desses, é citado na literatura o estágio denominado de sífilis latente que corresponde ao lapso de tempo depois da infecção pelo *T. Pallidum* no qual os pacientes são soro-reativos, mas não apresentam outra evidência da doença<sup>1,4,5,7,8</sup>. Nos pacientes deste estudo, todos foram diagnosticados com sífilis secundária.

O estágio secundário se caracteriza pela disseminação hematogênica, levando à colonização de vários órgãos, e pelas manifestações mucocutâneas<sup>1,16</sup>. Surge de três a cinco meses após a infecção, contudo a sífilis secundária não tratada pode recorrer até 2 anos após a infecção<sup>17</sup>. A manifestação cutânea é na forma de máculas avermelhadas ou rosadas não pruriginosas, de tamanhos variados (3-10 mm) e dispersas pelo corpo, que podem evoluir para pápulas ou pústulas<sup>1,9,18</sup>. As lesões tipicamente aparecem na sola dos pés e na palma das mãos<sup>4,17</sup>. É acompanhada de sintomas e de sinais clínicos inespecíficos como mal-estar, cefaléia, febre baixa, anorexia, perda de peso e linfadenopatia<sup>4,9,16,17</sup>. Também podem apresentar faringite, mialgia e artralgia<sup>9</sup>. Desaparecem espontaneamente, sem tratamento, entrando do período de latência<sup>1,4,5,7,9</sup>.

A manifestação bucal da sífilis secundária é na forma de lesões múltiplas, dispersas pela mucosa da cavidade bucal e orofaringe, sendo a língua, os lábios e a mucosa jugal os sítios mais comuns. Pode se apresentar na forma de ulcerações aftóides, como placas acinzentadas ou ulcerações com bordas esbranquiçadas e irregulares que podem ser dolorosas. O comprometimento inflamatório difuso da orofaringe pode levar à queixa de dor de garganta<sup>4,6,9</sup>. A apresentação das lesões orais é muito variada, podendo levar a dificuldades de diagnóstico se o cirurgião-dentista não tiver experiência em estomatologia.

Neste estudo todos os pacientes apresentaram lesões múltiplas de sífilis na cavidade bucal. A mucosa labial e a borda da língua foram os sítios anatômicos mais frequentes, sendo observado em 4 pacientes cada, palato duro e palato mole (2 pacientes cada), ventre lingual,

comissura labial, úvula e tonsilas palatinas (1 paciente cada). As lesões fundamentais mais frequentes foram placa mucosa, sendo observada em sete sítios anatômicos, úlcera (em cinco sítios anatômicos), nódulo (e quatro sítios anatômicos), mancha e erosão (em um sítio anatômico cada uma) (Tabela 1 e Tabela 2).

Para o diagnóstico da sífilis não é preciso recorrer à biópsia, apenas anamnese, exame físico e interpretação dos resultados de exames sorológicos e microbiológicos são suficientes. Foram solicitados exames sorológicos para todos os pacientes deste estudo, visando o diagnóstico diferencial. Trauma por mordiscamento, hiperplasia fibroepitelial, líquen plano, pênfigo vulgar, úlcera traumática, queilite angular, carcinoma espinocelular, ulceração aftosa e leucoplasia foram os diagnósticos diferenciais, dependendo da manifestação clínica que o paciente apresentou (Tabela 2). A variedade de diagnósticos diferenciais nessa série de casos vai de encontro com o que diversos autores concluíram: que a forma secundária da sífilis pode se manifestar na cavidade bucal de muitas formas, mimetizando outras lesões mais frequentes na mucosa bucal e seguir seu curso sem diagnóstico e tratamento adequados<sup>1,2,3,4,8,9</sup>.

Os exames sorológicos solicitados para os pacientes que participaram do estudo foram: VDRL e FTA ABS para investigação de sífilis, ELISA para investigação de contaminação com HIV e anti-HCV para investigação de infecção pelo vírus da hepatite C. Para os sete pacientes deste estudo, o resultado do VDRL e FTA ABS foi positivo (Tabela 3), confirmando o diagnóstico de sífilis secundária. Um paciente contaminado com sífilis tem maior probabilidade de contrair outras DSTs, principalmente a AIDS, uma vez que as lesões sífilíticas favorecem a entrada do vírus HIV (ANGUS et al., 2006).

Os exames laboratoriais de detecção padrão para todos os estágios de sífilis são as sorologias não-treponêmicas e treponêmicas<sup>3,9</sup>. As sorologias não-treponêmicas são utilizadas para proporcionar a titulação na fase de infecção, na avaliação da resposta ao tratamento e na reinfeção, contudo, não é indicada para a fase latente da doença por ser menos sensível<sup>17</sup>. Estes testes compreendem o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e a sua versão simplificada, o *Rapid Plasma Regain* (RPR)<sup>3,9</sup>. Já as sorologias treponêmicas – *Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay* (TPPA), *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS) e *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) - são testes mais específicos e sensíveis, aplicados principalmente para confirmação do diagnóstico<sup>3,9</sup>. Todavia, estes últimos testes não indicam atividade da doença e, normalmente, após o estabelecimento da doença, permanecerão sempre positivos independentemente do tratamento<sup>17</sup>.

Um estudo de revisão sistemática e meta-análise comandado por Jafari e colaboradores (2013)<sup>19</sup> comparou a sensibilidade e especificidade de testes treponêmicos

rápidos para sífilis com os testes padrão de referência. Os autores observaram que os testes treponêmicos rápidos obtiveram sensibilidade e especificidade comparável com os testes padrão de referência. Concluíram que em contextos de recursos limitados (pouco acesso a laboratórios ou triagem para sífilis) os testes rápidos são muito úteis.

O primeiro tratamento de sucesso para a sífilis foi com o emprego da penicilina, em 1943, e até hoje, esta continua a ser a droga de escolha para o tratamento de todas as formas de sífilis. A penicilina de eleição pode ser tanto a penicilina G benzatina quanto a penicilina G procaína<sup>1,6</sup>.

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil para os estágios primário e secundário precoce da sífilis é a dose única de penicilina G benzatina 2,4 milhões de U.I. administrada por via intramuscular. Já para o estágio secundário tardio a recomendação é de penicilina G benzatina 2,4 milhões de U.I. por semana, durante três semanas<sup>5,11</sup>. Neste estudo de série de casos, devido à dificuldade de determinar se a sífilis secundária era precoce ou tardia, adotou-se o tratamento para sífilis secundária tardia, aumentando, assim, a possibilidade de sucesso no tratamento.

Em caso de hipersensibilidade à penicilina, indica-se doxiciclina (100 mg, via oral, duas vezes ao dia durante 14 dias) ou a tetraciclina (500 mg, via oral, quatro vezes ao dia durante 14 dias), que oferece níveis semelhantes de eficácia. Estes regimes são válidos para o estágio primário, o estágio secundário latente e o estágio secundário precoce. Sífilis com duração de um ano ou mais (ou duração desconhecida), o tratamento é administrado durante 28 dias, na mesma dosagem<sup>1,5</sup>.

Há evidências que fundamentam o uso de azitromicina em dose de 1g por semana durante duas a três semanas para o manejo da sífilis em pacientes alérgicos à penicilina. No entanto, a resistência do *T. pallidum* à azitromicina surgiu rapidamente<sup>9</sup>.

Embora os protocolos de tratamento estejam bem estabelecidos, há evidência insuficiente de ensaios clínicos randomizados para determinar se a azitromicina ou a penicilina G benzatina seja a estratégia de tratamento preferencial em sífilis precoce. A decisão de prescrever azitromicina ou penicilina G benzatina deve se basear na relação custo-eficácia e segurança<sup>3</sup>. Ghanem e Workowski (2011)<sup>20</sup> em sua revisão sistemática não recomendam a azitromicina para o tratamento de sífilis precoce, mas consideram o seu uso como esquema terapêutico alternativo em casos de alergia à penicilina ou quando a administração de doxiciclina não é viável. Neste estudo nenhum paciente apresentava alergia à penicilina.

## **Conclusão**

Apesar dos avanços na medicina para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis, esta permanece como um problema de saúde pública em todo o mundo. Tem chamado a atenção o aumento de casos de sífilis na população imunocompetente, o que pode ser um indício da não adesão da população sexualmente ativa aos métodos para a prevenção de DSTs. A sífilis pode se manifestar primariamente na cavidade bucal, estando vinculada ao sexo oral. Já a forma secundária da sífilis pode se manifestar na cavidade bucal de formas variadas, podendo mimetizar outras lesões mais frequentes na mucosa bucal e seguir seu curso sem diagnóstico e tratamento adequados. Para o diagnóstico da sífilis, a anamnese, o exame físico e a interpretação dos resultados de exames sorológicos normalmente são suficientes, dispensando a indicação de biópsia, inicialmente. Portanto, é preciso divulgar junto aos cirurgiões-dentistas quais são as apresentações mais comuns da sífilis na mucosa bucal para que esse profissional da saúde cumpra o seu papel tanto na prevenção como no diagnóstico e tratamento da doença.

## Referências bibliográficas

1. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head and Neck Pathol.* 2009;3:195–206.
2. Ikenberg K, Springer E, Wolfgang B, et al. Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis a differential diagnosis that is still relevant. *J Clin Pathol.* 2010;63:731-36.
3. Leuci S, Martina S, Adamo D, et al. Oral syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral Diseases.* 2013.
4. Little JW. Syphilis: An update. *OOOOE.* 2005;1(100):3-9.
5. Viñals-iglesias H, Chimenos-küstner E. The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: Syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14(9):416-20.
6. Angus J, Langan SM, Stanway A, Leach IH, Littlewood SM, English JS. The many faces of secondary syphilis: a re-emergence of an old disease. *Clinical and Experimental Dermatology.* 2006; 31:741–45.
7. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clinical Microbiology Reviews.* 2005; 18(1):205–216.
8. Compilato D, Amato S, Campisi G. Resurgence of syphilis: a diagnosis based on unusual oral mucosa lesions. *OOOOE.* 2009; 108(3).
9. Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF, Moreira GM, Lourenço SQC, Dias EP. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2006; 18(3):190-93.
10. Ramoni S, Cusini M, Crosti FGC. Syphilitic chancres of the mouth: three cases. *Acta Derm Venereol.*2009; 89.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Brasília, 2007.
13. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008.
14. Brasil. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Dia Nacional de Combate à Sífilis: governo e sociedade civil juntos rumo à eliminação até 2015.2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2012/dia-nacional-de-combate-sifilis-governo-e-sociedade-civil-juntos-rumo-eliminacao-ate-20>>. Acesso em: 26 mar. 2015.
15. Brasil. Governo do Estado da Bahia. Dia Mundial de Combate à Sífilis: OMS estima 900

mil casos/ano da doença. 2012. Disponível em:

[http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4971:dia-mundial-de-combate-a-sifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadaousuario&Itemid=14](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4971:dia-mundial-de-combate-a-sifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadaousuario&Itemid=14). Acesso em: 26 mar. 2015.

16. Ho EL, Lukehart SA. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. *The Journal of Clinical Investigation*. 2011; 121(12).
17. Read PJ, Donovan B. Clinical aspects of adult syphilis. *Internal Medicine Journal*. 2012; 42.
18. Mattei PL, Beachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. A reemerging infection. *American Family Physician*. 2012; 86(5).
19. Jafari Y, Peeling RW, Shivkumar S, Claessens C, Joseph L, Pai NP. Are *Treponema pallidum* specific rapid and Point-of-Care tests for syphilis accurate enough for screening in resource limited setting? Evidence from a Meta-Analysis. *Plos One*. 2013; 8(2).
20. Ghanem KG, Workowski KA. Management of Adult Syphilis. *Supplement Article*. 2011; 53(3).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil (série TELELAB). Brasília, 2010.

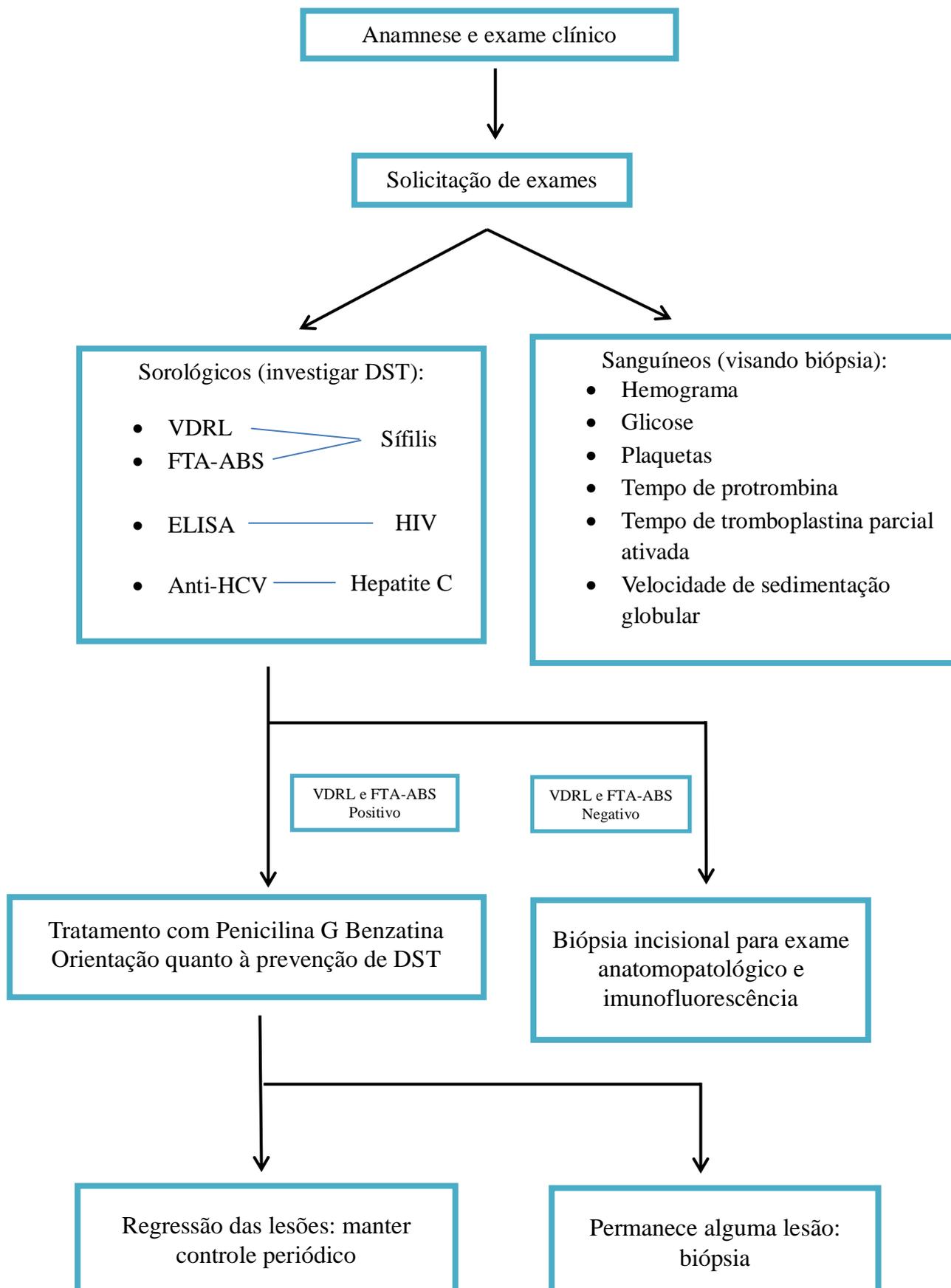


Figura 1: Protocolo de Diagnóstico e Tratamento

### **Interpretação dos resultados dos exames VDRL e FTA-ABS**

- VDRL positivo e FTA-ABS positivo: diagnóstico de sífilis ativa ou sífilis latente
- VDRL positivo e FTA-ABS negativo: indicam outra doença que não sífilis
- VDRL negativo e FTA-ABS positivo: sífilis primária ou sífilis tratada
- VDRL negativo e FTA-ABS negativo: descartam o diagnóstico de sífilis

**OBS:** Uma vez positivo o FTA-ABS assim permanecerá para o resto da vida, mesmo após a cura do paciente.

FONTE: Ministério da Saúde do Brasil, 2010

Figura 2: Interpretação dos resultados dos exames VDRL e FTA-ABS

## FOTOS CLÍNICAS

Paciente 1



Paciente 2



Paciente 3



Tabela 1: Fotos clínicas, por paciente.

<b>Paciente 4</b>		
<b>Paciente 5</b>		
<b>Paciente 6</b>		
<b>Paciente 7</b>		

Continuação tabela 1: Fotos clínicas, por paciente.

	Sítio (s) anatômico (s) bucal (s) afetado (s)	Lesão Fundamental	Diagnóstico Diferencial
<b>Paciente 1</b>	Borda da língua bilateral	Nódulo	Trauma por mordiscamento X Hiperplasia fibroepitelial
<b>Paciente 2</b>	Mucosa labial superior próximo à comissura	Úlcera e placa mucosa	Líquen Plano X Pênfigo Vulgar
	Borda da língua	Nódulo e úlcera	Úlcera traumática
	Comissura labial	Nódulo e úlcera	Queilite angular
<b>Paciente 3</b>	Palato duro	Úlcera	Carcinoma espinocelular
	Mucosa labial inferior	Placa mucosa	Ulceração aftosa
	Ventre lingual	Placa mucosa	Ulceração aftosa
<b>Paciente 4</b>	Palato mole, envolvendo os pilares amigdalianos	Nódulo e úlcera	Carcinoma espinocelular (simultâneos)
<b>Paciente 5</b>	Palato mole	Placa mucosa	Úlcera traumática
	Palato duro	Placa mucosa	Úlcera traumática
	Mucosa labial inferior	Mancha e erosão	Leucoplasia X Líquen Plano
<b>Paciente 6</b>	Ápice e borda de língua bilateral	Placa mucosa	Candidíase pseudomembranosa X Líquen Plano X Pênfigo Vulgar
<b>Paciente 7</b>	Úvula e tonsila palatina	Placa mucosa	Úlcera traumática X Carcinoma espinocelular

Tabela 2: Sítios anatômicos bucais afetados, tipo de lesão fundamental e diagnóstico diferencial.

	1º exame	2º exame	3º exame	4º exame	5º exame
<b>Paciente 1</b>	VDRL – reagente 1:32 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente			
<b>Paciente 2</b>	VDRL – reagente 1:1024 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:32 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente		
<b>Paciente 3</b>	VDRL – reagente 1:128 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:32 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:4 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:1 FTA ABS – reagente
<b>Paciente 4</b>	VDRL – reagente 1:128 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:64 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:16 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:8 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente
<b>Paciente 5</b>	VDRL – reagente 1:32 FTA ABS - reagente	VDRL – reagente 1:1 FTA ABS – reagente			
<b>Paciente 6</b>	VDRL – reagente 1:128 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:32 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:4 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente
<b>Paciente 7</b>	VDRL – reagente 1:16 FTA ABS - reagente	VDRL – reagente 1:2 FTA ABS – reagente			

Tabela 3: Resultados dos exames sorológicos. O intervalo de tempo entre os exames foi de aproximadamente 30 dias.

## 5 ARTIGO SAÚDE PÚBLICA

A ser submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.

### **SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL – A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO, MANEJO E PREVENÇÃO.**

Creta Elisa Seibt<sup>1</sup>, Ângela Antunes Nunes<sup>1</sup>, Maria Cristina Munerato<sup>2</sup>

1-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2-Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

#### **Autor para correspondência:**

**Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS. Brazil. 90035-003, Tel: +55 51 33165005, Fax: +55 51 33598248, Email: [mcmunerato@gmail.com](mailto:mcmunerato@gmail.com)**

## **Resumo**

Há séculos a sífilis desafia a humanidade e, atualmente, ela tem se mostrado emergente em vários países do mundo. Esta doença pode ser dividida pelos meios de transmissão: sífilis congênita, que é transmitida verticalmente, da mãe contaminada para o feto, e sífilis adquirida que normalmente é transmitida através de relações sexuais sem proteção. Programas e políticas públicas brasileiras estão voltados, principalmente, para o combate da sífilis congênita. Para a sífilis adquirida, a principal estratégia é em relação à sua prevenção. Deste modo, as equipes de saúde da atenção primária são fundamentais para criar e desenvolver ações de prevenção, além da responsabilização pelo diagnóstico e tratamento. O cirurgião-dentista, enquanto parte integrante da equipe multiprofissional tem o compromisso de conhecer as principais manifestações clínicas bucais da enfermidade e estar apto a conduzir cada caso. Este estudo se propõe a descrever uma série de sete casos de sífilis secundária com manifestações clínicas bucais, diagnosticados na atenção terciária e discutir o papel do cirurgião-dentista e da atenção primária na prevenção, diagnóstico e manejo desta enfermidade.

**Palavras-chave: Sífilis. Sífilis secundária. Atenção primária em saúde.**

## Introdução

A sífilis é uma doença que desafia a humanidade há séculos e, atualmente, ela tem se mostrado emergente em vários países<sup>1</sup>. Sua natureza é infectocontagiosa e o agente etiológico, a espiroqueta *Treponema pallidum*, gera diversas manifestações clínicas inespecíficas<sup>2,3,4,5,6</sup>. Existem dois tipos de sífilis: a sífilis adquirida, transmitida principalmente através da relação sexual sem proteção, e a sífilis congênita, que ocorre através da transmissão vertical da mãe para o feto<sup>4,5</sup>.

A sífilis adquirida apresenta três estágios clínicos bem definidos. No estágio primário, o *T. Pallidum* é transmitido através do sítio de inoculação, mais comumente os genitais, contudo pode ter localizações extragenitais, como a cavidade bucal e a região anal<sup>2,3,4,5,6</sup>. Cerca de noventa dias após a inoculação, pode-se observar, clinicamente o chamado cancro, que regride e desaparece espontaneamente após um período de 2 a 8 semanas<sup>2,5,6,7,8,9,10</sup> o que colabora para o diagnóstico tardio da doença.

Após o período de latência, a doença entra novamente em atividade. É o chamado estágio secundário, que se caracteriza pela disseminação do patógeno por todo o corpo. Nesta fase, a pele e os órgãos internos são afetados. A palma das mãos e a sola dos pés são regiões muito características de acometimento da doença. Sintomas e sinais clínicos como mal-estar, cefaleia, febre baixa, perda de peso e linfadenopatia também podem estar presentes<sup>2,5,6,8,9</sup>. Manifestações bucais podem ser observadas através de lesões múltiplas, com ulcerações ou placas mucosas na língua, lábios e mucosa jugal, mais comumente<sup>5,7,9,11</sup>. Estes sinais e sintomas do estágio secundário da doença regridem espontaneamente e um longo período de latência se estabelece<sup>12</sup>.

O estágio terciário é a última fase da doença, conhecida como manifestação tardia é representado pela goma sífilítica que afeta órgãos como coração, baço, ossos e fígado e/ou pela neurosífilis, que mimetiza diferentes doenças neurodegenerativas e mentais. A destruição tecidual também pode estar presente no palato e na língua. Essas manifestações tardias surgem três anos ou mais após a infecção inicial, mas é raro na atualidade<sup>2,4,5,6,8</sup>.

Contudo, a maior preocupação dos órgãos de saúde mundiais em relação à sífilis é a sua transmissão vertical. Ou seja, mulheres grávidas infectadas pela sífilis que podem transmitir o microrganismo ao feto durante o parto ou durante a vida intra-uterina, causando a chamada sífilis congênita, que possui consequências graves para o nascituro em 80% dos casos<sup>13</sup>.

Para o diagnóstico da sífilis é necessária solicitação de exames laboratoriais. O mais comum e de uso padrão são os testes sorológicos. Estes testes compreendem as sorologias não-treponêmicas e treponêmicas, mais comumente o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS), respectivamente<sup>4,9</sup>.

Uma vez diagnosticada a doença, ela deve ser rapidamente tratada para a diminuição da morbidade e rompimento da cadeia de transmissão. O tratamento é feito com antibiótico e o de primeira escolha é a penicilina com aplicação intramuscular (penicilina G benzatina ou penicilina G procaína)<sup>2,7</sup>.

Mesmo com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da sífilis muito bem estabelecidos, esta doença permanece um problema de saúde pública em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas infectadas chega a 12 milhões a cada ano. No Brasil, por ano, a estimativa é de mais de 900 mil casos novos de sífilis. É preocupante, principalmente, o aumento de casos de sífilis na população imunocompetente, o que supõe que a população sexualmente ativa não está aderindo aos métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Isto representa um grande perigo, já que existe uma forte associação entre a sífilis e o vírus da imunodeficiência humana (HIV), pois as lesões ulceradas sifilíticas genitais favorecem a infecção pelo HIV.

Em muitos casos, os primeiros sinais da sífilis são as manifestações bucais. No estágio primário, a doença está vinculada ao sexo oral. Já no estágio secundário pode se manifestar de forma muito variada, mimetizando outras lesões mais frequentes na mucosa bucal.

Portanto, é de fundamental importância que o cirurgião dentista não só saiba identificar as manifestações clínicas bucais da doença, como também, conheça as formas de contaminação, evolução da doença, opções de diagnóstico e tratamento e métodos de prevenção, para que este profissional cumpra seu papel de cuidador da saúde das pessoas.

### **Série de casos clínicos**

Foram avaliados sete prontuários de pacientes atendidos na Unidade de Estomatologia do HCPA com diagnóstico de sífilis secundária na cavidade bucal. Todos os pacientes tiveram encaminhamento a partir da atenção primária, através de sua unidade de saúde de referência, seguindo o fluxo das redes de atenção à saúde.

Os sete pacientes tinham queixas de lesões dolorosas na cavidade bucal. O profissional da unidade de saúde de referência encaminhou para a atenção terciária visando avaliação e conduta para estas lesões.

Paciente 1: gênero masculino, 42 anos, solteiro, profissão não informada, residente em Porto Alegre. Apresentava nódulo na borda da língua bilateral com diagnóstico diferencial de trauma por mordiscamento ou hiperplasia fibroepitelial.

Paciente 2: gênero masculino, 45 anos, casado, mecânico, residente em Porto Alegre. Apresentava úlcera e placa mucosa na mucosa labial (diagnóstico diferencial: lesão auto-imune), nódulo e úlcera na borda da língua (diagnóstico diferencial: úlcera traumática) e nódulo e úlcera na comissura labial (diagnóstico diferencial: queilite angular).

Paciente 3: gênero masculino, 46 anos, solteiro, vendedor, residente em Porto Alegre. Apresentava úlcera no palato duro (diagnóstico diferencial: carcinoma espinocelular), placa mucosa na mucosa labial (diagnóstico diferencial: ulceração aftosa) e placa mucosa no ventre de língua (diagnóstico diferencial: ulceração aftosa).

Paciente 4: gênero feminino, 53 anos, casada, do lar, residente em Três Coroas. Apresentava nódulo e úlcera no palato mole, envolvendo os pilares amigdalianos, com diagnóstico diferencial de carcinoma espinocelular.

Paciente 5: gênero feminino, 29 anos, união estável, vendedora, residente em Osório. Apresentava placa mucosa no palato duro e mole (diagnóstico diferencial: úlcera traumática) e mancha na mucosa labial (diagnóstico diferencial: leucoplasia ou líquen plano).

Paciente 6: gênero feminino, 39 anos, casada, empregada doméstica, residente em Dois Irmãos. Apresentava placa mucosa no ápice e borda de língua bilateral com diagnóstico diferencial de candidíase pseudomembranosa ou lesão auto-imune.

Paciente 7: gênero feminino, 36 anos, união estável, faxineira, residente em Capela Santana. Apresentava placa mucosa na úvula e tonsila palatina com diagnóstico diferencial de úlcera traumática ou carcinoma espinocelular.

Para todos os pacientes participantes deste estudo foram solicitados os exames sorológicos VDRL e FTA ABS, testes padrão para diagnóstico de sífilis. Após a confirmação do diagnóstico de sífilis, os pacientes receberam o tratamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>14</sup>, com aplicação intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 milhões de U.I. por semana, durante três semanas e acompanhamento com os exames sorológicos até baixar a titulação do exame VDRL. Os sete pacientes também receberam orientação quanto à importância das medidas preventivas nas relações sexuais, a possibilidade de reinfecção caso o (a) parceiro (a) não fosse tratado (a), e o risco de contaminação por HIV e outras DSTs.

Neste estudo, as quatro pacientes do gênero feminino se declararam monogâmicas, o que configura infidelidade conjugal por parte do parceiro. Duas delas eram casadas, uma tinha relacionamento estável e a outra vinha de uma recente separação conjugal. As duas pacientes

casadas tiverem dificuldade com seus maridos em relação à adesão ao tratamento após estabelecer o diagnóstico de sífilis também para eles. Os parceiros receberam reforço nas orientações e as pacientes foram aconselhadas à abstinência sexual ou uso de preservativos até a finalização do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção. A paciente que havia se separado recentemente do marido relatou que o ex parceiro era infiel e que havia contraído a doença dele. Seu atual parceiro também foi diagnosticado com sífilis e recebeu o tratamento padrão. A paciente foi aconselhada a procurar o ex marido e lhe comunicar sobre a doença. A outra paciente, que tinha um relacionamento estável, não teve problemas com o parceiro, que foi diagnosticado e tratado.

## **Discussão**

A sífilis é uma doença que apresentou alta prevalência até a primeira metade do século passado. Com o advento da penicilina e seu emprego no tratamento dessa enfermidade, houve uma queda no número de casos ao ano em todo o mundo. A partir do surgimento do HIV, nos anos 80, ocorreu também um crescimento nos casos de sífilis. Na década de 90, a mudança de comportamento dos indivíduos para evitar a infecção pelo HIV, resultou igualmente numa queda na incidência de sífilis<sup>5,7</sup>.

Mas atualmente, observa-se que essa doença está crescendo novamente, em especial entre os homens que fazem sexo com homens. Há relatos apontando para a infecção concomitante entre sífilis e HIV em 40-50% em áreas de surto, onde práticas sexuais sem proteção são seguidas<sup>5,7</sup>. A sífilis, por ser uma doença ulcerativa, pode facilitar a infecção pelo vírus HIV<sup>12</sup>. Recomenda-se que todos os pacientes diagnosticados com sífilis também sejam submetidos a testes para HIV e vice-versa<sup>7</sup>. Para todos os pacientes deste estudo foram solicitados tanto os exames para diagnóstico de sífilis (VDRL e FTA ABS), quanto para o diagnóstico de HIV (ELISA) e hepatite C (anti-HCV). Esse protocolo de solicitação de exames é seguido para todos os pacientes que comparecem ao setor de Estomatologia do HCPA com suspeita de DST. O resultado dos testes sorológicos para todos os paciente deste estudo foi positivo para sífilis e negativo para HIV e hepatite C.

O número de pessoas infectadas com sífilis no mundo chega a 12 milhões a cada ano<sup>13</sup>. No Brasil, por ano, a estimativa é de mais de 900 mil casos novos<sup>15</sup>. Recentemente, em 2011, uma epidemia de sífilis atingiu a China e houve um importante aumento na incidência nos Estados Unidos e na Europa<sup>16</sup>.

Em relação à sífilis congênita, o número de casos novos por ano no mundo chega a 1,6 milhões<sup>17</sup>. Já no Brasil, a prevalência é de aproximadamente 50 mil gestantes infectadas e 12 mil novos casos de sífilis congênita por ano<sup>15</sup>.

No Brasil, casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita são um importante problema de saúde pública e alguns programas e políticas públicas estão voltadas para combatê-la. Casos de sífilis congênita são de notificação compulsória no Brasil desde 1989 e, de sífilis em gestantes, desde 2005. Já a notificação de sífilis adquirida tornou-se compulsória recentemente, em 2010<sup>18</sup>.

O Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (2006) inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis através da política de prevenção da mortalidade materno-infantil já que, segundo a OMS e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em saúde materno-infantil, o desafio do Brasil na área da saúde era eliminar a sífilis congênita até o ano de 2015<sup>17,19,20</sup>. Para isso, legislação, tecnologia e insumos para a redução da transmissão vertical da sífilis existem e são disponibilizados pelos governos federal, estaduais e municipais. Porém, os índices ainda não são aceitáveis e, portanto, é necessária a tomada de medidas mais efetivas para a redução destes índices<sup>21,22</sup>.

O programa Rede Cegonha foi lançado em março de 2011 pelo Ministério da Saúde e se propõe ao atendimento de todas as gestantes pelo SUS, ampliando a assistência à mulher e ao bebê<sup>23,24</sup>. Entre outras ações, a Rede Cegonha utiliza testes rápidos para detecção de sífilis durante o pré-natal<sup>17</sup>, que trazem o resultado em apenas 30 minutos. Desde 2011, foram distribuídos na atenção básica, mais de 3,7 milhões de testes<sup>20</sup>. Uma das pacientes do gênero feminino deste estudo é mãe de um menino de sete anos, sem diagnóstico de sífilis. Visto que a paciente realizou todos os exames do pré-natal (o que inclui, obrigatoriamente, testes para detecção de sífilis), muito provavelmente, a paciente contraiu a bactéria após a gestação e que, portanto a sífilis é latente precoce.

O diagnóstico da sífilis é relativamente simples: apenas anamnese, exame físico e interpretação dos resultados de exames sorológicos são suficientes. O teste sorológico VDRL, usado para detectar a sífilis, é disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Neste estudo, visando o diagnóstico diferencial, os seguintes exames sorológicos foram solicitados para todos os pacientes: VDRL e FTA ABS para investigação de sífilis, ELISA para investigação de contaminação com HIV e anti-HCV para investigação de infecção pelo vírus da hepatite C. Para os sete pacientes deste estudo, o resultado do VDRL e

FTA ABS foi positivo, confirmando o diagnóstico de sífilis secundária e negativo para os demais exames.

O adequado tratamento para todas as formas de sífilis consiste no emprego da penicilina como primeira escolha e nas doses adequadas. O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil para os estágios primário e secundário precoce da sífilis é a dose única de penicilina G benzatina 2,4 milhões de U.I. administrada por via intramuscular. Já para o estágio secundário tardio a recomendação é de penicilina G benzatina 2,4 milhões de U.I. por semana, durante três semanas<sup>6,14</sup>. Neste estudo de série de casos, devido à dificuldade de determinar se a sífilis secundária era precoce ou tardia, adotou-se o tratamento para sífilis secundária tardia, aumentando, assim, a possibilidade de sucesso no tratamento.

Contudo, apenas o diagnóstico e o tratamento do paciente infectado não garantem sucesso se o (a) parceiro (a) não for tratado, pois existe a possibilidade da reinfeção<sup>19</sup>. Portanto, o teste de diagnóstico e o tratamento também devem ser oferecidos para o (a) parceiro (a), bem como a disponibilização de preservativos, orientação e conscientização da importância da prevenção nas relações sexuais<sup>19</sup>.

Os custos para o controle e eliminação da sífilis e da sífilis congênita são extremamente baixos. Para a detecção dos casos de sífilis se gasta aproximadamente R\$ 2,80 e, para o tratamento em média R\$ 58,00 *per capita*. Considerando os danos evitáveis causados pela doença, esse valor representa uma importante economia ao longo do tempo. Para a aquisição de testes rápidos e preservativos o investimento é cerca de R\$ 172 milhões<sup>17</sup>. Além disso, a sífilis pode ser diagnosticada e tratada no nível de atenção primária, sem a necessidade de encaminhamentos para níveis de atenção em saúde de maior complexidade. Pela natureza das lesões bucais da sífilis secundária, que imitam tantas outras afecções bucais, os pacientes deste estudo foram encaminhados da atenção primária para a atenção terciária, já que o profissional da equipe de referência do paciente teve dificuldade em estabelecer diagnóstico. Contudo, o conhecimento de todos os tipos de manifestações da sífilis é necessário para todos os trabalhadores das equipes de saúde, já que essa enfermidade pode e deve ser diagnosticada e tratada na atenção primária. Os testes de diagnóstico são fornecidos pelo SUS e o tratamento, relativamente simples, é disponibilizado na atenção primária através da penicilina.

Desta maneira, a educação permanente dos profissionais de saúde entra como uma ferramenta importante para contribuir na qualificação do serviço. Com o entendimento e familiarização da sífilis por todos os trabalhadores da equipe de saúde, medidas de prevenção e controle da sífilis podem ser tomadas.

## **Conclusão**

Ao contrário de muitas infecções, a sífilis é uma doença evitável. Apesar das bases para a prevenção estarem bem estabelecidas em muitas partes do mundo, da presença de testes de detecção baratos e que podem ser realizados ao nível de cuidados primários de saúde e do tratamento com penicilina, um medicamento presente na lista dos medicamentos essenciais de todos os países, a sífilis ainda é um problema de saúde pública<sup>13</sup>.

O cirurgião-dentista, enquanto parte integrante da equipe multiprofissional, precisa necessariamente conhecer as manifestações clínicas bucais dessa doença e incluí-la no diagnóstico diferencial principalmente quando houver múltiplas lesões. Mais do que isso: é dever deste profissional conhecer a doença por inteiro, promover de ações de prevenção, ser uma fonte de informações sobre essa enfermidade para o paciente e também estar apto a diagnosticar e referenciar o paciente para tratamento contribuindo, assim, para a resolutividade da doença já na atenção primária e evitando a transmissão para outras pessoas.

Portanto, para que o país tenha sucesso no controle da sífilis é preciso destacar a importância das ações para sua prevenção, cujos custos são menores do que aqueles para o seu tratamento. Desta maneira, é necessária a criação de políticas públicas eficientes, propostas de educação permanente para os trabalhadores da saúde e conscientização e participação da população nos cuidados de saúde.

## Referências bibliográficas

1. Lautenschlager S. Diagnosis on syphilis: clinical and laboratory problems. *JDDG*. 2006;1058-1074.
2. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head and Neck Pathol*. 2009; 3:195–206.
3. Ikenberg K, Springer E, Wolfgang B, et al. Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis a differential diagnosis that is still relevant. *J Clin Pathol*. 2010; 63:731-36.
4. Leuci S, Martina S, Adamo D, et al. Oral syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral Diseases*. 2013.
5. Little JW. Syphilis: An update. *OOOOE*. 2005; 1(100):3-9.
6. Viñals-iglesias H, Chimenos-küstner E. The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: Syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(9):416-20
7. Angus J, Langan SM, Stanway A, Leach IH, Littlewood SM, English JS. The many faces of secondary syphilis: a re-emergence of an old disease. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2006; 31:741–45.
8. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clinical Microbiology Reviews*. 2005; 18(1):205–216.
9. Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF, Moreira GM, Lourenço SQC, Dias EP. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2006; 18(3):190-93.
10. Ramoni S, Cusini M, Crosti FGC. Syphilitic chancres of the mouth: three cases. *Acta Derm Venereol*. 2009; 89.
11. Aquilina C, Viraben R, Denis P. Secondary syphilis simulating oral hairy leukoplakia. *J am Acad Dermatol*. 2003; 49(4).
12. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(2):111-26.
13. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 2007.

15. Brasil. Governo do Estado da Bahia. Dia Mundial de Combate à Sífilis: OMS estima 900 mil casos/ano da doença. 2012. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4971:dia-mundial-de-combate-a-sifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadaousuario&Itemid=14](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4971:dia-mundial-de-combate-a-sifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadaousuario&Itemid=14). Acesso em: 26 mar. 2015.
16. Ho EL, Lukehart SA. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. *The Journal of Clinical Investigation*. 2011; 121(12).
17. Brasil. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Dia Nacional de Combate à Sífilis: governo e sociedade civil juntos rumo à eliminação até 2015.2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2012/dia-nacional-de-combate-sifilis-governo-e-sociedade-civil-juntos-rumo-eliminacao-ate-20>>. Acesso em: 26 mar. 2015.
18. Penna GO et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. *An Bras Dermatol*.2011; 86(5):865-77.
19. Brasil. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Profissionais de saúde. 2013. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/2013/55241>>. Acesso em: 26 mar. 2015.
20. Brasil. Portal Brasil. Ministério da Saúde lança campanha de combate à sífilis.2013. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-combate-a-sifilis>>. Acesso em: 26 mar. 2015.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Ano 1, volume 1, Brasília, 2012.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Brasília, 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 – Rede Cegonha. Brasília, 2011.
24. Brasil. Portal Brasil. Teste rápido de sífilis congênita será incluído em programa para gestantes do SUS. 2012. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/teste-rapido-de-sifilis-congenita-sera-implantado-em-programa-para-gestantes>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis é uma infecção bacteriana conhecida como o “grande imitador” das doenças. Mesmo com a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis muito bem estabelecidas, esta enfermidade ainda é um importante problema de saúde pública no mundo. A sífilis pode se manifestar primariamente na cavidade bucal, estando vinculada ao sexo oral, ou mais comumente na forma secundária com manifestações variadas, imitando outras lesões mais frequentes na mucosa bucal e seguir seu curso sem diagnóstico e tratamento adequados.

Para o diagnóstico da sífilis, a anamnese, o exame físico e a interpretação dos resultados de exames sorológicos normalmente são suficientes, dispensando a indicação de biópsia, inicialmente. Portanto, é preciso divulgar junto aos cirurgiões-dentistas quais são as apresentações mais comuns da sífilis na mucosa bucal para que esse profissional da saúde cumpra o seu papel tanto na prevenção como no diagnóstico e tratamento da doença.

A prevenção de casos novos deverá ter como estratégia a informação para a população sobre a doença e as formas de evitá-la. É importante o aconselhamento ao paciente mostrando-lhe a necessidade da comunicação ao parceiro e o estímulo ao uso dos preservativos na relação sexual. A educação permanente e continuada das equipes de saúde integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis.

Para que o país tenha sucesso no controle da sífilis é preciso destacar a importância das ações para sua prevenção, cujos custos são menores do que aqueles para o seu tratamento. Desta maneira, é necessária a criação de políticas públicas eficientes, propostas de educação permanente para os trabalhadores da saúde e conscientização e participação da população nos cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramoni S, Cusini M, Crosti FGC. Syphilitic chancres of the mouth: three cases. *Acta Derm Venereol.* 2009; 89.
2. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications. *Head and Neck Pathol.* 2009; 3:195–206.
3. Ikenberg K, Springer E, Wolfgang B, et al. Oropharyngeal lesions and cervical lymphadenopathy: syphilis a differential diagnosis that is still relevant. *J Clin Pathol.* 2010; 63:731-36.
4. Leuci S, Martina S, Adamo D, et al. Oral syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral Diseases.* 2013.
5. Little JW. Syphilis: An update. *OOOOE.* 2005; 1(100):3-9.
6. Viñals-iglesias H, Chimenos-küstner E. The reappearance of a forgotten disease in the oral cavity: Syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009; 14(9):416-20.
7. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(2):111-26.
8. Noronha ACC, Israel MS, Almeida DCF, Moreira GM, Lourenço SQC, Dias EP. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2006; 18(3):190-93.
9. Angus J, Langan SM, Stanway A, Leach IH, Littlewood SM, English JS. The many faces of secondary syphilis: a re-emergence of an old disease. *Clinical and Experimental Dermatology.* 2006; 31:741–45.
10. Baughn RE, Musher DM. Secondary syphilitic lesions. *Clinical Microbiology Reviews.* 2005; 18(1):205–216.
11. Leão JC, Gueirosa LA, Porterb SR. Oral manifestations of syphilis. *Clinics.* 2006; 61(2):161-6.
12. Aquilina C, Viraben R, Denis P. Secondary syphilis simulating oral hairy leukoplakia. *J am Acad Dermatol.* 2003; 49(4).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Brasília, 2007.
14. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008.
15. Brasil. Governo do Estado da Bahia. Dia Mundial de Combate à Sífilis: OMS estima 900 mil casos/ano da doença. 2012. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4971:dia](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4971:dia)

[-mundial-de-combate-a-sifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadaousuario&Itemid=14](#). Acesso em: 26 mar. 2015.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “SÍFILIS SECUNDÁRIA NA CAVIDADE BUCAL – ESTUDO DE SÉRIE DE CASOS E A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ORIENTAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DSTs” realizado pela equipe de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Este estudo se propõe a relatar uma série de casos de sífilis secundária com manifestação bucal. A finalidade é escrever um artigo científico apresentando suas características mais comuns, protocolos de prevenção, diagnóstico e tratamento. Essa publicação científica possibilitará um melhor conhecimento, acerca desta doença na boca, por parte dos cirurgiões-dentistas para que estes cumpram o seu papel de profissionais da saúde. Também serão analisadas as dificuldades enfrentadas para a adesão dos parceiros ao diagnóstico e ao tratamento nos casos de pacientes femininas monogâmicas. Somente as informações constantes no seu prontuário eletrônico (dados clínicos, registros de atendimentos, exames laboratoriais) serão utilizadas, sem a necessidade da vinda do(a) parceiro(a). As fotografias, onde só aparecem a sua boca ou a região da pele onde havia alguma lesão, serão utilizadas.

Algum desconforto pode existir ao ser realizado o convite para a sua participação e assinatura do TCLE, pois os dados sobre a forma de contágio e as dificuldades encontradas para a comunicação de ser portador de uma DST ao seu parceiro serão obtidos dos registros no prontuário e não por meio de entrevistas.

A participação no estudo é totalmente voluntária, o que significa que a sua não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo ou penalidade.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada a sua participação. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Porém, apesar de todos os cuidados para manter em sigilo a informações sobre cada indivíduo, existe o risco potencial quebra de confidencialidade. Os dados serão usados agrupados, o que também dificulta a sua identificação.

Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso do estudo através da Profa. Dra. Maria Cristina Munerato, ou através da pesquisadora Creta Elisa Seibt, na Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, zona 18 subsolo e pelo telefone 3359-8248. Dúvidas a respeito da ética desse estudo poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa, no segundo andar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda a sexta.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será mantida pelo grupo de pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a).

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida. Também declaro ter recebido cópia deste termo.

Nome do participante \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_