



# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2026/2

Adriani Oliveira Galão  
Edison Capp  
organizadores

## Alunos

Adolfo Moraes de Souza  
Afonso Henrique Cover Soares  
André Luiz Vicente Ritta  
André Tavares Porto Alegre  
Augusto Colferai Marcon  
Augusto Reginatto  
Aurélio Alexander P. Ribeiro  
Bernardo Dama  
Bruno Vernochi Conceição  
Carolina Sayuri Arashiro  
Caroline Souza  
Cláudia Griebler Félix  
Diego Anastacio da Silva  
Diego Pires de Moura  
Eduardo Brittes Rott  
Ezequiel Tavares dos Reis  
Fernanda Detoni  
Gabriela Patulé Vieira  
Guilherme Carvalho Serena  
Isabella Cardia Lorenzoni  
Isadora C. de Melo Abrahão

Isadora Didio  
Johannes T. Braatz Wildner  
Júlia Razera Oro  
Lara Angi Souza  
Laura Kersting  
Leonardo André S. Loebens  
Lucas Teixeira  
Luís Gustavo Sampaio  
Maria Eduarda R. de Souza  
Maria Fernanda J. de Oliveira  
Maria Gabriela VergaArriero  
Michel de Azeredo Azevedo  
Nathália Zarichta  
Pedro Manzke Glänzel  
Piettra Gontijo Salvati Targa  
Rogério Bender Júnior  
Santiago Diefenthaler  
Sophia Pedroso Kaminski  
Vinícius da Silva Gregory  
Willian Elias Dias de Oliveira  
Zilma Rosa da Silva

## Monitores

Felipe Jung Spielmann  
Jeovana Ceresa  
Jordy Guimarães Costa  
Nicole Mastella  
Roberta Moschetta

## Professores

Adriani Oliveira Galão  
Alberto Mantovani Abeche  
Daniela Vanessa Vettori  
Helena von Eye Corleta  
Janete Vettorazzi  
João Sabino da Cunha Filho  
José Geraldo Lopes Ramos  
Suzana Arenhart Pessini  
Ana Selma Picoloto  
Maria Lúcia R. Oppermann  
Roberta Moschetta  
Sérgio H.A. Martins Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2026/2

Porto Alegre 2023  
UFRGS

U58p Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2026/2 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; organizadores: Adriani Oliveira Galão e Edison Capp – Porto Alegre: UFRGS, 2023.

184p.

ISBN: 978-65-00-83521-2

E-Book: 978-65-00-83522-9

1. Saúde da mulher 2. Promoção da saúde 3. Ginecologia 4. Obstetrícia I. Galão, Adriani Oliveira, org. II. Capp, Edison, org. III. Título

NLM: WA309

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Endereço:

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

FAMED – UFRGS

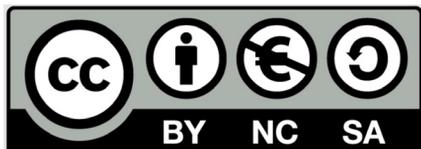
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar

CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS

Editoração, diagramação e capa: Edison Capp

Imagens da capa: [www.pexels.com](http://www.pexels.com) por Andrea Piacquadio, Ana Schvets, Christina Morillo, Dalila Dalprat, Edu Carvalho, Guilherme Almeida, Jonas Kakaroto, Jopwell, Kelvin Octa, Ketut Subiyanto, Luizmedeirosph, Mentatdgt, Picha Stock, Pixabay, Pragyan Bezbaruah, Radomir Jordanovic.

Adequação e procedência das citações e das ilustrações, considerações e conceitos contidos nos textos são de responsabilidade dos autores.



ESTE LIVRO ESTÁ LICENCIADO SOB UMA  
LICENÇA CREATIVE COMMONS  
CC BY-NC-SA 4.0

Esta licença permite que outros distribuam,  
remixem, adaptem e criem a partir deste trabalho,  
exceto para fins comerciais, desde que lhe  
atribuam o devido crédito pela criação original.

## O ressurgimento da sífilis: um desafio de saúde pública

*Vinícius da Silva Gregory  
Adolfo Moraes de Souza  
Willian Elias Dias de Oliveira  
Zilma Rosa da Silva  
Felipe Jung Spielmann  
José Geraldo Lopes Ramos*

A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Desde os seus primeiros registros, há séculos, a sífilis tem sido um desafio para a saúde pública global devido a sua ampla distribuição e as suas complicações potencialmente graves. O conhecimento sobre essa doença tem evoluído significativamente ao longo dos anos proporcionando uma compreensão mais abrangente de sua epidemiologia, patogênese, diagnóstico e tratamento (WORKOWSKI, BOLAN, 2015).

A sífilis apresenta diversas manifestações clínicas e, se não for adequadamente tratada, pode progredir em diferentes estágios. O estágio primário é caracterizado pela presença de uma úlcera indolor conhecida como cancro. No estágio secundário, ocorrem manifestações cutâneas, linfadenopatia generalizada, febre e sintomas sistêmicos (LYNN, LIGHTMAN, 2004).

Em alguns casos, a infecção pode entrar em um estágio latente, sem sintomas aparentes, podendo persistir por anos. Por fim, no estágio tardio, ocorrem complicações graves, como lesões cardiovasculares, neurológicas e ósseas (FRENCH, 2007).

O diagnóstico da sífilis é baseado em uma combinação de história clínica, exame físico, testes sorológicos e, em alguns casos, testes moleculares. Entre os testes sorológicos mais utilizados estão o teste não treponêmico, como o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), e o teste treponêmico, como o TP-PA (*Treponema pallidum* Particle Agglutination Assay) ou o FTA-

ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test) (MARRA, 2009).

O tratamento da sífilis é baseado principalmente na administração de antibióticos, sendo a penicilina o medicamento de escolha. A escolha do regime terapêutico dependerá do estágio da doença, da resposta ao tratamento e de possíveis alergias aos antibióticos utilizados. O acompanhamento regular após o tratamento é fundamental para garantir a cura e monitorar a recorrência da infecção (CAMERON, LUKEHART, 2014).

## Epidemiologia

A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual que continua a representar um importante desafio para a saúde pública, tanto no Brasil quanto no estado do Rio Grande do Sul. A coleta e análise de dados epidemiológicos são fundamentais para entender a magnitude do problema, identificar tendências e direcionar estratégias de prevenção e controle da doença.

No Brasil, o número de casos de sífilis tem mostrado um aumento significativo nos últimos anos. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2020, foram notificados mais de 212 mil casos de sífilis adquirida, um aumento de aproximadamente 11% em relação ao ano anterior. A taxa de detecção da sífilis adquirida foi de 101,8 casos por 100 mil habitantes. Além disso, foram notificados mais de 47 mil casos de sífilis em gestantes, sendo que cerca de 15 mil desses casos resultaram em sífilis congênita, ou seja, transmissão materno-fetal durante a gestação (BRASIL, 2021).

No estado do Rio Grande do Sul, a sífilis também apresenta números preocupantes. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, em 2020 foram notificados mais de 17 mil casos de sífilis adquirida, com uma taxa de detecção de 149,2 casos por 100 mil habitantes. Além disso, foram registrados mais de 2 mil casos de sífilis em gestantes, com uma taxa de detecção de 133,8 casos por 1.000 nascidos vivos. A sífilis congênita afetou cerca de 500 bebês nascidos no estado. Em 2021, Porto Alegre aparece como a capital com maior taxa de incidência de sífilis congênita: 34,6 casos para 1.000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Esses dados evidenciam a importância de intensificar as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis. É fundamental investir em campanhas educativas, capacitação de

profissionais de saúde, ampliação do acesso aos testes rápidos e tratamento adequado. Além disso, é primordial fortalecer a vigilância epidemiológica, garantindo uma coleta de dados precisa e atualizada, a fim de subsidiar a tomada de decisões e monitorar a efetividade das estratégias adotadas.

## Manifestações clínicas

A sífilis é uma infecção bacteriana crônica causada pelo *Treponema pallidum* e que se apresenta com notável pleomorfismo de manifestações clínicas. William Osler, pai da medicina moderna, chamou a sífilis de “a grande imitadora”, referindo-se ao fato de que essa doença pode se assemelhar a diversas outras condições observáveis na medicina. Sem tratamento, a doença progride para as fases primária, secundária e terciária. As fases iniciais (primária e secundária), onde ocorre o aparecimento de lesões, são altamente infecciosas.

Há diversos registros que sugerem que a infecção por *Treponema pallidum* já estava presente desde o período medieval, sendo desde essa época estigmatizada pela população. Um fato histórico curioso é que países cuja população era acometida por sífilis possuíam a tendência de culpar outros países pela epidemia. Por esse motivo, a sífilis possuía vários nomes: doença francesa, doença napolitana, doença castelhana, doença polonesa, entre outros (TAMPA, 2014).

Outro fato marcante na história da sífilis, e que foi responsável por elucidar algumas das manifestações tardias da infecção por *Treponema pallidum*, foi o Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Male Negro, um estudo marcado por várias implicações bioéticas e que é motivo de diversas discussões. Esse estudo, realizado em 1932, selecionou 600 homens afroamericanos, sendo que 399 deles possuíam sífilis e 201 não estavam infectados. O termo consentimento livre e esclarecido dos participantes não foi obtido, e esses foram informados que estariam sendo tratados para “sangue ruim”, um termo genérico que compreendia, à época, várias condições da medicina. O objetivo do estudo era observar a história natural da infecção por sífilis em uma população não tratada, sendo realizadas autópsias nos participantes que morreram com infecção por *T. pallidum*. Entretanto, a penicilina passou a ser o tratamento recomendado para sífilis em 1943, e os participantes não receberam essa

intervenção. Por razões éticas, o estudo foi encerrado em 1972, e os participantes vivos, as viúvas e seus descendentes receberam indenizações do governo estadunidense (WHITE, 2000).

Com anos de observação clínica, foi possível estabelecer alterações importantes causadas pela sífilis e relacioná-las temporalmente. Em função de os sinais e sintomas da doença serem muito heterogêneos, apenas as manifestações mais frequentes e que podem causar ameaça à vida serão abordadas neste trabalho.

O quadro clínico é melhor compreendido quando analisamos a história natural da infecção:

**Estágio primário:** a sífilis primária é marcada por uma lesão inicial que ocorre no sítio de inoculação pelo *T.pallidum*. Essa lesão geralmente é endurecida, indolor, solitária, ulcerativa e de fundo limpo. O aparecimento da lesão ocorre entre 2 a 3 semanas após o contato com a bactéria, geralmente por via sexual. Essa lesão, denominada com frequência de cancro duro, pode ser mais facilmente observada em homens, geralmente na parte distal do pênis. Entretanto, essas lesões podem ser encontradas em outros lugares, como colo uterino, vagina e reto, podendo passar despercebidas sem um exame físico meticuloso. Os diagnósticos diferenciais mais frequentes dessas lesões são úlceras por herpesvírus, cancróide, trauma, doença de Behçet e erupção cutânea causada por medicamentos. O cancro pode estar acompanhado de linfadenomegalia regional, em que os linfonodos se apresentarão com consistência fibroelástica ou, até mesmo, endurecida. Se não for instituído um tratamento após um período que varia de 3 a 6 semanas, as lesões se resolvem espontaneamente sem deixar cicatrizes. Caso o tratamento seja instruído, a resolução do quadro se dá em poucos dias (PEELING, 2017).

**Estágio secundário:** a sífilis secundária ocorre após ou concomitantemente à sífilis primária devido à disseminação hematogênica do *T.pallidum*. A manifestação clássica da sífilis secundária consiste em rash maculares não dolorosos e não pruriginosos, de coloração avermelhada ou acobreada, medindo entre 1 a 2 centímetros, distribuídos na planta dos pés e/ou nas palmas da mão. Esse rash pode ser discreto e muitas vezes pode passar despercebido. Além disso, pode, também, envolver mucosas ou tecido epitelial. Quando acomete regiões mucosas, é possível perceber lesões altamente infecciosas e de aparência verrucosa

denominada condiloma lata. Outrossim, as lesões podem estar bem localizadas ou disseminadas, assumindo aparência pustular, papular, macular ou escamosa, sendo semelhante a diversas outras patologias dermatológicas. Sífilis maligna, também chamada de sífilis nódulo-ulcerativa, geralmente é diagnosticada pela presença de úlceras assimétricas ou placas necróticas arredondadas. Sem tratamento, as lesões se resolvem espontaneamente sem escarificação em um período que varia de semanas a meses. Os diagnósticos diferenciais da sífilis secundária incluem dermatite de contato, eczema, febre maculosa, dermatite atópica, eritema multiforme, pitiríase rósea e alergia sistêmica. Sintomas menos específicos, como mialgia, fadiga, dor de garganta, febre baixa e cefaléia, geralmente também estão presentes. Linfadenopatia generalizada também pode estar presente e deve ser diferenciada de mononucleose infecciosa e linfoma de Hodgkin. Além destes sintomas, foram relatados casos de sífilis que cursaram com hepatite, hepatoesplenomegalia e síndrome nefrótica (HOOK, 2017, LUKEHART, 2020).

**Sífilis recidivante e sífilis latente:** após a resolução das lesões da sífilis primária ou secundária, alguns pacientes, em torno de 20-30%, apresentam recorrência das lesões, sendo, portanto, denominada sífilis recidivante. A sífilis latente é caracterizada pela ausência de sintomas após a resolução do primeiro quadro de sífilis secundária. Esse período pode perdurar durante a vida toda, e seu diagnóstico é geralmente estabelecido empregando-se testes sorológicos (GHANEN, HOOK, 2022).

**Sífilis tardia:** a sífilis terciária, ou tardia, cursa progressivamente de forma lenta, embora algumas manifestações, em especial as neurológicas, possam ter início súbito. Nesse estágio não ocorre transmissão sexual. Qualquer órgão do corpo pode ser acometido na sífilis terciária, embora haja três tipos principais de doença: sífilis cardiovascular, neurosífilis e sífilis benigna tardia. A sífilis benigna tardia é marcada por aparecimento de lesões expansivas, assimétricas e geralmente agrupadas, as gomas. As gomas podem acometer órgãos viscerais e o sistema respiratório; os diagnósticos diferenciais incluem tuberculose, sarcoidose, hanseníase e doenças fúngicas profundas. As principais manifestações da sífilis cardiovascular incluem insuficiência aórtica e aneurisma de aorta, geralmente situado na porção ascendente do vaso. Essas manifestações são causadas por endarterite dos vasa vasorum. Curiosamente, a sífilis cardiovascular não foi

documentada sífilis congênita, fenômeno esse que permanece sem explicação consistente. A neurosífilis pode ser assintomática ou cursar como meningite sífilítica, sífilis meningovascular, tabes dorsalis e paresia geral. A meningite sífilítica é caracterizada como uma meningite asséptica subaguda. Alguns indivíduos podem apresentar endarterite dos vasos encefálicos, caracterizando sífilis meningovascular. Tabes dorsalis é uma doença lentamente progressiva e degenerativa que acomete as colunas e as raízes posteriores da medula espinal, causando perda progressiva da propriocepção, dos reflexos periféricos, da sensação vibratória e ataxia. A paresia geral é uma meningoencefalite sífilítica que cursa com perda global e progressiva da função cortical (GHANEN, HOOK, 2022; FORRESTEL, KOVARIK, KATZ, 2020).

**Sífilis congênita:** a infecção congênita ocorre por transmissão transplacentária do *Treponema pallidum* ou, menos frequentemente, por contato direto com as lesões infectantes maternas durante o parto. A transmissão materno-infantil pode ocorrer em qualquer estágio da doença, mas é mais frequente durante os estágios primários e secundários. Quando não diagnosticada a infecção materna, a sífilis congênita pode ocasionar em natimortos, prematuridade ou síndromes de sífilis congênita. As manifestações são mais comumente observadas no período no período perinatal, mas podem ocorrer mais tardiamente. A clínica é semelhante à sífilis secundária do adulto. A sífilis congênita tardia é um diagnóstico dado após 2 anos ou mais do nascimento, e pode permanecer latente. Manifestações neurológicas na sífilis congênita são frequentes, incluindo ceratite intersticial e surdez do oitavo nervo craniano. Manifestações cardiovasculares clássicas da sífilis tardia não foram documentadas na sífilis congênita. Alterações ósseas decorrentes de periostite ocasionam ossos frontais proeminentes, arqueamento das tíbias, depressão da ponte nasal e desenvolvimento defeituoso da maxila. Artrite de início tardio acometendo os joelhos (articulações de Clutton) também são achados não tão raros. A dentição também pode estar afetada, ocasionando os dentes de Hutchinson e os molares em amora (KEUNING, 2020).

## Diagnóstico laboratorial

Devido às diferentes complicações que podem ser causadas pela sífilis, bem como a chance de transmissão materno-

fetal, o diagnóstico deve ser estabelecido o mais breve possível. Como o quadro clínico é bastante pleomórfico, o diagnóstico também se baseia em testes laboratoriais. No Brasil, o Ministério da Saúde disponibiliza um manual que visa auxiliar os profissionais da saúde na interpretação dos diversos testes para a sífilis. (BRASIL, 2021).

Podemos dividir os testes diagnósticos em dois tipos: exames diretos e testes imunológicos. Os testes imunológicos são divididos em testes não treponêmicos e testes treponêmicos. (PEELING, 2017).

Os exames diretos são realizados em amostras coletadas diretamente das lesões sífilíticas, utilizando como amostras o exsudato seroso de lesões ativas, biópsia de tecidos e aspirado de linfonodos. Os métodos empregados em exames diretos são a microscopia de campo escuro, microscopia com material corado, imunofluorescência direta e ampliação de ácidos nucleicos.

Os testes imunológicos são os mais utilizados rotineiramente. Estes testes detectam anticorpos em amostras de sangue, soro ou plasma. Testes treponêmicos detectam anticorpos produzidos durante a infecção, usualmente IgM e IgG, específicos contra proteínas presentes no *T. pallidum*. Para o diagnóstico da sífilis, é recomendado somente o uso de testes treponêmicos com capacidade de detectar anticorpos totais (IgM e IgG). Esses testes são os primeiros a apresentarem resultado positivo pós-infecção, em até 10 dias após o surgimento da lesão primária. Um fato importante a ser destacado é que aproximadamente 85% dos indivíduos permanecerão com teste reagente mesmo após a erradicação da bactéria. Assim, testes treponêmicos não devem ser utilizados para monitorar o tratamento. Os testes treponêmicos disponíveis são: ensaio imunossorvente ligado à enzima (ELISA), teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção (FTA-Abs), ensaios de quimioluminescência, testes de hemaglutinação e aglutinação e testes rápidos treponêmicos (imunocromatografia) (GHANEN, HOOK, 2022).

Os dois principais testes não treponêmicos são o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e o PRP (Rapid Plasmatic Reagin). O VDRL utiliza uma suspensão de antígenos compostas por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina, sendo que a amostra utilizada é o soro inativado ou o líquido. O PRP é uma modificação do VDRL que visa permitir a leitura

do resultado a olho nu. Os resultados dos testes não treponêmicos são dados sob a forma de diluição. Cabe destacar que diversas condições biológicas podem levar a resultados falso-positivos em testes não-treponêmicos, pois os anticorpos anticardiolipina podem ser produzidos em outras doenças que levem à morte celular. Apesar disso, qualquer título em teste não-treponêmico deve ser interpretado como suspeita de sífilis (GHANEN, HOOK, 2022; PEELING, 2017).

A abordagem preconizada atualmente pelo Ministério da Saúde consiste na abordagem reversa à abordagem clássica, em que o teste não-treponêmico é realizado primeiramente. Nesta abordagem, utiliza-se um teste treponêmico rápido ou ambulatorial e, caso o resultado seja reagente, realiza-se um teste não-treponêmico. Se o teste não-treponêmico for positivo, o diagnóstico de sífilis está confirmado. Caso haja inconsistência entre o teste treponêmico e o não treponêmico, deve ser realizado um outro teste treponêmico. Essa abordagem permite a detecção de sífilis rapidamente na atenção primária, por meio do uso de testes rápidos (BRASIL, 2021).

O Ministério da Saúde recomenda a testagem de sífilis em gestante duas vezes: uma no primeiro trimestre e outra no terceiro trimestre de gestação. O emprego de testes rápidos possui vantagens por agilizar o diagnóstico e o tratamento. Se houver histórico de tratamento para a sífilis durante a gestação, deve-se empregar testes não treponêmicos para verificar os títulos de anticorpos e comparar com as informações no período pré-natal. Todos os recém-nascidos de mães com diagnóstico de sífilis durante a gravidez devem ser submetidos a teste de sangue periférico não treponêmico concomitantemente com o teste não treponêmico materno, independentemente do histórico de tratamento da mãe. Um título maior que o materno em pelo menos duas diluições de um teste não treponêmico é um indício de infecção congênita (BRASIL, 2021).

## Sífilis congênita

A maioria dos casos de sífilis são adquiridos por contato sexual, sangue ou agulhas contaminadas, transplante de órgãos ou transfusão com sangue não testado. Além disso, a bactéria pode ser transmitida da mãe para o filho em qualquer fase da gestação ou no momento do parto e pela amamentação. O primeiro sintoma

é uma ferida indolor e sem sangramento no local de entrada da bactéria, podendo ser a vagina, o colo uterino, a vulva, a mama, o ânus, a boca ou a língua (LUKEHART, 2020).

A Sífilis Congênita (SC) resulta da transmissão vertical da bactéria através de gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente. A sífilis congênita pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida.

A gestante infectada, quando sem diagnóstico e quando não tratada durante o desenvolvimento fetal, tem grandes chances de dar origem a recém-nascidos portadores de *T.pallidum*. Quando adquirida durante a gestação, a sífilis pode levar ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do concepto, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico. Por isso, a recomendação é que a gestante seja testada pelo menos duas vezes durante o pré-natal, no 1º e 3º trimestres. O principal agravo da sífilis quando se trata do parto normal é o elevado risco de contaminar o recém-nascido caso haja qualquer ferida na região vaginal. Alguns exames são utilizados para o diagnóstico e seguimento da doença.

O tratamento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a benzilpenicilina benzatina o medicamento de escolha e a única droga que pode ser utilizada na gestação. Para prevenção da sífilis congênita, tanto as gestantes quanto seus parceiros devem fazer os exames de diagnóstico.

## **Sífilis e coinfeção por HIV**

Especula-se que os aumentos recentes da sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis podem estar relacionados ao sexo sem proteção entre pessoas que são concordantes quanto ao HIV e à desinibição permitida por terapias antirretrovirais altamente efetivas. Assim, a identificação e o tratamento de todos os contatos sexuais recentemente expostos continuam sendo aspectos importantes do controle da sífilis.

Como as pessoas em risco mais alto para sífilis também têm risco aumentado de infecção por HIV, essas duas infecções frequentemente coexistem. Há evidências de que a sífilis e outras doenças com úlceras genitais são fatores de risco importantes

para aquisição e transmissão de infecção por HIV. Algumas manifestações da sífilis podem ser alteradas em pacientes com infecção por HIV concomitante, e múltiplos casos de recaída neurológica depois da terapia-padrão têm sido relatados nesses pacientes. As pessoas com infecção por HIV recém diagnosticada devem ser testadas para sífilis; inversamente, todos os pacientes com sífilis recentemente diagnosticada devem ser testados para infecção por HIV (LUKEHART, 2020).

## Tratamento

A abordagem para o tratamento de adultos e não grávidas com sífilis é consistente com as diretrizes de 2021 dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos.

O primeiro passo é fazer a avaliação pré-tratamento que preconiza a submissão dos pacientes com sinais e sintomas consistentes com sífilis aos testes sorológicos para confirmação do diagnóstico. No entanto, certos grupos de pacientes podem ser tratados empiricamente para sífilis precoce com base em achados clínicos.

Um teste sorológico não treponêmico deve ser obtido imediatamente antes do início da terapia (idealmente no primeiro dia de tratamento) para estabelecer o título pré-tratamento. Como os títulos não treponêmicos podem aumentar significativamente entre a data do diagnóstico e a data do tratamento, esse teste é fundamental para estabelecer a adequação da resposta sorológica pós-tratamento.

A penicilina G — administrada por via parenteral — é o tratamento de escolha para todos os estágios da sífilis. As recomendações de tratamento são baseadas na farmacocinética das drogas disponíveis, na taxa de crescimento lento do agente causal, na atividade in vitro de agentes antimicrobianos contra *T.pallidum* e em mais de 50 anos de experiência clínica com o uso deste antimicrobiano (HICKS, CLEMENT, 2023).

Em todos os tipos de sífilis, níveis contínuos e prolongados de penicilina são necessários para a eliminação dos treponemas. Contudo, a dosagem, a formulação e a duração do tratamento dependem do estágio da doença. Outro fator relevante é avaliar se a infecção envolve ou não “locais protegidos”, que sequestram *T.pallidum*. Os mais comuns são estruturas oculares e sistema

nervoso central (SNC).

A penicilina G benzatina de ação prolongada administrada por via intramuscular fornece níveis contínuos de penicilina em todos os tecidos, exceto nesses locais protegidos. Assim, pacientes com sífilis envolvendo essas áreas precisam ser tratados com penicilina G intravenosa (IV) a fim de atingir os objetivos do tratamento.

Para pacientes alérgicos à penicilina, as opções incluem:

- Teste para alergia à penicilina e/ou reintrodução com penicilina
- Dessensibilização à penicilina se o teste de alergia for positivo

A dessensibilização à penicilina pode ser uma alternativa viável, em vez de usar um agente alternativo. Nesses casos, essa prática pode ser útil para as grávidas e pacientes com manifestações oculares, cardiovasculares de sífilis tardia, neurosífilis e também para aqueles com falha no tratamento (HICKS, CLEMENT, 2023).

Agentes antimicrobianos alternativos incluem tetraciclina, como a, doxiciclina e cefalosporinas. Porém, é necessário avaliar os riscos de hipersensibilidade também para as cefalosporinas (HICKS, CLEMENT, 2023).

Os objetivos do tratamento da sífilis variam conforme o estágio da doença. Na sífilis precoce, por exemplo, a meta é a prevenção de resultados adversos a longo prazo da infecção e a redução da transmissão para outras pessoas. Um diagnóstico de sífilis precoce implica que a infecção por *T. pallidum* ocorreu no ano anterior. Já para os estágios mais avançados, o objetivo é controlar a manifestação dos sintomas de maior gravidade.

Para a maioria dos pacientes, inclusive para as grávidas, a penicilina G benzatina (2,4 milhões de unidades IM, quantitativamente proporcional à fase da doença) fornece níveis séricos adequados e persistentes de penicilina (WORKOWSKI, BOLAN, 2015).

**Sífilis primária** - indicação é de uma única dose, dividida em 2 injeções (com 2,4 milhões de unidades IM cada) que devem ser aplicadas uma em cada glúteo.

**Sífilis recente secundária e latente** - indicação é de duas

doses semanais, por duas semanas (com 2,4 milhões de unidades IM cada). Nesse estágio da doença, o tratamento dura 2 semanas, já que são necessárias a aplicação de 2 doses.

**Sífilis terciária** - é a fase mais grave, que causa sintomas mais graves e pode afetar olhos e cérebro. O tratamento é feito com 3 doses de penicilina semanais (com 2,4 milhões de unidades IM cada) durante três semanas. Nessa etapa da doença, as injeções devem ser feitas via intravenosa (HICKS, CLEMENT, 2023).

Na gestação, o uso de penicilina G benzatina para o tratamento da sífilis deve ser priorizado. Caso exista alguma excepcionalidade, o ideal é adotar esquemas alternativos.

A formulação e a dose dependem da manifestação da doença. Aqueles que são alérgicos à penicilina devem ser tratados em conjunto com um alergista para que possam ser dessensibilizados ou reabilitados e tratados com penicilina G.

Para as gestantes com alergia à penicilina, o tratamento deve ser feito com cautela: a melhor alternativa é a dessensibilização.

Para homens e não grávidas com alergia à penicilina a melhor terapia contra a sífilis é com Doxiciclina 100 mg, via oral, de 12/12 horas por 15 dias. Outra opção é a Ceftriaxona 1 g, via intramuscular ou intravenosa, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias (HICKS, CLEMENT, 2023).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2021. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. Brasília: 2021.

CAMERON, Caroline E.; LUKEHART, Sheila A.. Current status of syphilis vaccine development: need, challenges, prospects. Vaccine, [S.L.], v.32, n.14, p.1602-1609, mar.2014. Elsevier BV.

FORRESTEL, A.K.; KOVARIK, C.L.; KATZ, K.A. Sexually acquired syphilis: Historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. Journal of the American Academy of Dermatology, v.82, n.1, p.1–14, jan.2020.

FRENCH, Patrick. Syphilis. *Bmj*, [S.L.], v.334, n.7585, p.143-147, 18 jan.2007

GHANEN, Khalil; HOOK, Edward W.III. Sifilis. In: GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew. *Goldman-Cecil Medicina*. 26.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p.2185 - 2195.

HICKS, Charles B.; CLEMENT, Meredith. Syphilis: Treatment and monitoring. In: *UpToDate*. [S.L.], 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com> - Acesso em 14 de junho de 2023.

HOOK, E.W. 3RD. Syphilis. *Lancet* (London, England), v.389, n.10078, p.1550–1557, 15 abr.2017.

KEUNING, M.W. *et al.* Congenital syphilis, the great imitator - case report and review. *The Lancet. Infectious diseases*, v.20, n.7, p.e173–e179, jul.2020.

LUKEHART, Sheila. In: JAMESON, J.L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; *et al.* *Medicina interna de Harrison - 2 volumes*. Porto Alegre: Artmed, 2020. p.1278 - 1285.

LYNN, W.A.; LIGHTMAN, S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. *The Lancet infectious diseases*, v.4, n.7, p.456-466, 2004.

MARRA, Christina M. Update on neurosyphilis. *Current Infectious Disease Reports*, [S.L.], v.11, n.2, p.127-134, mar.2009. Springer Science and Business Media LLC.

PEELING, R.W. *et al.* Syphilis. *Nature Reviews. Disease Primers*, v.3, p.17073, 12 out.2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. *Informe Epidemiológico - Sífilis 2020*. Porto Alegre, 2020.

TAMPA, M. *et al.* Brief history of syphilis. *Journal of medicine and life*, v.7, n.1, p.4–10, 15 mar.2014.

WHITE, Robert M..Unraveling the Tuskegee Study of Untreated Syphilis.Archives Of Internal Medicine, [S.L.], v.160, n.5, p.585-598, 13 mar.2000.American Medical Association (AMA).

WORKOWSKI, Kimberly A.; BOLAN, Gail A.Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015.