

TRATAMENTO DA SÍFILIS

Ângela Cristina da Silva¹
Flávia Larissa Vieira de Almeida¹
Valdirene Fideles de Sousa¹
Prof. Dr. Cristiano José da Silva²

RESUMO: Um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade é o elevado índice das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), dentre elas, a Sífilis (Lues). A Sífilis é uma doença infecciosa, aguda e crônica, causada pelo *Treponema pallidum* (uma espiroqueta). É adquirida pelo contato sexual ou pode ser de origem congênita. Evolui em fases: primária, secundária e terciária. Manifesta-se como uma lesão inicial solitária no ponto onde os treponemas penetram no organismo; depois surgem manifestações cutâneas e viscerais transitórias e generalizadas. Anos, mais tarde, aparecem lesões granulomatosas destrutivas e disseminadas. Este artigo trata-se de uma minirrevisão bibliográfica e os dados nele apresentados foram obtidos em sites e revistas científicas. Esta pesquisa teve como objetivo, principal, verificar o que há de inovação entre os anos de 2005 a 2011 para o Tratamento da Sífilis. O presente estudo ainda contempla, além de outros tópicos, as recomendações apropriadas para a terapia em cada estágio da patologia. Conclui-se, que a Sífilis é uma doença curável, e não deixa seqüelas quando diagnosticada no início.

Palavras-chaves: Sífilis, Tratamento e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

TREATMENT OF SYPHILIS

ABSTRACT: A major public health problem today is the high rate of Sexually Transmitted Diseases (STDs) among them, Syphilis (Lues). Syphilis is a venereal disease and acute and chronic infectious disease caused by *Treponema pallidum* (a spirochete). It is acquired through sexual contact or may be congenital. Evolves in stages: primary, secondary, latent and tertiary. It manifests as a solitary lesion starting at the point where the treponemes enter the body, then skin and visceral manifestations appear transient and generalized. Years later, granulomatous lesions are destructive and widespread. This article is a literature minireview and the data it presented were obtained from books, websites and scientific journals. This research aimed to verify that there is innovation in the years 2005 to 2011 for the Treatment of Syphilis. This study also includes, among other topics, appropriate recommendations for therapy at each stage of the disease. It is concluded that a curable disease and syphilis, and leaves no sequelae when caught early.

Keyword: Syphilis, Treatment and Sexually Transmitted Diseases

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, apesar das melhorias no campo de saúde pública, no Brasil ainda tem alta incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis. As DSTs são motivos de preocupações para as autoridades na área de saúde pública, ocorrendo no mundo mais de 12 milhões de casos por anos, dentre estes, 900 mil casos no Brasil. Um fato que deve ser observado, é que mesmo estando no terceiro milênio, vivendo num mundo globalizado e com os avanços das descobertas na área da saúde, doença infecciosa como a Sífilis continua com alta prevalência nas populações. O que chama mais a atenção é que o tratamento desta doença necessita do mínimo de sofisticação tecnológica (SANTOS; ANJOS, 2009).

A Sífilis é uma doença infecciosa bacteriana e o seu agente etiológico é o *T. pallidum*. Ela pode ser adquirida através da relação sexual, de forma congênita pela via placentária e decapitada (por transfusão sanguínea); se não tratada rapidamente evolui tornando-se crônica e com manifestações sistêmicas. A doença é classificada nas seguintes fases: Sífilis primária, secundária latente e terciária (TORELLY, 2005).

É importante durante a gravidez redobrar a atenção ao pré-natal para que haja prevenção da transmissão vertical para feto. Quando detectada a doença deve ser notificada à vigilância epidemiológica, tornando-se esta atribuição uma das responsabilidades dos serviços de saúde pública (ARAUJO; COSTA; SILVA; AZEVEDO; LIMA, 2006).

Os profissionais da área de saúde têm o importante papel de produzir informações, esclarecer e incentivar as famílias e os pacientes, sobre os tratamentos e prevenção das DSTs. É preciso ressaltar que os custos e benefícios da prevenção da Sífilis, baseados na atenção primária, são mais favoráveis do que o tratamento reduzindo os gastos públicos e permitindo a aplicação de verbas em outros setores da saúde pública, através de novos investimentos (BRASIL; 2010).

1.1 HISTÓRIA DA SÍFILIS

Há duas vertentes principais sobre a origem da patologia. Uma defende que a Sífilis é uma doença de origem Americana e que o navegador genovês Cristóvão Colombo foi responsável pela chegada dela na Europa tornando-se conhecida, no mundo, desde o século XV. A outra vertente sobre a origem afirma que ela é uma doença antiga presente no Velho Mundo. Possivelmente no século XVI o seu agente etiológico sofreu algumas mutações tornando-se mais virulento. De modo que a origem da patologia não é, claramente determinada; mas há relatos que Hipócrates na Grécia antiga documentou-a em sua forma terciária (AZULAY, 2008).

Em 1494, Carlos VIII invadiu Roma, com um exército de 12.000 homens. Estes guerreiros eram recrutados de várias nações permanecendo, entre orgias e comemorações com prostitutas, as levaram para invadir Nápoles no ano de 1495, seguindo com orgias, ao ponto desta invasão a ser chamada “Fornicação”, sendo forças maiores fez com que o exército do rei se imigrasse para Itália, onde dois médicos constataram aspectos clínicos nos soldados lesões que parecia grão de milho e constataram como Sífilis e com isso os soldados disseminaram a doença em suas famílias (NETO; SOLER; BRAILE; DAHER, 2009).

A sífilis foi encontrada em uma amostra proveniente de um esqueleto de 200 anos de idade, na ilha de Páscoa, realizaram um diagnóstico inicial de infecção causado por treponemas, houve uma confirmação extensa de purificação da imunoglobina, que reagiu com o antígeno T. Pallidum (HO EL; LU KEHART SA, 2011).

1.2 AGENTE ETIOLÓGICO

O *T. pallidum* é uma bactéria do filo espiroqueta, que possui duas espécies causadoras doenças no homem, são elas: *T. pallidum* e *T. carateum*. A primeira possui três subespécies: *T. pallidum endemicum*, *T. pallidum pertenuei* e *T. Pallidum*. O *T. pallidum* é uma espiroqueta gram-negativa delgada, contendo no nucleóide seu genoma. Tem pouca possibilidade de crescer em condições de cultura *in vitro*, vive em codições anaérobica ou microaerófila. Tendo a porção externa da

membrana apresentando poucas proteínas, propriedade que o possibilita escapar da resposta imune do hospedeiro e assim, causar a doença por anos e até décadas. Entre os polipeptídeos presentes em sua membrana os mais abundantes são um grupo de lipoproteínas de função ainda desconhecida, mas parece ser importantes na resposta imune durante a infecção sífilítica. Os flagelos de *T. pallidum* e outras espiroquetas são únicos no que diz respeito ao seu conteúdo proteico; eles também são periplasmáticos (MIKALOVÁ; 2010).

1.3 MODO DE TRANSMISSÃO DA SÍFILIS

O *T. pallidum* é adquirido através do contato direto com a ferida, seja, através da relação sexual vaginal, anal ou oral. Mulheres grávidas com Sífilis podem transmiti-la para o bebê, sendo denominada Sífilis congênita. A outra forma de transmissão é rara, pois é por via indireta, ou seja, transfusão sanguínea (AVELLEIRA; BOTINO, 2006).

1.3.1 Sífilis congênita

A Sífilis pode ser de origem congênita. Ocorre por transmissão vertical quando for transmitida da mãe para o feto através da via placentária. Na Sífilis congênita ocorre a disseminação hematogênica do *T. pallidum* na gestante, presente na corrente sanguínea da mãe o agente atravessa a barreira placentária após 16 semanas de gestação e penetra na corrente sanguínea do feto. Os principais fatores que determinam maior probabilidade de transmissão estão presentes somente nas fases iniciais da doença, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes aumentando o risco do feto ser contaminado. A taxa de transmissão é de 70%-100% na fase primária e secundária, e aproximadamente de 40% na fase latente tardia. Havendo a contaminação do feto, há risco maior de ocorrer aborto espontâneo ou morte fetal. A Sífilis quando se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada de Sífilis congênita precoce, e após os dois anos de vida é chamada Sífilis congênita tardia (KHETARPAL; KEMPF; MOSTOW, 2011).

Após a confirmação da doença na gestante, começa os trabalhos de prevenção que vão até o nascimento da criança. Estes cuidados impedem que haja as diversas manifestações cutâneas de imediato, ou no período de latência e a evolução que ocasionaria algumas lesões deformantes como: a destruição tecidual e cutaneomucoso além de manifestações como icterícia, generalizada, anemia e também graves seqüelas neurológicas. Desta forma, a Sífilis gestacional requer uma intervenção imediata para não ocorrer a transmissão vertical, destacando com isto a importância da realização do pré-natal e do acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro oferece gratuitamente diagnósticos rápidos e precisos para os cuidados com a gestante (BRASIL, 2010). (Figura 1 em anexo).

1.3.2 Sífilis decapitada

A Sífilis decapitada é adquirida pela transfusão sanguínea, já que não apresenta a fase primária e tendo início diretamente na fase secundária da doença devido ao *T. pallidum* ter o contágio direto com sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O risco de transmissão transfusional de Sífilis na população é baixo devido ao preenchimento de um questionário antes da doação e exames laboratoriais, excluem os pacientes doentes que são grupos de risco. Mesmo que ocorram falhas, o risco de contágio é baixo, pois a bactéria morre rapidamente durante as condições normais de armazenamento do sangue (HEIR HE; JENUM PA, 2010).

2. ESTÁGIOS DE MANIFESTAÇÃO

2.1 Sífilis primária

Manifesta-se como um o cancro duro ou protossifiloma caracterizando a lesão inicial, que surge no local da inoculação após o contato com o agente infeccioso. Causa adenite no intervalo de três semanas a quatro semanas e depois

desaparecem sem deixar cicatrizes; manifesta-se com sinais flogísticos com uma pápula de cor rósea, que evolui para uma lesão erosada ou ulcerada de um vermelho mais intenso, é indolor, sem manifestações inflamatórias perilesionais, com as bordas endurecidas, um fundo liso e brilhante, revestido por um material seroso. Depois de uma ou duas semanas, o sintoma é de uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, com nódulos duros e indolores. O cancro apresenta-se como uma pequena ferida ou ulceração firme e dura ocorrendo no ponto exposto inicialmente ao *Treponema*, freqüentemente nas extremidades do pênis, no reto, na boca ou na língua. Entre 90% a 95% dos casos são notificados na região genital. No homem é mais comum diagnosticá-lo no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

No sexo feminino, as lesões podem ocorrer no interior do trato genital ou nos pequenos lábios, porém são difíceis de serem diagnosticadas, devido à dificuldade de visualização (SARACENI, 2005). (Conforme figura 2 em anexo).

2.2 Sífilis secundária

A fase secundária inicia-se entre quatro e oito semanas após a lesão primária. Na maioria dos casos os pacientes pensam que estão curados ou, às vezes, não se lembra de ter tido a lesão primária. Sabe-se que em um quarto (25%) dos casos diagnosticados de Sífilis secundária a lesão primária ainda está presente. Após o contágio sexual o período de latência é de 7 a 90 dias. A doença em atividades acomete a pele e os órgãos internos distribuindo o *T. pallidum* pelo corpo do indivíduo contaminado. Os sintomas gerais da fase secundária são: mal-estar, cefaléia, dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, artrite e rouquidão, exantema no corpo e face (OLIVEIRA *et al.*, 2007). (Conforme figura 3 e 4 em anexo).

2.3 Sífilis terciária

Esta fase é mais conhecida como tardia, é o resultado final na história natural da doença. Nesse estágio desenvolvem-se lesões com características terciárias, causando uma doença inflamatória lentamente progressiva e nesse estágio tem um grande potencial de evoluir e afetar todos os órgãos, incluindo a pele, mucosas, sistema ósseo, cardiovascular e nervoso. As lesões são solitárias, assimétricas endurecidas e com pouca inflamação. As manifestações mais comuns são: lesões bucais afetando com mais frequência o palato duro e a língua; sífilis óssea onde pode ocorrer osteíte gomosa, periostite, artralgia artrites, sinusites e nódulos justo-articulares. Também pode ocorrer comprometimento cardiovascular com a aortite sífilítica causando a insuficiência aórtica, aneurisma e estenose de coronárias. A Sífilis no sistema nervoso é assintomática ou sintomática, com as seguintes formas: meningovascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, neurosífilis, psicose, paralisia e atrofia do nervo óptico, acidente vascular cerebral (YACYSHYN; CHIOUCHANWISAWAKET EMERY; JHAMANDAS; RESCH; TAYLOR 2011). (Conforme figura 5 em anexo).

3 EQUIPE DE ENFERMAGEM E TRATAMENTO DA SÍFILIS

É esperado que o profissional de enfermagem compreenda todos os métodos de tratamento e ação dos fármacos neles utilizados. Espera-se também que perceba as possíveis alterações no sistema imunológico do paciente, bem como conheça a importância da atuação dos profissionais de enfermagem na aplicação das medidas profiláticas; na realização, implementação e operacionalização de ações que visa buscar a sistematização do cuidado individual do cliente. O profissional de saúde deve sempre optar por medidas de prevenção e ter bastante atenção e cautela durante a realização de procedimentos em indivíduos com suspeita ou portador de Sífilis. É indispensável o uso dos equipamentos de proteção individual (BRASIL, 2005).

A equipe de enfermagem desempenha um papel muito importante para a

sociedade, pois realiza trabalho constante na prevenção da ocorrência da Sífilis e de outras doenças infecto contagiosas. Seu trabalho se desenvolve por meio de ações assistenciais, através de campanhas, palestras; e também nas consultas do pré natal que são realizadas por enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde. Saber orientar as gestantes sobre a importância da realização de testes sorológicos, mesmo com ausência de sintomas, constitui uma ação valiosa dos profissionais de enfermagem (SANTOS; ANJOS, 2009).

4. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

Os diagnósticos são clínicos epidemiológicos e laboratoriais. O primeiro passo é a identificação do *T. pallidum* que confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do Treponema, que se apresenta móvel, porém a pesquisa direta se aplica somente no material retirado das lesões, chamada de biópsia ou autópsia, é um procedimento com de cerca 70% a 80% de sensibilidades (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O diagnóstico sorológico é baseado em reações não treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A prova de rotina é a reação de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), um micro aglutinação com cardiolipina sendo indicada para o diagnóstico e segmento terapêutico, devido a propriedade de ser passível de titulação. Após o tratamento do indivíduo o VDRL apresenta uma queda progressiva nas titulações, na fase primária é de 78% sendo que na fase secundária é de 100% e latente cerca 96% podendo resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Para a confirmação do diagnóstico utiliza se um teste treponêmico como FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidades, sendo o primeiro a ser positivo na infecção. Sua sensibilidade na fase primária é de 84%, na secundária e latente é de 100% e de 96% na fase terciária. Já o comprometimento do sistema nervoso é comprovado no exame do líquido, podendo ser encontradas pleiocitose, hiperproteinorraquia e positividade das

reações sorológicas. O exame radiológico de ossos longos é útil como apoio do diagnóstico da Sífilis Congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

5 TRATAMENTO DA SÍFILIS

Nas diversas tentativas de tratamento e cura da Sífilis foram utilizadas, várias substâncias químicas, incluindo entre elas, o mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Em 1909, o cientista Paul Erlich elaborou um quimioterápico arsênico sendo denominado composto 606 ou Salvarsan e em 1910 foi anunciada a cura para sífilis devido ao entusiasmo e sucesso do novo medicamento (BERALDO, 2005).

Em 1917 utilizou também em pacientes portadores da doença o tratamento de malarioterapia. Expunha o *T. pallidum* ao calor, submetendo o paciente à banhos quentes com vapor visando aumentar a temperatura corporal; apesar do entusiasmo dos especialistas da época com possível terapia ela se mostrou pouca eficácia no tratamento da patologia (TARELOW, 2009).

No ano de 1920 utilizavam-se para a terapia o mercúrio e bismuto, este tratamento poderia durar meses, sendo muito dispendioso para o sistema de saúde, pois necessitavam no mínimo 20 consultas médicas durante o ano. Além destes inconvenientes as substâncias utilizadas para o tratamento eram muito tóxicas, e seus efeitos, às vezes, acarretava o óbito dos pacientes (GOLDIM, 2005).

Já em 1928 Fleming, fez a descoberta de um bactericida proveniente do fungo *Penicillium notatus* que modificou a história das infecções e consequentemente da sífilis. O antibiótico penicilina, fruto da descoberta, age interferindo na síntese do peptidoglicano, um componente da parede celular do *T. pallidum* permitindo entrada excessiva de água o que acaba destruindo o microrganismo (SGARIONI, 2008).

No ano de 1930 foi utilizado o Trióxido de arsênio pela medicina ocidental, como o primeiro quimioterápico eficaz contra a sífilis. O mesmo já vinha sendo utilizado a mais de 5.000 anos pela medicina tradicional chinesa (AU WY, 2011).

Em 1943, Mahoney descobriu que a Penicilina interage em todos os

estágios da sífilis. As lesões têm uma grande regressão devido à resistência da droga contra a sensibilidade do treponema (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). (Conforme figura 6 em anexo).

Ocorreu na Europa em 1980 várias tentativas, usando a engenharia genética, na busca de um medicamento que fosse eficaz para pacientes alérgicos ou que apresentavam outras reações a base de penicilina, ocorrendo sua substituição sendo a ceftriaxona e doxiciclina (GOLDMEIER D; HAY P. 2011).

A sífilis geralmente é curável nos primeiros estágios, com uma única injeção intramuscular de penicilina. As doses adicionais são necessárias para tratar pessoas que tem Sífilis a mais de um ano. No entanto para pessoas alérgicas existem outros antibióticos que substitui a penicilina como; a ceftriaxona e doxiciclina. As pessoas que começam o tratamento da sífilis devem abster-se de relação sexual até o momento que as feridas estejam completamente cicatrizadas. Pacientes com Sífilis deve notificar os seus parceiros sexuais para que eles possam ser testados e se necessário receber o devido tratamento. Ter Sífilis uma vez não confere imunidade à pessoa, ou seja, não a protege de contágios futuro (FERREIRA, 2005).

Estudos apontaram que em países em desenvolvimento como Mbeya e a Tanzânia obteve-se uma alternativa no tratamento da sífilis a base de azitromicina, com uma única dose de 2g por via oral foi comprovado a mesma eficácia da penicilina benzatina numa dose com 2.400.000UI, intramuscular na prevenção e tratamento da sífilis (AIRES FT; SOARES RP; BERNADO WM, 2010).

Sífilis primária: Penicilina benzatina 2.400.000UI(IM), dose única.

Sífilis secundária latente: Penicilina benzatina 4.800.000UI(IM), em duas doses semanais de 2.400.000UI.

Sífilis terciária tardia: Penicilina benzatina 7.200.000UI(IM), em três doses semanais de 2.400.000UI.

Na neurosífilis medicação escolhida é a penicilina cristalina, a dose varia de 3 a 4.000.000UI, e administrado em via endovenosa, de quatro em quatro horas que corresponde ao total de 18 a 24.000.000UI dia durante 10 a 14 dias, sendo uma alta

dose, para atravessa a barreira hemato-encefálica (BUCHER JB; GOLDEN MR;

HEALD AE; MARRA CM, 2011).

Gestantes alérgicas a penicilina, após o teste de sensibilidade, devem ser tratadas com eritromicina 500mg, por via oral de 6 em 6 horas durante 15 dias para a Sífilis recente ou durante 30 dias para a Sífilis tardia. Os Centros de Controle de Doenças(CDC) recomendam triagem para Sífilis em todas as mulheres grávidas no início do pré-natal. Os médicos devem estar atentos às manifestações da Sífilis congênita, especialmente quando as crianças são filhas de mães que não receberam atendimento durante o pré-natal (KHETARPAL S; KEMPF E; MOSTOW E, 2011).

As secretarias municipais de saúde estabelecem um protocolo de tratamento padronizado para Doenças Sexualmente Transmissíveis, que é recomendado para garantir que todos os pacientes recebam tratamento adequado (SHIM.BS, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o diagnóstico rápido de sífilis para as gestantes. Pretendendo alcançar, para ano de 2011, o fornecimento de 392 mil Kits para testagem rápida na rede pública. Esta ação fez parte da celebração do Dia Nacional de Combate a Sífilis (CONASS, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) deixa bem claro, que os tratamentos adequados dos casos que forem diagnosticados reverterem à remissão dos sintomas em poucos dias. Sendo importante à realização precoce do diagnóstico da Sífilis, tanto para as gestantes como para outros portadores da doença, nas Unidades Básicas de Saúde (MACÊDO; BEZERRA; FRIAS; ANDRADE, 2009).

6 DISCUSSÃO

A análise feita pelo cientista nos pacientes, com a substância de Trióxido de arsênico, no entanto, mostraram baixa eficácia, e alta toxicidade com dificuldades operacionais. Tornando-se um tratamento padrão para a leucemia promielocítica aguda em Hong Kong na China no ano de 2000 (AU WY, 2011).

Em outro estudo realizado na Europa, no ano de 2011, não recomenda o uso de eritromicina, uma vez, que a mesma produz elevada falhas no tratamento da

Sífilis, devido á resistência em algumas áreas. Onde recentemente a bactéria *T. pallidum* foi resistente (GOLDMEIER D; HAY P. 2011).

O profissional de enfermagem tem um papel importante para erradicar a sífilis congênita, pois é necessário uma atenção qualificada e humanizada no pré natal e puerperal, esse acompanhamento com reforços das ações de prevenção e diagnóstico, previne contaminação vertical para o feto que ajudará no controle e eliminação da patologia. O SUS (Sistema Único de Saúde) tem eficientes medidas de saúde pública, cabe aos profissionais, aumentar o conhecimento, se esforçar, para melhor acesso da população, nas Unidades Básicas de Saúde (SANTOS; ANJOS, 2009).

Outro agravante fator, é que, muitas vezes não são notificados os casos de Sífilis para a Vigilância Epidemiológica, que são realizadas através do preenchimento das fichas de notificação que são enviadas na regional do município, e pra ter controle e realizar mudanças nas Unidades e mais programas em benefício da sociedade, o correto preenchimento deve ser feito pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Os portadores da sífilis, que não tem conhecimento que a doença na fase primária, apresenta como uma pequena ferida que desaparece, sem deixar cicatrizes. Estes pacientes pensam que estão totalmente curados, no entanto a doença está em período de latência onde permanece durante semanas, porém passa a ter relação sexual sem o uso de preservativo e acabam disseminando a doença e alguns anos depois, começa a se desenvolver rapidamente para o próximo estágio mais avançado. O correto nessas situações é sempre ao primeiro sinal diferente no corpo, procurar ajuda de algum especialista, que saiba orientar, quais serão as primeiras providências a serem tomadas depois da descoberta da doença.

E preocupante os pacientes que são submetidos ao tratamento, muitas vezes, o abandona devido a alguns fatores como; a falta de tempo, condições precárias, falta de informações no tratamento e o apoio da família (FERREIRA, 2005).

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a Sífilis é uma doença curável e não deixa seqüelas quando diagnosticada no início, realizando-se tratamento com antibióticos precocemente, sem intervalos com acompanhamento de uma equipe qualificada para suprir a necessidade de implementar e incentivar a utilização de normas que visam o rastreio sistemático e a terapêutica adequada nas Unidades Básicas de Saúde. As pessoas poderiam eliminar a bactéria de maneira simples e fácil, através da utilização de preservativo que é essencial em toda relação sexual. Também é importante ressaltar que, cada vez mais, pessoas se tornam portadoras da bactéria por falta de prevenção. Relembremos que esta doença pode ser a porta de entrada para o vírus da AIDS, pois a Sífilis quebra as barreiras que provêm proteção contra a infecção.

8 BIBLIOGRAFIA

- 1-SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz de Sífilis: Uma realidade prevenível . Sua erradicação, um desafio atual. Revista Saúde e Pesquisa, v.2, nº 2, p.257- 263, maio/agosto 2009.
- 2-TORRELLY; André Perrete. Sífilis ABC da Saúde; 2005 .Disponível em: www.abcdasaude.com.br/artigo.php?390C .Acesso em :dezembro2011.
- 3- Araujo, Eliete da Cunha; COSTA, Kellyde Souza Gama; SILVA, Rafaela de Souza; AZEVEDO, Valéria Nascimento da Gama; LIMA, Fábio André Souto.Importância do Pré- Natal na Prevenção da Sífilis Congênita, 2006. Disponível em: scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf. Acesso em :dezembro2011.
- 4-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Brasília/ DF:.Coordenação da Secretária de Vigilância Epidemiológica 8ª edição revista, 2010.Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf . Acesso em: 23 outubro 2011.
- 5-AZULAY, Rubem David. História da Sífilis. V. 63, nº1. Junho, 2008. Disponível em:vagueando.forumeiros.com/t436-historia-da-sifilis: Acesso em: 23 outubro 2011.
- 6-NETO, Benedito Geraldes; SOLER, Zaida Aurora S.G; BRAILE, Domingo Marcolino; DAHER, Wilson. A Sífilis no século xv- impacto de uma nova doença.2009. Disponível em: www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol vol16.
- 7-HO EL; LU KEHART SA, Syphilis: using modern approaches to understand an old disease.2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2211904>. Acesso

em: dezembro 2011.

8-MIKALOVÁ, Lenka; STROUHAL, Michal; CEJKOVÁ, Darina; ZOBANIDOKOVÁ, Marie; POSPISILOVÁ, Petra; NORRIS, Steven J.; SODERGREEN, Erica; WEINSTOCK, George M.; SMAJS, David. Genome analysis of *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* and subsp. *pertenue* strains most of the genetic differences are localized in six regions, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21209953>. Acesso em: 11 dezembro 2011.

9-AVELLEIRA JCR, BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(2) – 111-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf> >. Acesso em: 25 outubro 2011.

10-KHETARPAL S; KEMPF E; MOSTOW E. Congenital syphilis: early- and late-stage findings of rhagades and dental anomalies. 2011. Disponível em: [http:// www.ncbi.nlm.gov/pubmed/21133996](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/21133996). Acesso dezembro 2011.

11-HEIR HE; JENUM PA. Syphilis and blood transfusion, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21109833>. Acesso em: dezembro 2011.

12- LOPES C; POWELL ME; SANTOS AL. Syphilis and cirrhosis: a lethal combination in a XIX century individual identified from the medical schools collection at the university of Coimbra (Portugal), 2011

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21225204>. Acesso em: dezembro 2011.

13- SARACENI, Valéria. Sífilis, a gravidez e a Sífilis Congênita. 2005. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaisds_sifilis_e_gravidez.pdf > Acesso em: 26 outubro 2011.

14- OLIVEIRA, Ederson Valei Lopes et.al. Sífilis secundária com acometimento pulmonar. *An Brás Dermatolo.*, v. 82, n. 2, p163-167, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v82n2/a08v82n2.pdf> > Acesso em: 26 outubro 2011.

15- YACYSHYN E; CHIOUCHANWISAWAKET P; EMERY DJ; JHAMANDAS J; RESCH L; TAYLOR G. Rapid, progressive neuropathic arthropathy of the hip in a patient co-infected with human immunodeficiency virus, tertiary syphilis case report. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21210290>. Acesso em: dezembro 2011.

16-BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Pré-natal e puerpério, Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/pdf/05_0151_M.pdf >. Acesso em: 2 dezembro 2011.

17- BERALDO Heloisa. Arsênico – Uma Revisão Histórica, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/abdv80n1. Acesso em: dezembro 2011.

15

18- TARELOW, Gustavo Querodia, Caderno de História da doença, 2009. Disponível em: www.ses.sp.brs.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid. Acesso em: 20 dezembro 2011.

- 19- GOLDIM, José Roberto, Caso Tuskegee, 2005. Disponível em: www.ufrgs.br/bioetica/tuskegee.htm. Acesso em: dezembro 2011.
- 20- SGARIONI, Mariana, Penicilina: A mãe dos antibióticos, 2008. Disponível em: www.guiadoestudante.abril.com.br. Acesso em: 22 dezembro 2011.
- 21- AU WY, A biography of arsenic and medicine in Hong Kong and china Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22147326><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22147326>. Acesso em : 13 dezembro 2011. Hong Kong Med J. 2011 Dec;17(6):507-13
- 22- GOLDMEIER D; HAY P.;A review and updat on adult syphilis, with particular reference to its treatment, Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119040>,Med mal infect, 24 novembro 2011. Acesso em: 13 dezembro 2011.
- 23- OLIVEIRA, Dayanne Rakelly; FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega de. Abordagem conceitual sobre a Sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais, 2011. Disponível em: Enfermagem em foco 2011;2(2):108-111. Acesso em: 23 dezembro 2011.
- 24- FERREIRA, Helio Augusto , Sífilis –Prevenção,Tratamento, Congênita, 2005. Disponível em : www.copacabanarunners.net/sifilis-sintomas.html.Acesso em 01 novembro 2011. Acesso em: Dezembro 2011.
- 25- AIRES FT, Soares RP, Bernardo WM. Single- dose azi thoromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis, 2010. Disponível em: Sep oct,56(5):496 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumед/21152813>.
- 26- BUCHER JB, GOLDEN MR, HEARLD AE MARRA CM. The response of symptomatic neurosyphilis to high –dose intravenous penicillin G in pattients with human immunodeficiency virus infection, 2011. Disponível em: May; 38(5): 442-4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21124258>. Acesso em: dezembro 2011.
- 27- SHIM.BS, Current cocepts in bacterial sexually transmitted diseases.Disponível em: Korean.J.Urol,2011 Sep;52(9):589-97. Epub2011Sep.28.
- 28- CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS oferecerá teste rápido para a Sífilis, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/index.php?id_area=28COSEQ=10842. Acesso em:2 dezembro 2011.
- 29- MACÊDO, Vilma Costa de; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamim; FRIAS, Paulo Germano de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis, 2009. Disponível em: cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro,25(8):1679-1692, ago, 2009.



Figura 1. Sífilis congênita

Fonte: http://images1.wikia.nocookie.net/__cb20101202025425/infomedica/pt-br/images/d/dd/Figura5SC.jpg



Figura 2. Sífilis primária (cancro duro).

Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).



Figura 3. Lesão secundária Figura 4. Lesão secundária.

Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).



Figura 5. Sífilis terciária

Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).



Figura 6.

Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia no Tratamento de Malarioterapia, Stufa Sicca (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).