



SÍFILIS CONGÊNITA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NO SÉCULO XXI – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data da submissão: 23/11/2024

Data de publicação: 23/12/2024

Ana Victoria Fidelis Silva

Graduanda em Medicina na Universidade de Franca - UNIFRAN
E-mail: anafidelis_34@outlook.com

Eduarda Lopes Soares

Graduanda em Medicina na Universidade de Franca - Unifran
E-mail: eduardalsoares5@gmail.com

Soraya Curi Resende Miotto

Graduanda em Medicina na Universidade de Franca - Unifran
E-mail: sorayavet@hotmail.com

Luana Carolina Rodrigues Guimarães

Orientadora
Médica pela Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT) - Itajubá/ SP; Ginecologista e Obstetra e mestre em promoção da Saúde; Preceptora na Universidade de Franca – Unifran.
E-mail luanarodriguesgo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica sobre sífilis gestacional e sífilis congênita, buscando identificar as melhores estratégias de triagem, tratamento e prevenção para reduzir a incidência dessas infecções e melhorar os desfechos maternos e neonatais. **Metodologia:** Revisão bibliográfica, utilizando a base de dados PubMed, com os descritores: Gestational Syphilis, Infectious Complications in Pregnancy, Public Health and Syphilis, Impact of Syphilis on Pregnant Women, Prenatal Care and Syphilis, no período de 2019 a 2024. Foram identificados 81 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 11 estudos para análise. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2019 a 2023; que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa; e estudos de revisão, observacionais e experimentais, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. **Resultados:** A sífilis gestacional e congênita apresenta diversas complicações graves tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Os estudos selecionados evidenciaram que a triagem e o tratamento adequados durante a gestação são fundamentais para a prevenção da transmissão vertical da sífilis. Foi destacado que a penicilina G benzatina, quando administrada corretamente durante a gestação, é 98% eficaz na prevenção da sífilis congênita. No entanto, fatores como a adequação do tratamento, o momento da administração e o acompanhamento pós-tratamento são cruciais para garantir a eficácia do tratamento e evitar reinfecções. A transmissão materno-fetal pode ocorrer em qualquer trimestre e está associada a altas taxas de complicações neonatais, incluindo hidropisia fetal, anemia e parto prematuro. A avaliação neonatal deve incluir testes sorológicos e monitoramento clínico para identificar possíveis infecções congênitas. **Conclusão:** A identificação e o tratamento precoce da sífilis durante a gestação são essenciais para prevenir a sífilis congênita e suas complicações associadas. Estratégias de triagem eficazes, acompanhamento adequado e educação em



saúde para gestantes e seus parceiros são fundamentais para reduzir a incidência dessas infecções e melhorar os desfechos maternos e neonatais. Políticas de saúde adaptadas às necessidades das populações vulneráveis e o fortalecimento dos sistemas de vigilância são cruciais para alcançar esses objetivos.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Prevenção. Revisão Sistemática.



1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é uma infecção com risco de vida causada pela transmissão de mãe para filho (TMF) do *Treponema pallidum* (SALOMÈ et al., 2023). A sífilis durante a gravidez pode levar ao aborto espontâneo, morte perinatal, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino ou crianças sintomáticas (SALOMÈ et al., 2023). Os riscos de morbidade e mortalidade durante o período perinatal são estimados em 33,6% e 6,5%, respectivamente. Dois terços das crianças infectadas são assintomáticas ao nascer, embora, se não forem tratadas, possam desenvolver sintomas da doença meses a anos depois e o fardo das sequelas permanentes seja significativo (SALOMÈ et al., 2023).

A SC é uma infecção prevenível e tratável por meio de triagem pré-natal universal e tratamento materno com penicilina. Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a iniciativa global para a sua erradicação global, estabelecendo uma taxa desejável inferior a 0,5 casos por 100.000 nascidos vivos (SALOMÈ et al., 2023). Apesar disso, houve um ressurgimento do patógeno em todo o mundo (SALOMÈ et al., 2024).

A sífilis tem uma longa história, com os primeiros casos relatados no final do século XV. A identificação do agente causador, *Treponema pallidum*, ocorreu em 1905 por Schaudinn e Hoffman. Com o advento da penicilina, houve uma redução significativa na incidência de sífilis, especialmente nos EUA (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023). Segundo Salomè et al. (2024), após a introdução da penicilina, houve uma redução significativa na incidência de sífilis nos EUA, com uma redução de 75% em 1954 em comparação a 1944, seguida por uma redução adicional de 90% em 1975.

No entanto, apesar dos esforços de eliminação, as taxas de sífilis têm aumentado novamente nas últimas décadas (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023). Em 2022, a taxa nacional de infecções primárias e secundárias por sífilis nos EUA foi de 17,7 por 100.000 (MILANEZ, 2016). Rhode Island, por exemplo, ocupava a 31ª posição no país, com 133 casos relatados em 2022 (MILANEZ, 2016). A incidência entre mulheres está aumentando, com um aumento drástico de 676% em mulheres de 15 a 44 anos entre 2012 e 2021 (MILANEZ, 2016). O aumento da sífilis em mulheres foi acompanhado por um pico nos casos de sífilis congênita, que aumentaram 755% nos EUA entre 2012 e 2021 (MILANEZ, 2016).

Atualmente, a sífilis continua sendo uma preocupação global de saúde, com uma estimativa de 7,1 milhões de adultos infectados anualmente e um aumento geral da sífilis entre mulheres em idade reprodutiva (SALOMÈ et al., 2024). Aproximadamente sete em cada 1.000 mulheres grávidas



em todo o mundo são diagnosticadas com sífilis anualmente, com a maior carga observada na África Subsaariana (SALOMÈ et al., 2024).

No Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestantes em 2020 foi de 21,6 por 1.000 nascidos vivos. A taxa de incidência de sífilis congênita foi de 7,7 por 1.000 nascidos vivos, e a taxa de mortalidade por SC foi de 6,5 por 100.000 nascidos vivos (PASCOAL et al., 2023).

2 METODOLOGIA

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo compreender os aspectos da sífilis gestacional e sífilis congênita, buscando identificar as melhores estratégias de triagem, tratamento e prevenção para reduzir a incidência dessas infecções e melhorar os desfechos maternos e neonatais. A questão norteadora, formulada com base na estratégia PVO (População, Variável e Objetivo), é: “Quais são as melhores estratégias de triagem, tratamento e prevenção para reduzir a incidência de sífilis congênita e melhorar os desfechos maternos e neonatais?”

As buscas foram realizadas na base de dados PubMed, utilizando descritores combinados com o termo booleano “AND”: Gestational Syphilis, Infectious Complications in Pregnancy, Public Health and Syphilis, Impact of Syphilis on Pregnant Women, Prenatal Care and Syphilis. As estratégias de busca aplicadas foram: (Gestational Syphilis) AND (Infectious Complications in Pregnancy), (Gestational Syphilis) AND (Public Health and Syphilis), (Gestational Syphilis) AND (Impact of Syphilis on Pregnant Women), e (Gestational Syphilis) AND (Prenatal Care and Syphilis).

No total, foram encontrados 81 artigos, que foram submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão consideraram artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados entre 2019 e 2024, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. Foram incluídos estudos de revisão, observacionais e experimentais, desde que disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão aplicados eliminaram artigos duplicados, disponíveis apenas na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada ou que não atendiam aos critérios de inclusão.

Após a associação dos descritores nas buscas, dos 81 artigos encontrados, 33 foram excluídos por duplicidade. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 11 artigos para compor a coletânea utilizada nesta revisão sistemática.



3 RESULTADOS

TABELA 1

Autor(es)	Principais Colaborações
CAMACHO-MONTAÑO, Andrés Mauricio; NIÑO- ALBA, Reinaldo; PÁEZ- CASTELLANOS, Edgar	Relataram casos de sífilis congênita com hidropsia fetal, destacando a gravidade da infecção e a importância da triagem pré-natal.
DE VEGA, L. Fuertes et al.	Forneceram consenso de especialistas sobre o manejo da sífilis, incluindo recomendações de tratamento e gestão clínica.
FUERTES-BUCHELI, Jose F. et al.	Discutiram desafios na prevenção da sífilis congênita na costa do Pacífico da Colômbia, incluindo barreiras ao acesso ao tratamento.
GILMOUR, Leeyan S.; WALLS, Tony	Revisaram a epidemiologia global da sífilis congênita, destacando tendências e padrões de infecção em diferentes regiões.
MILANEZ, Helaine	Abordaram a questão da sífilis na gravidez e sífilis congênita, destacando desafios e lacunas nas estratégias de prevenção.
PASCOAL, Lorena Batista et al.	Identificaram fatores de risco maternos e perinatais associados à sífilis congênita, enfatizando a necessidade de tratamento adequado.
ROCHA, Ana Fátima Braga et al.	Revisaram complicações e manifestações clínicas da sífilis congênita, além de aspectos relacionados à prevenção da infecção.



SALOMÈ, Serena et al. (2023)	Realizaram estudo baseado em área sobre a sífilis congênita no século XXI, enfatizando a importância do acompanhamento neonatal.
SALOMÈ, Serena et al. (2024)	Discutiram a sífilis congênita como uma infecção reemergente, destacando a prevenção e controle em contextos modernos.
SANKARAN, Deepika; PARTRIDGE, Elizabeth; LAKSHMINRUSIMHA, Satyan	Forneceram uma revisão ilustrativa da sífilis congênita, abordando desde a apresentação clínica até a gestão da infecção.
SINGH, Tulika et al.	Discutiram o desenvolvimento de vacinas para infecções perinatais e congênitas, incluindo sífilis, e o progresso alcançado até agora.

Fonte: CRIADA PELO AUTOR

4 DISCUSSÃO

4.1 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A sífilis é uma preocupação significativa durante a gestação devido à sua capacidade de transmissão vertical. A transmissão pode ocorrer por via transplacentária em qualquer trimestre ou durante o parto por contato direto com uma lesão materna infectada (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023). Estudos

indicam que dificuldades financeiras, barreiras geográficas e status socioeconômico baixo impactam negativamente o acesso das gestantes aos cuidados de saúde, mesmo com a cobertura pelo sistema público (FUERTES-BUCHELI et al., 2024).

4.2 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A sífilis primária se manifesta quando o *Treponema pallidum* entra em microabrasões dérmicas ou superfícies mucosas intactas, levando ao desenvolvimento de cancro no local da inoculação e aumento dos linfonodos adjacentes entre 10-90 dias após a exposição (MILANEZ, 2016). A sífilis primária não tratada progride para sífilis secundária, caracterizada por dor de cabeça, dor de garganta, mialgia, artralgia e linfadenopatia generalizada. Se não tratada, a infecção passa para



uma fase latente e, eventualmente, para sífilis terciária, resultando em destruição de tecido e osso (goma), aortite e neurosífilis (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023).

A infecção primária por sífilis pode se apresentar como um cancro solitário, endurecido e ulcerativo, com uma base limpa, que tipicamente aparece no local de contato com a lesão infecciosa do parceiro sexual dentro de 3 semanas após a exposição e cura dentro de 1 ou 2 meses (SALOMÈ et al., 2024). Manifestações clínicas da sífilis secundária incluem erupção cutânea, linfadenopatia, lesões mucosas, alopecia e periostite (SALOMÈ et al., 2024).

4.3 DIAGNÓSTICO E RASTREIO

O diagnóstico da sífilis na gestação e na sífilis congênita envolve uma combinação de testes treponêmicos e não treponêmicos. Testes Treponêmicos como TP-PA, FTA- ABS, TP-EIA e TP-CIA são utilizados para detectar anticorpos contra *T. pallidum* e permanecem positivos na maioria das pessoas após o tratamento (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023). Testes Não Treponêmicos (NTTs) como VDRL e RPR detectam anticorpos contra biomarcadores liberados das células hospedeiras após danos celulares induzidos por *T. pallidum* e são usados para monitorar a resposta ao tratamento (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023).

As diretrizes do CDC recomendam triagem sorológica inicial na visita pré-natal e repetição na 28ª semana para mulheres categorizadas como de alto risco (MILANEZ, 2016). Gestantes com histórico conhecido de sífilis devem ser testadas com um teste não treponêmico (como RPR), que se correlaciona com a atividade da doença. A resposta ao tratamento deve ser avaliada com testes de RPR repetidos, sendo uma resposta adequada ao tratamento uma redução de quatro vezes no título (por exemplo, de 1:32 para 1:8) em 12 meses (MILANEZ, 2016).

Desde 2018, o teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) foi realizado na primeira avaliação usando amostras de sangue (SALOMÈ et al., 2023). Os bebês foram submetidos a uma avaliação instrumental do sistema nervoso central, exame do fundo de olho e avaliação da função auditiva no primeiro mês de vida. A ultrassonografia craniana (USC) foi realizada por um neonatologista experiente, que desconhecia os dados clínicos, usando a plataforma de imagem de ultrassom Philips HD11 com transdutores de 8,5–12,4 MHz (SALOMÈ et al., 2023).

O algoritmo tradicional começa com um imunoensaio não treponêmico, seguido por um treponêmico para confirmação (SALOMÈ et al., 2024). No algoritmo de sequência reversa, um imunoensaio treponêmico automatizado é usado primeiro, seguido por um teste quantitativo não treponêmico para confirmação (SALOMÈ et al., 2024).



4.4 TRANSMISSÃO MATERNO-FETAL

A transmissão materno-fetal da sífilis ocorre tipicamente durante a gravidez por meio da passagem transplacentária de *T. pallidum*. Essa transmissão pode acontecer em qualquer trimestre, predominantemente durante infecções maternas que se disseminaram. Raramente, a infecção neonatal pode resultar da exposição a lesões genitais sifilíticas durante o parto (SALOMÈ et al., 2024). A transmissão materno-fetal está correlacionada com o estágio da sífilis materna durante a gravidez, com as taxas de transmissão variando de 60 a 100% na sífilis primária ou secundária, e de 40% na sífilis latente inicial a menos de 8% na sífilis latente tardia (SALOMÈ et al., 2024).

A infecção neonatal pode se manifestar como hidropisia não imune, disfunção hematológica e outras complicações graves (SALOMÈ et al., 2024). Além disso, a amamentação não é contraindicada na sífilis perinatal, desde que não haja lesões na mama (SALOMÈ et al., 2024).

4.5 TRATAMENTO DA SÍFILIS

O tratamento da sífilis varia de acordo com o estágio da doença. A penicilina G benzatina é o tratamento de primeira linha para sífilis primária, secundária ou latente precoce, sendo administrada em dose única de 2,4 milhões de unidades internacionais (MIU) intramuscularmente (DE VEGA et al., 2024). Para sífilis latente tardia ou de duração desconhecida, a penicilina G benzatina é administrada em dose semanal de 2,4 MIU por 3 semanas (DE VEGA et al., 2024).

Nos casos de neurosífilis, envolvimento oftálmico ou ótico, a penicilina G sódica é administrada em doses de 3-4 MIU intravenosa a cada 4 horas por 14 dias ou 18-24 MIU por dia em infusão contínua (DE VEGA et al., 2024). Em situações de escassez de penicilina G benzatina, a prioridade de sua administração deve ser para mulheres grávidas e recém-nascidos (SALOMÈ et al., 2024).

O tratamento adequado da sífilis durante a gestação é crucial para a prevenção da transmissão vertical. Estudos mostram que a penicilina benzatina administrada durante a gestação é 98% eficaz na prevenção da SC (PASCOAL et al., 2023). No entanto, o tratamento deve ser adequado e concluído até 30 dias antes do parto para ser eficaz (PASCOAL et al., 2023).

4.6 TRATAMENTO NO NASCIMENTO

O diagnóstico e o tratamento da SC em bebês são consideravelmente mais difíceis do que o diagnóstico e tratamento de mulheres grávidas infectadas (SALOMÈ et al., 2024). Bebês com diagnóstico de SC devem ser tratados com penicilina G cristalina aquosa, administrada na dose de



50.000 unidades/kg a cada 4–6 horas durante 10 dias (SALOMÈ et al., 2024).

A administração de penicilina intravenosa para tratar sífilis neonatal pode representar desafios para pacientes e famílias, podendo resultar em alta ocupação de leitos ou adesão reduzida (SALOMÈ et al., 2024).

4.7 SÍFILIS CONGÊNITA

A infecção por sífilis congênita é classificada como precoce ou tardia com base no início dos sintomas clínicos. A sífilis congênita precoce se apresenta nos primeiros 2 anos após o nascimento, mais comumente dentro de 3 meses após o parto. Os sintomas variam de assintomáticos a natimortos, incluindo hidropisia fetal, parto prematuro, pneumonia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, hiperbilirrubinemia, colestase, erupção cutânea maculopapular e descamativa, meningite e/ou convulsões (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023). Anemia e hidropsia fetal geralmente se resolvem dentro de 30 dias do tratamento materno, enquanto a resolução de placentomegalia e hepatomegalia pode levar de 90 a 120 dias (MILANEZ, 2016).

Bebês assintomáticos não tratados podem desenvolver características clínicas após 2 anos de idade, resultando em sífilis congênita tardia. A apresentação nesta fase inclui ceratite intersticial, perda auditiva neurossensorial e incisivos centrais entalhados (dentes de Hutchinson), além de arqueamento anterior da canela, articulações de Clutton, molares em forma de amoreira, nariz em sela, uveíte, atrofia óptica e atrasos no desenvolvimento (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023). Bebês sintomáticos podem ter sintomas variados, incluindo rinite sífilítica, erupção cutânea, anemia, trombocitopenia, disfunção hepatobiliar, osteocondrite, periostite, déficits neurológicos e pneumonia, que podem ser complicados por hipertensão pulmonar (MILANEZ, 2016).

A presença de alterações no líquido cefalorraquidiano (LCR) está associada à SC com alta magnitude (PASCOAL et al., 2023). No entanto, a ausência de alterações no LCR não exclui o diagnóstico de neurosífilis (PASCOAL et al., 2023). Radiografias de ossos longos também são importantes para a avaliação de SC em pacientes neonatais (PASCOAL et al., 2023).

4.8 AVALIAÇÃO E GESTÃO NEONATAL

O diagnóstico da sífilis congênita é desafiador, pois os anticorpos maternos treponêmicos e não treponêmicos podem ser transferidos passivamente para o feto e não são necessariamente indicativos de infecção fetal (MILANEZ, 2016). As decisões de diagnóstico e tratamento são



baseadas na avaliação da adequação e momento do tratamento materno, comparação do RPR materno e neonatal, características clínicas e, se indicado, resultados laboratoriais e radiográficos (MILANEZ, 2016). Uma amostra de sangue para teste de RPR deve ser coletada diretamente do bebê após o parto, pois amostras do cordão umbilical podem estar contaminadas com sangue materno e geleia de Wharton, resultando em falsos negativos (MILANEZ, 2016).

Bebês sintomáticos podem ter sintomas variados, incluindo rinite sífilítica, erupção cutânea, anemia, trombocitopenia, disfunção hepatobiliar, osteocondrite, periostite, déficits neurológicos e pneumonia, que podem ser complicados por hipertensão pulmonar (MILANEZ, 2016). Recém-nascidos com sífilis congênita ou suspeita de infecção devem ser avaliados para neurosífilis e tratados com penicilina G cristalina aquosa. É recomendada a consulta com um especialista em doenças infecciosas pediátricas para interpretar os resultados dos testes e determinar o tratamento apropriado (MILANEZ, 2016).

Todos os bebês com RPR reativo ao nascer devem ter testes repetidos a cada dois a três meses até que se tornem não reativos. Para crianças não identificadas na infância, as manifestações tardias incluem anormalidades oculares, perda auditiva neurosensorial, dentes de Hutchinson e anormalidades ósseas na linha média da face ou extremidades inferiores (MILANEZ, 2016).

4.9 POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

A transmissão vertical da sífilis pode resultar em complicações variadas e graves na gravidez, incluindo aborto espontâneo, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, placentomegalia, polidrâmnio, anemia fetal, hepatomegalia fetal, hidropsia não imune e ascite (MILANEZ, 2016). Anormalidades fetais geralmente se apresentam após 18 a 20 semanas de idade gestacional, quando o feto pode montar uma resposta imunológica que leva às anormalidades características (MILANEZ, 2016). Todas as gestações afetadas pela infecção materna por sífilis requerem uma ultrassonografia detalhada da anatomia fetal para avaliar as sequelas da infecção intrauterina (MILANEZ, 2016). Uma ultrassonografia normal, no entanto, não exclui infecção congênita, e bebês com resultados anormais de ultrassonografia devem ser acompanhados de perto (MILANEZ, 2016).

4.10 OPORTUNIDADES PERDIDAS DE INTERVENÇÃO

A sífilis ressurgiu como uma preocupação significativa de saúde pública nas últimas duas décadas. Crianças nascidas de gestantes com sífilis não diagnosticada e não tratada podem



apresentar progressão da doença, resultando em complicações potencialmente graves e irreversíveis (MILANEZ, 2016). A falta de cuidados pré-natais é a principal oportunidade perdida identificada em bebês com sífilis congênita, seguida por tratamento inadequado apesar do diagnóstico (MILANEZ, 2016). A prevenção da sífilis congênita depende de triagem e tratamento apropriados e oportunos de gestantes. Cuidados pré-natais acessíveis, oportunos e abrangentes são essenciais para prevenir a sífilis congênita. Intervenções para abordar essas oportunidades perdidas são necessárias para reverter a crescente incidência de sífilis congênita (MILANEZ, 2016).

O fortalecimento dos sistemas nacionais de vigilância e informação é crucial para monitorar com precisão os casos de sífilis e sífilis congênita (SALOMÈ et al., 2024). O monitoramento de acompanhamento é essencial. Todas as crianças com testes não treponêmicos reativos ao nascer devem ser monitoradas sorologicamente a cada 2 a 3 meses para garantir a normalização dos resultados dos testes (SALOMÈ et al., 2024). Os anticorpos não treponêmicos maternos transferidos passivamente podem persistir até os 15 meses de idade. Na maioria dos bebês não infectados, os títulos não treponêmicos normalmente se normalizam aos 6 meses de idade (SALOMÈ et al., 2024). Se os títulos elevados persistirem além dos 6 meses, pode ser necessária avaliação e tratamento adicionais (SALOMÈ et al., 2024).

Altas taxas de falha no acompanhamento, chegando a 65% em certas regiões dos EUA, aumentam o risco de diagnósticos perdidos ou atrasados e complicações neonatais subsequentes (SALOMÈ et al., 2024). Taxas mais baixas de falha no acompanhamento foram relatadas em outros cenários, possivelmente devido a diferenças na organização da assistência médica, como na Itália, onde um estudo recente relatou uma taxa de falha de 12,5% (SALOMÈ et al., 2024). A necessidade de um acompanhamento específico e prolongado é indiscutível, pois crianças com SC correm risco de deficiência intelectual tardia e persistente, deficiência auditiva e anormalidades esqueléticas (SALOMÈ et al., 2024).

Os dados revelam que a sífilis congênita, embora prevenível e tratável, ainda é uma doença séria e potencialmente fatal (SALOMÈ et al., 2023). Em um estudo de coorte retrospectivo conduzido no SPIU da Universidade Federico II de Nápoles, que incluiu 303 recém-nascidos e crianças expostos no útero ao *T. pallidum*, foi encontrada uma taxa de infecção confirmada de 3,2 por 100.000 nascidos vivos (SALOMÈ et al., 2023). Mesmo com triagem pré-natal e tratamento adequado, complicações sérias podem ocorrer, incluindo falência de múltiplos órgãos e insuficiência respiratória que exige cuidados intensivos (SALOMÈ et al., 2023).

Estudos destacam a importância do acompanhamento neonatal completo para detectar e



confirmar diagnósticos de sífilis congênita após o período neonatal (SALOMÈ et al., 2023). Em muitos casos, as mães não receberam triagem pré-natal adequada, apesar de políticas que recomendam triagem gratuita no terceiro trimestre (SALOMÈ et al., 2023). Dados epidemiológicos atuais mostram um ressurgimento da sífilis em todo o mundo, em grupos vulneráveis e até mesmo na população em geral (SALOMÈ et al., 2024).

O fortalecimento dos sistemas nacionais de vigilância e informação é crucial para monitorar com precisão os casos de sífilis e sífilis congênita (SALOMÈ et al., 2024). O tratamento de parceiros masculinos é um importante contribuidor para quebrar a cadeia de infecção materna e reinfecção que contribui para a SC (SALOMÈ et al., 2024). A eliminação da sífilis perinatal é viável por meio do diagnóstico e tratamento oportunos durante a gravidez (SALOMÈ et al., 2024). Programas que apoiam a adesão materna e neonatal ao acompanhamento longitudinal são cruciais para reduzir diagnósticos perdidos ou atrasados e a morbidade subsequente (SALOMÈ et al., 2024).

5 CONCLUSÃO

Os dados indicam uma necessidade urgente de estratégias de saúde mais robustas e acessíveis para garantir a detecção e tratamento oportuno da sífilis durante a gestação no Brasil. Fatores socioeconômicos e geográficos continuam a ser barreiras significativas. A análise das barreiras ao diagnóstico oportuno destaca que dificuldades financeiras, transporte inadequado e fragmentação do sistema de saúde impedem muitas gestantes de acessar os serviços necessários.

A eficácia da penicilina G benzatina (BPG) no tratamento da sífilis materna é amplamente reconhecida, mas a observação de que muitas mães diagnosticadas com sífilis e recém-nascidos com sífilis congênita receberam mais de uma dose de BPG sem resolução completa levanta preocupações sobre a adequação do tratamento administrado e potenciais reinfecções. Isso sugere a necessidade de monitoramento contínuo e intervenções adicionais para garantir o sucesso do tratamento.

É essencial que políticas de saúde sejam adaptadas para abordar as necessidades específicas das populações vulneráveis e garantir que todas as gestantes recebam triagem e tratamento adequados. Abordagens multidisciplinares que integrem cuidados de saúde, assistência social e educação comunitária podem ser eficazes para reduzir a incidência de sífilis congênita no Brasil. Estudos futuros devem focar em identificar e eliminar barreiras ao acesso e ao tratamento, garantindo que a sífilis materna seja diagnosticada e tratada de forma eficaz em todas as populações.

No contexto brasileiro, é fundamental fortalecer as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são a porta de entrada para o atendimento à saúde de



gestantes. Programas específicos para a prevenção e controle da sífilis na gestação devem ser amplamente divulgados e implementados, garantindo acesso a testes rápidos, tratamentos adequados e acompanhamento contínuo. Além disso, a avaliação sorológica deve ser realizada no primeiro trimestre da gravidez e repetida no terceiro trimestre ou no parto, para assegurar a detecção precoce e o tratamento adequado da sífilis congênita.

A conscientização sobre a sífilis congênita e a importância da triagem pré-natal deve ser ampliada, envolvendo campanhas educativas e treinamento contínuo dos profissionais de saúde. Somente com um esforço conjunto e políticas públicas eficazes será possível reduzir a incidência de sífilis congênita e melhorar os desfechos maternos e neonatais no Brasil.



REFERÊNCIAS

- CAMACHO-MONTAÑO, Andrés Mauricio; NIÑO-ALBA, Reinaldo; PÁEZ- CASTELLANOS, Edgar. Congenital syphilis with hydrops fetalis: report of four cases in a general referral hospital in Bogota, Colombia between 2016-2020. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, v. 72, n. 2, p. 149-161, 2021. (CAMACHO- MONTAÑO; NIÑO-ALBA; PÁEZ-CASTELLANOS, 2021)
- DE VEGA, L. Fuertes et al. [Translated article] AEDV Expert Consensus for the Management of Syphilis. *Actas dermo-sifiliograficas*, v. 115, n. 9, p. T896-T905, 2024. (DE VEGA et al., 2024)
- FUERTES-BUCHELI, Jose F. et al. Congenital Syphilis Prevention Challenges, Pacific Coast of Colombia, 2018–2022. *Emerging Infectious Diseases*, v. 30, n. 5, p. 890, 2024. (FUERTES-BUCHELI et al., 2024)
- GILMOUR, Leeyan S.; WALLS, Tony. Congenital syphilis: a review of global epidemiology. *Clinical microbiology reviews*, v. 36, n. 2, p. e00126-22, 2023. (GILMOUR; WALLS, 2023)
- MILANEZ, Helaine. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, v. 38, n. 09, p. 425-427, 2016. (MILANEZ, 2016)
- PASCOAL, Lorena Batista et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Tropical Medicine & International Health*, v. 28, n. 6, p. 442-453, 2023. (PASCOAL et al., 2023)
- ROCHA, Ana Fátima Braga et al. Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, p. e20190318, 2021. (ROCHA et al., 2021)
- SALOMÈ, Serena et al. Congenital syphilis in the twenty-first century: an area-based study. *European journal of pediatrics*, v. 182, n. 1, p. 41-51, 2023. (SALOMÈ et al., 2023)
- SALOMÈ, Serena et al. Congenital Syphilis: A Re-Emerging but Preventable Infection. *Pathogens*, v. 13, n. 6, p. 481, 2024. (SALOMÈ et al., 2024)
- SANKARAN, Deepika; PARTRIDGE, Elizabeth; LAKSHMINRUSIMHA, Satyan. Congenital syphilis—an illustrative review. *Children*, v. 10, n. 8, p. 1310, 2023. (SANKARAN; PARTRIDGE; LAKSHMINRUSIMHA, 2023)
- SINGH, Tulika et al. Vaccines for perinatal and congenital infections—how close are we?. *Frontiers in Pediatrics*, v. 8, p. 569, 2020. (SINGH et al., 2020)