

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Sífilis Congênita: Uma Revisão da Literatura

Aline Vitoria de Souza Gomes - 4508364

Fernanda Corredeira - 4508339

Luma Corrêa de Oliveira - 4508390

Rio de Janeiro

2024

Aline Vitoria de Souza Gomes - 4508364

Fernanda Corredeira - 4508339

Luma Corrêa de Oliveira - 4508390

Sífilis Congênita: Uma Revisão da Literatura

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande Rio
(UNIGRANRIO) como requisito parcial para
a obtenção do grau de médico.

Orientador (a): Verônica M. S. Araujo

Rio de Janeiro

2024

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

Sífilis Congênita: Uma Revisão da Literatura

Aline Vitoria de Souza Gomes - 4508364

Fernanda Correadeira - 4508339

Luma Corrêa de Oliveira - 4508390

Aprovado por: Profº. _____

Profº. _____

Em _____ de _____ de _____.

Rio de Janeiro

2024

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
4 METODOLOGIA	16
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	20
7 CONCLUSÃO	24
8 CRONOGRAMA DA PESQUISA	26
ANEXO A¹ - Nascidos vivos, casos e taxas de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, óbitos por sífilis congênita e taxa de mortalidade infantil específica por sífilis congênita, segundo região, Unidade da Federação de residência e Brasil, 2022	27
ANEXO B¹ - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022	28
REFERÊNCIAS	29

Resumo

A sífilis congênita (SC) é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida verticalmente durante a gestação ou parto. Essa condição, apesar de evitável, permanece como um significativo problema de saúde pública no Brasil, contribuindo para a mortalidade neonatal e infantil. Entre os anos de 2010 e 2022, observou-se um aumento constante na incidência, passando de 2,4 para aproximadamente 10 casos por 1.000 nascidos vivos. Esse crescimento reflete desafios persistentes na implementação de políticas de saúde pública eficazes, incluindo deficiências na cobertura e adesão ao pré-natal, subnotificação de casos e o não tratamento adequado dos parceiros sexuais das gestantes. Estudos indicam que cerca de 50% das gestantes não têm acesso ao número adequado de consultas pré-natais, o que compromete a identificação e tratamento precoce da infecção. A metodologia utilizada foi a de revisão de literatura, com pesquisa exploratória e de natureza básica. A conclusão alcançada foi que a sífilis congênita no Brasil revela um cenário complexo que vai além das estratégias de notificação e diagnóstico precoce, englobando múltiplos fatores estruturais e sociais que afetam a eficácia das políticas de saúde pública.

Palavras-Chave: Sífilis Congênita; neonatal; tratamento; diagnóstico; gestantes.

Abstract

Congenital syphilis (CS) is an infection caused by *Treponema pallidum*, transmitted vertically during pregnancy or childbirth. This condition, although preventable, remains a significant public health problem in Brazil, contributing to neonatal and infant mortality. Between 2010 and 2022, there was a steady increase in incidence, from 2.4 to approximately 10 cases per 1,000 live births. This growth reflects persistent challenges in implementing effective public health policies, including deficiencies in prenatal coverage and adherence, underreporting of cases, and the lack of adequate treatment of pregnant women's sexual partners. Studies indicate that about 50% of pregnant women do not have access to the adequate number of prenatal consultations, which compromises the early identification and treatment of the infection. The methodology used was literature review, with exploratory research of a basic nature. The conclusion reached was that congenital syphilis in Brazil reveals a complex scenario that goes beyond notification and early diagnosis strategies, encompassing multiple structural and social factors that affect the effectiveness of public health policies.

Key-words: Congenital Syphilis; neonatal; treatment; diagnosis; pregnant.

Lista de Siglas

SC	Sífilis Congênita
MS	Ministério da Saúde
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

1 INTRODUÇÃO

Sífilis também conhecida como *Lues* que em latim significa praga é uma doença infectocontagiosa, onde seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*. Existem manifestações cutâneas e sistêmicas com evolução crônica e sua transmissão é predominantemente sexual. A transmissão congênita ocorre por via transplacentária ou hematogênica e com menos frequência, através de transfusão sanguínea. A sífilis é classificada em primária até 1 ano de evolução, secundária latente e tardia, ou terciária após o primeiro ano de evolução.

As manifestações cutâneas se apresentam inicialmente como lesões ulcerosas na genitália ou na região anal. A sífilis não tratada pode resultar em aborto, prematuridade morte neonatal ou manifestações tardias como surdez, déficit do desenvolvimento e deformidades ósseas.

No que tange à epidemiologia, no Brasil a sífilis congênita é de notificação compulsória desde 1986 e a sífilis adquirida desde 2010. Desde 2017 o Ministério da Saúde (MS) passou a não considerar o tratamento da parceria sexual da mãe na definição de sífilis congênita, e no caso de sífilis em gestantes, estabeleceu que todas as mulheres diagnosticadas com a doença durante o pré natal, parto ou puerpério, devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida. Segundo o MS, de várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico puerperal, a sífilis é a que têm maiores taxas de transmissão¹.

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou que foi tratada de forma inadequada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabemos que a transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver

lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis².

Em geral quanto mais avançado o grau gestacional menor será a possibilidade de transmissão placentária. A infecção pelo *T. pallidum* durante a gravidez pode resultar em parto prematuro, morte intrauterina, morte neonatal ou sífilis congênita, pode ser dividida em precoce ou tardia.

O objetivo geral do presente estudo é pesquisar e conhecer mais a Sífilis congênita, utilizando-se de uma revisão de literatura de natureza básica e teor exploratório.

No Brasil, a notificação compulsória de SC foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, a portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria n.º 264, de 17 de fevereiro de 2020. Em 2017, com a publicação da Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, os critérios para definição de caso de sífilis adquirida, de sífilis em gestantes e de sífilis congênita foram revisados e atualizados, tornando-se mais específicos, em conformidade com as diretrizes da Organização PanAmericana da Saúde (Opas)¹.

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2023)¹, no período de 2012 a 2022, foram notificados no país 1.237.027 casos de sífilis adquirida, 537.401 casos de sífilis em gestantes, 238.387 casos de SC e 2.153 óbitos por SC.

A taxa de incidência de sífilis congênita, entre 2017 e 2022, elevou-se em 19,1%; entretanto, o aumento no número de casos foi de 4,3%. Apesar da redução no número de nascidos vivos do país, denominador desta equação, não houve redução da transmissão na mesma proporção. Em 2021, houve um declínio de 246.434 (8,4%) nascidos vivos em relação a 2017, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Comparando os dois últimos anos completos, 2021 e 2022, observa-se diminuição de 2,2% (598) nos casos de sífilis congênita no país. No entanto, a taxa de incidência se manteve em cerca de dez casos por 1.000 nascidos vivos¹.

Em 2022, foram notificados no país 213.129 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 99,2 casos/100.000 habitantes), 83.034 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 32,4 casos/1.000 nascidos vivos – NV), 26.468 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 10,3 casos/1.000 NV) e 200 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade infantil específica por SC de 7,8 óbitos/100.000 NV)¹. (vide Anexo A)

Nos dois últimos anos, a taxa de incidência da sífilis congênita se manteve estável em torno de dez casos por 1.000 nascidos vivos. Entretanto, nota-se aumento de 16% na comparação de 2022 com 2019, ano pré-pandemia¹ (vide Anexo B).

Frente aos dados brevemente apresentados podemos observar o quão presente a SC ainda está na população, entendemos o presente tema como de absoluta necessidade de pesquisas e controle sobre a doença, para tanto realizar-se-á um estudo completo sobre a doença com a premissa de ajudar a movimentar ainda mais o estado das pesquisas atuais.

2 OBJETIVOS

Os objetivos visam delinear o que será abordado no trabalho, num âmbito macro (objetivo geral) e num âmbito micro (objetivos específicos)

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo é pesquisar e conhecer mais a Sífilis congênita, utilizando-se de uma revisão de literatura para se ter noção do que se tem sido discutido.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos versarão sobre:

1. Conhecer o que é a doença
2. Quem são as vítimas
3. Quais os sintomas
4. Quais são os seus diagnósticos
5. Quais são os tratamentos atuais
6. Explorar a revisão de literatura, a fim de se observar os dados mais atuais

3 REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis congênita é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta gram-negativa e microaerófila. Ela é transmitida da mãe para o feto por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer momento da gestação ou no parto, caso o recém-nascido entre em contato com lesões maternas. Vale destacar que a sífilis congênita não pode ser transmitida pelo leite materno. A transmissão placentária é mais comum no terceiro trimestre, quando o fluxo sanguíneo placentário está mais desenvolvido³.

Nos últimos dez anos, o Brasil tem enfrentado um aumento nas taxas de sífilis, incluindo a congênita. Em 2020, foram notificados 115.371 casos de sífilis adquirida, com uma taxa de detecção de 54,5 casos por 100.000 habitantes. Entre as gestantes, 61.441 casos foram registrados, resultando em uma taxa de 21,6 por 1.000 nascidos vivos. Quanto à sífilis congênita, 22.065 casos foram diagnosticados, representando uma taxa de incidência de 7,7 por 1.000 nascidos vivos. Entre 2010 e 2020, observou-se um crescimento no coeficiente de mortalidade infantil devido à sífilis, que passou de 3,5 para 6,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Embora tenha ocorrido uma diminuição nos casos de sífilis em algumas regiões do país, especialmente devido à pandemia de COVID-19, é importante considerar que problemas na transferência de dados entre os níveis municipal, estadual e federal, além da subnotificação de casos, podem ter influenciado esses números. A redução da procura por serviços de saúde e o impacto da pandemia também contribuíram para essa subnotificação⁴.

A sífilis congênita pode se manifestar de forma assintomática ou com sintomas graves, como quadros sépticos e até óbitos fetais e neonatais. Estima-se que entre 60% a 90% dos recém-nascidos com sífilis congênita sejam assintomáticos no momento do nascimento, o que destaca a importância da triagem sorológica nas gestantes. As manifestações clínicas podem surgir até os dois anos de idade, com maior incidência entre três e oito semanas após o nascimento. É raro que os sintomas apareçam após três a quatro meses⁵.

A doença pode ser classificada em sífilis congênita precoce, que ocorre até o segundo ano de vida, e sífilis congênita tardia, cujos sintomas aparecem após esse período. Nos casos de sífilis precoce, os sinais dependem do momento da infecção intrauterina e da efetividade do tratamento durante a gestação. As manifestações

clínicas mais comuns da sífilis congênita precoce incluem hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, rinite serossanguinolenta, erupção cutânea maculopapular, pênfigo sífilítico (principalmente nas palmas das mãos e plantas dos pés), linfadenopatia generalizada, anormalidades esqueléticas como periostite e osteocondrite, trombocitopenia e anemia. Além disso, prematuridade e baixo peso ao nascer são complicações frequentes⁵.

Para evitar a transmissão vertical da sífilis, um pré-natal adequado é essencial. As Diretrizes brasileiras recomendam a realização do teste VDRL no primeiro e terceiro trimestres da gestação, com repetição do exame em casos de risco elevado ou presença de sintomas. No entanto, cerca de 50% das gestantes não realizam o número adequado de consultas pré-natais, e muitos parceiros sexuais não recebem o tratamento necessário, o que aumenta as chances de transmissão vertical e a subsequente infecção congênita⁶.

A atenção básica à saúde enfrenta desafios operacionais, como a falta de capacitação e o desconhecimento de muitos profissionais de saúde sobre a patologia, o que dificulta a implementação das diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde. Isso demonstra que, além do acesso aos exames e tratamentos, é crucial investir na formação contínua dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento⁶.

Os dados epidemiológicos indicam um aumento consistente na taxa de incidência de sífilis congênita. Entre 2010 e 2018, a taxa de detecção passou de 2,4 para 9,0 casos por 1.000 nascidos vivos, com a detecção de sífilis em gestantes aumentando mais de seis vezes. Esses números refletem tanto o aumento da transmissão quanto uma melhora na capacidade de notificação. As regiões com maiores taxas de infecção são o Sudeste e o Nordeste, evidenciando disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde⁷.

Embora 75% dos recém-nascidos com sífilis congênita sejam assintomáticos ao nascimento, a falta de tratamento pode levar a sequelas graves, como surdez, cegueira e comprometimento cognitivo⁸. A mortalidade infantil também é significativamente afetada, ressaltando a necessidade de diagnósticos e intervenções rápidas. O tratamento com penicilina benzatina é eficaz e recomendado pelo Ministério da Saúde, mas dificuldades como desabastecimento do medicamento em algumas regiões complicam o controle da doença, especialmente em áreas vulneráveis⁷. Além disso, o estigma relacionado às

doenças sexualmente transmissíveis pode reduzir a adesão ao tratamento, tanto por parte das gestantes quanto dos parceiros sexuais, dificultando ainda mais a eliminação da transmissão vertical.

Para mitigar o impacto da sífilis congênita, é fundamental ampliar a cobertura e a qualidade do pré-natal, incluindo o tratamento dos parceiros e a implementação de protocolos específicos em todas as unidades de saúde⁶. Campanhas de conscientização sobre a importância do tratamento e da prevenção durante a gravidez também são necessárias, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social.

Investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde e assegurar a distribuição adequada de medicamentos são medidas essenciais para reduzir a incidência da doença. A integração dos serviços de saúde e a inclusão de estratégias de busca ativa para mulheres em situação de risco são outras ações importantes para aprimorar o diagnóstico precoce e o tratamento.

A sífilis congênita é uma condição infecciosa resultante da transmissão vertical da bactéria *Treponema pallidum* da mãe para o feto, podendo ocorrer durante a gestação ou no momento do parto. Essa patologia representa um grave problema de saúde pública devido à sua alta incidência e às complicações associadas, como óbito perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e sequelas físicas e neurológicas⁵.

A taxa de incidência de sífilis congênita, entre 2017 e 2022, elevou-se em 19,1%; entretanto, o aumento no número de casos foi de 4,3%. Apesar da redução no número de nascidos vivos do país, denominador dessa equação, não houve redução da transmissão na mesma proporção. Em 2021, houve um declínio de 246.434 (8,4%) nascidos vivos em relação a 2017, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Comparando os dois últimos anos completos, 2021 e 2022, observa-se diminuição de 2,2% (598) nos casos de sífilis congênita no país. No entanto, a taxa de incidência se manteve em cerca de dez casos por 1.000 nascidos vivos¹.

A sífilis é causada pelas espiroquetas da bactéria Gram-negativa *Treponema pallidum*. A doença é adquirida pela penetração bacteriana por meio das mucosas ou pele, chegando até a corrente sanguínea e os vasos linfáticos, podendo assim se disseminar. O período de incubação vai de 10 a 90 dias, sendo em média de 3 semanas. Após essa fase ocorre surgir a de sífilis primária, que é caracterizada por

uma lesão ulcerada, indolor, de base rasa e limpa, bordas elevadas e endurecidas, chamada de cancro duro. Nos homens é encontrado principalmente em região de sulco balanoprepucial, prepúcio e glândula. Nas mulheres, é visto mais no canal vaginal, grandes e pequenos lábios, uretra e períneo⁹. A triagem sorológica no pré-natal e durante o parto é essencial para a identificação precoce, considerando que 60% a 90% dos recém-nascidos afetados podem ser assintomáticos ao nascimento⁵.

A vulnerabilidade social é um dos principais fatores de risco para a sífilis congênita. Fatores como a falta de moradia estável, baixa renda, desemprego e menor nível de escolaridade estão diretamente relacionados ao aumento da incidência dessa doença. Isso ocorre principalmente porque pessoas em situações de vulnerabilidade enfrentam maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde e possuem menos conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e os riscos associados a elas¹⁰.

Nesse cenário, o papel das Agentes Comunitárias de Saúde é fundamental, especialmente na busca ativa de gestantes em condições de vulnerabilidade. Elas ajudam a garantir que essas mulheres iniciem o acompanhamento pré-natal de forma precoce e recebam a orientação necessária sobre os riscos da sífilis gestacional. Isso pode facilitar o diagnóstico precoce, não só para as gestantes, mas também para seus parceiros sexuais, contribuindo para o controle da doença¹⁰.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa adota uma abordagem de revisão de literatura, buscando sintetizar o estado da arte sobre sífilis congênita e sua relevância na literatura científica. A revisão tem como objetivo identificar, analisar e comparar as diferentes abordagens, dados clínicos e intervenções sobre o tema ao longo dos últimos 24 anos, de 2000 a 2024.

A coleta de dados foi realizada em bases de dados amplamente reconhecidas: MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed e o portal do Ministério da Saúde do Brasil, que foram selecionadas por sua relevância e abrangência no campo da saúde pública e medicina. Utilizou-se como descritores os termos “Sífilis Congênita” e “Congenital Syphilis”, aplicando o filtro de busca para títulos de artigos. Esse método foi escolhido para garantir que os estudos incluídos tratassem diretamente do tema de interesse.

O recorte temporal abrangeu os anos de 2000 a 2024, com o objetivo de capturar tanto a evolução dos conhecimentos sobre o tema quanto às tendências mais recentes. A maior parte dos artigos analisados está na língua portuguesa, embora estudos em inglês tenham sido incluídos quando considerados relevantes.

Critérios de inclusão: Artigos que tratassem exclusivamente de sífilis congênita, publicados em português e inglês, com texto completo disponível.

Critérios de exclusão: Foram excluídos estudos que estivessem em outros idiomas, artigos que não focassem diretamente na sífilis congênita ou que apenas apresentassem resumos sem disponibilização do texto completo.

Para garantir a qualidade e relevância das fontes selecionadas, foram analisados estudos revisados por pares e publicações oficiais de órgãos de saúde, como o Ministério da Saúde do Brasil. Após a coleta, os dados foram sistematicamente organizados e categorizados para facilitar a análise comparativa e a identificação de padrões e lacunas na literatura científica.

5 RESULTADOS

Apesar das políticas públicas brasileiras que preconizam a contenção da sífilis congênita, como a notificação compulsória e o incentivo ao tratamento durante o pré-natal, observa-se que os casos continuam em ascensão. A notificação compulsória, estabelecida para facilitar a identificação e o tratamento precoce, ainda não se traduz em uma redução efetiva dos casos devido à fragmentação no atendimento e à falta de continuidade nos cuidados de saúde para gestantes infectadas. A adesão ao pré-natal, fundamental para o diagnóstico precoce, é insuficiente, especialmente em populações vulneráveis, onde fatores como transporte, custos indiretos e disponibilidade de serviços impactam a regularidade das consultas. Aproximadamente 50% das mulheres no Brasil não conseguem realizar o número ideal de consultas pré-natais, comprometendo o diagnóstico de sífilis e o tratamento oportuno para evitar a transmissão vertical.

Outro ponto crítico é a necessidade de incluir os parceiros no tratamento das gestantes com sífilis. A omissão do tratamento conjunto favorece a reinfecção da gestante e aumenta o risco de transmissão vertical, apontando para uma falha na promoção de uma abordagem integrada que envolva, desde o início, a conscientização tanto para a gestante quanto para seu parceiro. Embora campanhas de conscientização e diretrizes de tratamento sejam promovidas, o diagnóstico e tratamento insuficientes dos parceiros refletem um problema cultural e social ainda não superado.

No contexto dessas deficiências, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde em diferentes regiões do Brasil cria um cenário em que, mesmo em áreas com políticas estabelecidas, a aplicação e o cumprimento das normas são inconsistentes. O impacto é mais evidente nas regiões Norte e Nordeste, onde as limitações de recursos comprometem a qualidade e a frequência dos atendimentos. Populações em situação de pobreza e marginalização, nessas regiões, enfrentam barreiras que vão além do acesso ao atendimento médico, incluindo baixa escolaridade, precariedade habitacional, insegurança alimentar e falta de acesso a informações de saúde. Esses fatores estruturais geram condições em que a sífilis congênita se perpetua, uma vez que a prevenção e o tratamento requerem acesso adequado aos serviços de saúde e compreensão básica sobre a importância do pré-natal e do diagnóstico.

O aumento da incidência sugere que políticas focadas exclusivamente em soluções técnicas — como a disponibilização de medicamentos — podem não ser suficientes se não forem acompanhadas por uma conscientização comunitária e um sistema de saúde que ofereça acolhimento e suporte contínuos. Outro aspecto importante é o impacto da pandemia de COVID-19 na gestão de doenças infecciosas como a sífilis congênita. O redirecionamento de recursos e a priorização do combate à COVID-19 sobrecarregaram os sistemas de saúde, reduzindo as consultas de pré-natal e comprometendo o monitoramento de doenças de transmissão vertical, como a sífilis. Muitas gestantes evitaram comparecer aos centros de saúde por temerem contaminação, o que contribuiu para a não detecção e o não tratamento de casos de sífilis congênita de forma oportuna, afetando tanto o controle da doença quanto a saúde dos neonatos.

Além disso, a mobilização de equipes e recursos para lidar com a pandemia reduziu a disponibilidade de profissionais capacitados para atender gestantes com sífilis e de medicamentos essenciais, como a penicilina benzatina. A escassez de dados durante a pandemia reflete uma possível subnotificação dos casos, uma vez que a capacidade de observação epidemiológica foi afetada. Essa redução nos dados pode dar uma falsa impressão de controle, mas os desafios estruturais para a retomada e fortalecimento dos serviços de saúde mostram que o problema pode ter se agravado.

A pandemia reforçou a necessidade de fortalecer a infraestrutura de saúde pública, de modo que possa responder a emergências sem comprometer o atendimento essencial e a prevenção de outras doenças. Aprendizados dessa crise destacam a importância de priorizar sistemas de saúde resilientes e adaptáveis, que possam oferecer atendimento ininterrupto, mesmo em períodos de crise.

Adicionalmente, a capacitação insuficiente dos profissionais de saúde para lidar com doenças de transmissão vertical é uma barreira crítica. Profissionais desatualizados em relação aos protocolos de triagem e tratamento de sífilis congênita podem falhar em detectar casos, o que afeta o desenvolvimento fetal. Essa falta de capacitação, combinada com o desabastecimento de medicamentos essenciais, como a penicilina benzatina, compromete o combate à sífilis congênita. A sífilis poderia ser evitada se o tratamento fosse administrado de forma adequada e em tempo hábil, mas a escassez de recursos e a falta de infraestrutura, especialmente em áreas remotas, tornam o combate à doença um desafio.

Esses fatores evidenciam que o combate à sífilis congênita requer não apenas políticas de saúde robustas, mas também uma infraestrutura que suporte o diagnóstico precoce e o tratamento equitativo em todo o país. Investimentos em treinamentos contínuos para profissionais e na logística de medicamentos são essenciais para reduzir os gargalos que dificultam a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública.

A abordagem de saúde pública precisa abranger estratégias que melhorem as condições de vida e o acesso à informação, especialmente em comunidades vulneráveis. Campanhas educacionais que traduzam as doenças de transmissão vertical e reduzem o estigma em torno do tratamento da sífilis entre gestantes e seus parceiros são cruciais. A inclusão dos parceiros no processo de conscientização é fundamental, pois a falta de tratamento dos parceiros promove reinfecções e eleva a taxa de transmissão vertical. Medidas de saúde pública que levem em consideração o contexto cultural e socioeconômico dessas populações podem ter um impacto significativo, principalmente entre jovens e adolescentes em idade reprodutiva, promovendo uma abordagem de combate à sífilis integrada e eficaz. O presente trabalho se fundamentou em fornecer subsídios informacionais acerca da Sífilis Congênita, na forma de uma Revisão de Literatura.

6 DISCUSSÃO

A sífilis congênita exemplifica um cenário em que, mesmo com diretrizes de diagnóstico e tratamento estabelecidas, há falhas significativas na aplicação prática, levando a consequências graves para a saúde materno-infantil. Este estudo, portanto, contribui para ampliar a compreensão das limitações e barreiras que o sistema de saúde enfrenta e para refletir sobre caminhos mais eficazes para o controle da transmissão vertical da sífilis.

A relevância da sífilis congênita se deve ao seu impacto devastador na mortalidade e morbidade neonatal, como evidenciado pela alta taxa de incidência e mortalidade observada. Em 2022, o Brasil registrou 26.468 casos de sífilis congênita e 200 óbitos, com uma taxa de mortalidade específica de 7,8 por 100.000 nascidos vivos. Esses números sublinham a singularidade do tema, uma vez que, apesar dos avanços nas políticas públicas e na obrigatoriedade de notificação, a incidência permanece alta. Comparando esses achados com a literatura, observa-se que, enquanto outros países têm conseguido reduzir os casos de sífilis congênita, o Brasil apresenta desafios específicos que impedem a efetiva erradicação, como desigualdades regionais e limitações de recursos¹.

A análise dos dados do boletim epidemiológico de 2023 e da literatura revela que o diagnóstico precoce de sífilis congênita é uma etapa crucial e que, se realizado de forma precisa e no tempo adequado, pode evitar a transmissão vertical. Estudos anteriores sugerem que a taxa de transmissão da sífilis da mãe para o feto pode ser reduzida em até 97% quando o tratamento é administrado de maneira correta durante a gestação. No entanto, as taxas de diagnóstico no primeiro trimestre de 2022 foram de apenas 46,1% das gestantes, evidenciando que quase metade das gestantes com sífilis não recebem um diagnóstico oportuno, o que impede uma intervenção precoce. Esses dados destacam a necessidade de estratégias mais eficazes para garantir a triagem e o acompanhamento das gestantes, principalmente em regiões com altos índices de transmissão¹.

Comparando-se esses achados com a literatura internacional, percebe-se uma disparidade entre os países que conseguiram implementar sistemas de saúde integrados e o Brasil, onde a fragmentação dos serviços ainda limita a eficácia das ações de controle da doença. A literatura destaca que países que integram assistência social e monitoramento contínuo durante o pré-natal apresentam taxas

menores de sífilis congênita, sugerindo que o Brasil poderia se beneficiar de uma abordagem mais abrangente e integrada no atendimento pré-natal.

Os dados e observações deste estudo trazem subsídios para levantar novas perspectivas sobre o combate à sífilis congênita. Em primeiro lugar, a inclusão dos parceiros no tratamento poderia reduzir significativamente as taxas de reinfecção materna e, conseqüentemente, a transmissão vertical. Embora o Brasil já tenha diretrizes que recomendam a inclusão dos parceiros, a adesão a essa prática ainda é baixa, devido a fatores culturais e de estigma, algo que precisa ser abordado com mais campanhas de conscientização e estratégias educativas que alcancem ambos os membros do casal.

Além disso, o desabastecimento de penicilina, medicamento essencial para o tratamento da sífilis, é um desafio recorrente que compromete a eficácia das intervenções. Novas estratégias logísticas, como a regionalização da produção e distribuição de medicamentos, podem ser alternativas viáveis para garantir a continuidade do tratamento. Também é fundamental que o Brasil invista em treinamentos contínuos para os profissionais de saúde, para que estejam atualizados sobre os protocolos de triagem e tratamento, e possam assim oferecer um diagnóstico mais preciso e oportuno.

A literatura também aponta para a necessidade de mais estudos que explorem o impacto da vulnerabilidade social e da falta de acesso a serviços de saúde de qualidade na prevalência de sífilis congênita. O entendimento das diferenças regionais alarmantes, evidenciadas pelo boletim de 2023, sugere que estudos focados nas necessidades específicas das regiões Norte e Nordeste poderiam subsidiar políticas públicas mais personalizadas e efetivas.

De acordo com Lima e Spinola¹¹, embora a SC não tenha sido incluída na lista das 20 doenças tropicais negligenciadas, que foram contempladas pelas estratégias e metas do roteiro para extinguir a negligência e alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável, até o ano de 2030, elaborado pela World Health Organization (WHO)¹¹, a doença é reconhecida pela literatura como negligenciada e como um problema de saúde pública que se vincula com a realidade de comunidades vulneráveis.

Segundo Vasconcelos¹², a vulnerabilidade social exige que os profissionais de saúde tenham uma visão mais ampla e cuidadosa, especialmente quando atuam na atenção básica. Souza et al. [...] as estratégias de tratamento e controle da sífilis

congenita (SC) precisam ser adaptadas para áreas onde a população enfrenta maiores dificuldades sociais¹¹.

No entanto, Domingues e Leal¹³, junto com outros autores como, Medeiros et al¹⁴, e Ozelame et al.¹⁵, apontam que, mesmo com várias formas de analisar a situação da SC, a subnotificação de casos ainda é um grande desafio. Nascimento¹⁶ explica que isso acontece, muitas vezes, por erros na interpretação ou no preenchimento das fichas de notificação obrigatória. Esses problemas fazem com que muitos dados não apareçam nas plataformas responsáveis por divulgar essas informações, mesmo que sejam sistemas geridos pelo governo.

Como consideração final do artigo de Lima e Spinola¹¹, está descrito que,

[...] declarar a sua concordância com o entendimento de que existem populações com características socioeconômicas que as tornam muito mais propensas ao adoecimento, por qualquer que seja o agravo em saúde. Desse modo, defende-se que o termo “negligência” serve para adjetivar as populações e não as doenças.

Este estudo reforça a validade e importância do diagnóstico precoce e contínuo como uma ferramenta essencial para prevenir a sífilis congênita. Os dados apontam para uma realidade que exige um sistema de saúde mais acessível, com campanhas de conscientização que promovam não apenas o tratamento, mas também a inclusão dos parceiros e a integração de políticas sociais. Esse cenário mostra que, com novos investimentos e políticas, é possível avançar em direção à erradicação da sífilis congênita, beneficiando a saúde pública como um todo.

Analisando mais a fundo o Boletim epidemiológico 2023 do Ministério da Saúde, podemos inferir alguns dados e informações no que concerne ao Crescimento das Taxas de Detecção e Incidência, onde indica que em 2022 foram notificados 83.034 casos de sífilis em gestantes e 26.468 casos de sífilis congênita, com uma taxa de incidência de 10,3 casos por 1.000 nascidos vivos, e uma taxa de mortalidade infantil específica por sífilis congênita de 7,8 por 100.000 nascidos vivos. Esse crescimento nas taxas pode ser interpretado como reflexo de lacunas nos serviços de pré-natal e no tratamento dos parceiros das gestantes, o que contribui para a reinfecção e continuidade da transmissão vertical. A discussão pode abordar como a subnotificação e a falta de adesão ao tratamento são desafios persistentes, apesar das políticas públicas implementadas¹.

Outro ponto que pode ser suscitado é a regionalização e o acesso ao tratamento, que apesar de não ter sido muito trabalho no presente trabalho, achou-se relevante analisar brevemente este ponto nas discussões do trabalho. As regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes, com 39,2 e 33,8 casos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, enquanto a incidência de sífilis congênita foi maior no Sudeste (10,3 casos/1.000 nascidos vivos). No entanto, a desigualdade entre regiões é um fator que influencia negativamente no tratamento adequado e na prevenção. A análise pode explorar como áreas menos favorecidas enfrentam escassez de recursos e infraestrutura, dificultando a adesão ao pré-natal e o tratamento contínuo das gestantes infectadas¹.

Observou-se uma estabilidade nas taxas de incidência de sífilis congênita em torno de 10 casos por 1.000 nascidos vivos nos últimos anos. Em 2022, 46,1% das gestantes foram diagnosticadas no primeiro trimestre, evidenciando um avanço importante para o diagnóstico precoce. No entanto, a manutenção das altas taxas indica a necessidade de estratégias mais eficazes para capturar e tratar precocemente a sífilis em gestantes, além de abordar a questão do tratamento dos parceiros, pois muitos casos permanecem sem tratamento completo e adequado¹.

Em 2022, o Brasil registrou 200 óbitos por sífilis congênita, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 7,8 por 100.000 nascidos vivos. Esse dado destaca o impacto fatal da sífilis congênita na mortalidade infantil e sugere que a resposta de saúde pública ainda precisa de aprimoramento. Estratégias que integrem assistência social, acompanhamento pré-natal e ações de saúde reprodutiva e sexual podem ser eficazes para mitigar essa mortalidade¹.

7 CONCLUSÃO

A análise sobre a sífilis congênita no Brasil revela um quadro complexo que vai além das ações de notificação e diagnóstico, refletindo desafios estruturais e sociais que impactam a eficácia das políticas de saúde. O aumento contínuo na incidência da doença, de 2,4 para aproximadamente 10 casos por 1.000 nascidos vivos entre 2010 e 2022, expõe falhas nas práticas de prevenção e tratamento. A subnotificação, influenciada por erros no preenchimento das fichas de notificação, prejudica a avaliação real da situação, dificultando uma resposta assertiva das autoridades de saúde. A literatura reforça a importância do pré-natal eficaz e contínuo, com triagem sorológica nos primeiros trimestres, como uma estratégia essencial para evitar a transmissão vertical da sífilis. No entanto, barreiras socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde limitam a adesão a essas práticas, particularmente nas regiões Norte e Nordeste, onde as infraestruturas de saúde são mais precárias. Essas desigualdades refletem disparidades regionais e destacam a necessidade de uma abordagem adaptada às especificidades locais.

A pandemia de COVID-19 agravou as limitações já existentes no sistema de saúde, desviando recursos e sobrecarregando as equipes médicas, o que reduziu a frequência de consultas pré-natais e aumentou a subnotificação. O receio de contaminação fez com que muitas gestantes evitassem centros de saúde, comprometendo o diagnóstico e o tratamento da sífilis congênita. Além disso, o desabastecimento de penicilina benzatina, tratamento de primeira linha, prejudicou ainda mais a intervenção médica, particularmente em áreas vulneráveis.

Para um combate efetivo à sífilis congênita, é necessário que as políticas públicas sejam mais abrangentes, indo além da distribuição de medicamentos. A capacitação contínua dos profissionais de saúde é imprescindível para garantir diagnósticos e tratamentos adequados. Atualizações frequentes nos protocolos de triagem e manejo são fundamentais para intervenções mais precisas e oportunas.

Portanto, a superação dos desafios relacionados à sífilis congênita no Brasil requer esforços conjuntos e integrados. Estratégias que incluam melhorias no acesso ao pré-natal, fortalecimento do diagnóstico precoce, tratamento abrangente e campanhas educativas podem não apenas combater a infecção, mas também promover um ambiente de saúde pública mais resiliente. Com essas ações, é

possível avançar rumo à redução da morbidade e mortalidade materno-infantil e à erradicação da sífilis congênita como problema de saúde pública.

8 CRONOGRAMA DA PESQUISA

	Início da pesquisa	Fim da pesquisa
TCC 1	15 de abril de 2024	08 de junho de 2024
TCC 2	08 de junho de 2024	20 de novembro de 2024

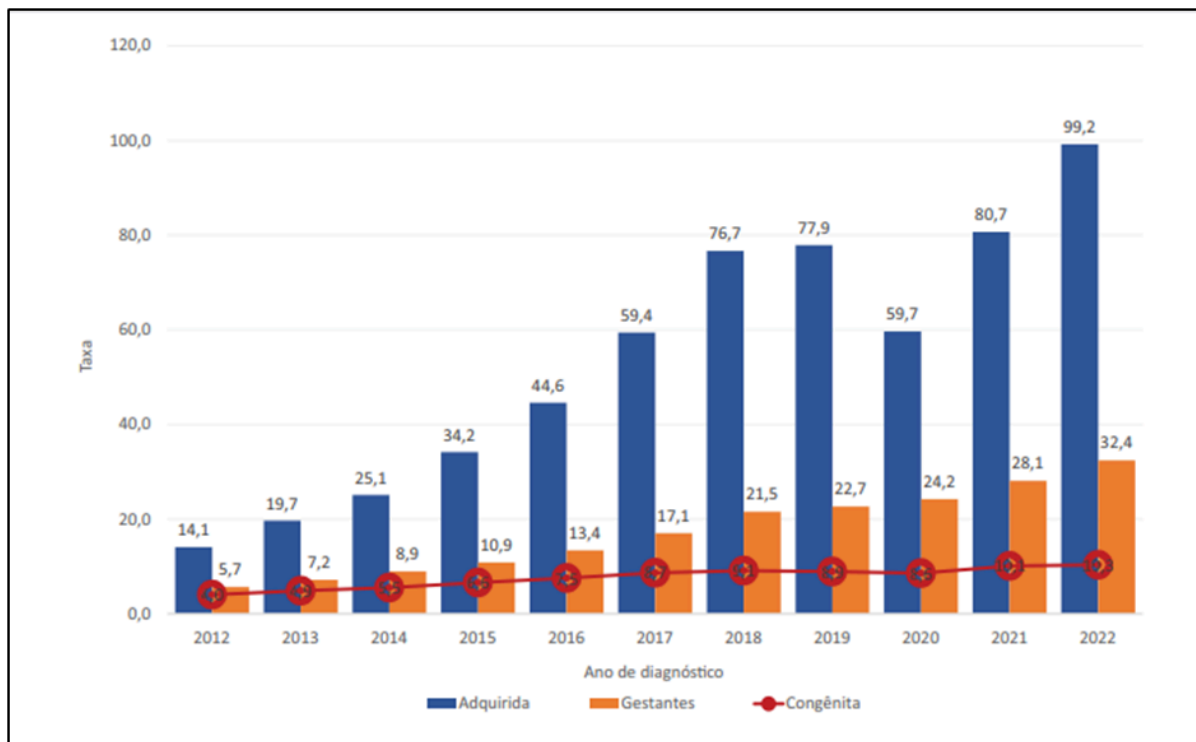
ANEXO A¹ - Nascidos vivos, casos e taxas de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, óbitos por sífilis congênita e taxa de mortalidade infantil específica por sífilis congênita, segundo região, Unidade da Federação de residência e Brasil, 2022

UF/Região	Nascidos vivos 2022 ⁽¹⁾		Sífilis adquirida 2022			Sífilis em gestantes 2022			Sífilis congênita 2022			Óbitos por sífilis congênita 2022		
	n	%	n	%	taxa ⁽²⁾	n	%	taxa ⁽³⁾	n	%	taxa ⁽⁴⁾	n	%	taxa ⁽⁵⁾
Brasil	2.560.320	100,0	213.129	100,0	99,2	83.034	100,0	32,4	26.468	100,0	10,3	200	100,0	7,8
Norte	288.444	11,3	16.518	7,8	86,3	8.759	10,5	30,4	2.418	9,1	8,4	34	17,0	11,8
Rorônia	24.900	1,0	2.450	1,1	133,6	750	0,9	30,1	75	0,3	3,0	1	0,5	4,0
Acre	14.454	0,6	1.316	0,6	143,2	638	0,8	44,1	96	0,4	6,6	5	2,5	34,6
Amazonas	72.322	2,8	5.073	2,4	117,1	2.159	2,6	29,9	411	1,6	5,7	10	5,0	13,8
Roraima	13.041	0,5	840	0,4	125,3	425	0,5	32,6	141	0,5	10,8	0	0,0	0,0
Pará	127.573	5,0	4.359	2,0	49,2	3.543	4,3	27,8	1.276	4,8	10,0	11	5,5	8,6
Amapá	13.608	0,5	947	0,4	106,0	538	0,6	39,5	155	0,6	11,4	7	3,5	51,4
Tocantins	22.546	0,9	1.533	0,7	94,4	706	0,9	31,3	264	1,0	11,7	0	0,0	0,0
Nordeste	708.645	27,7	32.084	15,1	55,4	17.025	20,5	24,0	7.375	27,6	10,3	59	29,5	8,3
Maranhão	97.878	3,8	2.843	1,3	39,5	1.638	2,0	16,7	581	2,2	5,9	6	3,0	6,1
Piauí	42.716	1,6	995	0,5	30,2	563	0,7	13,3	308	1,2	7,3	11	5,5	26,1
Ceará	112.241	4,4	4.357	2,0	46,9	2.838	3,4	25,3	1.488	5,6	13,3	4	2,0	3,6
Rio Grande do Norte	40.046	1,6	2.516	1,2	71,8	1.164	1,4	29,1	527	2,0	13,2	3	1,5	7,5
Paraíba	50.890	2,0	1.416	0,7	36,2	825	1,0	16,2	387	1,5	7,6	1	0,5	2,0
Pernambuco	117.424	4,6	8.100	3,8	83,2	3.848	4,6	32,8	1.995	7,5	17,0	13	6,5	11,1
Alagoas	45.377	1,8	716	0,3	21,2	943	1,1	20,6	326	1,2	7,1	7	3,5	15,3
Sergipe	28.523	1,1	2.094	1,0	88,8	993	1,2	34,8	453	1,7	15,9	2	1,0	7,0
Bahia	173.730	6,8	8.027	4,2	59,4	4.213	5,1	24,3	1.250	4,7	7,2	12	6,0	6,9
Sudeste	979.244	38,2	101.909	47,8	112,9	38.355	46,2	39,2	11.581	43,8	11,8	62	31,0	6,3
Minas Gerais	234.893	9,2	20.430	9,6	94,9	5.803	7,0	24,7	2.279	8,6	9,7	15	7,5	6,4
Espírito Santo	51.725	2,0	7.075	3,3	170,4	1.285	1,5	24,8	616	2,3	11,9	0	0,0	0,0
Rio de Janeiro	180.288	7,0	22.383	10,5	127,5	12.565	15,1	69,7	4.150	15,7	23,0	29	14,5	16,1
São Paulo	512.338	20,0	52.021	24,4	110,7	18.702	22,5	36,5	4.536	17,1	8,9	18	9,0	3,5
Sul	359.691	14,0	46.291	21,7	151,2	12.150	14,6	33,8	3.497	13,2	9,7	20	10,0	5,6
Paraná	140.601	5,5	12.036	5,6	103,1	3.926	4,7	27,9	885	3,3	6,3	10	5,0	7,1
Santa Catarina	98.150	3,8	16.213	7,6	216,4	3.028	3,6	30,9	693	2,6	7,1	1	0,5	1,0
Rio Grande do Sul	120.940	4,7	18.042	8,5	156,8	5.196	6,3	43,0	1.919	7,3	15,9	9	4,5	7,4
Centro-Oeste	224.296	8,8	16.327	7,7	96,6	6.245	8,1	30,1	1.657	6,3	7,4	25	12,5	11,1
Mato Grosso do Sul	40.486	1,6	2.975	1,4	102,7	1.289	1,6	31,8	238	0,9	5,9	2	1,0	4,9
Mato Grosso	58.163	2,3	2.930	1,4	81,2	1.604	1,9	27,6	218	0,8	3,7	10	5,0	17,2
Goiás	89.271	3,5	8.160	3,8	111,8	2.808	3,4	31,3	784	3,0	8,7	10	5,0	11,1
Distrito Federal	35.976	1,4	2.202	1,1	72,3	1.044	1,3	29,1	417	1,6	11,6	3	1,5	8,4

Fonte: MS/SVSA/Sistema de Informação de Agravos de Notificação, atualizado em 30/06/2023, e MS/SVSA/Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Notas: (1) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), agosto de 2023. (2) Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100.000 habitantes. (3) Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos. (4) Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano por 1.000 nascidos vivos. (5) Taxa de mortalidade infantil específica por sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos.

ANEXO B¹ - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2023.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico - sífilis 2023: número especial [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/@download/file>
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 19 nov 2024]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf
- ³ Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna e sífilis congênita na América Latina: um problema grave de solução simples. Rev Panam Salud Publica. 2004..
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024 Oct 20]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>.
- ⁵ Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbock DC das N, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2021;30(spe1):e2020597. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>
- ⁶ Santos CL. Sífilis congênita e gestação: revisão de literatura. São Paulo: HSPM; 2015.
- ⁷ Ferla BW, Paula CBCO, Barros FC, Caselli VM, Polubriaginof C. Revisão bibliográfica sobre a sífilis congênita. Perspect Med Leg Perícia Méd. 2022;7. doi:10.47005/220306
- ⁸ Albuquerque GMA, Chaves EMC, Sampaio LRL. Complicações da sífilis congênita: revisão de literatura. Pediatria Moderna. 2014;50(6):12-7.
- ⁹ BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. - pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf
- ¹⁰ Lima TS et al. Prevenção e controle da sífilis congênita: uma revisão de literatura. Rev Fisioter [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 19]. Disponível em: <https://revistaft.com.br/prevencao-e-controle-da-sifilis-congenita-uma-revisao-de-literatura/>
- ¹¹ Lima, B. L., & Spinola, C. de A. (2023). Vulnerabilidade social e suas interconexões com a sífilis congênita: O que diz a literatura?. Desenvolvimento Em Questão, 21(59), e14145. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2023.59.14145>.

- ¹² Vasconcelos MN, et al. Características das mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita. *Mundo Saúde*. 2020 Jan;1(44):585-594. doi: 10.15343/0104-7809.201944585594.
- ¹³ Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do Estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016 Jun;32(6):1-12. doi:10.1590/0102-311X00082415.
- ¹⁴ Medeiros JAR, Frota OP, Ferreira Júnior MA, Teston EF. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. *Sci Rep*. 2022 Jan;12(1):1-13. doi: 10.1038/s41598-021-04530-y.
- ¹⁵ Ozelame JÉEP, et al. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. *Rev Enferm UERJ*. 2020 Oct;28(1):1-9. doi: 10.12957/reuerj.2020.50487.
- ¹⁶ Nascimento LFC. Sífilis congênita no Vale do Paraíba sob enfoque espacial. *Rev Paul Pediatr*. 2020 Jul;38(3):1-9. doi: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018395.