

Sífilis na gestação: desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais no período perinatal e parto.

Gestational syphilis: diagnostic, therapeutic, and healthcare challenges in the perinatal period and delivery.

Isabela Corali Ribeiro

Isadora Neves Tasso

Orientadora: Profa. Ma. Ana Lúcia de Castro Rodrigues

RESUMO

A sífilis na gestação é uma infecção sexualmente transmissível reemergente e um marcador sensível da qualidade da assistência pré-natal, uma vez que a sífilis congênita é evento evitável por meio de diagnóstico e tratamento oportunos e de baixo custo. Este trabalho teve como objetivo analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, os desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais da sífilis na gestação no período perinatal e no parto, contrastando as realidades internacional, nacional (por macrorregião) e local, com ênfase no município de Franca/SP. Trata-se de revisão integrativa, de abordagem descritiva, fundamentada em obras de referência obstétrica e em protocolos oficiais, complementada por estudos epidemiológicos de recorte internacional (Estados Unidos, China, Colômbia e região Africana), nacional e local, além de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do DATASUS. Os resultados evidenciaram elevação sustentada das taxas de detecção de sífilis em gestantes no Brasil, que atingiram 35,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2024, e incidência de sífilis congênita de 9,6 casos por 1.000 nascidos vivos. O Estado de São Paulo apresentou taxa de detecção em gestantes superior à nacional (44,6/1.000), ao passo que Franca, em série municipal, registrou predomínio de diagnóstico tardio e elevada proporção de parcerias não tratadas. No plano internacional, observou-se ressurgimento da sífilis congênita nos Estados Unidos, avanços do programa integrado chinês e persistência de altas prevalências na África Subsaariana e na América Latina. A discussão organizou os achados em quatro eixos: fatores relacionados à gestante e às parcerias; à assistência na rede pública; à atenção hospitalar no parto; e ao seguimento dos recém-nascidos na atenção básica. Conclui-se que a persistência da sífilis congênita decorre menos de limitações tecnológicas e mais de falhas de processo assistencial — diagnóstico tardio, tratamento inadequado ou incompleto, não tratamento das parcerias e fragilidade do seguimento —, exigindo

qualificação da atenção pré-natal, integração entre pontos de atenção e educação permanente das equipes.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis Congênita. Complicações Infecciosas na Gravidez. Assistência Pré-Natal. Penicilina G Benzatina.

ABSTRACT

Syphilis in pregnancy is a re-emerging sexually transmitted infection and a sensitive marker of the quality of antenatal care, since congenital syphilis is a preventable event through timely, low-cost diagnosis and treatment. This study aimed to analyse, through an integrative literature review, the diagnostic, therapeutic and care-related challenges of syphilis in pregnancy during the perinatal period and delivery, contrasting the international, national (by macro-region) and local realities, with emphasis on the municipality of Franca, State of São Paulo, Brazil. This is an integrative review, with a descriptive approach, grounded in reference obstetric works and official protocols, complemented by epidemiological studies with international scope (United States, China, Colombia and the African region), national and local scope, as well as secondary data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and DATASUS. Results showed a sustained rise in gestational syphilis detection rates in Brazil, reaching 35.4 cases per 1,000 live births in 2024, and a congenital syphilis incidence of 9.6 cases per 1,000 live births. The State of São Paulo showed a gestational detection rate above the national figure (44.6/1,000), while Franca, in its municipal series, recorded a predominance of late diagnosis and a high proportion of untreated partners. Internationally, a resurgence of congenital syphilis was observed in the United States, progress in the integrated Chinese programme, and persistence of high prevalence in Sub-Saharan Africa and Latin America. The discussion organised the findings into four axes: factors related to the pregnant woman and partners; to public-network care; to hospital care at delivery; and to newborn follow-up in primary care. It is concluded that the persistence of congenital syphilis stems less from technological limitations and more from care-process failures — late diagnosis, inadequate or incomplete treatment, failure to treat partners, and fragile follow-up — requiring qualification of antenatal care, integration between points of care, and continuing education of health teams.

Keywords: Syphilis. Syphilis Congenital. Pregnancy Complications Infectious. Prenatal Care. Penicillin G Benzathine.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do tema

A sífilis é uma infecção sistêmica, crônica e curável, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, transmitida predominantemente por via sexual e, na gestação, também por via vertical, da gestante para o conceito (ZUGAIB, 2016). Após a introdução da penicilina, na década de 1940, observou-se acentuada queda na incidência da doença;

contudo, a partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, a sífilis ressurgiu em taxas dramáticas, fenômeno associado inicialmente à coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, mais recentemente, a mudanças de comportamento sexual, à redução do uso de preservativos e a fragilidades dos serviços de saúde (ZUGAIB, 2016). Estima-se que mais de 80% das mulheres com sífilis estejam em idade reprodutiva e, portanto, sob risco de transmissão vertical (ZUGAIB, 2016).

No plano mundial, a sífilis materna e a sífilis congênita permanecem como problema de saúde pública relevante e desigualmente distribuído. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2007, iniciativa global para a eliminação da transmissão vertical da sífilis, definida como a redução da incidência a menos de 50 casos por 100.000 nascidos vivos em pelo menos 80% dos países até 2030 (GILMOUR; WALLS, 2023). Ainda assim, revisão da epidemiologia global estimou 661.000 casos de sífilis congênita em 2016 (473 por 100.000 nascidos vivos), com concentração das maiores taxas nas regiões Africana e do Mediterrâneo Oriental, justamente onde há menor disponibilidade de dados (GILMOUR; WALLS, 2023).

No Brasil, a sífilis em gestantes e a sífilis congênita são agravos de notificação compulsória, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e monitorados por meio dos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025). Entre 2005 e 2025, o país acumulou mais de 810 mil casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção nacional em crescimento contínuo, alcançando 35,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2024; no mesmo ano, foram notificados 24.443 casos de sífilis congênita em menores de um ano, com incidência de 9,6 casos por 1.000 nascidos vivos e 183 óbitos infantis pela doença (BRASIL, 2025). A ocorrência de sífilis congênita é reconhecida como indicador sensível da qualidade da assistência pré-natal, pois expressa a falha da cadeia de cuidado em interromper a transmissão de uma doença de diagnóstico e tratamento amplamente disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021).

1.2 Justificativa

A relevância deste estudo decorre de um paradoxo central: apesar de a sífilis dispor de teste diagnóstico simples, de baixo custo e de tratamento altamente eficaz — a penicilina benzatina —, os casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita continuam a crescer no Brasil (BRASIL, 2025). A sífilis congênita configura-se, assim, como evento sentinela

evitável, cuja persistência revela lacunas diagnósticas, terapêuticas e assistenciais ao longo do período perinatal e do parto.

Compreender essas lacunas exige um olhar que articule diferentes níveis de análise. A comparação entre países de alta renda, países em desenvolvimento e nações com indicadores mais desfavoráveis que os brasileiros permite situar a realidade nacional no cenário internacional e identificar tanto experiências exitosas quanto contextos de maior vulnerabilidade (LIU et al., 2023; USPSTF, 2025; GILMOUR; WALLS, 2023; BECERRA-ARIAS et al., 2022). No plano interno, a heterogeneidade entre as macrorregiões brasileiras e a análise de um recorte municipal específico — o município de Franca, no interior paulista — conferem concretude ao debate e aproximam a discussão da prática cotidiana das equipes de saúde (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Justifica-se, portanto, a realização de revisão integrativa que sistematize o conhecimento disponível sobre os desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais da sífilis na gestação, oferecendo subsídios para a qualificação da atenção pré-natal e para o enfrentamento local da transmissão vertical.

1.3 Problema de pesquisa

Diante do exposto, formula-se a seguinte pergunta norteadora: quais são os principais desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais relacionados à sífilis na gestação, no período perinatal e no parto, segundo a literatura, e como esses desafios se expressam no recorte local de Franca/SP em comparação com o Estado de São Paulo, o Brasil e outros países?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, os desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais da sífilis na gestação no período perinatal e no parto.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores relacionados à gestante e às parcerias sexuais que dificultam o diagnóstico e o tratamento oportunos;

- Caracterizar as barreiras na assistência prestada pela rede pública, com ênfase no pré-natal;
- Discutir a atenção hospitalar no parto e no nascimento, incluindo a testagem materna à admissão e a avaliação do recém-nascido;
- Discutir a importância do seguimento dos recém-nascidos expostos e comprometidos na atenção básica;
- Comparar as realidades internacional, nacional (por macrorregião) e o recorte local de Franca/SP, à luz dos dados do SINAN e do DATASUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sífilis: agente etiológico, formas clínicas e transmissão

A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*, espiroqueta descoberto em 1905, cuja transmissão se dá primordialmente por contato sexual, podendo ocorrer também por via vertical e, mais raramente, por contato com lesões ou hemoderivados (ZUGAIB, 2016; MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). O risco de contrair a doença a partir de contato sexual com pessoa portadora de sífilis primária ou secundária varia de 40% a 60%, e o período de incubação oscila entre 10 e 90 dias, com média de aproximadamente 20 dias (ZUGAIB, 2016).

Do ponto de vista clínico, a história natural da doença é dividida em estágios. A sífilis primária caracteriza-se pelo cancro duro, úlcera geralmente única, indolor, de bordos endurecidos e fundo limpo, altamente infectante, que surge no local de inoculação e desaparece espontaneamente entre 2 e 6 semanas, independentemente de tratamento — o que favorece a não valorização do quadro pelo paciente (ZUGAIB, 2016; MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). A sífilis secundária, ou roséola sífilítica, é doença sistêmica disseminada que surge de 1 a 2 meses após o cancro, manifestando-se por exantema maculopapular que acomete tronco, membros e, caracteristicamente, regiões palmares e plantares, podendo acompanhar-se de febre, adenopatia, artralgia, condilomas planos e alopecia (ZUGAIB, 2016).

Segue-se o período de sífilis latente, sem manifestações clínicas, subdividido em recente (evolução inferior a um ano) e tardia (evolução superior a um ano) — distinção que reflete a maior transmissibilidade interpessoal e vertical no primeiro ano de doença, quando a carga bacteriana é máxima (ZUGAIB, 2016). A sífilis terciária, hoje rara com o uso rotineiro

de penicilina, pode acometer até um terço dos pacientes não tratados, manifestando-se por gomas sífilíticas, acometimento cardiovascular (aortite sífilítica com aneurisma e insuficiência aórtica), ósseo e neurológico, sendo a neurosífilis quadro insidioso e grave decorrente da invasão do líquido pelo espiroqueta (ZUGAIB, 2016).

2.2 Sífilis na gestação e sífilis congênita

A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito, por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). O risco de transmissão vertical é fortemente dependente do estágio materno e da instituição de tratamento: aproxima-se de 100% nas fases primária e secundária, reduz-se a cerca de 80% na fase latente recente e a 20% na latente tardia, caindo para 1% a 2% quando há tratamento adequado com penicilina (GILMOUR; WALLS, 2023).

As consequências materno-fetais da infecção não tratada incluem abortamento, óbito fetal, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, morte neonatal e as manifestações da sífilis congênita precoce e tardia (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; GILMOUR; WALLS, 2023). Estima-se que cerca de 40% dos casos de transmissão vertical resultem em morte perinatal, e que apenas aproximadamente 15% dos nascidos vivos infectados sejam sintomáticos ao nascimento, o que torna a doença potencialmente silenciosa até que ocorram danos irreversíveis, como surdez neurossensorial, deformidades ósseas (nariz em sela, tíbias em sabre), ceratite intersticial e alterações dentárias (dentes de Hutchinson) (GILMOUR; WALLS, 2023; ZUGAIB, 2016).

Para fins de vigilância, o Ministério da Saúde considera a sífilis em gestantes e a sífilis congênita agravos de notificação compulsória, com definições de caso alinhadas às adotadas pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2022). Define-se como tratamento adequado da gestante o esquema completo, apropriado ao estágio clínico, realizado com benzilpenicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto; gestantes que não preencham esse critério são consideradas inadequadamente tratadas, e seus recém-nascidos são notificados como sífilis congênita e submetidos a avaliação clínica e laboratorial (BRASIL, 2022).

2.3 Desafios diagnósticos

O diagnóstico da sífilis é essencialmente sorológico e apoia-se na combinação de testes treponêmicos e não treponêmicos (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). Os testes não treponêmicos — como o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e o Rapid Plasma Reagin (RPR) — detectam anticorpos anticardiolipina, são passíveis de titulação e, por isso, servem tanto ao diagnóstico quanto ao monitoramento da resposta ao tratamento; os testes treponêmicos — como o FTA-Abs e os testes rápidos — detectam anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum* (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021; USPSTF, 2025).

Em razão da elevada taxa de resultados falso-positivos dos testes não treponêmicos isolados, especialmente na gestação, recomenda-se um processo em duas etapas para melhorar a acurácia: um algoritmo tradicional inicia-se por teste não treponêmico, seguido de teste treponêmico confirmatório; já o algoritmo de sequência reversa inicia-se por teste treponêmico automatizado, seguido de teste não treponêmico, com resolução de resultados discordantes por um segundo teste treponêmico (USPSTF, 2025). Os testes rápidos, de leitura simples e resultado em até 30 minutos, ampliam o acesso ao diagnóstico em locais sem infraestrutura laboratorial e reduzem o risco de perda de seguimento (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021).

Na gestação, o rastreamento deve ser universal e precoce: preconiza-se a testagem na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto (BRASIL, 2022; MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). A oportunidade do diagnóstico é decisiva — análise de dados nacionais norte-americanos identificou que cerca de 5% dos casos de sífilis congênita ocorreram em gestações tardias, após resultado negativo em rastreamento realizado no início da gravidez, e estimou-se que de 25% a 50% dos casos poderiam ser prevenidos por nova testagem no terceiro trimestre (USPSTF, 2025). Constituem, ainda, desafios diagnósticos relevantes a interpretação das titulações, a distinção entre cicatriz sorológica e reinfecção — definida a cicatriz como a persistência de resultados reagentes em baixa titulação após tratamento adequado e documentado, afastada a possibilidade de reinfecção — e a testagem das parcerias sexuais (BRASIL, 2022).

2.4 Desafios terapêuticos

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis e a única droga com eficácia documentada durante a gestação, uma vez que atravessa a barreira transplacentária e trata simultaneamente a mãe e o feto, prevenindo a sífilis neonatal em cerca

de 98% dos casos; não há evidências de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo (ZUGAIB, 2016; BRASIL, 2022). A posologia depende do estágio: sífilis primária, secundária e latente recente recebem dose única de 2.400.000 UI; sífilis latente tardia, de duração indeterminada e terciária recebem 2.400.000 UI por semana, por três semanas, totalizando 7.200.000 UI (ZUGAIB, 2016).

O tratamento materno é considerado adequado apenas quando a gestante é tratada com penicilina, o parto ocorre pelo menos 30 dias após o término do tratamento, todas as doses são administradas no intervalo apropriado — reiniciando-se o esquema caso o intervalo entre doses ultrapasse sete dias em gestantes — e as parcerias sexuais são igualmente tratadas (ZUGAIB, 2016; BRASIL, 2022). O tratamento das parcerias é imprescindível, pois, do contrário, é alta a chance de reinfecção da gestante após o tratamento, tornando-o inefetivo em termos de proteção contra a transmissão vertical; recomenda-se dose única de penicilina benzatina para os parceiros, mesmo diante de sorologia negativa (ZUGAIB, 2016).

Diante do cenário epidemiológico atual, o protocolo brasileiro recomenda tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após um único teste reagente em gestantes, sem prejuízo da realização do segundo teste, do monitoramento laboratorial e do tratamento das parcerias (BRASIL, 2022). A administração pode ser feita com segurança na Atenção Primária à Saúde, sendo raras as reações adversas graves; deve-se distinguir a reação de Jarisch-Herxheimer — exacerbação transitória das lesões, mal-estar, febre e cefaleia nas primeiras 24 horas após a primeira dose, que regride espontaneamente — de eventuais reações alérgicas, que são incomuns com a benzilpenicilina benzatina (BRASIL, 2022). Pacientes com alergia comprovada à penicilina devem ser dessensibilizadas, não se reconhecendo mais a eritromicina como opção terapêutica para gestantes (ZUGAIB, 2016). O controle de cura baseia-se em titulações seriadas do teste não treponêmico até a alta (BRASIL, 2022).

2.5 Desafios assistenciais (pré-natal, parto e puerpério)

A conservação e a melhoria da saúde materno-infantil dependem de atenção pré-natal e puerperal qualificada, organizada no SUS por meio da Rede de Atenção à Saúde e de estratégias como a Rede Cegonha, que preconizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento oportunos (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). A cobertura e o início precoce do pré-natal, o número adequado de consultas e a realização de exames em

tempo hábil são condições essenciais para a interrupção da cadeia de transmissão (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

O cuidado à criança exposta e com sífilis congênita envolve diferentes pontos de atenção. Na maternidade, a avaliação inicial considera o histórico materno de tratamento e seguimento, os sinais e sintomas da criança — na maioria das vezes ausentes ou inespecíficos — e o teste não treponêmico de sangue periférico do recém-nascido comparado ao materno (BRASIL, 2022). O teste não treponêmico deve ser realizado no sangue periférico de todos os recém-nascidos cujas mães foram diagnosticadas com sífilis durante a gestação, independentemente do tratamento, cabendo à Atenção Básica a coordenação do seguimento, com monitoramento das titulações da criança e da puérpera até a alta por cura (BRASIL, 2022).

A integração entre a Atenção Primária e a maternidade, a testagem na admissão hospitalar, o manejo adequado do recém-nascido exposto e a alta qualificada com contrarreferência para a atenção básica constituem, portanto, o núcleo dos desafios assistenciais no período perinatal (BRASIL, 2022; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

2.6 Políticas públicas, vigilância e indicadores

A resposta às IST no Brasil apoia-se no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST), que padroniza condutas de diagnóstico, tratamento e seguimento, e na notificação compulsória da sífilis em gestantes e da sífilis congênita ao SINAN (BRASIL, 2022; BRASIL, 2025). Os dados de nascidos vivos provêm do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), e o conjunto é disponibilizado por meio do DATASUS, permitindo o cálculo de indicadores de processo e de resultado (BRASIL, 2025).

No plano internacional, a meta de eliminação da transmissão vertical estabelecida pela OMS associa-se a alvos programáticos: pelo menos 95% das gestantes com ao menos uma consulta de pré-natal, testagem de pelo menos 95% das gestantes que comparecem ao pré-natal e tratamento adequado de pelo menos 95% das gestantes soropositivas (GILMOUR; WALLS, 2023). No Brasil, o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) monitora, entre outros, o percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes — indicador que, em 2024, foi de 27,2% no país, significando que, a cada 100 gestantes notificadas com sífilis, 27 tiveram recém-nascidos com

sífilis congênita (BRASIL, 2025). Tais indicadores reforçam o papel da educação permanente das equipes e do fortalecimento da vigilância como componentes centrais das políticas de enfrentamento (BRASIL, 2025).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e descritiva, método que permite reunir e sintetizar estudos com diferentes delineamentos — teóricos, empíricos e documentais — em torno de um problema comum, ampliando a compreensão do fenômeno investigado. O percurso metodológico observou as etapas clássicas da revisão integrativa: identificação do tema e formulação da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; extração e categorização das informações; avaliação crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento.

3.2 Pergunta de pesquisa

A pergunta norteadora foi estruturada segundo a estratégia PVO (População, Variável e Contexto/Outcome): População — gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos expostos à sífilis; Variável/Fenômeno de interesse — desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais; Contexto — período perinatal e parto, na rede pública de saúde. Definiu-se, assim, a pergunta: quais são os principais desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais relacionados à sífilis na gestação, no período perinatal e no parto, e como se expressam nos recortes internacional, nacional e local?

3.3 Bases de dados e fontes

O componente conceitual apoiou-se em obra de referência obstétrica (ZUGAIB, 2016) e em protocolos e boletins oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022; BRASIL, 2024; BRASIL, 2025) e da vigilância estadual (DISTRITO FEDERAL, 2024). O componente epidemiológico reuniu estudos e relatórios de recorte internacional, nacional e local, obtidos em periódicos científicos indexados e em fontes oficiais. Para a caracterização quantitativa das taxas de detecção e de incidência, utilizaram-se dados secundários do SINAN,

sistematizados nos boletins epidemiológicos de sífilis e disponíveis no DATASUS/TabNet, incluindo o cubo de sífilis em gestantes do Estado de São Paulo.

3.4 Descritores e estratégia de busca

Foram empregados descritores controlados dos vocabulários DeCS e MeSH, combinados por operadores booleanos: “Sífilis” AND “Complicações Infeciosas na Gravidez” AND “Sífilis Congênita” AND (“Diagnóstico” OR “Tratamento” OR “Assistência Pré-Natal” OR “Penicilina G Benzatina”). A busca contemplou publicações em português, inglês e espanhol, priorizando fontes que permitissem o contraste entre os diferentes níveis geográficos definidos para a análise.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos originais, revisões e relatórios oficiais que abordassem os eixos diagnóstico, terapêutico e assistencial da sífilis na gestação e na criança, com dados epidemiológicos passíveis de comparação entre recortes geográficos. Foram excluídos materiais sem aderência aos eixos, editoriais e cartas sem dados primários e documentos duplicados. O recorte temporal privilegiou publicações recentes, dos últimos 10 anos desde, de modo a refletir o cenário epidemiológico contemporâneo, admitindo-se obras de referência e séries históricas quando necessárias à fundamentação teórica e à análise de tendência.

3.6 Seleção dos estudos e extração de dados

A seleção obedeceu à leitura de títulos, resumos e textos completos, com extração padronizada das seguintes informações: autoria e ano; país ou região; delineamento e fonte de dados; eixo abordado; e principais achados. Priorizaram-se estudos que representassem, de forma complementar, os recortes internacionais (países de alta renda, países em desenvolvimento e nações com indicadores mais desfavoráveis que os do Brasil), nacional (macrorregiões brasileiras) e local (município de Franca/SP).

3.7 Análise dos dados

A análise consistiu em síntese descritiva e categorização temática, alinhada aos quatro grupos de fatores discutidos ao final do trabalho: fatores relacionados à gestante e às parcerias; à assistência na rede pública; à atenção hospitalar no parto; e ao seguimento dos recém-nascidos na atenção básica. A comparação epidemiológica foi organizada em

quadros-síntese e em tabelas que contrastam as taxas de detecção de sífilis em gestantes e a incidência de sífilis congênita nos níveis internacional, regional e local.

3.8 Aspectos éticos

Por utilizar exclusivamente dados públicos e secundários, agregados e sem identificação de indivíduos, e literatura previamente publicada, o presente estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. Observaram-se o respeito à autoria e à correta atribuição das fontes, conforme as normas de citação, e declara-se a ausência de conflitos de interesse.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos estudos e fontes incluídos

O corpus documental foi composto por obra de referência obstétrica e por protocolos e boletins oficiais, que sustentaram a fundamentação teórica e a análise nacional, além de estudos epidemiológicos que asseguraram a comparação entre os recortes geográficos previstos. O Quadro 1 sintetiza as principais fontes, sua abrangência e seus achados centrais.

Quadro 1 — Síntese das fontes incluídas na revisão integrativa.

ID	Autor / Ano	País / Região	Delineamento / Fonte	Principais achados
A1	USPSTF (2025)	Estados Unidos (alta renda)	Recomendação baseada em evidências	Reafirma rastreio universal e precoce (grau A); sífilis congênita saltou de 334 (2012) para 3.882 casos (2023); ~90% dos casos seriam evitáveis com testagem e tratamento oportunos.
A2	Liu et al. (2023)	Guangzhou, China (em desenvolvimento)	Coorte retrospectiva (iPMTCT)	Entre 1.248 gestantes soropositivas, 30,4% sem tratamento ou com tratamento inadequado; associação com migração, multiparidade, ausência de união estável e desemprego.
A3	Gilmour; Walls (2023)	Global / Região Africana	Revisão da epidemiologia global	661.000 casos de SC no mundo em 2016; região Africana concentra 62% da carga; cobertura de rastreio de apenas 47%; risco de transmissão vertical de ~100% (fase recente) a 1–2% com penicilina.
A4	Becerra-Arias et al. (2022)	Colômbia (América Latina)	Estudo ecológico (SIVIGILA)	Aumento dos casos de sífilis gestacional e tendência crescente de sífilis congênita entre 2012 e 2018; incidência de SC de 1,2/1.000 NV em 2020.
A5	Padovani; Oliveira; Pelloso (2018)	Maringá/PR (Região Sul)	Estudo transversal (linkage SINAN/SINASC/SIM)	Prevalência de sífilis gestacional de 0,57%; associação com raça/cor não branca, baixa escolaridade e ausência de pré-natal; prematuridade e baixo peso como desfechos.
A6	Moreno; Freitas; Lazo (2021)	Franca/SP (Região Sudeste — local)	Estudo descritivo retrospectivo (SINAN)	1.088 casos notificados (2009–2018), sendo 441 de sífilis gestacional e 79 de SC;

ID	Autor / Ano	País / Região	Delineamento / Fonte	Principais achados
				predomínio de parcerias não tratadas e elevado percentual de dados ignorados.
A7	Brasil (2024; 2025)	Brasil / macrorregiões	Boletins epidemiológicos (SINAN)	Taxa de detecção de sífilis em gestantes de 35,4/1.000 NV e incidência de SC de 9,6/1.000 NV em 2024; heterogeneidade inter-regional e melhor desempenho relativo do PQA-VS em São Paulo.
A8	Distrito Federal (2024)	Distrito Federal (Centro-Oeste)	Informativo epidemiológico	4.966 gestantes notificadas (2019–2023); coeficiente de detecção estável em torno de 31,9/1.000 NV; reforço do pré-natal de qualidade e do teste rápido.
Ref.	Zugaib (2016)	Referência obstétrica	Livro-texto	Fundamentação clínica sobre etiologia, estágios, diagnóstico e tratamento; penicilina como única droga capaz de tratar mãe e feto.
Ref.	Brasil (2022)	Referência normativa	PCDT-IST	Condutas oficiais de diagnóstico, tratamento, definição de caso e seguimento da criança exposta e com sífilis congênita.

Fonte: elaborado pelas autoras (2026). Legenda: SC — sífilis congênita; NV — nascidos vivos; iPMTCT — programa integrado de prevenção da transmissão vertical.

4.2 Panorama internacional

4.2.1 Países de alta renda

Nos Estados Unidos, país de alta renda com robusto sistema de vigilância, observou-se acentuado ressurgimento da sífilis congênita. Em 2023, foram registrados 3.882 casos, incluindo 279 natimortos e mortes neonatais ou infantis relacionadas à doença — o maior número em mais de três décadas —, resultado de um aumento superior a dez vezes ao longo de uma década, de 334 casos em 2012 para 3.882 em 2023 (USPSTF, 2025). Estima-se que quase 90% dos novos casos poderiam ter sido prevenidos com testagem e tratamento oportunos (USPSTF, 2025).

A força-tarefa norte-americana (USPSTF) concluiu, com alto grau de certeza, que o rastreio da sífilis na gestação traz benefício líquido substancial, recomendando (grau A) a testagem universal e precoce e a repetição no início do terceiro trimestre e no parto para gestantes de maior risco (USPSTF, 2025). Chama atenção, ainda, o marcado gradiente racial: as taxas de sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos variaram de 57,3 em mulheres brancas a 222,0 em mulheres negras e 680,8 em mulheres indígenas norte-americanas ou nativas do Alasca, evidenciando que as desigualdades sociais estruturam a distribuição do agravo mesmo em contexto de alta renda (USPSTF, 2025). Como contraponto no mundo desenvolvido, praticamente todas as gestantes com sífilis recebem tratamento no Reino Unido, o que ilustra a viabilidade de coberturas próximas às metas da OMS (LIU et al., 2023).

4.2.2 Países em desenvolvimento

A China constitui referência entre os países em desenvolvimento pela implantação, a partir de 2010, de um programa nacional integrado de prevenção da transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B (iPMTCT), com testagem opt-out para todas as gestantes na assistência pré-natal, oferta gratuita de tratamento e seguimento até o parto (LIU et al., 2023). Ainda assim, estudo de coorte retrospectiva em Guangzhou — cidade com altas taxas de parto hospitalar e serviços maternos de qualidade — evidenciou que, entre 1.248 gestantes soropositivas, 30,4% não receberam tratamento ou o receberam de forma inadequada (LIU et al., 2023).

Os fatores associados ao não tratamento ou ao tratamento inadequado foram a condição de migrante, a multiparidade, a ausência de união estável e o desemprego, ao passo que histórico prévio de sífilis e maior escolaridade atuaram como fatores protetores; o momento do diagnóstico mediou grande parte desses efeitos, sinalizando que o diagnóstico tardio é elo crítico da cadeia de falhas (LIU et al., 2023). Os autores registram, ainda, que em 2013 cerca de 38% das gestantes chinesas com sífilis permaneciam sem tratamento, proporção semelhante à então observada no Brasil, o que aproxima os desafios de ambos os países em desenvolvimento (LIU et al., 2023).

4.2.3 Países com indicadores mais desfavoráveis que os do Brasil

A Região Africana concentra a maior carga mundial de sífilis congênita: as estimativas da OMS indicaram cerca de 404.000 casos em 2016 (1.119 por 100.000 nascidos vivos), correspondentes a 62% do total global, com cobertura de rastreamento na gestação de apenas 47% — a menor entre as regiões da OMS (GILMOUR; WALLS, 2023). A prevalência de sífilis materna na região foi estimada em 1,52%, contra média global de 0,69%, alcançando 2,9% na África Subsaariana em meta-análise, com valores ainda mais altos na África Oriental (3,2%) e Austral (3,6%) (GILMOUR; WALLS, 2023). Como exemplo de país com indicadores especialmente desfavoráveis, Moçambique notificou 4.705 casos de sífilis congênita em 2014 (417,5 por 100.000 nascidos vivos), cifra muito superior à brasileira, em contexto de escassez de dados e de barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento (GILMOUR; WALLS, 2023).

Na América Latina, a Colômbia ilustra um cenário de deterioração de indicadores. Estudo ecológico baseado no sistema de vigilância nacional (SIVIGILA) constatou aumento dos casos de sífilis gestacional e tendência crescente de sífilis congênita entre 2012 e 2018,

com incidência de sífilis congênita estimada em 1,2 caso por 1.000 nascidos vivos em 2020 (BECERRA-ARIAS et al., 2022). A região das Américas ocupa a terceira maior prevalência mundial de sífilis materna (0,42%), atrás da Região Africana (1,68%) e da Mediterrânea Oriental (0,57%), e o incremento colombiano foi atribuído tanto ao aumento real de casos quanto à intensificação da busca ativa após a atualização das diretrizes de prática clínica em 2015 (BECERRA-ARIAS et al., 2022).

4.3 Panorama nacional por região

No Brasil, a distribuição da sífilis em gestantes e da sífilis congênita é marcadamente heterogênea entre as macrorregiões. Em 2024, a taxa nacional de detecção de sífilis em gestantes foi de 35,4 casos por 1.000 nascidos vivos, e a incidência de sífilis congênita, de 9,6 por 1.000 nascidos vivos; as Regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores incidências de sífilis congênita, superando a taxa do país (BRASIL, 2025). A Tabela 1 sintetiza os indicadores por macrorregião.

Tabela 1 — Taxa de detecção de sífilis em gestantes, incidência de sífilis congênita e mortalidade infantil por sífilis congênita, segundo macrorregião. Brasil, 2024.

Região	Detecção em gestantes (/1.000 NV)	Incidência de SC (/1.000 NV)	Mortalidade por SC (/100 mil NV)
Norte	31,7	9,9	9,5
Nordeste	25,9	10,0	7,5
Centro-Oeste	34,6	7,9	8,4
Sudeste	43,7	10,1	7,2
Sul	34,6	8,7	3,9
Brasil	35,4	9,6	7,2

Fonte: adaptado de Brasil (2025). SC — sífilis congênita; NV — nascidos vivos.

4.3.1 Região Norte

A Região Norte apresentou, em 2024, taxa de detecção de sífilis em gestantes de 31,7 por 1.000 nascidos vivos e incidência de sífilis congênita de 9,9 por 1.000 nascidos vivos, com a maior mortalidade infantil por sífilis congênita entre as regiões (9,5 por 100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2025). O estado do Tocantins destacou-se pela maior incidência de sífilis congênita do país (17,8 por 1.000 nascidos vivos), evidenciando fragilidades na oportunidade do diagnóstico e do tratamento em áreas de menor densidade assistencial (BRASIL, 2025).

4.3.2 Região Nordeste

O Nordeste registrou a menor taxa de detecção de sífilis em gestantes entre as regiões (25,9 por 1.000 nascidos vivos), porém uma das maiores incidências de sífilis congênita (10,0 por 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2025). Esse descompasso — menor detecção materna com elevada incidência na criança — sugere subdetecção no pré-natal e diagnóstico tardio, refletido também nos elevados percentuais do PQA-VS observados em estados como Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco (BRASIL, 2025).

4.3.3 Região Centro-Oeste

No Centro-Oeste, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 34,6 por 1.000 nascidos vivos e a incidência de sífilis congênita, de 7,9 por 1.000 nascidos vivos em 2024, a menor entre as regiões (BRASIL, 2025). O informativo epidemiológico do Distrito Federal, relativo ao período de 2019 a 2023, contabilizou 4.966 gestantes notificadas e coeficiente de detecção relativamente estável, em torno de 31,9 casos por 1.000 nascidos vivos, reforçando a importância do pré-natal de qualidade, do acompanhamento das parcerias sexuais e do teste rápido como estratégias de controle (DISTRITO FEDERAL, 2024).

4.3.4 Região Sudeste

O Sudeste concentrou, em 2024, 47,1% dos casos nacionais de sífilis em gestantes e apresentou a maior taxa de detecção materna entre as regiões (43,7 por 1.000 nascidos vivos), com incidência de sífilis congênita de 10,1 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2025). O Estado de São Paulo, sede do recorte local deste estudo, registrou 22.485 casos de sífilis em gestantes (taxa de 44,6 por 1.000 nascidos vivos) e 4.209 casos de sífilis congênita (incidência de 8,4 por 1.000 nascidos vivos), com a capital paulista figurando entre as de maior detecção materna do país (65,3 por 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2025).

4.3.5 Região Sul

A Região Sul apresentou taxa de detecção de sífilis em gestantes de 34,6 por 1.000 nascidos vivos e a menor mortalidade infantil por sífilis congênita do país (3,9 por 100.000 nascidos vivos) em 2024 (BRASIL, 2025). Estudo conduzido em região do sul do Brasil, a partir do linkage de bases de dados, estimou prevalência de sífilis gestacional de 0,57% e identificou forte associação da infecção com raça/cor não branca (razão de prevalência de 4,6), baixa escolaridade (razão de prevalência de 15,4) e ausência de pré-natal (razão de

prevalência de 7,4), tendo a sífilis gestacional se associado à prematuridade e a baixo peso ao nascer (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

4.4 Recorte local: Franca × Estado de São Paulo × Brasil

O município de Franca, situado no interior paulista e com cerca de 350 mil habitantes, notificou 1.088 casos de sífilis no período de 2009 a 2018, distribuídos em 568 casos de sífilis adquirida, 441 de sífilis gestacional e 79 de sífilis congênita, com tendência crescente ao longo da série e maior número de notificações em 2018 (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). Entre as gestantes, predominou a faixa etária de 20 a 24 anos, e o diagnóstico ocorreu majoritariamente no primeiro trimestre (34,0%), embora parcela expressiva tenha sido identificada apenas no terceiro trimestre (25,6%) ou em momento ignorado (20,6%) (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021).

Chama atenção, no recorte local, a fragilidade no tratamento das parcerias: entre as gestantes com sífilis, 41,3% relataram que o parceiro não realizou o tratamento concomitante e 23,1% tiveram essa informação ignorada, contra apenas 35,6% de parcerias efetivamente tratadas (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). Nos casos de sífilis congênita, o pré-natal foi realizado em 81,0% das mães e o diagnóstico materno ocorreu no pré-natal em 63,3% — contra 24,1% no momento do parto —, mas o tratamento materno dividiu-se igualmente entre adequado e inadequado (39,2% cada), com 6,3% de não tratamento (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). A Tabela 2 contrasta indicadores selecionados de Franca, São Paulo e Brasil.

Tabela 2 — Indicadores selecionados de sífilis na gestação e sífilis congênita: Franca, Estado de São Paulo e Brasil.

Indicador	Franca/SP (2009–2018)	São Paulo (2024)	Brasil (2024)
Detecção de sífilis em gestantes (/1.000 NV)	—	44,6	35,4
Incidência de sífilis congênita (/1.000 NV)	—	8,4	9,6
Diagnóstico materno no pré-natal (%)	63,3	≈68,2*	58,1*
Diagnóstico materno no parto/pós-parto (%)	26,6	—	37,9*
Parceria não tratada / ignorada (%)	64,4	—	—
Tratamento materno inadequado ou não realizado (%)	45,6	—	85,7*

Fonte: elaborado pelas autoras (2026), a partir de Moreno, Freitas e Lazo (2021) e Brasil (2025). NV — nascidos vivos. *Valores nacionais referem-se a características maternas dos casos de sífilis congênita (Brasil, 2025); o dado de São Paulo é aproximado. Os campos assinalados com “—” não estão disponíveis de forma comparável na mesma fonte/janela temporal.

A Tabela 3 apresenta a evolução das taxas nacionais entre 2014 e 2024, contextualizando a tendência em que se insere o recorte local. A taxa de detecção de sífilis em

gestantes praticamente quadruplicou no período, de 8,9 para 35,4 casos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a incidência de sífilis congênita cresceu de 5,5 para 9,6 por 1.000 nascidos vivos, com discreta desaceleração recente (BRASIL, 2025).

Tabela 3 — Série histórica das taxas de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasil, 2014–2024.

Ano	Sífilis adquirida (/100 mil hab.)	Sífilis em gestantes (/1.000 NV)	Sífilis congênita (/1.000 NV)
2014	25,4	8,9	5,5
2015	34,6	10,9	6,6
2016	45,1	13,4	7,5
2017	60,1	17,1	8,7
2018	78,0	21,6	9,1
2019	79,4	22,7	8,9
2020	61,0	24,2	8,6
2021	82,8	28,1	10,1
2022	104,1	32,9	10,4
2023	117,1	34,1	9,9
2024	120,8	35,4	9,6

Fonte: adaptado de Brasil (2025). hab. — habitantes; NV — nascidos vivos.

5 DISCUSSÃO

Os resultados reunidos evidenciam um paradoxo persistente: dispondo-se de rastreamento de baixo custo e de tratamento altamente eficaz, a sífilis congênita permanece como evento evitável que insiste em ocorrer, no Brasil e no mundo. A análise integrada aponta que a persistência do agravo decorre menos de limitações tecnológicas e mais de falhas de processo ao longo da linha de cuidado — do diagnóstico oportuno ao seguimento do recém-nascido. A seguir, os achados são discutidos segundo quatro eixos de fatores.

5.1 Fatores relacionados à gestante e às parcerias sexuais

Um primeiro conjunto de determinantes situa-se no plano da gestante e de suas parcerias. A ausência de procura precoce para avaliação pré-concepcional e o início tardio do pré-natal comprometem a janela de oportunidade para o diagnóstico e o tratamento em tempo hábil, sobretudo porque a sífilis primária e secundária pode passar despercebida em razão do caráter indolor e autolimitado das lesões (ZUGAIB, 2016; MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). No recorte local de Franca, embora um terço das gestantes tenha sido diagnosticado no primeiro trimestre, parcela relevante o foi apenas no terceiro trimestre ou em momento não

registrado, o que reduz a probabilidade de conclusão do esquema terapêutico até 30 dias antes do parto (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021).

Determinantes sociais modulam fortemente esse risco. Em região do sul do Brasil, a sífilis gestacional associou-se de modo expressivo a raça/cor não branca, baixa escolaridade e ausência de pré-natal (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018); nos Estados Unidos, apesar do contexto de alta renda, as taxas de sífilis congênita em mulheres negras e indígenas foram várias vezes superiores às de mulheres brancas (USPSTF, 2025); e, na China, a condição de migrante, a multiparidade, a ausência de união estável e o desemprego predisseram o não tratamento ou o tratamento inadequado (LIU et al., 2023). Esses achados convergem para a compreensão de que a vulnerabilidade social estrutura a distribuição do agravo em diferentes níveis de renda.

A questão das parcerias é particularmente crítica. O não tratamento do parceiro perpetua a exposição e favorece novas contaminações durante a gestação, tornando ineficaz, do ponto de vista da proteção fetal, um tratamento materno tecnicamente correto (ZUGAIB, 2016). Em Franca, a maioria das gestantes teve parcerias não tratadas ou com informação ignorada, cenário que, somado à possibilidade de múltiplas parcerias e de reinfecção, ajuda a explicar a manutenção da transmissão vertical mesmo diante de coberturas razoáveis de pré-natal (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). O tratamento irregular, o não tratamento completo e correto da gestante e a não abordagem das parcerias configuram, portanto, um núcleo de falhas que independe da disponibilidade do medicamento.

5.2 Fatores relacionados à assistência na rede pública (pré-natal)

O segundo eixo diz respeito à organização da assistência na rede pública. O acesso à consulta precoce, à realização de exames laboratoriais em tempo oportuno e à disponibilidade de penicilina benzatina são condições estruturais para a interrupção da cadeia de transmissão (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021; BRASIL, 2022). A recomendação de testagem no primeiro e no terceiro trimestres e no parto — reforçada tanto pelo protocolo brasileiro quanto pela força-tarefa norte-americana — só se traduz em benefício quando efetivamente operacionalizada, com resultado disponível e conduta instituída sem retardo (BRASIL, 2022; USPSTF, 2025). A estimativa de que 25% a 50% dos casos de sífilis congênita poderiam ser evitados pela repetição do rastreio no terceiro trimestre ilustra o custo da perda dessa oportunidade assistencial (USPSTF, 2025).

A experiência internacional demonstra que a integração e a padronização das ações produzem resultados. O programa chinês de prevenção integrada da transmissão vertical, com testagem opt-out e tratamento gratuito no pré-natal, reduziu de modo importante o não tratamento, ainda que não o tenha eliminado (LIU et al., 2023); no Reino Unido, a cobertura aproxima-se do ideal preconizado pela OMS (LIU et al., 2023; GILMOUR; WALLS, 2023). Em contraste, a baixa cobertura de rastreio na Região Africana — de apenas 47% — associa-se às maiores taxas de sífilis congênita do mundo, evidenciando a relação direta entre acesso ao pré-natal e desfecho (GILMOUR; WALLS, 2023).

No Brasil, os indicadores de processo revelam gargalos persistentes. Dados nacionais apontam que a maioria das mães de crianças com sífilis congênita realizou pré-natal e teve a sífilis diagnosticada durante a gestação, mas que a prescrição adequada de penicilina benzatina, embora elevada, ainda não alcança a meta de 95%, e que parcela expressiva das mães permaneceu com tratamento inadequado ou ausente (BRASIL, 2025). Historicamente, séries brasileiras já haviam registrado que a maioria das gestantes com sífilis recebia tratamento inadequado, com pequena fração recebendo a terapêutica plenamente adequada (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). O controle de cura por meio de titulações seriadas do teste não treponêmico, embora previsto em protocolo, depende de retorno da gestante e de continuidade do vínculo com o serviço (BRASIL, 2022). No recorte de Franca, o predomínio de esquemas com penicilina benzatina 7.200.000 UI convive com percentuais elevados de dados ignorados e de tratamento inadequado, sinalizando fragilidades tanto assistenciais quanto de registro (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021).

5.3 Fatores relacionados à atenção hospitalar no parto

O terceiro eixo concentra-se na atenção hospitalar. A admissão para o parto representa a última oportunidade de identificar a sífilis materna não diagnosticada ou não tratada e de instituir a avaliação adequada do recém-nascido (BRASIL, 2022; USPSTF, 2025). A realização de exames maternos à admissão, a testagem não treponêmica do recém-nascido comparada à materna e o registro fidedigno do histórico de tratamento são etapas decisivas para a correta classificação do caso e para a instituição do tratamento neonatal apropriado (BRASIL, 2022).

Os dados nacionais mostram que uma proporção relevante das mães de crianças com sífilis congênita foi diagnosticada apenas no momento do parto ou após ele, e que a maioria teve tratamento inadequado ou não realizado, o que resulta na perda de oportunidades de

prevenção mesmo diante de pré-natal realizado (BRASIL, 2025). Em Franca, aproximadamente um quarto dos diagnósticos maternos nos casos de sífilis congênita ocorreu no parto, e o teste não treponêmico foi reagente na maioria dos recém-nascidos, reiterando o papel da maternidade como ponto de captação tardia (MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). Quanto ao tratamento neonatal, tanto os dados nacionais quanto os de séries locais evidenciam o uso predominante — porém não universal — de penicilina, com registro de esquemas alternativos que não garantem a eficácia e de casos sem registro de tratamento, apontando a necessidade de qualificação da conduta e do preenchimento das fichas (BRASIL, 2024; MORENO; FREITAS; LAZO, 2021).

5.4 Seguimento dos recém-nascidos comprometidos na atenção básica

O quarto eixo refere-se ao seguimento das crianças expostas e com sífilis congênita, sob coordenação da Atenção Básica. O protocolo brasileiro estabelece que o cuidado à criança exposta envolve diferentes pontos de atenção e que o seguimento é fundamental, incluindo o monitoramento das titulações do teste não treponêmico da criança e o acompanhamento do tratamento das puérperas até a alta por cura (BRASIL, 2022). A definição da linha de cuidado dessas crianças e mães na rede de atenção é responsabilidade compartilhada entre estados, Distrito Federal e municípios, cabendo à Atenção Primária a coordenação do cuidado (BRASIL, 2022).

A relevância desse seguimento decorre do caráter frequentemente silencioso da sífilis congênita: como apenas cerca de 15% dos nascidos vivos infectados são sintomáticos ao nascimento, a ausência de acompanhamento pode retardar o reconhecimento de manifestações tardias e de sequelas irreversíveis (GILMOUR; WALLS, 2023). A avaliação complementar do recém-nascido — que inclui, conforme indicação, o exame do líquido cefalorraquidiano e a radiografia de ossos longos — depende de estrutura e de continuidade do cuidado; séries brasileiras e locais mostram, contudo, elevada proporção de exames não realizados ou de resultados ignorados, o que compromete tanto o manejo individual quanto a qualidade da informação epidemiológica (BRASIL, 2024; MORENO; FREITAS; LAZO, 2021). O fortalecimento da contrarreferência da maternidade para a Atenção Básica e a garantia de alta qualificada emergem, assim, como medidas essenciais para completar a linha de cuidado.

Em síntese, os quatro eixos são interdependentes: a captação precoce no pré-natal depende da procura da gestante e do acesso ao serviço; o tratamento adequado exige diagnóstico oportuno, disponibilidade de penicilina e abordagem das parcerias; a atenção

hospitalar funciona como rede de segurança final; e o seguimento na Atenção Básica assegura o desfecho. A comparação internacional confirma que os países que avançaram — seja pela integração programática, como a China, seja pela cobertura quase universal, como o Reino Unido — o fizeram atuando simultaneamente sobre esses elos, enquanto contextos de alta carga, como a Região Africana e países latino-americanos, expõem as consequências de sua fragilização (LIU et al., 2023; GILMOUR; WALLS, 2023; BECERRA-ARIAS et al., 2022; USPSTF, 2025).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa analisou os desafios diagnósticos, terapêuticos e assistenciais da sífilis na gestação no período perinatal e no parto, contrastando as realidades internacional, nacional e local. Os achados permitem concluir que a persistência da sífilis congênita — no Brasil, em São Paulo e em Franca — não se explica por insuficiência de meios diagnósticos ou terapêuticos, mas por falhas de processo ao longo da linha de cuidado.

No plano diagnóstico, o desafio central é a oportunidade: garantir testagem precoce e repetida, com resultado disponível e conduta imediata, evitando o diagnóstico tardio que inviabiliza o tratamento completo antes do parto. No plano terapêutico, sobressaem a necessidade de tratamento adequado e completo da gestante com penicilina benzatina, o respeito ao intervalo entre doses e, sobretudo, o tratamento das parcerias sexuais para prevenir a reinfecção. No plano assistencial, destacam-se o acesso ao pré-natal precoce e qualificado, a disponibilidade permanente de penicilina, a testagem materna à admissão hospitalar, o manejo correto do recém-nascido exposto e o seguimento coordenado pela Atenção Básica.

A comparação entre países reforça que metas ambiciosas são alcançáveis quando se atua de forma integrada sobre todos os elos da cadeia de cuidado, ao passo que a fragmentação e as desigualdades sociais perpetuam o agravo mesmo em contextos de alta renda. No recorte local, os dados de Franca — com predomínio de diagnóstico não precoce, elevada proporção de parcerias não tratadas e expressivo percentual de informações ignoradas — sinalizam prioridades claras para a gestão municipal: qualificar a captação e o seguimento no pré-natal, institucionalizar a busca e o tratamento das parcerias, e aprimorar o registro das notificações.

Como limitações, reconhecem-se a natureza secundária dos dados epidemiológicos, sujeitos a subnotificação e a preenchimento incompleto das fichas, e a diferença de janelas temporais entre as fontes local, estadual e nacional, o que impõe cautela nas comparações

diretas. Recomenda-se, para estudos futuros, a análise de séries municipais atualizadas do DATASUS e a avaliação de intervenções voltadas ao tratamento das parcerias e ao seguimento das crianças expostas, de modo a subsidiar o enfrentamento efetivo da transmissão vertical da sífilis.

REFERÊNCIAS

BECERRA-ARIAS, C. et al. Estudio ecológico de la sífilis gestacional y congénita en Colombia, 2012-2018. *Revista Cuidarte*, v. 13, n. 1, e2326, 2022. DOI: 10.15649/cuidarte.2326.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2024*. Brasília: Ministério da Saúde, número especial, out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025*. Brasília: Ministério da Saúde, número especial, out. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. *Informativo Epidemiológico: perfil epidemiológico da sífilis no Distrito Federal, 2019 a 2023*. Brasília: SES-DF, out. 2024.

GILMOUR, L. S.; WALLS, T. Congenital Syphilis: a Review of Global Epidemiology. *Clinical Microbiology Reviews*, v. 36, n. 2, e00126-22, 2023. DOI: 10.1128/cmr.00126-22.

LIU, H. et al. Factors influencing treatment status of syphilis among pregnant women: a retrospective cohort study in Guangzhou, China. *International Journal for Equity in Health*, v. 22, n. 63, 2023. DOI: 10.1186/s12939-023-01866-x.

MORENO, C. R. P.; FREITAS, G. M.; LAZO, M. M. L. Análise epidemiológica de casos de sífilis notificados em uma cidade do interior paulista. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 3, e6848, 2021. DOI: 10.25248/REAS.e6848.2021.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. de; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, e3019, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2305.3019.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for Syphilis Infection During Pregnancy: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*, v. 333, n. 22, p. 2006-2012, 2025. DOI: 10.1001/jama.2025.5009.

ZUGAIB, M. (ed.). *Zugaib Obstetrícia*. Barueri: Manole, 2016.