

IMPLICAÇÕES DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: UMA REVISÃO NARRATIVA

AUTORES

ANTONIOU, Isabella Heleni Haji

DOJAS, Isadora Ferrari

COSTA, Adelita Andreta da

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

GONÇALVES, Fausto da Silva

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

DOJAS, Cinthia Ferrari

Médica, especialista em Ginecologia e Obstetria

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada por *Treponema pallidum*, que, sem terapia antimicrobiana adequada, resulta em infecção crônica apresentando diferentes estágios clínicos. A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. É transmitida da mãe para o bebê, ainda no útero, por via transplacentária. Doença de fácil diagnóstico e evitável quando o tratamento da gestante e do parceiro é realizado adequadamente. Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento abrangente de artigos da literatura sobre as consequências da sífilis gestacional e da sífilis congênita. Bem como ampliar a compreensão da doença entre profissionais de saúde e acadêmicos da área da saúde. Uma revisão narrativa da literatura foi realizada para responder às evidências sobre as implicações da sífilis gestacional e congênita.

PALAVRAS - CHAVE

Sífilis; Sífilis congênita; Gestantes.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease caused by *Treponema pallidum*, which, without adequate antimicrobial therapy, results in chronic infection presenting different clinical stages. Congenital syphilis is a serious public health problem, responsible for high rates of intrauterine morbidity and mortality. It is transmitted from mother to baby, still in the womb, transplacentally. A disease that is easy to diagnose and preventable when the pregnant woman and her partner are treated appropriately. This study aims to carry out a comprehensive survey of literature articles on the consequences of gestational syphilis and congenital syphilis. As well as expanding the understanding of the disease among health professionals and academics in the health field. A narrative review of the literature was undertaken to respond to evidence on the implications of gestational and congenital syphilis.

Key Words: Syphilis; Congenital syphilis; Pregnant women.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível provocada pela bactéria *tríponema pallidum*. Trata-se de uma doença silenciosa que evolui por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. Seu estágio inicial (sífilis primária) é caracterizado pelo aparecimento da chamada úlcera genital. Já na sífilis secundária surgem lesões na pele em lugares específicos como a palma das mãos e na região plantar dentre outros. Enquanto em seu estágio terciário há o acometimento de ossos e órgãos. Cabe ressaltar que ela pode se apresentar de forma latente, causando a falsa impressão de cura (Brasil, 2019a; França et al., 2015).

O principal modo de transmissão é sexual, representando cerca de 60% dos casos. Os locais típicos de inoculação do *T. pallidum* geralmente são os órgãos genitais, porém também pode se apresentar em outros locais como lábios, língua e regiões da pele com umidade constante. A transmissão vertical, que pode ocorrer durante a gravidez, pode levar a resultados graves, como aborto, feto-morto, parto prematuro, mortalidade neonatal e sintomas precoces ou tardios. A transmissão de doenças por transfusão de sangue ou seus derivados tornou-se muito rara, principalmente devido à regulamentação rigorosa e aos testes minuciosos do sangue doado realizados pelos hemocentros (Brasil, 2019b).

Há, ainda, a sífilis congênita que é transmitida da mãe para o bebê, ainda no útero, por via transplacentária. Seu modo de transmissão representa um significativo impacto para a saúde pública, por ser uma doença de fácil diagnóstico e evitável quando o tratamento da gestante e do parceiro é realizado adequadamente. Outra questão importante, relacionada a esse agravo, é a elevada frequência com que produz desfechos graves para a gestação e para a criança, a exemplo de: parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém-nascido (Andrade et al., 2018; Beck; Souza, 2017).

Estima-se que 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária durante a gestação não conseguem tratamento para a sífilis, seja por falta de conhecimento ou de motivação. Isto, por sua vez, leva à morte fetal e outras consequências associadas. Além disso, uma estatística preocupante revela que 50% dos bebês de mães com sífilis, estas não receberam tratamento ou iniciaram a terapia, mas não conseguiram concluir todo o procedimento de intervenção para combater a infecção (Brasil, 2023).

Em 2022, foram notificados no país 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 sífilis congênita de 7,8 óbitos/100.000 NV). Notavelmente, a maioria das mulheres grávidas que não são tratadas ou não tratadas adequadamente podem transmitir a doença aos seus descendentes, resultando em mortalidade fetal, morte neonatal, parto prematuro, baixo peso à nascença ou infecção congênita (Brasil, 2023).

Diante do exposto, fica evidenciada a importância de estudos sobre as implicações da sífilis gestacional e congênita, visto que frequentemente ocorre a falha no fornecimento de terapia a mulheres grávidas com diagnóstico de sífilis. Portanto, este estudo visa examinar as repercussões dessa condição tanto para a mãe quanto para a criança.

O objetivo deste trabalho é realizar um levantamento abrangente de artigos da literatura sobre as consequências da sífilis gestacional e da sífilis congênita. Bem como ampliar a compreensão da doença entre profissionais de saúde e acadêmicos da área da saúde. A pesquisa cobrirá a epidemiologia, a fisiopatologia e os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento da sífilis, a fim de identificar lacunas significativas no conhecimento que possam orientar pesquisas futuras.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi uma revisão narrativa de literatura sobre as implicações da sífilis gestacional e congênita. A pesquisa ocorreu através do acesso online na base de dados *National Library of Medicine* (PubMed/MEDLINE). Para a busca dos artigos científicos foram utilizados os seguintes descritores em inglês: "Syphilis", "Syphilis, Congenital", "Pregnant Women" e em português: "Sífilis", "Sífilis congênita", "Gestantes".

Como critérios de inclusão, estudos epidemiológicos, ensaios clínicos randomizados, teste controlado e aleatório e metanálises relevantes sobre o tema. Outros critérios de inclusão foram: artigos escritos em inglês ou espanhol, artigos publicados no período de 2019 a 2024, e artigos que permitissem o acesso integral ao conteúdo. Os critérios de exclusão serão artigos de revisões, resumos, artigos que foram escritos em outras línguas que não fosse inglês, espanhol e português e que não abordassem o tema discutido.

A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca na base de dados; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Assim, foram identificados inicialmente 850 artigos na base citada. Após avaliação e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 19 artigos científicos que atendiam os critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define determinantes sociais como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Determinantes sociais da saúde (DSS) são fatores econômicos, sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que interferem no aparecimento de doenças. A iniquidade em saúde é uma desigualdade que não deveria acontecer, por ser evitável, injusta e desnecessária. Problemas de saúde relacionados às doenças infecciosas, como a Sífilis, ainda persistem no quadro de morbidade encontrado no país. Atribui-se como determinantes desse cenário a permanência de problemas estruturais, condições de vida precárias e sucessivos prejuízos ao meio ambiente (Alves Filho et al., 2017).

Estudos reforçam o pressuposto de que existe gradiente socioeconômico associado à ocorrência e distribuição da sífilis, consideradas problemas de saúde pública (Pinto et al., 2014; San Pedro; Oliveira, 2013).

De acordo com Bradley e Taylor (2013) a pobreza, o isolamento social, a falta de controle sobre a vida e a vida profissional e outros estresses psicológicos, escolhas de estilo de vida arriscadas, insegurança alimentar, falta de apoio educacional e moradia e insegurança no emprego são determinantes sociais que comprometem a saúde.

Em estudo realizado por Heringer et al (2020) a ocorrência de sífilis em gestantes tem sido associada a fatores sociais, econômicos, de infraestrutura e de acesso aos serviços de saúde, acometendo, muitas vezes, populações de maior vulnerabilidade social. Sendo assim, a explicação para o aumento no número de casos em situações de vulnerabilidade está relacionado a elevação das iniquidades sociais.

Ozelame et al. (2020) observaram em suas pesquisas que a baixa escolaridade, baixa renda, pouco acesso à informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde agem diretamente sobre o processo saúde-doença, revelando alguns dos aspectos da vulnerabilidade social que causa declínio na saúde da população.

Oliveira e Santos (2015) encontraram a presença de um caso de sífilis em cada seis gestantes em uso de drogas ilícitas no período gestacional. Tal achado reforça a ausência ou ineficiência dos cuidados básicos de saúde nesse grupo vulnerável e a influência desses fatores na transmissibilidade vertical da sífilis.

Pessoas com dependência química, seja por uso de álcool, seja por outras drogas ilícitas, normalmente evoluem com perdas pessoais, afetivas e/ou laborais, 56 associadas ao consumo e vulnerabilidades sociais. Elas têm elevado risco de transmitir ou adquirir agentes infecciosos por via sanguínea ou sexual (Brasil, 2017).

O manejo adequado da sífilis na gestação implica a identificação precoce da gestante infectada e do seu tratamento adequado e oportuno. A OMS propõe a utilização de indicadores de processo para o monitoramento das ações de controle da sífilis na gestação, visando à redução da transmissão da sífilis da gestante para o feto e a prevenção de desfechos negativos (WHO, 2014).

O rastreamento da sífilis durante a gravidez é uma importante prática de saúde pública que visa prevenir infecções congênitas. Recomenda que todas as mulheres grávidas sejam examinadas para sífilis na primeira consulta pré-natal. Recomenda-se que mulheres com risco aumentado de infecção sejam examinadas novamente entre 28 e 32 semanas de gestação para dar tempo para que o tratamento e a resolução da infecção ocorram antes do parto. Uma terceira triagem pode ser realizada no momento do parto para detectar qualquer aquisição tardia de infecção (O'Connor et al. 2020).

Os estudos de O'Connor et al. (2020) ilustram a necessidade de uma maior consciencialização clínica sobre a sífilis por parte dos prestadores de cuidados e sublinham a importância do novo rastreio das mulheres grávidas em risco de infecção por sífilis no início do terceiro trimestre e novamente no momento do parto. Observou-se que há múltiplas falhas no reconhecimento dos achados clínicos da sífilis, tanto na mãe como no bebê. Deste modo, enfatiza-se a importância do novo rastreio no momento do parto em mulheres de populações com alto risco de sífilis, mesmo em mães assintomáticas, e o benefício potencial da utilização de uma abordagem de rastreio reverso para detectar a doença precocemente. O ensaio de anticorpos totais da sífilis usado como teste de triagem treponêmico normalmente torna-se positivo 2 a 3 semanas após a exposição, enquanto os ensaios não treponêmicos, como o RPR, não se tornam reativos até várias semanas após os ensaios treponêmicos. Os algoritmos de teste de sequência reversa oferecem uma vantagem potencial sobre o rastreio tradicional na detecção de infecções muito recentes devido ao período de janela mais curto e podem ser particularmente úteis ao testar mulheres que estão em risco aumentado, seja devido a fatores pessoais ou epidemiológicos.

Çelik, Bülbül e Uslu (2020) observaram em seus estudos que A possibilidade de transmissão vertical do *Treponema Pallidum* da gestante para o feto é possível em todas as semanas de gestação, sendo elevada nas últimas semanas. As taxas de transmissão da infecção materna primária e secundária são de 60% e 90%,

respectivamente, mas são inferiores a 10% na infecção latente. As manifestações clínicas da sífilis podem ser observadas no estágio inicial (primeiros dois anos) ou no estágio tardio (após dois anos). Todos os sistemas de órgãos fetais podem ser afetados por inflamação generalizada causada por espiroquetas. Prematuridade, baixo peso ao nascer, hidropisia fetal não imune, enterocolite necrosante, hepatomegalia, icterícia, níveis elevados de transaminases, erupções cutâneas, deformidades ósseas, trombocitopenia, anemia hemolítica, linfadenopatia, anormalidades do sistema nervoso central e febre podem ser detectados em recém-nascidos sintomáticos. Os achados em estágio tardio estão relacionados aos ossos, dentes e sistema nervoso central devido à inflamação crônica.

Os autores ressaltam ainda que o diagnóstico da SC é multidisciplinar e inclui exame físico, exames radiológicos, testes sorológicos e também achados microbiológicos. É difícil mostrar diretamente os patógenos bacterianos; portanto, testes não treponêmicos como VDRL e *Rapid Plasma Reagin* (RPR) são altamente preferíveis. Para certos diagnósticos de testes não treponêmicos, deve ser confirmado pelo Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes (FTA-ABS) e teste de microhemaglutinação *Treponema Pallidum* (MHA-TP). O diagnóstico é confirmado pela positividade do TPHA e garantido sem tratamento materno para a sífilis. De acordo com a OMS, a diretriz dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o regime de penicilina por 10 dias é a primeira escolha de antibióticos. A resposta clínica a esse regime e a melhora dos achados laboratoriais foram totalmente bem-sucedidas (Çelik; Bülbül; Uslu (2020).

O tratamento da sífilis congênita no período neonatal é realizado com benzilpenicilina (potássica/ cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação ou da titulação de TNT do recém-nascido comparado ao materno e dos exames clínicos e laboratoriais da criança. Os casos diagnosticados com sífilis congênita após 1 mês de idade (período pós-neonatal) e aqueles com sífilis adquirida deverão ser tratados com benzilpenicilina potássica/cristalina. O esquema completo de dez dias com benzilpenicilina potássica/cristalina ou procaína deve ser administrado mesmo nas situações em que a criança tenha recebido ampicilina por outras causas (Domingues et al., 2021; Walker et al., 2019).

Hegde, Srinivasan e Dinakar (2023) relataram um caso de sífilis congênita com apresentação hematológica incomum e sem alterações cutâneas ou esqueléticas. Suas análises verificaram que a apresentação clínica pode variar desde envolvimento mucocutâneo na forma de lesões vesiculobolhosas/ erupção maculopapular nas palmas das mãos e plantas dos pés até anormalidades neurológicas, hematológicas ou do sistema esquelético. Pode haver outros sintomas na forma de febre, deficiência de crescimento, hidropisia não imune, icterícia e envolvimento respiratório na forma de fungadelas ou rinite sífilítica e pneumonite. O envolvimento esquelético é evidente radiograficamente em quase todos os bebês sintomáticos e em 25% dos bebês assintomáticos. As lesões são simétricas e envolvem principalmente ossos longos. A periostite da metáfise dos ossos longos pode resultar em pseudoparalisia. A sífilis congênita tardia pode levar a deformidades permanentes, incluindo a tríade de Hutchinson, ceratite intersticial, dentes de Hutchinson e surdez neurosensorial.

As manifestações hematológicas na SC são variadas e inespecíficas, muitas vezes mimetizando um processo neoplásico ou inflamatório. Estes incluem anemia, leucopenia ou leucocitose e trombocitopenia. Dentre estas, a anemia é a anormalidade hematológica mais frequente e pode ser multifatorial devido à hemólise, supressão da eritropoiese, hiperesplenismo e deficiência nutricional concomitante. Em nosso paciente havia anemia microcítica hipocrômica com baixa contagem de reticulócitos, provavelmente devido à eritropoiese ineficaz. A trombocitopenia foi observada em 30% dos pacientes afetados pela SC, o que provavelmente se deve à diminuição da sobrevivência plaquetária por mecanismos de complexos imunes, hiperesplenismo ou interrupção da maturação na trombopoiese. O sangramento pode ocorrer de acordo com a gravidade da trombocitopenia. No

nosso caso, a trombocitopenia não foi associada a nenhum sangramento e respondeu ao tratamento (Hegde; Srinivasan; Dinakar, 2023).

Pg Mohammad Hussein et al. (2021) relataram o caso de um neonato com sífilis congênita cuja mãe foi infectada após o primeiro trimestre de gestação e como as radiografias do esqueleto aceleram o processo de tomada de decisão clínica e direcionam o manejo adicional dos neonatos. Verificou-se que as manifestações esqueléticas da sífilis congênita ocorrem em 60%-80% dos bebês com sinais clínicos de sífilis congênita e em 20% dos bebês que parecem clinicamente normais. As radiografias de ossos longos são úteis para demonstrar a manifestação esquelética da sífilis congênita precoce. Radiografias neonatais mostrando reação periosteal, osteíte difusa ou localizada e metafisite preenchem os critérios para suposta sífilis congênita. O tratamento imediato da sífilis congênita é importante para evitar complicações posteriores que geralmente se manifestam após os 2 anos de vida. O sinal mais específico da sífilis congênita tardia é a tríade de Hutchinson, que consiste em dentes de Hutchinson, surdez do oitavo nervo craniano e ceratite intersticial. Essas complicações são resultado de inflamação persistente ou cicatrizes causadas pela infecção por *treponema pallidum* em vários órgãos.

As radiografias de ossos longos são úteis para estabelecer o diagnóstico de sífilis congênita em neonatos de mães soropositivas. A familiaridade com os achados radiográficos da sífilis congênita precoce pode ajudar os médicos a tomar decisões de tratamento adequadas, especialmente em casos duvidosos. Repetir o rastreio da sífilis na última parte da gravidez é uma medida prudente para evitar a transmissão vertical da sífilis (Pg Mohammad Hussein et al., 2021).

Vega, Alissa e Rathore (2023) relataram o caso de uma criança com diagnóstico de sífilis congênita após o período neonatal, enquanto a mãe apresentou teste pré-natal negativo para sífilis no início da gravidez. Tal fato destacou a necessidade de novo teste de sífilis durante a gravidez e durante o trabalho de parto e parto quando há presença de fatores de alto risco. Este estudo demonstrou que a sífilis congênita é uma doença evitável e tratável. Contudo, o rastreio da sífilis deve ser feito em tempo útil e os prestadores devem estar conscientes da prevalência da sífilis na sua área. Os elementos cruciais da história materna – tanto a infecção como o tratamento, bem como o exame físico – são a chave para chegar ao diagnóstico correto.

No caso em estudo, a mãe apresentava risco extremamente alto devido à falta de moradia, histórico de ISTs e encarceramento, que são indicações para testes no momento do parto. Além disso, o paciente apresentava diversas manifestações de sífilis congênita, incluindo anemia, pseudoparalisia, numerosas fraturas e erupção cutânea. Ressalta-se também que a mãe apresentava erupção maculopapular nas palmas das mãos. Finalmente, as fraturas levaram a um foco no NAT versus a consideração de outras condições possíveis, como a sífilis congênita. Este caso destaca a importância do rastreio repetido da sífilis durante a gravidez e no momento do parto para mulheres grávidas que apresentam fatores de alto risco, incluindo aquelas que residem em áreas endêmicas de alto risco. Deve haver um elevado índice de suspeita de sífilis em qualquer recém-nascido, especialmente se a mãe cumprir os critérios de alto risco estabelecidos pelo CDC para o rastreio da sífilis (Vega; Alissa; Rathore, 2023).

Khafaja et al. (2021) analisaram a incidência de falhas na prevenção, a importância da conscientização, da triagem materna e do diagnóstico precoce através de um relato de caso sobre um bebê com diagnóstico tardio de sífilis congênita, pois o teste não treponêmico inicial não foi reagente. O paciente foi diagnosticado com sífilis congênita aos 5 meses de idade, o que representa um diagnóstico tardio. Refletindo sobre a apresentação deste paciente, identificou-se várias oportunidades perdidas onde a intervenção dos profissionais de saúde poderia ter prevenido ou detectado e tratado esta condição mais cedo, tais como: o não oferecimento do exame de sífilis à mãe e a alta hospitalar sem verificação de sífilis.

A sífilis congênita pode ser prevenida através do uso de medidas básicas de saúde pública, conforme demonstrado em vários países de baixa e média renda. Cuidados pré-natais adequados com testes sorológicos para sífilis na primeira consulta pré-natal de todas as mulheres grávidas, independentemente dos seus fatores de risco, deveriam ser obrigatórios, mesmo em países com culturas conservadoras. Além disso, de acordo com as recomendações da OMS, nenhuma mãe e/ou recém-nascido deve ter permissão para sair do hospital sem documentar o estado sorológico materno para sífilis pelo menos uma vez. Finalmente, as intervenções educativas dirigidas aos profissionais de saúde precisam de abordar o diagnóstico precoce da sífilis/sífilis congênita, notificar as autoridades de saúde e fornecer educação sobre prevenção e tratamento aos pacientes e aos seus parceiros sexuais (Khafaja et al., 2021).

Paixão et al. (2023) analisaram o excesso de mortalidade por todas as causas em crianças menores de 5 anos com SC em comparação com aquelas sem SC. Neste estudo de coorte de base populacional, utilizou-se dados vinculados e coletados rotineiramente do Brasil de janeiro de 2011 a dezembro de 2017. Os modelos de sobrevivência de Cox foram ajustados para região de residência materna, idade materna, escolaridade, situação material, raça autodeclarada e sexo do recém-nascido, e ano de nascimento e estratificado de acordo com situação de tratamento materno, títulos não treponêmicos e presença de sinais e sintomas ao nascimento.

Ao longo de 7 anos, um total de 20 057 013 crianças nascidas vivas acompanhadas (através de ligação) até aos 5 anos de idade, 93 525 foram registadas com SC e 2 476 morreram. A taxa de mortalidade por todas as causas no grupo SC foi de 7,84/1.000 pessoas-ano em comparação com 2,92/1.000 pessoas-ano em crianças sem SC, taxa de risco bruta (HR) = 2,41 (IC 95% 2-31 a 2-50). No modelo totalmente ajustado, o maior risco de mortalidade em menores de cinco anos foi observado entre crianças com SC de mães não tratadas HR = 2,82 (IC 95% 2,63 a 3,02), bebês com título não treponêmico superior a 1: 64 HR = 8,87 (IC 95% 7,70 a 10,22) e crianças com sinais e sintomas ao nascer HR = 7,10 (IC 95% 6,60 a 7,63). Entre as crianças registadas com SC, a SC foi registada como causa básica de morte em 33% (495/1.496) das neonatais, 11% (85/770) das pós-neonatais e 2,9% (6/210) das crianças 1 ano de idade (Paixão et al., 2023).

Este estudo mostrou um risco aumentado de mortalidade entre crianças com SC que vai além do primeiro ano de vida. Também reforça a importância do tratamento materno, pois os títulos não treponêmicos infantis e a presença de sinais e sintomas de SC ao nascimento estão fortemente associados à mortalidade subsequente (Paixão et al., 2023).

Sukwa et al. (2021) apresentaram uma série de casos que relata a apresentação clínica de sete crianças diagnosticadas com sífilis congênita em Lusaka, Zâmbia. Os casos desta série foram achados incidentais de uma coorte de bebês inscritos em um estudo de imunogenicidade da vacina contra rotavírus, recrutando bebês com 6 semanas de idade. Como parte do atendimento clínico aos participantes inscritos, examinamos mães de crianças que apresentaram eventos adversos de (i) infecções repetidas do trato respiratório superior/coriza, (ii) lesões cutâneas e (iii) baixo ganho de peso, para sífilis usando plasma rápido teste de reagina.

De uma coorte de 214 pares mãe-bebê matriculados entre setembro e dezembro de 2018, um total de 115 (44,4%) das mães relataram não ter sido rastreadas durante o pré-natal. Destes, quatro (3,5%) relataram ter testado positivo; e apenas dois receberam tratamento. Sete das 57 (26,6%) crianças que preencheram os critérios de triagem tiveram um resultado positivo no teste rápido de reagina plasmática. A idade média no momento do diagnóstico foi de 4,5 meses (desvio padrão de 1,3 meses), e as características comuns incluíam coriza (6/7), lesões cutâneas (4/7), conjuntivite (3/7), palidez/anemia (5/7), emaciação (2/7) e baixo peso (5/7). Três das sete crianças foram expostas ao vírus da imunodeficiência humana. Após o diagnóstico, todos os sete casos receberam tratamento padrão de acordo com as diretrizes nacionais de tratamento. Ou seja, 6/7 casos receberam

internação com benzilpenicilina por 10 dias, enquanto 1/7 foi tratado ambulatorialmente e recebeu penicilina procaína diariamente por 10 dias (Sukwa et al., 2021).

Estas conclusões sugerem que, embora o rastreamento da sífilis faça parte dos cuidados pré-natais padrão na Zâmbia, não é oferecido de forma ideal. Há uma necessidade urgente de abordar as deficiências programáticas no rastreamento e tratamento da sífilis para evitar sequelas a longo prazo. Além disso, os médicos precisam de aumentar o seu índice de suspeita e descartar a sífilis quando confrontados com estes sintomas clínicos, independentemente do estado do vírus da imunodeficiência humana da mãe (Sukwa et al., 2021).

4. CONCLUSÃO

A sífilis congênita é uma doença evitável e de fácil diagnóstico, porém, representa ainda, um desafio para a saúde pública, uma vez que se mantém alta a incidência desse agravo, resultando em parto prematuro, óbito fetal e neonatal, além de complicações decorrentes da infecção do recém-nascido.

Este estudo observou que determinantes sociais relativos aos fatores comportamentais afetivo-sexuais e à história de uso de substâncias ilícitas que se mostraram, provavelmente, associados ao contexto da transmissão vertical da sífilis. A vulnerabilidade social atua como fator determinante, implicando no desenvolvimento de medidas operacionais e de investigação relevantes para a compreensão dos condicionantes sociais do processo saúde-doença com o envolvimento de profissionais de saúde, gestores e da comunidade científica que possam prevenir o aumento dessas doenças, principalmente na população infantil, que se mostra mais suscetível ao desenvolvimento da doença na forma grave.

Com cuidados pré-natais adequados, a gestante pode controlar eficazmente a sífilis congênita, prevenindo possíveis complicações como aborto espontâneo, parto prematuro, malformação fetal, surdez, comprometimento cognitivo e até natimorto. É fundamental ressaltar que o tratamento deve ser bem-organizado, sendo necessário o direcionamento e a administração dos medicamentos por um especialista em enfermagem. A penicilina benzatina é recomendada para evitar a propagação da sífilis vertical. Para alcançar resultados satisfatórios, é crucial que o parceiro sexual esteja envolvido. Apenas submeter-se ao tratamento é insuficiente, uma vez que o envolvimento em atividade sexual com um parceiro infectado iniciará novamente todo o processo de transmissão, conduzindo a efeitos prejudiciais para a saúde da criança.

Para diminuir a ocorrência de sífilis durante a gravidez e de sífilis congênita, é crucial que os prestadores de cuidados de saúde e a comunidade reconheçam a importância de diagnosticar e tratar prontamente as mulheres e os seus parceiros. A equipe interdisciplinar tem a tarefa de procurar ativamente mulheres grávidas que não compareçam às consultas pré-natais, conduzindo iniciativas para educar o público sobre os perigos dos comportamentos sexuais inseguros e a importância do autocuidado, especialmente entre os indivíduos mais susceptíveis. As evidências atuais reforçam a importância das políticas públicas de proteção social como medida crucial e promissora na melhoria dos indicadores da sífilis congênita e da tuberculose infantil visando sua diminuição no Brasil.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES FILHO, P.; PELLEGRINI FILHO, A.; RIBEIRO, P.T.; TOLEDO, L.M.; ROMÃO, A.R.; NOVAES, L.C.M. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 4, p. 559-572, 2017.

ANDRADE, A.L.M.B.; MAGALHÃES, P.V.V.S.; MORAES, M.M.; TRESOLDI, A.T.; PEREIRA, R.M. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376-81, 2018.

BECK, E.Q.; SOUZA, M. Fatores de risco para sífilis congênita. *Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, v. 18, n. 2, p. 419- 432, 2017.

BRADLEY, E.; TAYLOR, L. **The American Health Care Paradox: Por que gastar mais está nos levando a menos**. Nova York: Relações Públicas; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis Congênita. Secretaria de Vigilância em Saúde**, v.48, n.36, 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico - Sífilis**, 2023.

ÇELIK, M.; BÜLBÜL, A.; USLU, S. Congenital Syphilis Presenting with Prenatal Bowel Hyperechogenicity and Necrotizing. **Sisli Etfal Hastan Tip Bul.**, v. 54, n. 1, p. 113-116, 2020.

DOMINGUES, C.S.B.; DUARTE, G.; PASSOS, M.R.L.; SZTAJNBOK, D.C.N.; MENEZES, M.L.B. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.30, n. spe1, p. e2020597, 2021.

FRANÇA, I.S.X.; BATISTA, J.D.L.; COURA, A.S.; OLIVEIRA, C.F.; ARAÚJO, A.K.F.; SOUZA, F.S. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 374-81, 2015.

HEGDE, A.; SRINIVASAN, R.; DINAKAR, C. Congenital syphilis: a rare presentation of a forgotten infection. **J Infect Dev Ctries**, v. 17, n. 1, p. 135-138, 2023.

HERINGER, A.L.S.; KAWA, H.; FONSECA, S.C.; BRIGNOL, S.M.S.; ZARPELLON, L.A.; REIS, A.C. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e8, 2020.

KHAFAJA, S.; YOUSSEF, Y.; DARJANI, N.; YOUSSEF, N.; FATTAH, C.M.; HANNA-WAKIM, R. Case Report: A Delayed Diagnosis of Congenital Syphilis-Too Many Missed Opportunities. **Front Pediatr.**, v. 8, p. 499534, 2021.

O'CONNOR, N.P.; GONZALEZ, B.E.; ESPER, F.P.; TAMBURRO, J.; KADKHODA, K.; FOSTER, C.B. Congenital syphilis: Missed opportunities and the case for rescreening during pregnancy and at delivery. **IDCases**, v. 22, p. e00964, 2020.

OLIVEIRA, J.S.; SANTOS, J.V. Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v.2, n.2, p.20-30, jul./dez. 2015.

OZELAME, J.E.E.P.; FROTA, O.P.; FERREIRA JÚNIOR, M.A.; TESTON, E.F. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e50487, 2020.

PAIXÃO, E.S.; FERREIRA, A.J.; SANTOS, I.O.; RODRIGUES, L.C.; FIACCONE, R.; SALVI, L.; OLIVEIRA, G.L.; SANTANA, J.G.; CARDOSO, A.M.; TELES, C.A.S.S.; SOARES, M.A.; AMARAL, E.; SMEETH, L.; BARRETO, M.L.; ICHIHARA, M.Y. Mortality in children under 5 years of age with congenital syphilis in Brazil: A nationwide cohort study. **PLoS Med.**, v. 20, n. 4, p. e1004209, 2023.

PG MOHAMMAD HUSSEIN, P.M.N.; KEW, S.T.; NANG, K.M.; KADIR, F.; TEH, Y.G. Skeletal manifestations of congenital syphilis: Rare but clinically relevant. **Radiol Case Rep.**, v. 16, n. 12, p. 3635-3637, 2021.

PINTO, V.M.; TANCREDI, M.V.; ALENCAR, H.D.R.; CAMOLESI, E.; HOLCMAN, M.M.; GRECCO, J.P.; GRANGEIRO, A.; GRECCO, E.T.O. Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 341-354, 2014.

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R.M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

SUKWA, N.; SIMUYANDI, M.; CHIRWA, M.; KUMWIMBA, Y.M.; CHILYABANYAMA, O.N.; LABAN, N.; KOYUNCU, A.; CHILENGI, R. Clinical presentation of congenital syphilis in a rotavirus vaccine cohort study in Lusaka: a case series. **J Med Case Rep.**, v. 15, n. 1, p. 149, 2021.

VEGA, M.D.; ALISSA, R.; RATHORE, M. A Case of Congenital Syphilis Diagnosed in an Infant Past the Newborn Period. **Cureus**, v. 15, n. 8, p. e44102, 2023.

WALKER, G.J.; WALKER, D.; FRANCO, D.M.; GRILLO-ARDILA, C.F. Antibiotic treatment for newborns with congenital syphilis. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 2, n. 2, p. CD012071, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis**. Geneva: World Health Organization; 2014.