Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Desafios no tratamento da sífilis gestacional: evidências para a prática avançada no pré-natal

Challenges in the treatment of gestational syphilis: evidence for advanced practice in prenatal care

Desafíos en el tratamiento de la sífilis gestacional: evidencias para la práctica avanzada en la atención prenatal

Iara Barbosa Ramos[1], Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos[2], Daniel de Macêdo Rocha[1], Gilvania Ficagna[2], Raissa Vitória Oliveira Menezes[1], Pamella Aline Miranda Teodoro[2], Rosangela Fernandes Pinheiro Nantes[2], Alice Silva Costa[2], Cláudio Francisco Bernardinis Júnior[2], Roberta dos Santos Avelino[3].

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores que dificultam o tratamento da sífilis em gestantes no Brasil. **Métodos:** Revisão integrativa estruturada em seis etapas, com busca e seleção nas bases: BVS, LILACS, SciELO e PubMed. Utilizou-se descritores em português, inglês e espanhol. Foram incluídos estudos primários, sem restrição temporal ou de idioma. A extração de dados seguiu o protocolo do *Joanna Briggs Institute*, com análise fundamentada na síntese descritiva de dados. **Resultados:** Foram incluídos 16 estudos. A sífilis gestacional prevaleceu em mulheres jovens, pardas com indicadores de vulnerabilidade social. Apesar da alta cobertura do pré-natal, observam-se frequentes oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento tardio. A falha terapêutica foi frequente e agravada pela não adesão dos parceiros sexuais. Esse cenário resulta em altas taxas de transmissão e desfechos perinatais graves, como prematuridade e óbitos fetais, evidenciando a urgência de estratégias de educação continuada para as equipes de saúde. **Considerações finais:** A sífilis congênita no Brasil evidencia falhas na qualidade do pré-natal e exige a implementação de práticas avançadas de enfermagem e educação permanente, visando garantir o tratamento integral do binômio e de suas parcerias, além de fortalecer a vigilância epidemiológica nos diferentes dispositivos da rede de atenção.

Palavras-chave: Sífilis congênita, Cuidado pré-natal, Gestantes, Enfermagem de prática avançada.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors that hinder the treatment of syphilis among pregnant women in Brazil. **Methods:** An integrative review structured in six stages, with search and selection in the following databases: BVS, LILACS, SciELO, and PubMed. Descriptors were used in Portuguese, English, and Spanish. Primary studies were included without temporal or language restrictions. Data extraction followed

[1] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Coxim – MS.
[2] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande – MS.
[3] Universidade Federal do Piauí, Teresina – PI.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 7/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

the Joanna Briggs Institute protocol, and the analysis was based on descriptive data synthesis. **Results:** Sixteen studies were included. Gestational syphilis was prevalent among young, mixed-race women with indicators of social vulnerability. Despite high prenatal care coverage, frequent missed opportunities for diagnosis and late treatment were observed. Therapeutic failure was common and worsened by the non-adherence of sexual partners. This scenario results in high transmission rates and severe perinatal outcomes, such as prematurity and fetal deaths, highlighting the urgent need for permanent education strategies for healthcare teams. **Final considerations:** Congenital syphilis in Brazil highlights flaws in the quality of prenatal care and demands the implementation of advanced nursing practices and permanent health education. These measures aim to ensure the comprehensive treatment of the mother-child binomial and their partners, in addition to strengthening epidemiological surveillance across different levels of the healthcare network.

Keywords: Syphilis, Congenital, Prenatal care, Pregnant women, Advanced practice nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores que dificultan el tratamiento de la sífilis en gestantes en Brasil. **Métodos**: Revisión integrativa estructurada en seis etapas, con búsqueda y selección en las bases: BVS, LILACS, SciELO y PubMed. Se utilizaron descriptores en portugués, inglés y español. Se incluyeron estudios primarios, sin restricción temporal ni de idioma. La extracción de datos siguió el protocolo del Joanna Briggs Institute, con un análisis fundamentado en la síntesis descriptiva de datos. **Resultados**: Se incluyeron 16 estudios. La sífilis gestacional prevaleció en mujeres jóvenes, de raza parda y con indicadores de vulnerabilidad social. A pesar de la alta cobertura del control prenatal, se observan frecuentes oportunidades perdidas de diagnóstico y tratamiento tardío. El fracaso terapéutico fue frecuente y se vio agravado por la falta de adherencia de las parejas sexuales. Este escenario resulta en altas tasas de transmisión y resultados perinatales graves, como prematuridad y muertes fetales, lo que evidencia la urgencia de estrategias de educación continua para los equipos de salud. **Considerações finais**: La sífilis congénita en Brasil evidencia fallas en la calidad de la atención prenatal y exige la implementación de prácticas avanzadas de enfermería y educación permanente, con el fin de garantizar el tratamiento integral del binomio y de sus parejas, además de fortalecer la vigilancia epidemiológica en los diferentes dispositivos de la red de atención.

Palabras clave: Sífilis congénita, Atención prenatal, Mujeres embarazadas, Enfermería de práctica avanzada.

INTRODUÇÃO

A Sífilis Gestacional (SG) e a Sífilis Congênita (SC) permanecem como desafios críticos para a saúde pública, apesar de serem agravos passíveis de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o controle e a eliminação da transmissão vertical como uma prioridade global, estabelecendo como meta de incidência um indicador inferior a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos (OMS, 2015). No cenário brasileiro, observa-se que embora a cobertura do pré-natal tenha sido ampliada nas últimas décadas, as taxas de incidência de SC continuam elevadas, revelando falhas estruturais e assistenciais severas na efetivação das Redes de Atenção à Saúde do país (BRASIL, 2021; OPAS, 2019).

No Brasil, a transmissão vertical é considerada um evento sentinela e um importante indicador da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com Soares MAS e Aquino R (2021), a ocorrência da sífilis congênita se configura como um alerta para as fragilidades do sistema, especialmente quando há início tardio do pré-natal, ausência de testagem em momentos oportunos ou falhas no seguimento rigoroso dos casos reagentes. As evidências apontam que a identificação tardia da infecção e a

condução terapêutica inadequada são frequentes em diferentes cenários assistenciais, sendo a inclusão da parceria sexual no cuidado um dos principais determinantes para o insucesso do controle do agravo (CABRAL TVC, et al., 2017; SOARES MAS e AQUINO R, 2021).

Nesse contexto, a qualificação do pré-natal torna-se o eixo central da assistência. Os protocolos assistenciais demonstram que realizar seis ou mais consultas não assegura a proteção do binômio, uma vez que a efetividade depende também da qualidade da assistência prestada (DOMINGUES RMSM, et al., 2012). Conforme Domingues RMSM, et al. (2016), as lacunas na formação acadêmica e a alta rotatividade de pessoal contribuem para o desconhecimento de protocolos de triagem e manejo clínico. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS), fundamentada na problematização da prática cotidiana, emerge como estratégia essencial para a transformação dos processos de trabalho e para melhoria dos indicadores epidemiológicos (SCHMEING LMB, 2012).

Diante da necessidade de maior resolutividade, a Prática Avançada de Enfermagem no pré-natal ganha ênfase. O enfermeiro, ao atuar na linha de frente da Estratégia Saúde da Família (ESF), possui autonomia para a solicitação e interpretação de testes rápidos, aconselhamento, busca ativa, notificação e execução do tratamento conforme protocolos e diretrizes clínicas (VASCONCELOS MIO, et al., 2016). Costa L, et al. (2018) reforçam que o enfermeiro é peça-chave na articulação com a rede de atenção, sendo sua competência técnica e sensibilidade humanística fundamentais para superar barreiras como o estigma da doença e a resistência ao tratamento.

Além dos entraves técnicos, é evidente que a sífilis gestacional afeta de forma desproporcional mulheres em situações de maior vulnerabilidade social. Silva N, et al. (2018) ressaltam que fatores como baixa escolaridade, raça/cor e desigualdades territoriais limitam o acesso às informações e aos serviços de saúde, perpetuando o ciclo da doença. Essa realidade impõe a necessidade de analisar e refletir sobre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para além da dimensão biológica, alcançando os domínios psicossociais (BRASIL, 2004).

A assistência qualificada deve, portanto, transcender o cumprimento burocrático de cronogramas. Fragilidades nesse processo elevam a suscetibilidade ao diagnóstico tardio, caracterizando a sífilis como a segunda principal causa de mortes fetais evitáveis globalmente (OMS, 2015; BRASIL, 2016). A justificativa deste estudo reside na premência de identificar tais barreiras para orientar ações de qualificação das equipes e fortalecimento da vigilância epidemiológica, reduzindo os desfechos perinatais adversos (CAVALCANTE PAM, et al., 2017; SILVA N, et al., 2018). Diante disso, este estudo objetivou analisar os fatores que dificultam o tratamento da sífilis em gestantes no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida em seis etapas distintas: 1) Elaboração da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Definição das informações extraídas; 4) Avaliação crítica dos estudos incluídos; 5) Interpretação dos resultados; e 6) Apresentação da síntese do conhecimento (MENDES KDS, et al., 2008). A definição deste método justifica-se pela sua capacidade de sintetizar múltiplos estudos já publicados, independentemente do delineamento metodológico, proporcionando uma compreensão abrangente e profunda sobre as barreiras que permeiam o cuidado às gestantes com sífilis.

A questão de pesquisa "Quais são os fatores que dificultam o tratamento da sífilis gestacional e congênita no Brasil?" foi fundamentada na estratégia PICo. Nessa estrutura, a População (P) consistiu em gestantes com diagnóstico de sífilis; o fenômeno de Interesse (I) foram os fatores dificultantes e barreiras ao tratamento; e o Contexto (Co) de pesquisa foi a atenção à saúde no cenário brasileiro.

A busca eletrônica foi realizada nas seguintes bases e bancos de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed®, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados descritores controlados e não controlados

indexados nos vocabulários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: Sífilis (*Syphilis*); Gravidez (*Pregnancy*); Sífilis Congênita (*Syphilis, Congenital*) e Terapêutica (*Therapeutics*). A operacionalização da busca foi adaptada para cada base utilizando os operadores booleanos OR e AND, visando garantir a máxima sensibilidade na captação de evidências pertinentes ao território nacional.

Esta revisão incluiu estudos primários, de caráter observacional ou de intervenção, que avaliaram os desafios, barreiras e limitações no manejo terapêutico da sífilis no Brasil. Os estudos identificados foram exportados para o gerenciador de referências para remoção de duplicatas. Posteriormente, todas as referências foram importadas para a plataforma Rayyan, que permitiu a seleção cega entre os revisores, edução vieses de seleção. Em seguida, dois revisores independentes avaliaram os títulos e resumos; divergências foram resolvidas por um terceiro revisor por meio de consenso.

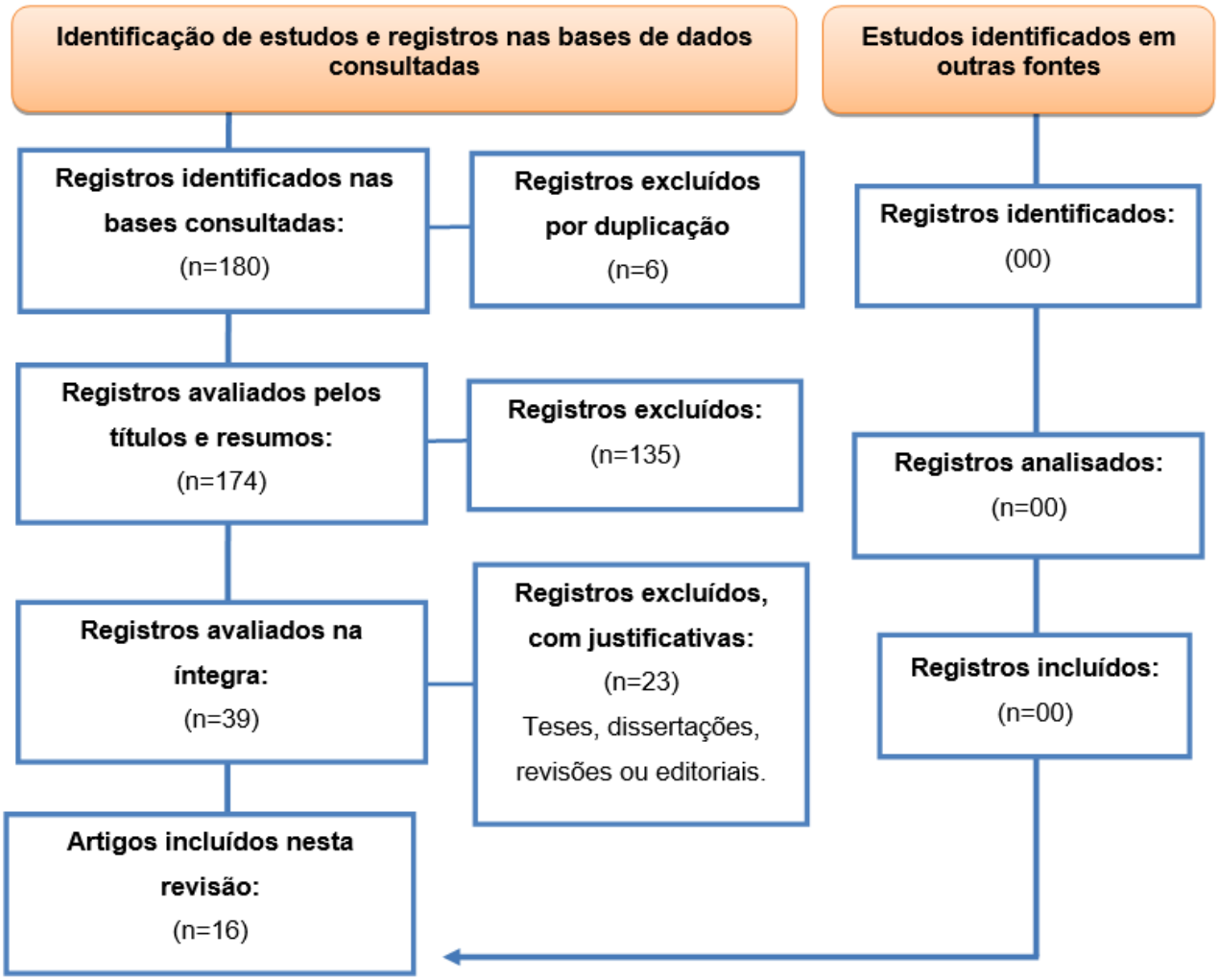
A extração de dados foi realizada por pares de forma independente, utilizando um formulário proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). As variáveis de interesse compreenderam: contexto geográfico, delineamento metodológico, perfil sociodemográfico das gestantes, falhas diagnósticas, adesão da parceria sexual, desfechos perinatais e fatores associados ao tratamento inadequado (MENDES KDS, et al., 2008).

A análise e a síntese dos resultados foram realizadas de forma descritiva e interpretativa, permitindo a comparação crítica entre os achados e a identificação de lacunas no conhecimento. Por tratar-se de uma pesquisa com dados secundários, não foi necessária a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial nas bases de dados resultou em 180 estudos. Após a etapa de triagem, 6 registros foram removidos por duplicidade e 174 foram submetidos à leitura de títulos e resumos para determinação do potencial de elegibilidade. Destes, 39 foram pré-selecionados e submetidos à análise do conteúdo na íntegra. Após uma leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 23 artigos que não atendiam aos critérios de inclusão ou não respondiam diretamente à questão norteadora. Assim, a amostra final desta revisão foi composta por 16 estudos. O processo de seleção, triagem e elegibilidade foi orientado pelas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme detalhado na **Figura 1**.

Figura 1 - Percurso de triagem, seleção, elegibilidade e composição amostral dos estudos primários nas bases investigadas.



Fonte: Ramos IB, et al., 2026.

A análise dos 16 estudos incluídos nesta revisão (**Quadro 1**) revela um cenário epidemiológico alarmante e persistente no território brasileiro. As evidências convergem ao demonstrar que a Sífilis Gestacional (SG) e a Sífilis Congênita (SC) não se distribuem de forma equânime na população, sendo profundamente influenciadas pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Observou-se que o perfil predominante das gestantes acometidas é composto por mulheres jovens, na faixa de 20 a 30 anos, de cor preta ou parda, com baixa escolaridade e inseridas em contextos de alta vulnerabilidade social (MACÊDO VC, 2017; CAVALCANTE PAM, et al., 2017; FELIPE CN, et al., 2019; BAMPI JV, 2019).

A baixa escolaridade, frequentemente inferior a oito anos de estudo, é apontada em 86,4% dos casos em determinados cenários (DALLA CF, et al., 2019) e atua como um preditor direto para a dificuldade de adesão ao tratamento. Silva N, et al. (2018) ressaltam que a vulnerabilidade socioeconômica limita não apenas o acesso físico às unidades de saúde, mas também a compreensão da cronicidade da doença e dos riscos de transmissão vertical. Assim, a sífilis deixa de ser apenas uma patologia infectocontagiosa para se tornar um marcador de desigualdade social, onde a raça e a pobreza condicionam o desfecho do pré-natal (SILVA N, et al., 2018)

Um achado crítico é a alta cobertura do pré-natal (PN), que muitas vezes não se traduz em controle da infecção. Os autores demonstram que, embora a maioria das gestantes realize mais de seis consultas e inicie o PN no primeiro trimestre, as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento são frequentes

(FREITAS, 2019; SILVA, 2018). Falhas na triagem sorológica, diagnósticos tardios (geralmente entre o 2º e 3º trimestres) e a ausência de orientações adequadas de enfermagem comprometem a eficácia da assistência (CAVALCANTE, 2017; FELIPE, 2019; CABRAL, 2017).

O tratamento inadequado da gestante e, sobretudo, a não adesão do parceiro sexual surgem como os principais obstáculos para a interrupção da transmissão vertical. Estudos indicam que as taxas de parceiros não tratados ou com tratamento não documentado são alarmantes, variando de 60% a 83% (CAVALCANTE, 2017; FELIPE, 2019; BAMPI, 2019). A resistência do parceiro em comparecer à unidade de saúde e a falta de estratégias de captação por parte dos profissionais são citadas como dificuldades centrais no manejo clínico (COSTA, 2018; CUNHA, 2018).

As consequências da falha assistencial são evidenciadas pelas altas taxas de transmissão vertical, que podem chegar a 69,7% em determinados cenários (SILVA, 2018). A literatura associa o tratamento inadequado a desfechos graves, incluindo prematuridade, baixo peso ao nascer, abortamento e óbito fetal (TORRES, 2019; CARDOSO, 2018). Além disso, observa-se o fenômeno da recorrência da SC em gestações subsequentes da mesma mulher, reforçando a cronicidade das falhas no acompanhamento pós-parto e no planejamento reprodutivo (HEBMULLER, 2015). Profissionais da atenção primária reconhecem dificuldades no diagnóstico e sinalizam a necessidade de educação continuada como estratégia para superar as falhas terapêuticas (COSTA, 2018). O **Quadro 1** apresenta a síntese dos estudos incluídos.

Quadro 1 - Síntese dos estudos incluídos na revisão.

Autor	Método	Periódico/Ano	Objetivo	Resultados	Conclusões
Freitas CHSM	Estudo ecológico	Rev. Saúde Pública 2019.	Avaliar os fatores associados ao teste de HIV e sífilis durante a gravidez no Brasil.	Das 13.020 mulheres participantes, 76,4% (9.945) realizaram pré-natal. As mulheres que tiveram seis ou mais consultas são em sua maioria brancas, maiores de 30 anos, com menos de oito anos de estudo e participantes do programa de transferência de renda. A taxa de cobertura do teste de sífilis foi de 87,5%. O resultado de testes para detecção de sífilis foi significativamente associado a todas as características demográficas e sociais.	Os resultados mostram oportunidades perdidas para o diagnóstico de infecção por HIV e sífilis durante o pré-natal. é necessário melhorar a organização dos serviços para aumentar a eficácia do programa de controle as ISTs.
Torres, RC et al.	Retrospectivo	Revista Bras. de Ginecologia e Obstetrícia	Avaliou dados epidemiológicos e obstétricos de gestantes com sífilis.	Pré-natal inadequado observado em 37,9% das gestantes. Apenas 34,2% completaram o tratamento de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e 19,8% dos parceiros submetidos a tratamento de sífilis. Quanto aos desfechos obstétricos, 4 (1,5%) pacientes abortaram e 8 (3,4%) tiveram perdas fetais; 61 (25,9%) pacientes com partos prematuros.	São necessárias políticas de conscientização pública sobre atendimento pré-natal adequado, intensificação da triagem sorológica e tratamento precoce da sífilis, considerando o surgimento de casos diagnosticados durante a gestação e suas consequências potencialmente evitáveis relacionadas à transmissão congênita.
Macêdo VC.	Caso-controle	Rev Saude Publica 2017	Determinar os fatores relacionados à ocorrência de sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas.	Fatores determinantes para a sífilis gestacional: nível de escolaridade fundamental incompleto ou analfabeta, ausência de acesso a telefone, religião católica, quatro ou mais gestações, três ou mais parceiros sexuais no último ano, uso de drogas ilícitas antes dos 18 anos e uso de drogas ilícitas por parte do atual companheiro.	Fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde estão associados à ocorrência de sífilis em mulheres e devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias universais direcionadas à prevenção e controle da sífilis.
Cavalcante PAM.	Estudo descritivo	Epidemiol Serv Saude. 2017	Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita em 2007-2014	Identificadas SG em 171 gestantes e 204 casos de SC. Predominaram gestantes pardas (71,3%), baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de SC variou de 2,9 a 8,1/1000 NV no período.	Foram encontradas falhas importantes, com poder de influência no diagnóstico e acompanhamento, destacando-se o não tratamento adequado das mães e seus parceiros. Devem ser adotadas novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da SC.
Domingues RM	Transversal.	Cad Saude Publica 2016	Estimar a incidência de sífilis congênita ao nascimento e verificar os fatores associados à transmissão vertical da sífilis.	Incidência de sífilis congênita de 3,51 por mil nascidos vivos (IC95% 2,29-5,37) e taxa de transmissão vertical de 34,3% (IC95%: 24,7-45,4). Casos estiveram associados à menor escolaridade materna, cor da pele preta e maior proporção de fatores de risco para prematuridade, bem como ao início mais tardio do pré-natal, menor número de consultas e menor realização de exames sorológicos.	O controle da sífilis na gestação no país está deficiente, com incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência de desfechos negativos elevada.

Autor	Método	Periódico/Ano	Objetivo	Resultados	Conclusões
Hebmuller, MG.	Estudo retrospectivo.	Ciência & Saúde Coletiva, 2015	Avaliar a frequência de SC e a sua recorrência em gestações subsequentes, bem como identificar os critérios que definiram os casos.	A SC foi evidenciada em 81,9% das gestações iniciais e em 68,4% das subsequentes. As principais causas nas gestações subsequentes foram positivação do VDRL no parto e tratamento não documentado.	A recorrência da SC foi frequente em gestações sucessivas da mesma paciente. A ausência ou inadequação de pré-natal foi o principal fator de risco para SC, tanto nas gestações iniciais quanto nas subsequentes.
Dalla CF.	Transversal	Arch. Health Sci. 2019	Traçar o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita e sífilis gestacional, bem como verificar relações com fatores clínicos.	Observou-se tendência crescente na incidência a partir do ano de 2012, com aumento de 200% nas notificações de sífilis congênita de 2014 para 2015. Os casos de sífilis gestacional foram mais frequentes em mães de 20 a 30 anos (50,49%) e com baixa escolaridade (86,41%). Observou-se que 94,17% das crianças notificadas com SG nasceram de mães que realizaram o pré-natal, mas apenas 42,72% dos casos as mães foram tratadas adequadamente.	Os fatores associados à sífilis congênita sugerem falhas na assistência pré-natal, especialmente no tratamento inadequado das gestantes e seus parceiros, indicando a necessidade de reorientação das estratégias para reduzir a incidência desta morbidade
Felipe CN	Descritivo e exploratório	Revista Nursing 2019	Identificar o perfil epidemiológico de puérperas de sífilis congênita internadas em uma maternidade.	Faixa etária entre 18 e 24 anos (66,7%), apresentam o ensino médio completo (54,2%), solteiras (75%), declaram-se negras (54,2%) e possuem renda familiar de um salário mínimo (45,8%), não tem parceiro fixo (66,7%) e não utiliza preservativo (50%) durante as relações sexuais. Realizaram o pré-natal (75%), tendo o diagnóstico de sífilis entre 3 a 6 meses de gestação (54,2%). Majoritariamente o parceiro não recebeu tratamento (62,5%) e não houve orientação de enfermagem (62,5%).	A redução da sífilis na gestação e consequentemente da sífilis congênita, está relacionada a um atendimento prioritário e adequado na rede básica de saúde.
Costa L.	Transversal	Cienc Cuid Saúde 2018	Identificar o conhecimento dos profissionais do pré-natal sobre o manejo da sífilis gestacional.	Para 74,4% a principal dificuldade foi a falta de adesão do parceiro ao tratamento, e entre as estratégias sugeridas destacou-se a educação continuada para a equipe (86%).	Identificou-se que os profissionais apresentaram algumas dificuldades no diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação.
Cunha N	Transversal	Arquivos Catarinenses de Medicina 2018.	Estimar a prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade.	Prevalência de 0,61 casos/100 parturientes. Média de idades foi de 23,62 anos, solteira (40,6%), multigesta (63,7%), cor branca (68,1%), com ensino fundamental ou médio incompleto (40,6%) e do lar (52,2%), 75,3% foram tratadas com Penicilina G benzatina. Apenas 30,4% dos parceiros receberam tratamento. Correlação estatística entre o número de consultas do PN e o tratamento adequado.	Melhorias no pré-natal quanto o diagnóstico e tratamento, medidas para conscientização sobre a IST, transmissão e prevenção para redução de novos casos.
Cabral TVC.	Retrospectivo.	Revista Ciência Plural 2017.	Conhecer as razões que levam as mulheres grávidas a não terem o diagnóstico de sífilis no pré-natal	Apenas 19,5% realizaram o tratamento durante o pré-natal em sua primeira gestação, 68,3% só receberam durante puerpério. Sobre adesão do parceiro 43,9% realizaram VDRL, 39% não sabiam informar se fizeram ou não, 68,3% estavam sem informação dos parceiros, 7,3% foram efetivos e 24,4% não aceitaram o tratamento.	A vigilância epidemiológica precisa ser efetiva, de preferência no momento do atendimento do paciente, para evitar falhas de preenchimento e até mesmo subnotificação.
Romanell I	Transversal	DST j. bras. doenças sex.	Avaliar a abordagem de sífilis em gestantes e seus recém-	Um total de 31 recém-nascidos foi encaminhado devido à triagem materna com *Venereal Disease*	O seguimento das recomendações para o tratamento da sífilis na gestante tem sido,

Autor	Método	Periódico/Ano	Objetivo	Resultados	Conclusões
		transm. 2015.	nascidos encaminhados para centro de referência	*Research Laboratory* (VDRL) materno positivo durante a gestação, com 4 mulheres adequadamente tratadas. Treze recém-nascidos apresentaram alteração no hemograma e1 apresentou alteração óssea, 28 deles com tratamento adequado.	frequentemente, considerado inadequado, o que dificulta a eliminação da SC
Soares LG.	Transversal	Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2017.	Descrever a ocorrência de sífilis gestacional e congênita, segundo características maternas, neonatais e desfecho dos casos.	40 RN filhos de gestantes com sífilis 30,0% tiveram SC. As variáveis que se mostraram associadas foram: trimestre gestacional de realização do exame positivo (p=0,008), número de consultas pré-natal (p=0,041), estratificação do risco gestacional (p= 0,041) e tratamento do parceiro (p<0,001). As variáveis que se mostraram associadas a ocorrência de sífilis congênita foram: classificação do risco ao nascer (p=0,004) e realização do exame VDRL no sangue periférico do RN (p=0,004).	É necessário fortalecimento do pré-natal, com a captação precoce da gestante pela Atenção Básica, ampliação da cobertura diagnóstica e tratamento oportuno e adequado da gestante e parceiro, como medida profilática de uma possível reinfecção.
Bampi JV	Descritivo	Rev Soc Bras Med Trop 2019	Descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis notificados na população adulta de Mato Grosso do Sul.	Dos 1.497 pacientes com SG, 48% tinham entre 20 e 29 anos, 51% eram de raça mista e 71% tinham apenas o ensino fundamental completo. Apenas 71% desses pacientes foram tratados adequadamente com 7,2 milhões de UI de penicilina G e apenas 50% dos parceiros sexuais receberam tratamento concomitante A maioria dos casos teria sido evitável através da educação pública.	O estudo revelou um aumento substancial de novos casos de sífilis nesta parte do Brasil. Os resultados demonstram que a maioria dos casos de sífilis congênita pode ser evitada pelo tratamento eficaz da mãe grávida e de seu parceiro. Assim, estratégias de saúde pública para prevenir e gerenciar infecções por sífilis precisam ser revistas e aprimoradas.
Silva N	Transversal	Rev Soc Bras Med Trop 2018	Descrever características sociodemográficas e pré-natal de gestantes com sífilis.	A idade média foi de 24,3 anos; a maioria das mulheres (69,2%) possuía ≤8 anos de escolaridade. As taxas anuais de detecção de SiP variaram de 16,3 a 31,4 / 1000 nascidos vivos. A maioria das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez com ≥6 consultas. A taxa de transmissão de mãe para filho foi de 69,7%. As taxas de incidência de SC variaram de 9,1 a 22,3 / 1000 nascidos vivos.	Enfatizando a importância da SG e da SC para profissionais de saúde, gerentes e a população em geral, melhorando a qualidade do pré-natal com inclusão e corresponsabilidade de parceiros sexuais e o uso de métodos como testes rápidos de diagnóstico que permitem diagnóstico e tratamento precoce.
Cardoso AR	Transversal	Cien Saude Colet 2018	Analisar os casos notificados de sífilis em gestantes e os possíveis desfechos para o feto e o recém-nascido.	Os resultados mostraram a ocorrência da sífilis em mulheres jovens com mais de 85,0% de tratamentos inadequados, 62,9% dos parceiros sexuais não tratados ou com informação ignorada e percentuais elevados da não realização dos exames preconizados para a investigação de sífilis congênita nas crianças. Dentre os conceptos, cinco foram natimortos, um aborto e três óbitos neonatais.	A falta de tratamento adequado dos casos de sífilis em gestantes pode estar associada à morbimortalidade dos conceptos, mantendo essa infecção como um fardo no rol dos problemas de saúde pública.

Fonte: Ramos IB, et al., 2026.

É fundamental destacar que a transição nos critérios de notificação da sífilis congênita, ocorrida em 2017, alterou a percepção de tratamento adequado. Anteriormente, o tratamento do parceiro era condição para a classificação do desfecho. Com a mudança, o foco recaiu sobre a completitude do esquema terapêutico da gestante e o intervalo de tempo até o parto (BRASIL, 2016). No entanto, autores como Soares MAS e Aquino R (2021) advertem que essa flexibilização burocrática não deve desobrigar a equipe de saúde do manejo rigoroso da parceria. A evidência clínica demonstra que a reinfecção materna por parceiro não tratado é a causa biológica primária da falha terapêutica, independentemente de como o caso é notificado para fins estatísticos. Portanto, a vigilância deve ser interpretativa e não apenas cartorial, utilizando a notificação como ferramenta de planejamento local para identificar áreas de silêncio epidemiológico ou de alta reincidência (CABRAL TVC, et al., 2017; SOARES LG, et al., 2017).

A Qualidade da Assistência Pré-natal e o Diagnóstico Oportuno

Um dos achados mais críticos desta revisão é a dissociação entre a cobertura das consultas e a efetividade do controle da sífilis. Os estudos demonstram que a maioria das gestantes realiza seis ou mais consultas de pré-natal e inicia o acompanhamento ainda no primeiro trimestre, cumprindo os requisitos quantitativos preconizados (FREITAS CHSM, et al., 2019; SILVA N, et al., 2018). Contudo, essa alta cobertura não tem sido suficiente para impedir a transmissão vertical, evidenciando que o número de consultas, isoladamente, não garante uma assistência resolutiva. A assistência qualificada deve ser regida por protocolos que priorizem o início precoce até a 12ª semana gestacional e a oferta sistemática de testes rápidos (BRASIL, 2012).

A literatura reitera que a ocorrência da SC funciona como um evento sentinela, denunciando fragilidades estruturais da APS. Segundo Domingues RMSM, et al. (2016), as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento são frequentes mesmo para gestantes assíduas às consultas. Falhas na triagem sorológica inicial, demora na entrega de resultados laboratoriais e diagnósticos realizados tardiamente, entre o segundo e o terceiro trimestres em mais de 70% dos casos, reduzem a janela terapêutica necessária para prevenir a infecção fetal (CAVALCANTE PAM, et al., 2017; TORRES RC, et al., 2019). Soares MAS e Aquino R (2021) reforçam que a SC revela a incapacidade do sistema em realizar o diagnóstico oportuno, tornando imperativo que o foco das políticas públicas transite do simples cumprimento de metas numéricas para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e agilidade intervencionista.

Fragilidades no Manejo Terapêutico

O tratamento da sífilis na gestação enfrenta obstáculos técnicos e burocráticos severos que comprometem a eficácia da assistência. As evidências indicam que o índice de tratamento adequado das gestantes é extremamente baixo, variando de 34,2% a 42,7% na maioria dos estudos nacionais (TORRES RC, et al., 2019; DALLA CF, et al., 2019). Essa inadequação não decorre apenas da ausência de diagnóstico, mas de uma condução clínica que muitas vezes ignora as diretrizes vigentes, resultando em esquemas posológicos incorretos ou incompletos. Segundo Costa L, et al. (2018), o desconhecimento dos protocolos atualizados de 2017 e 2019 pelos profissionais da ponta leva a erros no intervalo das doses de penicilina benzatina, o que, para a gestante, invalida o esforço terapêutico anterior e exige o reinício do ciclo de tratamento.

Fatores como o desabastecimento temporário de penicilina e o receio infundado de profissionais da atenção primária em administrar a medicação em unidades básicas são citados como complicadores centrais (COSTA L, et al., 2018). Esse medo de reações adversas graves, embora o risco de anafilaxia seja estatisticamente ínfimo, provoca o encaminhamento desnecessário das gestantes para serviços de urgência ou hospitais, gerando atrasos no início do tratamento e aumentando as chances de perda de seguimento. A demora entre a detecção da sífilis e a aplicação da primeira dose é um dos principais determinantes para a transmissão vertical (DOMINGUES RMSM, et al., 2016).

Além disso, Romanelli RMC, et al. (2015) destacam a falta de monitoramento mensal dos títulos sorológicos (VDRL) após o tratamento inicial. Sem esse acompanhamento longitudinal, torna-se impossível diferenciar uma falha terapêutica de uma reinfecção pela parceria sexual não tratada, o que deixa o feto

vulnerável até o momento do parto. A fragmentação do cuidado entre diferentes níveis de atenção e a ausência de registros adequados nos cartões de pré-natal e prontuários eletrônicos agravam o problema. Cunha N, et al. (2018) ressaltam que, se o tratamento não estiver devidamente documentado com doses, datas e intervalo correto, o recém-nascido será compulsoriamente submetido a uma bateria de exames invasivos (como punção lombar e coletas venosas) e internação hospitalar por dez dias, o que caracteriza uma falha assistencial que poderia ter sido evitada com uma gestão clínica rigorosa durante o pré-natal (DALLA CF, et al., 2019; TORRES RC, et al., 2019).

Impactos Perinatais e a Cronicidade das Falhas Assistenciais

As consequências da falha no manejo da sífilis gestacional traduzem-se em indicadores de morbimortalidade perinatal inaceitáveis para condições inteiramente evitáveis. A taxa de transmissão vertical, quando o tratamento materno é inexistente ou inadequado, pode atingir o patamar alarmante de 69,7%, resultando em recém-nascidos precocemente expostos à carga inflamatória da espiroqueta (SILVA N, et al., 2018). A literatura associa o tratamento insuficiente a desfechos graves que comprometem a viabilidade fetal, incluindo prematuridade (identificada em até 25,9% dos casos), baixo peso ao nascer, abortamento espontâneo e natimortalidade (TORRES RC, et al., 2019; CARDOSO AR, et al., 2018).

A fisiopatologia da sífilis congênita impõe riscos severos que vão além do período neonatal imediato. Quando a gestante não é tratada oportunamente, o Treponema pallidum atravessa a barreira placentária, podendo causar anemia hemolítica, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneo-mucosas e hidropsias fetais. Cardoso AR, et al. (2018) reforçam que a ausência de intervenção terapêutica eficaz transforma a sífilis na segunda principal causa mundial de mortes fetais por doenças infecciosas, um dado que contrasta com a simplicidade e o baixo custo da penicilina benzatina.

Além das repercussões imediatas, o estudo de Hebmuller MG, et al. (2015) traz um alerta crítico sobre a recorrência da sífilis congênita em gestações subsequentes da mesma mulher, com taxas de reincidência de até 68,4%. Esse fenômeno revela falhas crônicas e sistêmicas; demonstra que o sistema de saúde falha em oferecer tratamento definitivo para a mulher e seu parceiro no puerpério, além de evidenciar a fragilidade do planejamento reprodutivo pós-parto. A recorrência é o ápice da "oportunidade perdida", indicando que a paciente circulou pelo serviço de saúde sem que o ciclo de transmissão fosse interrompido (HEBMULLER MG, et al., 2015).

A investigação dos recém-nascidos expostos também se mostra deficitária e heterogênea. A baixa realização de exames complementares fundamentais, como a análise do líquor para identificação de neurossífilis e as radiografias de ossos longos para detecção de osteocondrite, mascara sequelas que podem se manifestar tardiamente (CARDOSO AR, et al., 2018; DALLA CF, et al., 2019).

A ausência dessa triagem rigorosa no momento do nascimento condena a criança a riscos de surdez, cegueira, malformações ósseas e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Portanto, a descontinuidade do cuidado entre o pré-natal e a assistência neonatal perpetua o agravo, exigindo que as maternidades e as unidades de atenção primária operem em rede para garantir o acompanhamento longitudinal desses bebês até a confirmação da cura sorológica (DOMINGUES RMSM, et al., 2016; SILVA N, et al., 2018).

Determinantes Sociais e a Atuação da Equipe de Saúde

Diante das fragilidades apontadas, a Educação Permanente em Saúde (EPS) e o fortalecimento da prática avançada de enfermagem surgem como soluções estratégicas e indissociáveis. Profissionais da atenção primária sinalizam que a falta de conhecimento atualizado sobre os protocolos de 2017 e 2019 constitui uma barreira crítica para o diagnóstico seguro e o manejo adequado (COSTA L, et al., 2018).

A EPS, nesse contexto, não deve ser confundida com treinamentos pontuais, mas sim consolidar-se como um processo educativo contínuo que utiliza a problematização da prática para qualificar o reconhecimento precoce dos casos, o preenchimento rigoroso das notificações compulsórias e a articulação eficiente com a vigilância epidemiológica local (MENDES KDS, et al., 2008).

O enfermeiro, como protagonista do pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família, possui o arcabouço legal e as ferramentas clínicas para transformar essa realidade. A PAE confere ao enfermeiro autonomia para a solicitação e interpretação imediata de testes rápidos, prescrição da antibioticoterapia conforme protocolos ministeriais e o monitoramento criterioso dos títulos de VDRL (VASCONCELOS MIO, et al., 2016). Silva N, et al. (2018) reforçam que essa atuação clínica avançada permite que o tratamento seja iniciado na mesma consulta do diagnóstico, eliminando o absenteísmo entre a detecção e a intervenção.

Entretanto, Felipe CN, et al. (2019) observaram que 62,5% das pacientes não receberam orientações de enfermagem satisfatórias, sugerindo que o profissional muitas vezes está sobrecarregado com demandas burocráticas, negligenciando seu papel educativo e de aconselhamento. O aconselhamento é um componente vital da PAE; ele deve abordar o estigma da doença, a importância da adesão e, primordialmente, a convocação da parceria sexual para o tratamento.

A melhoria dos indicadores de sífilis exige uma reorientação da prática profissional que integre a competência técnica à sensibilidade social. Isso inclui a liderança do enfermeiro na busca ativa de parceiros em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde e a garantia de que a unidade básica seja um ambiente acolhedor e resolutivo (COSTA L, et al., 2018; SILVA N, et al., 2018). Somente através da autonomia profissional e do suporte da EPS será possível romper com a inércia terapêutica e garantir que a assistência pré-natal cumpra seu papel de proteção integral ao binômio e à comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a persistência da sífilis congênita no Brasil, mesmo diante da ampla cobertura quantitativa do pré-natal, revela falhas críticas na qualidade da assistência prestada na atenção primária. Tais lacunas são caracterizadas pelo diagnóstico tardio, pela execução muitas vezes inadequada dos protocolos terapêuticos e pela crônica baixa adesão dos parceiros sexuais ao tratamento, o que fragiliza o controle da transmissão vertical. As evidências reiteram que os determinantes sociais, como a vulnerabilidade socioeconômica e a baixa escolaridade, aliados a lacunas na atuação da equipe multiprofissional e à precariedade das orientações educativas, contribuem diretamente para a manutenção da cadeia de transmissão e resultam em desfechos perinatais desfavoráveis, como prematuridade e natimortalidade. Recomenda-se o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde para capacitar as equipes no manejo dos testes rápidos e na administração segura da penicilina, além da implementação de Práticas Avançadas de Enfermagem que confiram maior autonomia e resolutividade profissional.

REFERÊNCIAS

1. BAMPI JV, et al. Epidemiology of syphilis in Mato Grosso do Sul, Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2019; 52.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. CABRAL TVC, et al. Razões que levam mulheres grávidas a não terem diagnóstico de sífilis no pré-natal. Revista Ciência Plural, 2017; 3(2): 37-53.
8. CARDOSO AR, et al. Sífilis em gestantes e desfechos para o feto e recém-nascido. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 23(7): 2401-2410.

9. CAVALCANTE PAM, et al. Sífilis gestacional e congênita: perfil epidemiológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2017; 26(4): 709-718.
10. COSTA L, et al. Conhecimento dos profissionais do pré-natal sobre o manejo da sífilis gestacional. Ciência, Cuidado e Saúde, 2018; 17(1): e40228.
11. CUNHA N, et al. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em maternidade. Arquivos Catarinenses de Medicina, 2018; 47(3): 33-43.
12. DALLA CF, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita e gestacional. Archives of Health Sciences, 2019; 26(1): 18-22.
13. DOMINGUES RMSM, et al. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2012; 12(3): 269-280.
14. DOMINGUES RMSM, et al. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical. Cadernos de Saúde Pública, 2016; 32(6): e00082415.
15. FELIPE CN, et al. Perfil epidemiológico de puérperas com sífilis congênita. Revista Nursing, 2019; 22(258): 3330-3334.
16. FREITAS CHSM, et al. Fatores associados à realização de testes para sífilis durante a gestação no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2019; 53: 47.
17. HEBMULLER MG, et al. Recorrência de sífilis congênita em gestações subsequentes. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 20(9): 2867-2878.
18. MACÊDO, VC, et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas. Revista de Saúde Pública, 2017; 51: 78.
19. MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, 2008; 17(4): 758-764.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2015.
21. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita nas Américas. Washington: OPAS, 2019.
22. ROMANELLI, RMC, et al. Abordagem da sífilis em gestantes e recém-nascidos. DST j. bras. doenças sex. transm, 2015.
23. SCHMEING LMB. Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2012.
24. SILVA N, et al. Características sociodemográficas e pré-natal de gestantes com sífilis. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2018; 51(2): 215-219.
25. SOARES MAS, AQUINO R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia. Cadernos de Saúde Pública, 2021; 37(7): e00209520.
26. SOARES, LG, et al. Ocorrência de sífilis gestacional e congênita e desfechos dos casos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2017.
27. TORRES RC, et al. Dados epidemiológicos e obstétricos de gestantes com sífilis. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2019; 41(3): 143-149.
28. VASCONCELOS MIO, et al. Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo da sífilis. Investigação Qualitativa em Saúde, 2016; 2: 1045-1054.