ReGeo ISSN: 2177-3246

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO NORDESTE DO BRASIL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS AT A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL IN NORTHEASTERN BRAZIL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE MATERNIDAD DEL NORDESTE DE BRASIL

https://doi.org/10.56238/revgeov17n8-182

Data de submissão: 19/07/2026 **Data de publicação:** 19/08/2026

Alice Slongo
Mestranda do PROFSAUDE
Instituição: Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
E-mail: aliceslongo96@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6597-061X
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8966449726649132

Moisés Diogo de Lima
Professor
Instituição: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
E-mail: drmoiseslima@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5899-1121
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7944638987769449

Eduardo Sérgio Soares Sousa
Professor
Instituição: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
E-mail: esergiosousa@uol.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0893-5305
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7842681867657766

Raissa Bastos de Oliveira
Médica
Instituição: Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
E-mail: raissabo.rbo@hotmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-2227-8536
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0611362905828173

Cláudia de Lourdes Henriques de Lima
Enfermeira Coordenadora do Pré-Natal
Instituição: Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
E-mail: chenriquesl@hotmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0004-1488-238X
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0901245702238218

RESUMO
Este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico, as manifestações clínicas e os desfechos de recém-nascidos com sífilis congênita atendidos em uma maternidade de referência em João Pessoa. Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal e descritivo, realizado de janeiro a agosto de 2025, com 33 gestantes com sífilis congênita. Os dados, coletados de prontuários e questionários maternos, foram analisados por estatística descritiva e testes de associação ($p < 0,05$). Os resultados revelaram um perfil predominante de gestantes jovens (mediana de 22 anos), com baixa escolaridade e renda familiar limitada. A maioria realizou pré-natal (87,9%), com início no 1º trimestre, mas com mediana de 5 consultas. O diagnóstico de sífilis ocorreu majoritariamente no 3º trimestre (48,5%), predominantemente na atenção primária. Apesar do tratamento materno adequado (≥3 doses de penicilina, iniciado em <1 semana), apenas 39,4% dos parceiros foram testados e tratados. Associações significativas incluíram baixa escolaridade com diagnóstico tardio, ausência de pré-natal com diagnóstico hospitalar, e a importância do tratamento do parceiro para a adesão materna a exames de monitoramento. A sífilis congênita foi diagnosticada em 37% dos recém-nascidos, totalizando 10 crianças, associada ao diagnóstico materno tardio e ao maior tempo de internação neonatal. Conclui-se que a sífilis congênita persiste como problema de saúde pública, evidenciando vulnerabilidades socioeconômicas e lacunas no cuidado pré-natal e no tratamento da parceria. Intervenções abrangentes e intersetoriais são cruciais para aprimorar o cuidado e romper a cadeia de transmissão.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Pré-Natal. Saúde Pública. Desfechos Neonatais. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT
This study aimed to analyze the epidemiological profile, clinical manifestations, and outcomes of newborns with congenital syphilis at a reference maternity hospital in João Pessoa. It was an observational, cross-sectional, and descriptive study conducted from January to August 2025, involving 33 pregnant women with gestational syphilis. Data from medical records and maternal questionnaires were analyzed using descriptive statistics and association tests ($p < 0.05$). Results showed a predominant profile of young pregnant women (median age 22), with low schooling and limited family income. Most (87.9%) underwent prenatal care, starting in the 1st trimester, but with a median of 5 consultations. Syphilis diagnosis occurred mainly in the 3rd trimester (48.5%) in primary care. Despite adequate maternal treatment (≥3 penicillin doses, started within <1 week), only 39.4% of partners were tested and treated. Significant associations included low schooling with late diagnosis, absence of prenatal care with hospital-only diagnosis, and the importance of partner treatment for maternal adherence to monitoring exams. Congenital syphilis was diagnosed in 37% of newborns, associated with late maternal diagnosis and longer neonatal hospitalization. Congenital syphilis remains a public health problem, highlighting socioeconomic vulnerabilities and gaps in prenatal and partner care. Comprehensive and intersectoral interventions are crucial for improving care and interrupting transmission.

Keywords: Congenital Syphilis. Prenatal Care. Public Health. Neonatal Outcomes. Social Vulnerability.

RESUMEN
Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico, las manifestaciones clínicas y los resultados de los recién nacidos con sífilis congénita tratados en un hospital de maternidad de referencia en João Pessoa. Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado de enero a agosto de 2025, con 33 mujeres embarazadas con sífilis congénita. Los datos, recopilados de historias clínicas y cuestionarios maternos, se analizaron mediante estadística descriptiva y pruebas de

asociación (p < 0,05). Los resultados revelaron un perfil predominante de mujeres jóvenes embarazadas (mediana de edad 22 años), con bajo nivel educativo e ingresos familiares limitados. La mayoría recibió atención prenatal (87,9%), comenzando en el primer trimestre, pero con una mediana de 5 visitas. El diagnóstico de sífilis se produjo principalmente en el tercer trimestre (48,5%), predominantemente en atención primaria. A pesar del tratamiento materno adecuado (≥3 dosis de penicilina, iniciadas en menos de una semana), solo el 39,4% de las parejas fueron examinadas y tratadas. Se observaron asociaciones significativas entre el bajo nivel educativo y el diagnóstico tardío, la ausencia de atención prenatal y el diagnóstico hospitalario, y la importancia del tratamiento de la pareja para la adherencia materna a los exámenes de seguimiento. Se diagnosticó sífilis congénita en el 37% de los recién nacidos, lo que representa un total de 10 niños, asociada a un diagnóstico materno tardío y a una mayor duración de la hospitalización neonatal. Se concluye que la sífilis congénita persiste como un problema de salud pública, lo que pone de manifiesto las vulnerabilidades socioeconómicas y las deficiencias en la atención prenatal y el tratamiento de las parejas. Las intervenciones integrales e intersectoriales son cruciales para mejorar la atención y romper la cadena de transmisión.

Palabras clave: Sífilis Congénita. Atención Prenatal. Salud Pública. Resultados Neonatales. Vulnerabilidad Social.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis gestacional é um grave problema de saúde pública no Brasil, que revela falhas no diagnóstico precoce e na adesão ao tratamento, tanto por parte das gestantes quanto dos serviços de saúde (BARIMACKER *et al.*, 2022). Esta condição, a qual é transmitida verticalmente da mãe para o filho, ocorre devido à infecção pela bactéria *Treponema pallidum* e pode acontecer em qualquer momento da gravidez. A chance de o feto ser infectado está diretamente relacionada ao estágio da sífilis materna e à duração da exposição intrauterina (RAMOS JUNIOR, 2022). Essa doença pode resultar em desfechos neonatais adversos, incluindo prematuridade, baixo peso ao nascer e uma série de sequelas graves que afetam sistemas orgânicos (RÊGO *et al.*, 2020).

Para o diagnóstico, é crucial que a gestante mantenha um acompanhamento adequado durante o pré-natal e realize tratamento necessário tanto na gestante quanto em seu parceiro sexual (LIMA *et al.*, 2017). Além disso, se houver suspeita de infecção, é importante realizar exames complementares no recém nascido, como análise do líquido cefalorraquidiano e radiografias de ossos longos, a fim de confirmar o diagnóstico e determinar a gravidade da doença (DOMINGUES *et al.*, 2021; SALOMÈ *et al.*, 2023).

No Brasil, a sífilis congênita ainda é uma realidade e em muitos estados observa-se aumento expressivo nos últimos anos. Entre 2006 e 2015 houve aumento de 2,0 casos por mil nascidos vivos para 6,5 casos por mil nascidos vivos, superando o limite de 0,5 casos por mil nascidos vivos estabelecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (RÊGO *et al.*, 2020). A taxa de mortalidade por sífilis congênita no Brasil aumentou 431% entre 2008 e 2018, alcançando 8,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o que ressalta a urgência em fortalecer as ações de controle e prevenção (ALMEIDA; SILVA, 2021).

Por exemplo, um estudo realizado em Sobral, Ceará, Brasil, identificou 119 casos notificados de sífilis congênita entre 2008 e 2013, com um aumento substancial no número de casos a partir de 2010 (LIMA *et al.*, 2017). Nesse mesmo estado, outro estudo apontou um aumento significativo na taxa de notificação entre 2000 e 2009, ressaltando a defasagem na assistência pré-natal e a negligência das medidas preventivas (COSTA *et al.*, 2013).

Contudo, o aumento dos casos no Brasil não é distribuído de forma homogênea entre as regiões federativas, visto que no estudo realizado entre 2019 e 2023, indicou que a prevalência dos casos no país é maior nas regiões Sudeste e Nordeste com 45,6% e 21,5%, respectivamente (SANTOS *et al.*, 2024). Essa distribuição geográfica desigual destaca a necessidade de abordagens direcionadas para cada região, considerando as particularidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde (RÊGO *et al.*, 2020). A alta incidência da sífilis congênita nas Américas, responsável por até 25% dos

casos globais anuais, enfatiza a urgência de reforçar as políticas de saúde pública e vigilância epidemiológica na região (SILVA; CARVALHO; CHAVES, 2021).

Na Paraíba, são raros os estudos voltados para o perfil clínico, epidemiológico e prognóstico de recém-nascidos com sífilis congênita, o que torna a investigação dessas características em uma maternidade de referência em João Pessoa fundamental para a formular estratégias de saúde pública mais eficazes.

Apesar de ser uma doença de fácil detecção e tratamento, a sífilis congênita ainda é considerada um grande desafio de saúde pública, podendo levar a sérias complicações para o recém-nascido (GARCIA *et al.*, 2021; KOSA *et al.*, 2021). A ausência de um pré-natal adequado e o tratamento incompleto da gestante infectada são fatores críticos que contribuem para a manutenção da cadeia de transmissão (SOARES *et al.*, 2023). Adicionalmente, a sífilis congênita está correlacionada com altas taxas de mortalidade infantil e perinatal, aborto espontâneo e natimortos, o que evidencia a urgência de melhorar a qualidade dos cuidados materno-infantis. Nesse contexto, é imperativo identificar os fatores associados à sífilis congênita, já que o subdiagnóstico e a falta de registro de casos podem mascarar a verdadeira dimensão do problema no país (BEZERRA *et al.*, 2019).

Diante desse cenário desafiador e da persistência da sífilis congênita como um problema de saúde pública, observa-se a necessidade de dados mais específicos sobre essa doença e suas repercussões em contextos locais. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico, epidemiológico e os desfechos dos recém-nascidos com sífilis congênita atendidos em uma maternidade de referência em João Pessoa, Paraíba, Brasil, visando contribuir para a uma melhor compreensão das particularidades da doença nessa população e auxiliar na elaboração de estratégias de saúde pública mais direcionadas e eficazes.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o perfil clínico e epidemiológico das mulheres com Sífilis Gestacional e suas repercussões materno-fetais em uma maternidade de referência em João Pessoa.

2 MÉTODOS

Os critérios de inclusão para participarem da pesquisa foram as gestantes admitidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley no período compreendido ao estudo que apresentaram teste rápido positivo para Sífilis por ocasião da admissão na maternidade ou que apresentaram histórico de sífilis durante o pré-natal. Não foram incluídas na pesquisa as gestantes que não assinaram o TCLE ou que tiveram sífilis em outro período da vida.

Por meio das entrevistas, após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram coletados dados sociodemográficos das pacientes, além de informações relacionadas ao pré-natal e história obstétrica pregressa. Além disso, o prontuário médico foi utilizado para obter informações quanto ao diagnóstico e desfecho gestacional. No que tange aos recém-nascidos, foram coletados dos seus prontuários dados relacionados a idade gestacional e via de parto. Nos recém nascidos diagnosticados com sífilis congênita, foram avaliados os exames complementares como testes treponêmicos, testes não treponêmicos, alterações de líquor cefalorraquidiano, radiografia de ossos longos, como também, o ambiente em que o recém-nascido permaneceu após o parto e o tempo de internação da criança.

O questionário utilizado foi composto por uma análise sociodemográfica, obtida a partir do Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisas (Abep), e uma análise do histórico da gestação, incluindo tratamento da gestante e do parceiro, dentre outros aspectos patológicos que poderiam influenciar no desfecho fetal.

Conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) pelo CAAE 84774424.6.00000.5188. Além disso, também foi aprovada pelo Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde (SGPITS) do HULW, segundo o processo nº 23539.029144/2024-51 SEI nº 48186769.

Os dados foram armazenados e analisados na plataforma Google Planilha, apresentados em tabelas com as frequências relativas e absolutas e, em seguida, transferido ao aplicativo Jamovi ® de domínio público. Para análise estatística, foi realizado o Teste de Shapiro-Wilk em todas as variáveis contínuas, obtendo-se $p < 0,05$ para todas as categorias, o que indica que a distribuição não paramétrica dos dados.

A análise descritiva das variáveis quantitativas foi realizada por meio da mediana e do intervalo interquartil (IIQ), uma vez que a distribuição dos dados não apresentou normalidade. O IIQ foi utilizado como medida de dispersão por representar a amplitude dos 50% valores centrais da amostra, constituindo-se, portanto, como uma medida mais robusta e adequada ao perfil dos dados avaliados.

Para avaliar a associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Correlação de Spearman, conforme a adequação estatística. Para comparar variáveis contínuas entre grupos, foram utilizados testes não paramétricos, como o U de Mann-Whitney para comparações entre dois grupos e o Kruskal-Wallis para comparações entre múltiplos grupos, uma vez que os dados não apresentam distribuição normal. A significância estatística foi estabelecida com um valor de $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS

Dentro do período observado foram obtidas 33 respostas. A avaliação do perfil epidemiológico das gestantes entrevistadas está disposta na Tabela 1.

Tabela 1. Estatística descritiva do perfil epidemiológico das pacientes entrevistadas (N=33)

SITUAÇÃO ECONÔMICA E ESCOLARIDADE			
VARIÁVEL	**CATEGORIA**	**N**	**%**
RENDA FAMILIAR MENSAL	< 1 salário mínimo	5	15,2
	1–2 salários mínimos	27	81,8
	3–5 salários mínimos	1	3,0
ESCOLARIDADE DA PARTICIPANTE	Sem instrução	1	3,0
	Ensino fundamental incompleto	11	33,3
	Ensino fundamental completo	3	9,1
	Ensino médio incompleto	9	27,3
	Ensino médio completo	6	18,2
	Ensino superior incompleto	3	9,1
ESTADO CIVIL E OCUPAÇÃO			
ESTADO CIVIL	Casada/união estável	20	60,6
	Solteira	13	39,4
OCUPAÇÃO	Do lar	22	66,7
	Estudante	4	12,1
	Outras ocupações*	7	21,0

*Agricultora, autônoma, bancária, cabeleireira, comerciante, manicure, vendedora (cada uma = 3%).
Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Observou-se predominância de mulheres em condição socioeconômica desfavorável, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (81,8%) e níveis reduzidos de escolaridade, destacando-se ensino fundamental incompleto (33,3%) e ensino médio incompleto (27,3%). Além disso, quanto à condição laboral, observa-se prevalência de mulheres com ocupação principal do lar (66,7%), fator que demonstra dependência econômica de seus parceiros da maioria das entrevistadas.

A análise dos antecedentes obstétricos, assim como das idades das gestantes, estão dispostas na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Estatística descritiva de antecedentes obstétricos e idade das pacientes entrevistadas (N=33)

VARIÁVEL	MEDIANA (MÍNIMO-MÁXIMO)	IIQ
IDADE MATERNA	22 (15-44)	7
Nº DE GESTAÇÕES ANTERIORES	1 (0-9)	2
Nº DE PARTOS ANTERIORES	1 (0-8)	2
Nº DE ABORTOS PRÉVIOS	0 (0-2)	1
Nº DE NATIMORTO PRÉVIO	0 (0-1)	0

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A idade materna apresentou mediana de 22 anos, com variação entre 15 e 44 anos e intervalo interquartil de 7, representando 31,88% da mediana, indicando baixa dispersão. No que se refere ao histórico reprodutivo, verificou-se que a maioria das gestantes apresentava uma gestação anterior com variância de 0 a 9, apresentando um intervalo interquartil (IIQ) de 2, representando o dobro da mediana e, por isso, indicando elevada dispersão. Além disso, o número de partos prévios também apresentou mediana de um parto, variando entre 0 a 8 e com IIQ de 1,5.

Eventos obstétricos adversos prévios foram pouco frequentes entre as participantes: a mediana de abortos prévios foi de 0 (0 a 2; IIQ = 1), e o histórico de natimortalidade apresentou também mediana igual a 0 (0 a 1; IIQ = 0), indicando baixa ocorrência desses eventos na amostra avaliada.

A seguir, foi disposto na Tabela 3, as respostas referente à adesão ao pré-natal, às orientações recebidas pela gestante durante o pré-natal, a quantidade de consultas realizadas no momento da entrevista e a percepção quanto à qualidade do serviço prestado nesse período.

Tabela 3. Estatística descritiva quanto à informações do pré-natal (N=33)

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
REALIZOU PRÉ-NATAL NESTA GESTAÇÃO	Sim	29	87,9
	Não	4	12,1
INÍCIO DO PRÉ-NATAL	1° trimestre	19	57,6
	2° trimestre	6	18,2
	3° trimestre	4	12,1
	Não realizou pré-natal	4	12,1
NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS ATÉ O MOMENTO	Mediana (mín-máx)	5 (0–11)	NA
	Intervalo interquartil	5	NA
RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE IST DURANTE O PRÉ-NATAL	Sim	22	66,7
	Não	7	21,2
	Não realizou pré-natal	4	12,1
CONSIDERA O PRÉ-NATAL ADEQUADO EM RELAÇÃO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS?	Sim	22	66,7
	Não	7	21,2
	Não realizou pré-natal	4	12,1

Legenda: NA: Não se aplica; DP: Desvio padrão; Mín-máx: mínimo - máximo; IST: infecções sexualmente transmissíveis

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A maioria das participantes refere ter realizado pré-natal (87,9%), com início no 1º trimestre da gestação (57,6%), seguido do 2º trimestre (18,2%). Início no 3º trimestre como não realização de pré-natal contaram com 4 respostas cada (12,1%). Além disso, a mediana do número de consultas realizadas foi de 5, assim como o intervalo interquartil, indicando que as respostas apresentaram baixa dispersão.

Quanto à educação em saúde, 66,7% receberam orientações sobre IST durante o pré-natal, correspondendo, também, à mesma porcentagem de mulheres que considerou que o pré-natal foi adequado quando questionada sobre a forma como recebeu o diagnóstico e orientações quanto ao tratamento da sífilis. Para pacientes que obtiveram o diagnóstico de sífilis por ocasião da admissão na maternidade, a resposta para esta última pergunta foi considerada "Não".

No que diz respeito ao diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação, os resultados obtidos foram dispostos na Tabela 4 e 5, respectivamente.

Tabela 4. Estatística descritiva quanto ao diagnóstico de sífilis na gestação (N=33)

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
MOMENTO DO DIAGNÓSTICO	1º trimestre	14	42,4
	2º trimestre	3	9,1
	3º trimestre	16	48,5
LOCAL DO DIAGNÓSTICO	PSF / Atenção Primária	22	66,7
	Maternidade/Hospital	11	33,3
MÉTODO DIAGNÓSTICO UTILIZADO	Teste rápido para sífilis	18	54,5
	VDRL associado a teste rápido	11	33,3
	Apenas VDRL	3	9,1
	Sorologia IgG positiva sem tratamento prévio	1	3

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

O diagnóstico de sífilis foi realizado, em sua maioria, no terceiro trimestre da gestação (48,5%), seguido do primeiro trimestre (42,4%). Esse valor pode estar associado à infecção tardia, e não ao diagnóstico tardio, uma vez que há uma maior prevalência de início do pré-natal em tempo adequado. Além disso, nota-se prevalência do diagnóstico na atenção primária (66,7%) e utilizando-se do teste rápido como método de preferência (54,5%), condizente com protocolos de triagem na atenção básica.

Tabela 5. Estatística descritiva quanto ao tratamento de sífilis na gestação (N=33)

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
NÚMERO DE DOSES DE PENICILINA	≥ 3 doses	22	66,7
	1 dose	3	9,1
	1 dose e orientada a completar o tratamento	8	24,2
TEMPO ATÉ INÍCIO DO TRATAMENTO	< 1 semana	28	84,8
	> 1 semana	5	15,2
SITUAÇÃO DO PARCEIRO	Testado e tratado	13	39,4
	Testado, mas não tratado	1	3,0
	Não testado	10	30,3
	Não possui parceiro	9	27,3
DIFICULDADES EM SEGUIR O TRATAMENTO	Sim	4	12,1
	Não	29	88,6
RECEBEU SUPORTE/ORIENTAÇÃO DURANTE TRATAMENTO	Sim	29	88,6
	Não	4	12,1

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Todas as gestantes entrevistadas receberam tratamento após o diagnóstico, com uso de Penicilina Benzatina. Nota-se prevalência de gestantes tratadas com 3 ou mais doses de Penicilina Benzatina (66,7%), seguida daquelas que iniciaram o tratamento na maternidade e foram orientadas a receber as próximas doses na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência (24,2%). Destaca-se que, para estas pacientes, não é possível manter acompanhamento e garantir o tratamento, uma vez que não há diálogo entre os serviços. Por fim, a maioria das gestantes recebeu o tratamento em tempo oportuno, com menos de uma semana entre o diagnóstico e o início do tratamento (84,8%).

Quanto ao tratamento da parceria sexual, 27,3% referiram não ter parceria no momento, aspecto que impede o tratamento de todos os contactantes. Além disso, apenas 39,4% relataram testagem e tratamento do parceiro. Apenas uma gestante teve seu parceiro testado, mas não tratado (3%). Destaca-se também o número elevado de parceiros não testados (30,3%).

A maioria das pacientes negou dificuldades para realizar o tratamento durante a gestação (51,4%). Além disso, 82,9% relataram suporte e orientação adequada durante o tratamento.

Para análise das informações coletadas acerca dos recém-nascidos, é necessário destacar que, dentre as 33 pacientes entrevistadas, 27 estiveram internadas para realizar o parto. A quantidade difere do número total de dados, tendo em vista a presença de mães que apresentaram óbito fetal intrauterino (três casos) e outras que foram internadas no serviço para tratamento de alguma patologia (três casos) sem a ocorrência do parto naquela oportunidade.

Dentre as 27 crianças presentes, 10 foram diagnosticadas com sífilis congênita ainda no período de internação hospitalar, correspondendo a 37% dos neonatos. A Tabela 6 agrupa as estatísticas referentes a estes recém-nascidos (RN).

Tabela 6. Estatística descritiva dos desfechos neonatais de RN com sífilis congênita (N=10)

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO	≥ 37 semanas (termo)	8	80
	Prematuro (< 37 semanas)	2	20
EXAMES DIAGNÓSTICOS	Apenas VDRL	1	10
	VDRL + Radiografia	5	50
	VDRL + Radiografia + LCR	4	40
ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS	Não	9	100
RESULTADO DO LCR (N=4)	Sem alterações	3	75
	Amostra insuficiente	1	25
LOCAL DE PERMANÊNCIA	Alojamento conjunto	8	80
	UCIN / UTIN	2	20
TEMPO DE INTERNAÇÃO	< 7 dias	1	10
	7–14 dias	6	60
	> 14 dias	3	30
PESO AO NASCER	Baixo peso < 2500 g	2	20
	2501–3500 g	8	80

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Em relação à idade gestacional ao nascimento, a maioria dos nascimentos ocorreu a termo (80%), com apenas 20 % de prematuros. No que se refere à investigação diagnóstica, os principais exames realizados foram: VDRL associado à radiografia (50%), e punção lombar para análise do liquor cefalorradiano (LCR) em 40% dos casos. Importante destacar que nenhum recém-nascido apresentou alterações radiológicas sugestiva de sífilis congênita. Dentre os pacientes que realizaram coleta liquórica, 75% não apresentaram alterações, entretanto, em 25% a amostra foi insuficiente para análise.

No que diz respeito à evolução clínica, após o nascimento, 80% permaneceram em alojamento conjunto, enquanto 20% necessitaram de cuidados intensivos em UCIN/UTIN, indicando quadro clínico mais grave. O tempo de internação variou entre < 7 dias em 10%, 7-14 dias em 60% e >14 dias em 30%. Em relação ao estado nutricional, a maioria apresentou peso adequado ao nascer: 80% com peso entre 2501–3500g e 20% com peso < 2500 g.

3.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS RESULTADOS

As Tabelas 7 e 8 condensam informações referente às associações encontradas entre os dados socioeconômicos das gestantes e o acompanhamento do pré-natal no que diz respeito ao diagnóstico de sífilis e no tratamento dos parceiros.

Tabela 7. Associação entre escolaridade da gestante e momento para diagnóstico de sífilis (N=33)

	Idade Gestacional para diagnóstico de sífilis			Teste X²
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	
Sem instrução	1	0	0	p = 0,044
Ensino Fundamental Incompleto	3	0	8	
Ensino Fundamental Completo	1	2	0	
Ensino Médio Incompleto	5	1	3	
Ensino Médio Completo	3	0	3	
Ensino Superior Incompleto	1	0	2	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

A associação entre o nível de escolaridade das gestantes e a idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis foi estatisticamente significativa, evidenciada pelo Teste X². O diagnóstico no primeiro trimestre foi prevalente em gestantes com ensino médio completo ou incompleto (57%), enquanto que o diagnóstico do terceiro trimestre predominou entre as pacientes com ensino fundamental incompleto.

Tabela 8. Associações entre estado civil e pré-natal (N=33)

		Casada/ União Estável	Solteira	Teste X²
Você fez o exame de sífilis mais de uma vez durante a gestação?	Não	6	9	p = 0,027
	Sim	14	4	
Parceiro testado e tratado para sífilis	Não foi testado	6	4	p<0,001
	Não tem parceiro	0	9	
	Testado, mas não tratado	1	0	
	Testado e tratado	13	0	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Além disso, também foi observada associação relevante entre o estado civil da paciente e a realização repetida do exame de sífilis durante a gestação, demonstrando que 70% das mulheres casadas ou em união estável realizaram o exame mais de uma vez, enquanto apenas 30,8% das gestantes solteiras o repetiram. Nesse sentido, a adesão às rotinas do pré-natal mostrou-se intimamente associada ao vínculo conjugal, ao passo que o acompanhamento entre mulheres solteiras foi menos eficaz.

Nesse contexto, também foi observada relação estatística significativa entre o estado civil das gestantes e o tratamento do parceiro: entre as pacientes casadas ou em união estável, 65% dos parceiros foram testados e tratados, enquanto nenhuma das solteiras referiu parceiro testado e tratado. Esse achado sugere que o vínculo conjugal pode se configurar como um fator positivo em função da corresponsabilização do parceiro, enquanto que a falta desse vínculo dificulta a contenção da doença.

A Tabela 9 condensa as informações referentes à associação encontrada entre o local de diagnóstico de sífilis gestacional e o acompanhamento pré-natal.

Tabela 9. Associação entre local de diagnóstico de sífilis gestacional e pré-natal (N=33)

		Onde foi realizado o diagnóstico de sífilis?		Teste X^2
		Maternidade	PSF	
Você realizou acompanhamento pré-natal nesta gestação?	Não	4	0	p = 0,003
	Sim	7	22	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

É possível observar associação estatisticamente significativa entre o local do diagnóstico de sífilis gestacional e a realização de pré-natal (p = 0,003). Gestantes que não realizaram pré-natal tiveram seus diagnósticos de sífilis exclusivamente na maternidade/hospital, enquanto que, entre aquelas que o fizeram, 75% tiveram seus

diagnósticos realizados nos Postos de Saúde da Família. Isso indica claramente que a ausência de pré-natal está fortemente associada a diagnósticos tardios ou apenas no ambiente hospitalar, perdendo a oportunidade de detecção precoce na atenção primária. Além do mais, reforça o papel da Atenção Primária como determinante na prevenção da sífilis congênita.

A Tabela 10 detalha a associação entre o acesso a orientações sobre ISTs durante o pré-natal e a realização de exames para diagnóstico de sífilis mais de uma vez durante a gestação.

Tabela 10. Associações entre orientação sobre ISTs e repetição de exame para sífilis no pré-natal (N=33)

		Realizou exame para sífilis mais de uma vez durante a gestação?		Teste X^2
		Não	Sim	
Recebeu orientação sobre ISTs durante o pré natal?	Não	5	2	p = 0,008
	Sim	6	16	
	Não realizou pré-natal	4	0	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Foi observada relação estatisticamente significativa entre a repetição dos testes diagnósticos para sífilis durante o pré-natal, como o teste rápido ou o VDRL, e o recebimento de orientações sobre IST (p = 0,008). Dentre as pacientes que realizaram esses exames mais de uma vez, 88,8% também tiveram acesso à informações acerca de ISTs, revelando que a educação em saúde atua como fator facilitador para o monitoramento adequado da gestação e transforma-se em uma ferramenta estratégica na redução da transmissão vertical de IST.

A Tabela 11 fornece a relação estabelecida entre a testagem dos parceiros para sífilis e a realização de exames, seja para acompanhamento posterior com VDRL, seja para rastreio infeccioso durante a gestação.

Tabela 11. Associações entre testagem de parceiro e realização de exames durante a gestação (N=33)

		Você foi orientada a repetir mensalmente o teste de VDRL após o tratamento?			Teste X²	Realizou exame para sífilis mais de uma vez durante a gestação?		Teste X²
		Diagnóstico na maternidade	Não	Sim		Não	Sim	
Parceiro testado e tratado para sífilis?	Não foi testado	2	3	5	p = 0,033	6	4	p = 0,01
	Não tem parceiro	0	3	6		7	2	
	Testado, mas não tratado	1	0	0		1	0	
	Testado e tratado	0	5	8		1	12	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Observa-se associação estatisticamente significativa entre o *status* de saúde do parceiro e a orientação da gestante para repetir mensalmente o teste de VDRL após o tratamento (p = 0,033). Notavelmente, gestantes cujos parceiros foram testados e tratados apresentaram uma proporção significativamente maior no monitoramento do VDRL no pós tratamento (61,5%), em comparação com aquelas cujos parceiros não foram testados ou não tinham parceiro.

Além disso, verificou-se uma associação ainda mais forte e estatisticamente significativa entre o *status* de saúde do parceiro e a realização de exames para sífilis mais de uma vez durante a gestação (p = 0,01). Dentre as gestantes cujos parceiros foram testados e tratados, a vasta maioria (92,3%) realizou mais de um exame para sífilis durante a gestação. Este padrão contrasta com os demais grupos, onde a maioria das gestantes não realizou múltiplos exames. Esses resultados sugerem que o envolvimento e tratamento do parceiro sexual estão intrinsecamente ligados a uma maior adesão da gestante às práticas de monitoramento da sífilis, reforçando a importância do tratamento da parceria sexual para a efetividade do cuidado pré-natal e a prevenção da sífilis congênita.

A Tabela 12 condensa informações acerca do desfecho neonatal, avaliando a associação do diagnóstico de sífilis congênita com o tempo de internação do recém nascido e o momento de diagnóstico de sífilis gestacional.

Tabela 12. Associação entre tempo de internação, momento do diagnóstico de sífilis gestacional e diagnóstico de sífilis congênita (N=33)

		O recém nascido foi diagnosticado com sífilis congênita?		Teste X²
		Não	Sim	
Quanto tempo o RN ficou internado?	< 7 dias	11	1	p = 0,018
	Entre 7 e 14 dias	3	6	
	> 14 dias	3	3	
Momento do diagnóstico de sífilis gestacional	1º trimestre	10	1	p = 0,009
	2º trimestre	2	0	
	3º trimestre	5	9	

Fonte: elaborado pela autora, 2025.

Nesse sentido, percebe-se associação significativa entre o tempo de internação do recém-nascido e a ocorrência de sífilis congênita (p=0,018). Observou-se que, entre os RNs diagnosticados com sífilis congênita, a maioria (60%) permaneceu internado por um período entre 7 e 14 dias, enquanto 30% dos casos tiveram internação maior que 14 dias. Em contraste, a maioria dos RNs sem sífilis congênita teve internação inferior a 7 dias. Isso sugere que o diagnóstico de sífilis congênita está associado a um tempo de internação prolongado, possivelmente devido a necessidade de tratamento específico e monitoramento, corroborando o impacto da doença na morbidade neonatal e nos recursos hospitalares.

Adicionalmente, o momento em que a sífilis gestacional foi diagnosticada apresentou uma associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de sífilis congênita no RN (p=0,009). A maioria dos casos de sífilis congênita (90%) ocorreu quando o diagnóstico materno foi realizado no terceiro trimestre da gestação. Por outro lado, a maioria das gestantes diagnosticadas no primeiro trimestre (90,9%) teve RNs sem sífilis congênita. Esses dados podem estar associados tanto ao diagnóstico tardio decorrente da infecção tardia, quanto à manifestação precoce de sintomas decorrentes de infecções no terceiro trimestre, enfatizando a importância do rastreamento e tratamento precoces na atenção pré-natal.

4 DISCUSSÃO

Para articulação dos resultados obtidos com a literatura disponível optamos por fazer as análises em separado conforme os seguintes subtópicos: perfil epidemiológico das gestantes, qualidade do pré-natal e suas lacunas, diagnóstico e tratamento de sífilis gestacional e desfechos neonatais. Em seguida, foram indicadas as limitações do estudo e as implicações dos achados para a prática médica.

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES

Segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis Gestacional (Brasil, 2025), entre 2005 e junho de 2025 foram notificados mais de 810 mil casos de sífilis em gestantes no país, sendo 21,1% registrados na Região Nordeste. Embora as maiores taxas de detecção estejam concentradas no Sudeste, estados nordestinos como Piauí (18,8/1.000 NV), Maranhão (19,1/1.000 NV) e Paraíba (19,4/1.000 NV) apresentaram taxas menores em 2024, o que pode refletir subdiagnóstico e fragilidades na vigilância e no pré-natal**,** reforçando a necessidade de análises regionais mais aprofundadas.

Em nosso estudo, observou-se que grande parte das gestantes com sífilis eram jovens, com mediana de idade materna de 22 anos, achado compatível com o descrito na literatura. Em especial, a

faixa etária de 20 a 29 anos é frequentemente identificada como a de maior prevalência da infecção, refletindo a dinâmica de vida e os padrões de atividade sexual característicos da faixa etária (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Esse grupo corresponde a cerca de 60,1% dos casos de sífilis gestacional no Brasil (BRASIL, 2024). Entretanto, segundo Neta *et al.* (2024), gestantes com idade inferior a 20 anos apresentam maior risco para sífilis congênita, associação que não foi observada na presente pesquisa.

Observou-se aumento expressivo dos diagnósticos de sífilis no primeiro trimestre gestacional, com variação de 28,9% em 2014 para 49,3% em 2024. Esse achado reflete tanto a ampliação das estratégias de rastreamento das infecções sexualmente transmissíveis quanto a melhoria no preenchimento das fichas de notificação, reduzindo a proporção de registros com idade gestacional ignorada. Apesar dessa evolução, ainda se observa que 27,4% das gestantes foram diagnosticadas apenas no terceiro trimestre ou no momento do parto (BRASIL, 2025). Esses resultados são compatíveis com os encontrados no presente estudo, no qual os maiores percentuais de diagnóstico ocorreram no primeiro e no terceiro trimestres, possivelmente relacionados ao início do pré-natal e à admissão hospitalar para o parto, respectivamente.

Embora a maioria das pacientes tenha recebido o diagnóstico de sífilis ainda no primeiro trimestre, a mediana de consultas realizadas ao longo da gestação foi de cinco, número inferior ao mínimo de seis consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. Esse achado evidencia que a prevenção da sífilis congênita não depende exclusivamente do diagnóstico e do tratamento precoces, mas também da continuidade e da adequação do acompanhamento pré-natal. Um número insuficiente de consultas pode limitar o tempo disponível para a implementação efetiva de ações educativas em saúde, comprometendo a conscientização das gestantes quanto aos riscos da infecção, à prevenção da reinfecção e à interrupção da transmissão vertical.

É fundamental que as mulheres sejam testadas em todas as gestações, mesmo quando o resultado foi negativo em uma gestação anterior (MABEY *et al.*, 2012). Nesse contexto, os testes rápidos desempenham papel essencial no diagnóstico precoce, especialmente em locais com capacidade laboratorial limitada. Essa estratégia é refletida no presente estudo pela maior proporção de diagnósticos realizados por meio desse método. Ademais, recomenda-se o rastreamento da sífilis em recém-nascidos após o parto quando a gestante não realizou ao menos um exame de triagem durante a gestação como medida adicional para prevenção da sífilis congênita (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Em relação à renda familiar mensal, a maioria das pacientes apresentava rendimento entre um e dois salários mínimos, além de predominar a ocupação do lar como atividade principal. Essa condição de vulnerabilidade socioeconômica, caracterizada por baixa renda e restrição ao trabalho doméstico,

pode limitar o acesso a informação e aos serviços preventivos de saúde (FAVERO *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2023). Tal achado está em consonância com estudos brasileiros recentes que demonstram maior ocorrência de sífilis congênita em regiões com baixos índices de desenvolvimento humano e elevada desigualdade social (BEZERRA *et al.*, 2019).

Quanto ao estado civil, a maioria das pacientes eram casadas. Nesse sentido, observou-se maior prevalência de rastreamento adequado e de testagem dos parceiros entre mulheres casadas, quando comparadas às solteiras. Esse resultado sugere que o suporte do parceiro formalmente reconhecido pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento e às recomendações de saúde (MORAES *et al.*, 2023). Assim, a maior testagem do parceiro em uniões formais e a consequente redução do risco de reinfecção evidenciam a complexidade das dinâmicas sociais envolvidas na prevenção da sífilis congênita (OZELAME *et al.*, 2020).

Em 2024, aproximadamente 34,6% das parcerias sexuais foram adequadamente tratadas no Brasil (BRASIL, 2025). Como estratégia para o enfrentamento da sífilis entre homens, o Ministério da Saúde lançou, em 2016, o *Guia do Pré-Natal do Parceiro*, com o objetivo de ampliar o acesso masculino aos serviços de saúde, além de promover a conscientização sobre a importância do envolvimento ativo no planejamento reprodutivo e no cuidado gestacional. Essa iniciativa busca fortalecer a participação dos parceiros nas ações de promoção, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, sendo as ações educativas conduzidas pelos profissionais de saúde fundamentais nesse processo (RIGO *et al.*, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No presente estudo, observou-se maior prevalência de sífilis entre gestantes com baixo nível de escolaridade, corroborando os dados da literatura, que apontam a vulnerabilidade social e a limitação de acesso à informação como fatores preditores da infecção (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Contudo, em nível nacional, a análise dessa variável é limitada pela qualidade do preenchimento dos dados, uma vez que 23,3% dos registros apresentavam escolaridade ignorada. Entre as gestantes com escolaridade informada em 2024, 19,8% possuíam ensino fundamental incompleto, 32,8% haviam concluído pelo menos o ensino fundamental, 41,9% apresentavam ensino médio completo e 5,1% possuíam ensino superior incompleto ou completo (BRASIL, 2025).

A baixa escolaridade é consistentemente identificada como marcador de risco para sífilis gestacional e congênita, reforçando o papel protetor da educação formal na redução da exposição às infecções sexualmente transmissíveis (ALVES; LOPES; SILVA, 2023). Estudos indicam redução de até 75% na chance de sífilis em gestantes com ensino médio quando comparadas àquelas com ensino fundamental (NETA *et al.*, 2024). O baixo nível educacional associa-se à limitação do conhecimento sobre medidas preventivas, favorecendo o diagnóstico tardio da sífilis gestacional e,

consequentemente, da sífilis congênita (SILVA *et al.*, 2022). Essa vulnerabilidade é frequentemente agravada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, incluindo a realização inadequada do pré-natal e o atraso no início do tratamento (LIMA *et al.*, 2013; SILVA; CARVALHO; CHAVES, 2021).

No presente estudo, identificou-se associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade da gestante e a idade gestacional no momento do diagnóstico. O diagnóstico no primeiro trimestre foi mais frequente entre mulheres com ensino médio completo ou incompleto, enquanto o diagnóstico no terceiro trimestre esteve associado às gestantes com ensino fundamental incompleto. Esse achado é consistente com a literatura e sugere que o nível educacional influencia o acesso à informação, a adesão ao pré-natal e a precocidade do diagnóstico, reforçando a necessidade de intervenções educativas direcionadas (SILVA *et al.*, 2022; NETA *et al.*, 2024).

Embora a literatura reconheça amplamente a associação entre sífilis congênita, baixa escolaridade materna e início tardio do pré-natal (CABRERA *et al.*, 2019), o presente estudo não identificou relação direta entre sífilis congênita e escolaridade materna, mas confirmou associação com o diagnóstico tardio da infecção. Em contraponto, alguns estudos apontam maior proporção de casos de sífilis congênita em mães com escolaridade superior a oito anos, ressaltando a complexidade das interações entre fatores socioeconômicos e o risco da doença (DANIELS *et al.*, 2024; SOARES; AQUINO, 2021). Essa complexa rede de determinantes reforça a necessidade de abordagens multifacetadas que extrapolem a intervenção clínica, incorporando aspectos sociais e culturais para uma prevenção mais efetiva da sífilis congênita (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

No que se refere à raça/cor, mais da metade das gestantes notificadas com sífilis em 2024 se autodeclarou parda (54%), seguida de brancas (28,9%) e pretas (12,6%) (BRASIL, 2025). A literatura aponta associação entre menor escolaridade, pertencimento a grupos raciais não brancos e maior vulnerabilidade à sífilis gestacional, evidenciando desigualdades sociais que se inter-relacionam e dificultam o acesso aos serviços de saúde (RAMOS JUNIOR, 2022; SOUSA *et al.*, 2021; OZELAME *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2022).

Por fim, observou-se elevada dispersão quanto ao número de gestações anteriores, indicando que a paridade, isoladamente, não se configura como fator preditivo unívoco para sífilis gestacional na população estudada. Esse achado diverge de parte da literatura, que aponta maior risco em mulheres multíparas (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). A ausência de associação direta no presente estudo pode refletir particularidades epidemiológicas da população assistida ou a influência de variáveis não exploradas. A complexidade das interações entre os fatores de risco reforça a necessidade de investigações adicionais para melhor compreensão da epidemiologia da sífilis gestacional em diferentes contextos (DANTAS *et al.*, 2023).

4.2 QUALIDADE DO PRÉ-NATAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL

Neste estudo, a amostra apresentou baixo risco obstétrico prévio, considerando que o número de abortos e natimortos foi praticamente inexistente. Apesar disso, mantém-se a necessidade do diagnóstico oportuno por meio de um pré-natal eficaz, o qual pressupõe o rastreamento da sífilis independentemente do histórico obstétrico pregresso, dada a capacidade da infecção em ocasionar desfechos adversos, como abortamento, natimortalidade e óbito neonatal, ressaltando a importância da vigilância contínua e do tratamento adequado (CABRERA *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2023). Em contrapartida, dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2025 identificaram que, entre os anos de 2023 e 2024, houve crescimento de 13,6% nas taxas de abortamento e de 5,5% nas taxas de natimortalidade entre pacientes diagnosticadas com sífilis gestacional.

Além disso, observou-se relação significativa entre o local de diagnóstico da sífilis gestacional e a realização do pré-natal, indicando que a falha na detecção precoce dessas pacientes esteve associada à ausência de acompanhamento durante a gestação e, consequentemente, à falta de testagem para sífilis. A inexistência do pré-natal compromete de forma substancial as oportunidades de rastreamento e intervenção, culminando em diagnósticos tardios e tratamentos inadequados, o que eleva o risco de sífilis congênita (MAFRA, 2024).

Uma revisão sistemática composta por estudos realizados em países de baixa renda analisou a ampliação do rastreamento da sífilis durante o pré-natal, comparando contextos com diferentes condições assistenciais. Os resultados demonstraram que a intensificação da triagem esteve associada à redução superior a 50% dos desfechos adversos em filhos de gestantes com sífilis. Ademais, a incorporação simultânea da testagem para HIV mostrou-se uma estratégia eficaz, inclusive em locais com baixas taxas de infecção (HAWKES *et al.*, 2011; KAHN *et al.*, 2014). Nesse sentido, estratégias voltadas à ampliação do rastreamento e ao uso de testes rápidos, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, tendem a contribuir de forma significativa para o avanço na eliminação da sífilis congênita.

Indivíduos em situação de vulnerabilidade social frequentemente enfrentam maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde, além de estarem mais sujeitos ao estigma e à discriminação ao buscarem atendimento em serviços especializados em infecções sexualmente transmissíveis. Assim, a ampliação do acesso e a oferta de serviços mais acolhedores, acessíveis e centrados no usuário são fundamentais para a redução das taxas de sífilis nessas populações. No que se refere ao diagnóstico, observou-se neste estudo predominância de diagnósticos realizados na atenção primária, por meio do uso de testes rápidos e, quando indicado, da instituição do tratamento adequado, com três ou mais doses de penicilina benzatina, além de relato de início do tratamento em

menos de uma semana após o diagnóstico. Esses indicadores positivos contrastam com a persistência dos casos de sífilis congênita, sugerindo que, apesar da agilidade diagnóstica e do início oportuno da terapêutica, falhas na continuidade do acompanhamento ou na adesão completa aos protocolos ainda são determinantes relevantes (ARAÚJO; SOUZA, 2020).x

Nesse contexto, alguns estudos recomendam que, em locais de alto risco, nos quais o acompanhamento pode ser incerto ou há maior probabilidade de abandono do tratamento, gestantes com teste rápido positivo recebam imediatamente penicilina G benzatina, sem aguardar exames confirmatórios adicionais (WATSON-JONES *et al.*, 2002).

A literatura associa a detecção tardia da sífilis gestacional à procura tardia por assistência pré-natal ou à fragilidade do rastreamento, mesmo em contextos nos quais o tratamento é simples e efetivo (SOUSA *et al.*, 2022). Contudo, na amostra analisada, a maioria das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, enquanto a maior parte dos diagnósticos ocorreu apenas no terceiro trimestre, o que suscita questionamentos quanto à ocorrência de atraso no diagnóstico inicial ou à aquisição tardia da infecção. Essa discrepância temporal pode indicar lacunas na efetividade do rastreamento seriado e na adesão aos protocolos recomendados (UCHÔA *et al.*, 2022).

Adicionalmente, a mediana do número de consultas pré-natais foi inferior a seis, valor mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, evidenciando fragilidades na qualidade da assistência prestada, mesmo entre gestantes com início precoce do acompanhamento (CARVALHO; BRITO, 2014). Esse achado sugere que, embora o acesso ao pré-natal esteja garantido, sua qualidade e completude permanecem como desafios, especialmente diante da persistência da sífilis gestacional e congênita no país (LIMA *et al.*, 2017; MAFRA, 2024). Tal cenário é particularmente preocupante, pois a atenção pré-natal inadequada dificulta o controle da infecção durante a gestação, contribuindo para a manutenção da transmissão vertical e de seus desfechos adversos (AMORIM *et al.*, 2021).

A educação em saúde constitui elemento central no manejo da sífilis gestacional, uma vez que o conhecimento sobre a doença e suas formas de transmissão influencia diretamente a adesão ao tratamento e às práticas de sexo seguro, com impacto na saúde materno-infantil (RÊGO *et al.*, 2020). Na amostra estudada, a maioria das gestantes relatou ter recebido orientações sobre infecções sexualmente transmissíveis e considerou adequado o diagnóstico e o tratamento da sífilis. Observou-se, ainda, associação entre o recebimento de orientações e a repetição do VDRL durante a gestação, reforçando a relevância da educação em saúde na adesão às recomendações clínicas e na prevenção de reinfecções (ZHANG *et al.*, 2023).

Apesar das fragilidades assistenciais identificadas, as gestantes do presente estudo relataram avaliação subjetiva positiva do atendimento recebido. Entretanto, a persistência de casos de sífilis

congênita indica a existência de lacuna entre a informação ofertada e a prática efetiva, bem como possíveis falhas na adesão terapêutica (AMORIM *et al.*, 2021). Essa dissociação entre a percepção da usuária e o desfecho clínico adverso evidencia a necessidade de aprimorar a comunicação de riscos e assegurar a conclusão efetiva do tratamento, para além da simples oferta de serviços (COSTA *et al.*, 2013).

A predominância de diagnósticos realizados na atenção primária reforça a importância da abordagem precoce de mulheres em idade fértil e daquelas que planejam engravidar, por meio da recomendação de testagem para sífilis antes da concepção, como estratégia para reduzir a ocorrência de sífilis gestacional. Todavia, a gravidez planejada ainda representa um desafio no Brasil, em virtude do conhecimento limitado sobre o cuidado pré-concepcional e das dificuldades de inserção dessa abordagem nas rotinas dos serviços de saúde (KORENROMP *et al.*, 2019).

Em 2024, 91,3% das gestantes, parturientes ou puérperas diagnosticadas com sífilis receberam prescrição de pelo menos uma dose de penicilina G benzatina. No presente estudo, a maioria das pacientes recebeu o esquema completo de três doses, o que evidencia que a prescrição adequada ainda constitui um desafio, sobretudo no que se refere à correta classificação da forma clínica da doença. Nesse mesmo ano, 84,4% dos casos apresentaram prescrição correta da penicilina G benzatina conforme a fase clínica da sífilis (BRASIL, 2025), refletindo a capacidade técnica dos profissionais para o manejo da infecção e a importância da implementação oportuna de políticas públicas eficazes

Destaca-se, ainda, o elevado número de pacientes que iniciaram o tratamento na maternidade, mas foram orientadas a dar continuidade ao esquema terapêutico na Unidade Básica de Saúde de referência. Idealmente, esse processo exigiria comunicação efetiva entre maternidade e atenção primária para assegurar a conclusão adequada do tratamento; entretanto, essa integração nem sempre ocorre na prática. Essa lacuna no seguimento contribui para a inadequação terapêutica, mesmo entre gestantes que realizaram pré-natal, elevando o risco de sífilis congênita (FAVERO *et al.*, 2019; AMORIM *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2023). A falha em garantir esquemas terapêuticos completos, que exigem múltiplas doses de penicilina, constitui fator central na persistência da transmissão vertical da sífilis (LI *et al.*, 2020).

A inadequação do tratamento e do seguimento pré-natal figura entre os principais fatores associados à recorrência da sífilis congênita em gestações subsequentes, mesmo quando o diagnóstico inicial é realizado (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015). Nesse contexto, a testagem e o tratamento do parceiro sexual mostram-se essenciais, embora representem importante desafio, uma vez que apenas 37,1% relataram testagem e tratamento do companheiro. Essa baixa adesão constitui elo frágil na

cadeia de prevenção da sífilis congênita, pois a infecção não tratada no parceiro favorece a reinfecção materna e a persistência da transmissão vertical (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2025), apenas 34,6% das parcerias sexuais foram adequadamente tratadas, achado compatível com a literatura, que aponta a insuficiente integração da atenção à saúde do homem nos serviços materno-infantis como fator determinante para reinfecções e falhas terapêuticas (COSTA *et al.*, 2013). A ausência de testagem do parceiro impede a interrupção da cadeia de transmissão e compromete os desfechos gestacionais, perpetuando a doença na comunidade (ARAÚJO; SOUZA, 2020). Nesse sentido, o pré-natal do parceiro configura-se como estratégia relevante do Sistema Único de Saúde para ampliar o envolvimento masculino durante a gestação e promover a saúde do homem.

No presente estudo, observou-se associação entre parceiros testados e tratados e gestantes que realizaram mais de um exame para sífilis durante a gestação, bem como entre aquelas orientadas a repetir mensalmente o VDRL após o tratamento. Essa correlação sugere que o engajamento paterno no processo de testagem e tratamento está diretamente relacionado à adesão materna às diretrizes de monitoramento da doença, reforçando a importância de abordagens integradas na saúde sexual e reprodutiva (LIMA *et al.*, 2017). Ainda assim, a persistência de elevadas taxas de sífilis congênita em estudos nacionais evidencia a necessidade de aprimoramento contínuo das estratégias de rastreamento, tratamento e acompanhamento, tanto das gestantes quanto de seus parceiros (SILVA *et al.*, 2022).

4.3 DESFECHOS NEONATAIS E A PERSISTÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita cursa com infecção direta das espiroquetas na corrente sanguínea fetal, com capacidade de disseminação rápida para múltiplos órgãos, como ossos, rins, baço, fígado e coração, desencadeando resposta inflamatória sistêmica com diversas repercussões clínicas. A placenta também sofre alterações em sua formação, apresentando aumento expressivo de volume e palidez difusa em relação à idade gestacional (GENEST *et al.*, 1996). Estudos demonstram que mais de 75% dos recém-nascidos cujas placentas apresentam peso igual ou superior ao percentil 90 em relação ao peso ao nascer são diagnosticados com sífilis congênita. Diante da elevada frequência desse achado, recomenda-se a realização de testes

sorológicos para sífilis em todas as mães e recém-nascidos quando o peso placentário atinge ou ultrapassa esse percentil (PILLAY *et al.*, 2023).

No presente estudo, entre os 27 recém-nascidos avaliados, filhos de gestantes com sífilis gestacional, a taxa de sífilis congênita foi de 37%, evidenciando a persistência desse importante problema de saúde pública, apesar dos esforços diagnósticos e terapêuticos descritos (ARAÚJO;

SOUZA, 2020). Em consonância com dados nacionais, entre 1999 e junho de 2025 foram notificados 369.468 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil, observando-se maior estabilidade a partir de 2021 e, em 2024, uma redução de 5% em comparação aos anos anteriores (BRASIL, 2025). Na literatura, a prevalência observada em maternidades de referência varia amplamente, oscilando entre 2% e 40%, refletindo a complexidade multifatorial da infecção (LIMA *et al.*, 2017).

Outro achado relevante deste estudo foi a baixa realização da análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), observada em apenas quatro dos dez recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita. Esse resultado é compatível com o panorama nacional, no qual se observa, ao longo dos anos, declínio progressivo nos percentuais de coleta do LCR, com 55,9% em 2021 e 53,0% em 2024. Destaca-se ainda a desigualdade regional, com menores taxas de coleta nas Regiões Norte e Nordeste, contexto no qual este estudo se insere (BRASIL, 2025). A baixa realização do exame liquórico pode contribuir para a subestimação do diagnóstico de neurossífilis congênita, comprometendo a adequada classificação diagnóstica e o manejo clínico dos recém-nascidos.

Em relação à realização do exame radiológico de ossos longos, cerca de nove pacientes foram submetidos à investigação, sem identificação de alterações. No entanto, é importante ressaltar que todas as crianças com sífilis congênita possuem indicação tanto de avaliação do LCR quanto de radiografias de ossos longos, conforme preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) (BRASIL, 2022b).

No que se refere aos dados nacionais sobre sífilis congênita entre 2023 e 2024, algumas unidades federativas apresentaram expressivo aumento no número de casos, entre elas a Paraíba, com crescimento de 18,0%, embora tenha sido observada redução nas taxas de sífilis gestacional na Paraíba (BRASIL, 2025). Isso revela uma contradição epidemiológica, visto que espera-se que a diminuição da sífilis em gestantes repercuta diretamente na redução da transmissão vertical; contudo, o crescimento da sífilis congênita sugere possíveis fragilidades na linha de cuidado, como diagnóstico tardio, tratamento inadequado ou não oportuno, falhas no manejo do parceiro e inconsistências no acompanhamento pré-natal.

Esse cenário levanta questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada, a efetividade das estratégias de rastreamento e tratamento e a possibilidade de subnotificação prévia da sífilis gestacional. Assim, o aumento da sífilis congênita, mesmo diante da redução dos casos maternos, indica que o problema pode não estar apenas na incidência da infecção, mas na organização e na resolutividade do cuidado ofertado às gestantes.

Outro aspecto preocupante refere-se ao número de recém-nascidos que não receberam tratamento adequado após o diagnóstico, estimado em aproximadamente 1.911 casos no Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2025. Diante desse cenário, torna-se imprescindível que os serviços de vigilância epidemiológica investiguem todos os casos registrados como tratamento não realizado, a fim de identificar a necessidade de busca ativa e instituição da terapêutica adequada.

A maioria dos neonatos nasceu a termo, com peso adequado para a idade gestacional, apresentando tempo de internação entre 7 e 14 dias e permanência inicial em alojamento conjunto. Essa configuração sugere que, apesar da infecção materna por sífilis, muitos recém-nascidos não apresentaram manifestações clínicas graves imediatamente após o nascimento, possibilitando a permanência com a mãe. Contudo, esse achado não elimina a necessidade de acompanhamento rigoroso e tratamento adequado, considerando o risco inerente da sífilis congênita (COSTA *et al.*, 2022).

Em nível nacional, no ano de 2024, dos 24.433 casos de sífilis congênita notificados, 22.433 (91,8%) resultaram em nascidos vivos, dos quais 21.649 (96,5%) foram diagnosticados na primeira semana de vida. Assim, 91,6% dos casos foram classificados como sífilis congênita recente, 5,2% como aborto por sífilis, 3,1% como natimorto e 0,2% (47 casos) como sífilis congênita tardia. Os desfechos desfavoráveis — óbitos, abortos e natimortos — corresponderam a 9,3% dos casos notificados (BRASIL, 2025).

No presente estudo, nenhuma das crianças avaliadas apresentou alterações radiográficas ou liquóricas, o que pode mascarar outras complicações associadas à sífilis congênita que se manifestam de forma tardia ou apenas em exames complementares específicos. Esses achados sugerem predominância de formas precoces assintomáticas que, embora subclínicas no período neonatal, podem resultar em sequelas neurológicas e prejuízos no desenvolvimento a longo prazo se não forem adequadamente identificadas e tratadas (SALOMÈ *et al.*, 2022). A ausência de manifestações clínicas evidentes ao nascimento não exclui a possibilidade de infecção congênita, sendo imprescindível o monitoramento rigoroso e a realização de exames laboratoriais complementares para confirmação diagnóstica e seguimento longitudinal (LIMA *et al.*, 2017).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer, embora não predominantes neste estudo, são desfechos neonatais adversos frequentemente associados à sífilis congênita não tratada ou tratada de forma inadequada (MAFRA, 2024). A ausência desses desfechos mais graves na amostra analisada pode indicar que intervenções terapêuticas, ainda que tardias ou subótimas, tenham atenuado as manifestações mais severas da doença, sem, contudo, impedir completamente a transmissão vertical (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

Quanto aos exames realizados nos recém-nascidos, observou-se predominância da associação entre VDRL e radiografia (50%), seguida daqueles que, além desses exames, realizaram coleta de LCR (40%). A literatura aponta que grande parte dos recém-nascidos não é submetida à investigação liquórica, com mais da metade não sendo avaliada para neurossífilis e parcela significativa apresentando dados ignorados ou não preenchidos (BRABO *et al.*, 2023). A não realização do exame de LCR compromete a detecção da neurossífilis, complicação grave que exige tratamento específico e pode impactar significativamente o desenvolvimento neurológico a longo prazo, mesmo em recém-nascidos assintomáticos (REIS; SANTOS; LOPES, 2023).

Na amostra analisada, observou-se associação entre diagnóstico materno de sífilis no terceiro trimestre e ocorrência de sífilis congênita no neonato. A detecção tardia da sífilis gestacional, especialmente no terceiro trimestre, reduz a eficácia do tratamento materno na prevenção da transmissão vertical, corroborando estudos que associam o diagnóstico em fases avançadas da gestação a maior incidência de sífilis congênita (MINICUCCI *et al.*, 2024; PAIVA; SILVA; OLIVINDO, 2020). Esse achado reforça a importância de um pré-natal precoce, contínuo e abrangente para triagem e tratamento oportunos da sífilis, minimizando o risco de desfechos neonatais adversos (RIGO *et al.*, 2021).

Entre os desfechos identificados, destaca-se ainda um achado indireto observado durante a coleta de dados: aproximadamente 9% das gestantes entrevistadas estavam internadas no serviço em decorrência de óbito fetal intrauterino ou abortamento. Em consonância com dados nacionais, entre 1998 e 2024 foram registrados 3.739 óbitos por sífilis congênita em menores de um ano, dos quais 30,1% ocorreram na Região Nordeste, configurando-se como a segunda região com maior número absoluto de óbitos no período. Esse dado é particularmente alarmante, pois evidencia a persistência de desfechos gestacionais adversos graves — como natimortos, abortos espontâneos e partos prematuros — fortemente associados à sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada durante a gestação, contribuindo de maneira significativa para a morbimortalidade perinatal (ZHANG *et al.*, 2019; FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

4.4 LIMTAÇÕES DO ESTUDO

Entende-se que existem limitações inerentes ao delineamento do estudo, dadas as características retrospectivas da coleta de dados e a amostra limitada de pacientes de uma única instituição. Além disso, o número reduzido da amostra pode limitar a generalização dos resultados, comprometendo a capacidade de inferir causalidade de forma robusta e de transpor as conclusões para outros contextos epidemiológicos. A obtenção de informações também pode ficar comprometida, uma

vez que depende de dados presentes em prontuários e das respostas obtidas nos questionários, que podem obter viéses de informação.

Por fim, o presente estudo não abordou especificamente a variável raça/cor em seu questionário, o que poderia enriquecer futuras análises sobre as disparidades na prevalência da sífilis congênita na região. Estudos futuros poderiam incorporar essa variável para explorar a influência de fatores sociais e raciais nos desfechos da sífilis congênita, possibilitando intervenções mais direcionadas e equitativas.

4.5 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Os achados deste estudo ressaltam a necessidade de aprimorar as estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita, com foco especial na atenção primária. É imperativo que os serviços de saúde desenvolvam abordagens mais ativas para o rastreamento de sífilis em gestantes, garantindo o início precoce do pré-natal e a adesão às seis consultas mínimas recomendadas, especialmente para gestantes de perfil socioeconômico mais vulnerável. A sifilis congênita é uma doença com capacidade de ser evitável, porém, quando instalada tem potencial para desenvolver complicações a longo prazo, de maneira a necessitar uma abordagem multidisciplinar para melhor controle da doença.

Além disso, a educação em saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis deve ser intensificada e personalizada, visando não apenas a gestante, mas também a testagem e o tratamento de seus parceiros sexuais, dada a baixa adesão observada e seu papel crítico na reinfecção e na persistência da transmissão vertical. Destaca-se também a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde da atenção básica para identificar e intervir nas lacunas assistenciais, com a finalidade de qualificar cada vez mais o cuidado.

Em nível de políticas públicas, os resultados sugerem que as intervenções devem transcender a esfera médica, abordando os determinantes sociais da saúde que influenciam a vulnerabilidade das gestantes, como a baixa escolaridade e a instabilidade econômica. Portanto, é crucial a implementação de programas intersetoriais que ofereçam suporte social e econômico, além de acesso facilitado aos serviços de saúde, para fortalecer a adesão ao tratamento e prevenir a sífilis congênita. Logo, a coordenaçao do cuidado é essencial para assegurar que a assistência seja bem fornecida, desde o diagnóstico até o tratameto e o seguimento. A utilização de estratégias de comunicação, ética e responsabilidade, compartilhando o cuidado com o paciente, contribui na melhora dos desfechos clinicos e na redução dos índices de infecção.

Para futuras pesquisas, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem o desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita,

especialmente aqueles que apresentaram formas assintomáticas ou com exames complementares negativos ao nascimento, a fim de avaliar potenciais sequelas tardias. Investigar em profundidade as barreiras que impedem a testagem e o tratamento dos parceiros sexuais das gestantes, possivelmente por meio de estudos qualitativos, pode fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de engajamento masculino mais eficazes. Além disso, a inclusão de variáveis como raça/cor em análises futuras é essencial para identificar e endereçar as disparidades em saúde na prevalência da sífilis congênita na região.

Em síntese, os achados desta pesquisa fornecem subsídios para compreender o perfil de gestantes e neonatos afetados pela sífilis congênita na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley, ao mesmo tempo em que evidenciam lacunas no cuidado pré-natal e na efetividade das intervenções de saúde pública.

Os resultados observados reforçam que, apesar dos esforços diagnósticos e terapêuticos implementados, a sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública significativo, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. As lacunas identificadas no acompanhamento pré-natal e na abordagem da parceria sexual sublinham a necessidade urgente de intervenções mais abrangentes e intersetoriais que transcendem o âmbito puramente médico e considerem os determinantes sociais da saúde a fim de qualificar o cuidado materno-infantil e, efetivamente, romper o ciclo de transmissão da sífilis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. M.; SILVA, Z. P. Uso de linkage para análise de completude e concordância de óbitos por sífilis congênita na Região Metropolitana de São Paulo, 2010-2017: estudo descritivo. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 4, e2021167, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400013. Acesso em: ago. 2025.

ALMEIDA, A. B. M.; SILVA, Z. P. Uso de linkage para análise de completude e concordância de óbitos por sífilis congênita na Região Metropolitana de São Paulo, 2010-2017: estudo descritivo. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 4, e2021167, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000400013.

ALVES, M. C.; LOPES, M. E. B.; SILVA, A. B. Perfil de mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional no estado da Paraíba durante uma década. Journal of Nursing and Health, v. 13, n. 2, 2023. DOI: 10.15210/jonah.v13i2.22893.

AMORIM, E. K. R. et al. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: estudo ecológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 30, n. 4, e2021128, 2021.

ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020. DOI: 10.1590/s1980-220x2019006203645.

BARIMACKER, S. V. et al. Construção de fluxograma e protocolo de enfermagem para manejo da sífilis na Atenção Primária em Saúde. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 21, 2022. BEZERRA, M. L. et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. Emerging Infectious Diseases, v. 25, n. 8, p. 1469-1476, 2019. DOI: 10.3201/eid2508.180298.

BRABO, A. S. S. et al. Descrição dos casos de sífilis congênita e materna de 2008 a 2017 no Pará, Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 7, 2023. DOI: 10.25248/REAS.e12772.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

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.

CABRERA, S. et al. Lessons about the reliability of congenital syphilis and vertical HIV transmission data learned from case reviews in Uruguay: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 19, 2019.

CALDEIRA, R. et al. Temporal trend of gestational and congenital syphilis and primary health care coverage. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 9, 2021.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.

CLEMENT, M. E.; OKEKE, N. L.; HICKS, C. B. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA, v. 312, n. 18, p. 1905–1917, 2014.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

COSTA, I. B. Sífilis congênita no Brasil e indicadores propostos pela Rede Cegonha no âmbito do cuidado pré-natal. 2022. Dissertação (Mestrado) – UFRN, Natal, 2022.

DAVID, A. et al. Congenital syphilis in Switzerland: a marker of inequality? Frontiers in Public Health, v. 11, 2023.

DALBY, J.; STONER, B. P. Sexually transmitted infections: updates from the 2021 CDC guidelines. American Family Physician, v. 105, n. 5, p. 514–520, 2022.

DANTAS, J. C. et al. Temporal trend and factors associated with spatial distribution of congenital syphilis in Brazil. Frontiers in Pediatrics, v. 11, 2023.

DHAKAL, A.; SBAR, E. Jarisch-Herxheimer reaction. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: Sífilis Congênita e Criança Exposta à Sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, 2021.

FERNANDES, N. M. et al. Falhas no tratamento da sífilis em gestantes no Brasil: revisão sistemática. RESAP, v. 10, 2024.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, 2020.

GARCIA, L. N. et al. Congenital syphilis in Argentina. PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 15, 2021.

GENEST, D. R. et al. Diagnosis of congenital syphilis from placental examination. Human Pathology, v. 27, p. 366–372, 1996.

HAWKES, S. et al. Effectiveness of interventions to improve antenatal syphilis screening. The Lancet Infectious Diseases, v. 11, 2011.

JOHNSON, K. A. et al. Comparing 7-Day Versus 6–8-Day Penicillin Treatment Intervals. Open Forum Infectious Diseases, v. 10, 2023.

KAHN, J. G. et al. Cost and cost-effectiveness of antenatal syphilis screening. PLoS One, v. 9, 2014.

LAFOND, R. E.; LUKEHART, S. A. The biological basis of syphilis. Clinical Microbiology Reviews, v. 19, 2006.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, 2013.

LIMA, V. C. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Nordeste. Journal of Health & Biological Sciences, v. 5, 2017.

MAFRA, A. L. S. Sífilis congênita: vivências atribuídas por mães e sua interface com a parentalidade. 2024. Tese (Doutorado) – USP, São Paulo, 2024.

MINICUCCI, A. L. S. et al. Aderência ao seguimento laboratorial da sífilis congênita. Research, Society and Development, v. 13, 2024.

MORAES, A. R. B. et al. Perfil epidemiológico de sífilis gestacional. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 35, 2023.

NETA, M. E. et al. Prevalence and associated factors with syphilis in pregnant women. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 24, 2024.

NORRIS, S. J.; COX, D. L.; WEINSTOCK, G. M. Biology of Treponema pallidum. Journal of Molecular Microbiology and Biotechnology, v. 3, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sífilis. Genebra: OMS, 2024.

PAIVA, M. R. R.; SILVA, R. C. S.; OLIVINDO, D. D. F. A Sífilis Congênita no Brasil. Research, Society and Development, v. 9, 2020.

PAULA, M. A. et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, 2022.

RAMOS JUNIOR, A. N. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, 2022.

RÊGO, A. S. et al. Congenital syphilis in Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 53, 2020.

RIGO, F. L. et al. Assistance and educational factors associated to congenital syphilis. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, 2021.

SALOMÈ, S. et al. Congenital syphilis in the twenty-first century. European Journal of Pediatrics, v. 182, 2023.

SANKARAN, D.; PARTRIDGE, E.; LAKSHMINRUSIMHA, S. Congenital syphilis—An illustrative review. Children, v. 10, 2023.

SÉDER, M. F. M. Sífilis congênita no Brasil: atualização de conceitos e desafios do tratamento na neonatologia. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso.

SILVA, A. A. O. et al. Spatiotemporal distribution analysis of syphilis in Brazil. PLoS ONE, v. 17, 2022.

SOARES, J. A. S. et al. Congenital syphilis: associated factors. Revista Paulista de Pediatria, v. 41, 2023.

STANEVA, M.; HOBBS, C. V.; DOBBS, T. Spike in congenital syphilis. Emerging Infectious Diseases, v. 29, 2023.

TERRIS-PRESTHOLT, F. Is antenatal syphilis screening still cost-effective? Sexually Transmitted Infections, v. 79, 2003.

TUDOR, M. E. et al. Syphilis. In: StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2025. UNEMO, M. et al. European guideline on the management of syphilis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, v. 35, 2021.

VIEIRA, I. S. A. et al. Características epidemiológicas dos casos de sífilis congênita na Paraíba. Research, Society and Development, v. 10, 2021.

VILLARREAL, D. D.; LE, J.; KLAUSNER, J. D. Congenital syphilis: comprehensive review. Sexually Transmitted Diseases, v. 51, 2024.

WAN, Z. et al. Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 20, 2020.

WATSON-JONES, D. et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. Journal of Infectious Diseases, v. 186, 2002.

ZHANG, Y. W. et al. Predicting adverse pregnancy outcomes of pregnant mothers with syphilis. Frontiers in Public Health, v. 11, 2023.