

Perfil De Cuidado, Desfechos E Monitoramento Da Sífilis Congênita E Gestacional Em Um Hospital Universitário Do RN.

Maria Ravanielly Batista De Macedo¹, Maria De Lourdes Costa Da Silva², Francisca Marta De Lima Costa Souza³, Nadja Cindy Ferreira Lopo⁴, Breno Gomes Lelis De Araujo⁵, Edilma De Oliveira Costa⁶, Aline Fernandes De Araújo⁷, Rayza Régia Medeiros Dos Santos De Oliveira⁸, Juliana Pontes Soares⁹, Janmilli Da Costa Dantas Santiago¹⁰

(Faculdade De Ciências Da Saúde Do Trairi, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte - Brasil)

(Departamento De Enfermagem, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Brasil)

(Departamento De Enfermagem, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Brasil)

(Faculdade De Ciências Da Saúde Do Trairi, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte - Brasil)

(Faculdade De Ciências Da Saúde Do Trairi, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte - Brasil)

(Departamento De Enfermagem, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Brasil)

(Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Brasil)

(Secretaria De Saúde Pública Do Rio Grande Do Norte, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Brasil)

(Instituto Insikiran, Universidade Federal De Roraima, Brasil)

(Departamento De Enfermagem, Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte, Brasil)

Resumo:

Objetivo: analisar o perfil clínico e assistencial de puérperas com sífilis gestacional e os desfechos clínicos dos recém-nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis, assim como condutas terapêuticas adotadas e o seguimento ambulatorial.

Material e Método: Estudo descritivo, longitudinal e quantitativo, realizado com 76 binômios, com coleta de dados entre junho de 2024 a junho de 2025, por meio de prontuários, fichas de notificação e acompanhamento ambulatorial em um hospital universitário do interior do Rio Grande do Norte. A análise foi realizada com estatística descritiva, e os resultados expressos em frequências absolutas e relativas.

Resultados: A maioria das puérperas iniciou o pré-natal no 1º trimestre (76,3%), entretanto 81,6% realizou menos de 6 consultas, 86,8% realizou teste para sífilis e apenas 35,5% tiveram tratamento adequado. Apenas 1,3% dos parceiros foram tratados. Entre os recém-nascidos, 67,1% foram diagnosticados com sífilis congênita, e a maioria tratada com penicilina cristalina. Alterações nos exames complementares foram frequentes (42,1%). O acompanhamento ambulatorial apresentou perdas.

Conclusão: Persistem falhas na abordagem da sífilis durante a gestação e no cuidado neonatal, especialmente quanto ao diagnóstico oportuno, tratamento adequado e monitoramento dos casos. Os achados reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais para o enfrentamento da sífilis congênita, com foco na qualificação da atenção pré-natal e na vigilância em saúde.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Desfechos Clínicos; Saúde Materno-Infantil.

Date of Submission: 13-01-2026

Date of Acceptance: 23-01-2026

I. Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica e crônica, provocada pelo agente etiológico *Treponema Pallidum*, uma espiroqueta gram-negativa altamente patogênica. Se não for tratada, a doença avança por diversos estágios clínicos ao longo dos anos. O único reservatório conhecido para essa bactéria é o ser humano. A transmissão da sífilis pode ocorrer por via sexual, vertical ou sanguínea, sendo a transmissão sexual a mais comum. Os principais locais de infecção pelo *T. Pallidum* são os órgãos genitais, embora também possam ocorrer lesões em áreas extragenitais, como os lábios, a língua e a pele com lesões. A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação e pode resultar em aborto, natimortalidade, parto prematuro, morte neonatal, e manifestações congênitas precoces ou tardias.¹

Em 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou aproximadamente 700.000 casos de sífilis congênita em todo o mundo. Esses casos de sífilis materna resultaram em cerca de 150.000 natimortos, 70.000 mortes neonatais e 55.000 partos prematuros ou de baixo peso. É imperativo que todos os recém-nascidos ou natimortos provenientes de mães com sífilis, sejam submetidos a exames para detectar sinais de sífilis congênita. Bebês com sífilis congênita podem apresentar uma variedade de manifestações, tais como erupções cutâneas, inflamação dos órgãos, anemia, problemas ósseos e articulares, condições neurológicas como cegueira, surdez e meningite, atrasos no desenvolvimento e convulsões.²

O diagnóstico precoce e o tratamento eficaz da sífilis durante a gestação são essenciais para prevenir a transmissão vertical e melhorar os desfechos clínicos dos recém-nascidos. A triagem sistemática no pré-natal, utilizando testes como o VDRL e penicilina como tratamento de primeira linha, é fundamental. No entanto, barreiras como o acesso limitado ao diagnóstico e tratamento, a inconsistência na aplicação das diretrizes e a falta de monitoramento adequado comprometem a eficácia das intervenções e contribuem para a alta incidência de sífilis congênita.³

A sífilis é amplamente reconhecida como um problema de saúde pública, especialmente devido ao aumento dos casos de sífilis gestacional e congênita. O diagnóstico tardio da sífilis na gestação é um grande desafio, com cerca de 50% dos casos notificados não sendo identificados a tempo para evitar a sífilis congênita, muitas vezes sendo diagnosticados apenas no momento do parto ou posteriormente. Essa situação afeta desproporcionalmente mulheres em situações de vulnerabilidade, como aquelas com escolaridade incompleta e baixo conhecimento sobre a transmissão da doença, agravando ainda mais a saúde pública. Além disso, a alta taxa de sífilis gestacional e suas consequências aumentam a demanda por serviços de saúde, sobrecarregando o sistema público e dificultando o acesso a cuidados adequados. Esses fatores refletem fragilidades no sistema de saúde e destacam a necessidade urgente de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, além de maior atenção das políticas públicas para melhorar a qualidade do pré-natal e prevenir desfechos negativos para mães e bebês.⁴

A importância deste estudo está em ampliar o conhecimento sobre a sífilis gestacional e congênita no interior do Rio Grande do Norte, abordando de forma integrada o cuidado materno e neonatal. As evidências geradas poderão orientar a elaboração de estratégias mais eficientes para a prevenção, detecção precoce e tratamento adequado, contribuindo para a diminuição da incidência da doença e para o fortalecimento da saúde materno-infantil. Dessa forma, a pesquisa se justifica pela necessidade de apontar fragilidades nos processos de rastreamento, manejo e acompanhamento dos casos na realidade local, colaborando tanto para o avanço científico quanto para a qualificação das práticas assistenciais e das políticas públicas voltadas à redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita.

Dessa forma, o presente estudo visa fornecer dados importantes para a compreensão dos achados clínicos-epidemiológicos dos recém-nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis. Acredita-se que a pesquisa pode revelar informações capazes de nortear o planejamento de políticas para enfrentamento da sífilis, além de subsidiar profissionais, professores e estudantes em discussões sobre a temática.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico e assistencial de puérperas com sífilis gestacional e os desfechos clínicos dos recém-nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis, assim como, condutas terapêuticas adotadas e o seguimento ambulatorial, em um hospital universitário no interior do Rio Grande do Norte.

II. Material E Métodos

Delineamento da pesquisa

O presente estudo foi conduzido a partir do projeto de Iniciação Científica (IC) “Sífilis congênita na região Trairi: uma coorte prospectiva”, associado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), localizada no município de Santa Cruz - Rio Grande do Norte, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal e com abordagem quantitativa.

Local e desenho do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), situado no município de Santa Cruz/RN, conduzida por uma docente e discentes do curso de graduação em Enfermagem da FACISA/UFRN, com o apoio dos profissionais do HUAB, especialmente daqueles envolvidos no cuidado de crianças e puérperas com sífilis.

População e amostra do estudo

A população estudada incluiu todos os neonatos diagnosticados com sífilis congênita ou expostos à sífilis, que nasceram no Hospital Universitário Ana Bezerra, entre os meses de janeiro a dezembro de 2024 e todas as puérperas diagnosticadas com sífilis gestacional no pré-natal e/ou no momento do parto, totalizando 76 binômios. A amostra foi selecionada por conveniência.

Os critérios de inclusão: Crianças nascidas vivas que foram diagnosticadas com sífilis congênita ou expostas à sífilis congênita, cujas mães ou responsáveis aceitaram participar do estudo. Já os critérios de exclusão foram: Crianças com diagnóstico de sífilis congênita que foram transferidas para tratamento em outro hospital; crianças cujas mães se recusaram a participar do estudo e puérperas transferidas para tratamento em outra unidade hospitalar.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de junho de 2024 a junho de 2025, a partir da análise de prontuários clínicos do binômio mãe/recém-nascido e das fichas de notificação compulsória, por meio de um formulário estruturado, elaborado especificamente para esta pesquisa. Esse instrumento contemplou variáveis clínicas e epidemiológicas relevantes para o estudo.

A coleta de dados ocorreu em três etapas distintas. A primeira consistiu em busca ativa nos setores do hospital universitário, incluindo o Alojamento Conjunto, Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP), Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neo), com o objetivo de identificar recém-nascidos infectados pelo Treponema pallidum, recém-nascidos expostos à sífilis e puérperas com diagnóstico de sífilis gestacional. Após a seleção dos casos elegíveis, as puérperas foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A segunda etapa consistiu em busca passiva, inicialmente conduzida no setor de epidemiologia do hospital e, posteriormente, no setor de arquivo de prontuários. Esta etapa foi essencial para suprir lacunas decorrentes do início tardio da coleta, uma vez que a amostra contemplava nascimentos ocorridos entre janeiro a dezembro de 2024, enquanto a coleta foi iniciada apenas em junho de 2024.

A terceira etapa da coleta foi realizada no ambulatório de doenças infectocontagiosas da instituição, onde os recém-nascidos são encaminhados para seguimento clínico após a alta hospitalar. O acompanhamento ocorreu entre junho de 2024 a junho de 2025. Informações referentes a consultas anteriores, realizadas entre janeiro a junho de 2024, foram obtidas por meio do prontuário eletrônico, com o auxílio de profissionais da unidade. Ao final do período de coleta, alguns recém-nascidos já haviam recebido alta do seguimento, enquanto outros permaneciam em acompanhamento ambulatorial.

Variáveis do estudo

As variáveis referentes às puérperas foram centradas nas informações do pré-natal, incluindo o momento do início do acompanhamento pré-natal, o número de consultas realizadas, a realização do teste para sífilis, tratamento administrado e tratamento do parceiro sexual. No que se refere às variáveis relacionadas ao desfecho clínico dos recém-nascidos, foram considerados o diagnóstico dos recém-nascidos, a reatividade do VDRL ao nascimento, o tratamento instituído, alterações em exames complementares, avaliação da classificação quando a idade gestacional, peso e APGAR no 1º minuto.

Análise dos dados

A organização, o armazenamento e a criação de tabelas foram realizados no Google Forms e no Google Sheets. A análise dos resultados foi expressa em frequências absoluta e relativa.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 19 de março de 2024 (CAAE 78013423.3.0000.5568) e parecer número 6.710.591. O estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

III. Resultados E Discussão

A pesquisa analisou os resultados de 76 puérperas e seus recém-nascidos, com sífilis congênita ou expostos à sífilis no período de janeiro de 2024 a fevereiro de 2025, com o objetivo de avaliar dados pré-natais, os desfechos clínicos dos recém-nascidos, assim como o seguimento ambulatorial.

Os resultados apresentados na Tabela 1, revelam que a maioria das puérperas iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre (76,3 %), o que é ideal para um monitoramento precoce e adequado da saúde materno-fetal. O início tardio do pré-natal, observado em 23,7% das puérperas (início no 2º ou 3º trimestre), pode estar relacionado a um aumento no risco de complicações e à demanda por intervenções mais elaboradas ao longo da gestação. A assistência adequada durante o primeiro trimestre é vista como um parâmetro crucial para avaliar a qualidade do cuidado materno.⁵

Em relação ao número de consultas de pré-natal, verificou-se que 81,6% das gestantes realizaram menos de seis atendimentos, enquanto apenas 18,4% alcançaram o mínimo recomendado de seis consultas. Esse resultado está aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, que orienta a realização de, no mínimo, seis

consultas para um acompanhamento adequado da gestação e identificação precoce de possíveis agravos.⁶ A baixa frequência às consultas pode comprometer a qualidade do cuidado, dificultar o diagnóstico oportuno de infecções como a sífilis e contribuir para a ocorrência de desfechos negativos à saúde materno-infantil.

Em relação ao diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, observou-se que 86,8% das gestantes realizaram o teste, sendo que 61,8% apresentaram resultado reagente. Esses achados apontam para uma cobertura relativamente satisfatória da testagem. No Brasil, o rastreamento para sífilis durante a gestação por meio de testes sorológicos é preconizado no primeiro e no terceiro trimestres de gestação, no momento do parto ou aborto, ou em situações de risco ou violência sexual consumada.⁷

O rastreamento precoce da sífilis é uma estratégia essencial no pré-natal, pois o diagnóstico antecipado e o tratamento apropriado são ações cruciais para diminuir a incidência de sífilis congênita. Além disso, identificar a sífilis em gestantes assegura a saúde da mãe e do bebê, propiciando as intervenções oportunas para prevenir complicações decorrentes da doença.⁸ Destaca-se a importância da continuidade do acesso aos testes diagnósticos durante o período de acompanhamento pré-natal, à necessidade de orientações de práticas sexuais seguras e o acesso à informação sobre o risco de contaminação pelo *Treponema Pallidum* ao final da gestação.

Quanto ao esquema terapêutico, 43,4 % receberam tratamento, sendo 35,5 % com três doses de penicilina e 64,5 % com menos de três doses ou sem tratamento registrado. O tratamento com 3 doses de penicilina está alinhado com as diretrizes recomendadas para o tratamento da sífilis gestacional, garantindo uma abordagem completa e eficaz. O tratamento materno com benzilpenicilina benzatina é considerado adequado para a gestante com sífilis quando iniciado até 30 dias antes do parto, com esquema terapêutico completo, de acordo com o estágio clínico da infecção, intervalo recomendado entre as doses e a finalização do tratamento antes do parto.⁹

Dentre as barreiras que comprometem o tratamento adequado da sífilis gestacional, destacam-se a desinformação e a carência de educação em saúde, que agravam a situação ao deixar muitas gestantes e seus parceiros alheios aos riscos da infecção e a importância do tratamento durante a gestação. Ademais, condições socioeconômicas desfavoráveis, como pobreza, baixa escolaridade e vulnerabilidade social, prejudicam tanto a adesão ao tratamento quanto o acesso aos serviços de saúde. Esses fatores, em conjunto, perpetuam um cenário onde o tratamento da sífilis gestacional é frequentemente inadequado, favorecendo a persistência da infecção e suas complicações.¹⁰

O tratamento do parceiro foi registrado em apenas 1,3% dos casos, enquanto em 98,7% dos prontuários constava a ausência de tratamento ou não havia qualquer informação sobre a abordagem dos parceiros性uals. Essa lacuna na documentação e no acompanhamento compromete a eficácia das estratégias de controle da sífilis, uma vez que o tratamento simultâneo do parceiro é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção materna. Pesquisas adotando outras abordagens metodológicas são importantes para identificar a adesão ao tratamento nas parcerias sexuais.

Até 2017, um dos critérios para a cura da gestante com sífilis era o tratamento do parceiro. No entanto, uma nota informativa do Ministério da Saúde, publicada em 2017, removeu o tratamento do parceiro como requisito para considerar a gestante curada, não sendo mais necessário tratar o parceiro para concluir a cura da gestante.¹¹

A baixa adesão ao tratamento por parte dos parceiros性uals é uma das principais dificuldades enfrentadas durante a assistência pré-natal. A resistência ao tratamento pode perpetuar a cadeia de transmissão da sífilis. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias eficazes para convocar e tratar os parceiros性uals das gestantes, visando interromper a transmissão da doença e melhorar os resultados do tratamento.¹²

Por fim, no momento do parto, 72 mulheres (94,7 %) apresentavam VDRL reagente, e apenas 4 (5,3 %) estavam não reagentes. A titulação reagente do VDRL no período puerperal pode indicar cicatriz sorológico, reinfeção ou falhas no tratamento. Pesquisas com diferentes abordagens metodológicas são necessárias para esclarecer esses resultados de forma individual. A prevenção de desfechos negativos para a saúde materna e infantil depende de um cuidado adequado, integrado e contínuo durante a gestação, o parto e o puerpério. Essa abordagem exige um monitoramento rigoroso para assegurar que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados de maneira eficaz e no momento adequado, incluindo a realização de testes e a administração do tratamento conforme necessário.¹³

No entanto, a persistência de casos reagentes na maternidade, sugere a necessidade de garantir um pré-natal adequado e estratégias de saúde pública que visem a prevenção e o tratamento eficaz da sífilis durante a gravidez, a fim de minimizar os riscos de transmissão para o recém-nascido.¹⁴

Tabela 1: Distribuição percentual das puérperas com sífilis gestacional conforme o perfil do pré-natal. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, 2025.

Variáveis	N	%
Início do pré-natal		
1º trimestre	58	76,3

2º/3º trimestre	18	23,7
Total	76	100,0
Nº de consultas		
<6	62	81,6
6 ou mais	14	18,4
Total	76	100,0
Teste para sífilis		
Sim	66	86,8
Não	10	13,2
Total	76	100,0
Resultado do teste		
Reagente	47	61,8
Não reagente/não realizado	29	38,2
Total	76	100,0
Tratamento p/ sífilis		
Sim	33	43,4
Não	43	56,6
Total	76	100,0
Tratamento com penicilina		
3 doses	27	35,5
Menos de 3 doses ou não realizado	49	64,5
Total	76	100,0
Tratamento do parceiro		
Sim	1	1,3
Não/ Sem registro	75	98,7
Total	76	100,0
VDRL no momento do parto		
Reagente	72	94,7
Não reagente	4	5,3
Total	76	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A Tabela 2 apresenta o perfil clínico e laboratorial dos 76 recém-nascidos de mães com sífilis gestacional, dos quais 67,1 % foram diagnosticados com sífilis congênita e 32,9 % foram classificados como expostos à infecção. Conforme o Ministério da Saúde, considera-se sífilis congênita quando a mãe não recebeu tratamento adequado durante a gestação, enquanto a exposição é atribuída a neonatos cujas mães foram devidamente tratadas. Em ambos os casos, é fundamental o encaminhamento dos recém-nascidos à Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelo seguimento por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), podendo contar também com suporte de serviços especializados quando necessário.¹⁵

Em relação aos exames complementares, 44 (57,9 %) dos recém-nascidos tiveram resultados normais, enquanto 32 (42,1 %) apresentaram alguma alteração laboratorial ou clínica. O VDRL neonatal foi reagente em 93,4 % dos casos e não reagente ou não realizado em 6,6 %. Quanto às condutas terapêuticas, 69,7 % receberam o tratamento com penicilina cristalina, que é o tratamento recomendado para pacientes portadores da sífilis congênita e neurosífilis, refletindo uma prática adequada para a eliminação da infecção.¹⁶

A maioria dos recém-nascidos com sífilis congênita foi tratada com Penicilina Cristalina, recomendada por sua eficácia na eliminação do *Treponema pallidum* e por atravessar a barreira hematoencefálica.^{15,17} A Penicilina Benzatina foi administrada em 5,3% dos recém-nascidos, refletindo sua indicação restrita a casos específicos, como recém-nascidos de mães tratadas de forma inadequada, com exame físico e complementares normais e VDRL não reagente.¹⁵ Além disso, 27,6 % da amostra não recebeu tratamento, conforme critérios que avaliam o histórico materno, a titulação do VDRL e os achados clínico-laboratoriais do neonato.¹⁸

A maioria dos recém-nascidos avaliados sobreviveu ao período neonatal, com 96,1 % classificados como vivos, o que indica a efetividade das intervenções realizadas durante o pré-natal e na maternidade. No entanto, os 3,9 % de casos que evoluíram com natimortalidade ou óbito evidenciam a gravidade da sífilis congênita quando não há diagnóstico e tratamento oportunos. A literatura destaca que o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz são essenciais para prevenir desfechos adversos, sendo a ausência de assistência pré-natal um dos principais fatores associados à mortalidade por sífilis congênita. Assim, torna-se urgente o fortalecimento de estratégias de prevenção, rastreamento e tratamento, a fim de reduzir os óbitos evitáveis relacionados à infecção.¹⁹

Tabela 2 – Perfil clínico e laboratorial de recém-nascidos com sífilis congênita ou exposto à sífilis materna. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, 2025.

Variáveis	N	%
Diagnóstico dos recém-nascidos		
Sífilis congênita	51	67,1
RN exposto à sífilis	25	32,9

Total	76	100,0
Exames		
Alterado	32	42,1
Sem alterações	44	57,9
Total	76	100,0
VDRL ao nascer		
Reagente	71	93,4
Não reagente/Não realizado	5	6,6
Total	76	100,0
Tratamento		
P. Cristalina	51	67,1
P. Benzantina	4	5,3
Sem tratamento	21	27,6
Total	76	100,0
Desfecho clínico		
Vivo	73	96,1
Natimorto/Óbito	3	3,9
Total	76	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Dos 76 recém-nascidos inicialmente registrados, 73 foram submetidos às triagens neonatais, considerando que três evoluíram com óbito ou natimortalidade, sendo, portanto, excluídos dessas avaliações. Esse dado está em conformidade com o previsto pela Política Nacional de Triagem Neonatal, que estabelece a obrigatoriedade da realização dos testes apenas em neonatos vivos, com o objetivo de diagnosticar precocemente agravos que podem comprometer o desenvolvimento infantil.²⁰

A análise dos resultados mostra que a maioria dos recém-nascidos apresentou triagens dentro da normalidade. Na triagem ocular, 93,2 % dos bebês não apresentaram alterações, enquanto a triagem do frênuco lingual e a auditiva mostraram 95,9 % de resultados normais. A oximetria de pulso não identificou alterações em nenhum caso, e a triagem biológica apresentou apenas 2,7 % de alterações. Esses achados estão de acordo com os padrões esperados para a população neonatal, em que a maioria das alterações detectáveis ocorre em pequena proporção.²⁰

Tabela 3 – Resultados das triagens neonatais em neonatos com sífilis congênita ou expostos à sífilis gestacional. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, 2025.

Variáveis	N	%
Triagem ocular		
Sem alteração	68	93,15
Alterado	5	6,85
Total	73	100,0
Triagem do frênuco lingual		
Sem alteração	70	95,89
Alterado	3	4,11
Total	73	100,0
Triagem auditiva		
Sem alteração	70	95,89
Alterado	3	4,11
Total	73	100,0
Oximetria de pulso		
Sem alteração	73	100,0
Alterado	0	0
Total	73	100,0
Triagem Biológica		
Sem alteração	71	97,26
Alterado	2	2,74
Total	73	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A tabela 4 apresenta os dados do acompanhamento ambulatorial dos recém-nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis materna. Dos 73 recém-nascidos encaminhados ao ambulatório, apenas 37 (50,7 %) participaram da 1^a consulta, com uma queda acentuada ao longo das etapas seguintes: 34 compareceram à duas consultas, 22 à três, cinco chegaram à quatro consultas, e apenas um realizou cinco consultas. Como os atendimentos não seguiram um cronograma fixo de idade, com crianças dentro de amplas faixas etárias, considerou-se mais adequado avaliar os resultados pelo número de comparecimento às consultas, sem associação direta com meses de vida.

Embora o seguimento ambulatorial seja indicado para todos os recém-nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis materna, muitos não retornam após a alta hospitalar, prejudicando a vigilância e a detecção de possíveis complicações tardias. Em estudo realizado em Fortaleza entre 2013 e 2016, envolvendo 460 lactentes notificados, apenas 72,2% compareceram a pelo menos uma consulta e 81,9% interromperam o acompanhamento posteriormente.²¹

Outros locais também registraram altos índices de abandono: um estudo em Taubaté apontou que 48,2% dos recém-nascidos expostos ou com sífilis congênita encaminhados ao acompanhamento ambulatorial, não compareceram à nenhuma consulta, destacando a falta efetiva de integração entre maternidade e atenção primária, tornando-se evidente a limitada participação da atenção básica na vigilância dessa condição, bem como a ausência de um sistema integrado para coordenar os dados entre os profissionais da saúde básica e especializada, o que compromete o cuidado integral do paciente. Estas evidências reforçam a necessidade de fortalecer a articulação entre os diferentes níveis de atenção, promover estratégias de busca ativa e vínculo familiar, a fim de garantir a continuidade da assistência nesses casos.²²

Em consonância com o Protocolo Brasileiro, o cuidado integral recomendado para crianças expostas à sífilis inclui acompanhamento ambulatorial regular até os 18 meses, com vinculação ao serviço, monitoramento ponderal e teste sorológico periódico.⁷ No entanto, dados de uma coorte clínica mostraram que fatores socioeconômicos, perfil materno e ausência de estratégias ativas de envolvimento estão associados a altas taxas de abandono do seguimento.²³ Esses achados corroboram com os resultados desse estudo, onde houve adesão de 50,7% da amostra inicial, na primeira consulta e queda progressiva até apenas um paciente completando cinco retornos.

Ainda que o número de crianças avaliadas tenha diminuído significativamente, entre aquelas que compareceram houve manutenção da adequação ponderal, com 97,3% na 1^a visita, acima de 94% até a 3^a, chegando a 100% na 4^a e 5^a consulta. Apenas 1 recém-nascido (2,7%) apresentou baixo peso na 1^a consulta, e 2 (5,9%) na 2^a. No critério de alimentação, observou-se transição nutricional clara: o aleitamento materno exclusivo (AME) caiu de 62,2% na 1^a consulta para 52,9% na 2^a consulta e 27,3% na 3^a, desaparecendo posteriormente. O aleitamento materno complementado (AMC), inicialmente inexistente, atingiu 11,8% na 2^a e alcançou 100% nas consultas finais. O uso de fórmula infantil foi sempre residual (até 17,6%), estando ausente nas últimas etapas. Esses resultados indicam padrões clínicos favoráveis entre os participantes que seguiram o acompanhamento, embora ressaltem a necessidade de precaução ao interpretar os dados devido à alta taxa de perdas ao seguimento.

Estudos longitudinais brasileiros mostram claramente que a prevalência de aleitamento materno exclusivo tende a cair significativamente nos primeiros meses de vida. Em uma coorte analisada por Santos et al.²⁴ a prevalência de AME aos três meses alcançava cerca de 45%, embora tal percentual permanecesse abaixo dos objetivos recomendados internacionalmente. Já a coorte MINA Brasil, conduzida por Mosquera et al.²⁵ na região amazônica, registrou taxas ainda mais baixas: 33% aos três meses e apenas 10,8% aos seis meses de vida. Esses padrões epidemiológicos corroboram o declínio observado nesse acompanhamento local — com AME diminuindo de 62,2% para 27,3% nas primeiras visitas, sendo substituída progressivamente por aleitamento materno complementado e uso residual de fórmula — reafirmando que essa transição nutricional nas primeiras consultas é consistente com tendências nacionais e regionais.

Tabela 4 – Frequência de consultas ambulatoriais, adequação do peso e evolução de padrões alimentares em recém nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis materna. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, 2025.

Variável	1º consulta		2º consulta		3º consulta		4º consulta		5º consulta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de crianças avaliadas	37	-	34	-	22	-	5	-	1	-
Faixa etária em meses	1 - 6	-	2 - 10	-	5 - 10	-	8 - 12	-	11	-
Antropometria										
Peso adequado para a idade	36	97,3	32	94,1	21	95,5	5	100,0	1	100,0
Peso abaixo do esperado para a idade	1	2,7	2	5,9	1	4,5	0	0,0	0	0,0
Alimentação										
AME	23	62,2	18	52,9	6	27,3	0	0,0	0	0,0
AMM	12	32,4	6	17,6	1	4,5	0	0,0	0	0,0
AMC	0	0,0	4	11,8	14	63,6	5	100,0	1	100,0
Em uso de fórmula	2	5,4	6	17,6	1	4,5	0	0,0	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A Tabela 5 descreve o tempo até negatização do VDRL nas 37 crianças que realizaram pelo menos uma consulta ambulatorial. Como as idades no momento da visita variaram amplamente dentro de cada consulta, optou-se por utilizar a ordem da consulta como indicador temporal, em vez de associar os eventos diretamente a meses de vida.

Dos 37 bebês avaliados, 13 (35,1 %) negativaram o VDRL na 1^a consulta, seguida de 10 negativações na 2^a (27,1 %), 3 na 3^a (8,1 %), 1 na 4^a (2,7 %), e 1 na 5^a (2,7 %). A negatização não ocorreu em 9 crianças (24,3 %) até o último registro. Os resultados demonstram que aproximadamente 62 % das negativações ocorreram até a 2^a consulta, e pouco mais de 73 % foram registradas até a 3^a. Essa dinâmica reforça a importância de utilizar a consulta como unidade de tempo, visto que a amostra era heterogênea quanto à idade exata em cada acompanhamento.

A análise do seguimento dos recém nascidos com sífilis congênita ou expostos à sífilis revelou variações no tempo de negatização do VDRL, com alguns mantendo reatividade por mais de três consultas. O Protocolo Clínico do Ministério da Saúde estabelece que, após tratamento eficaz, os títulos não treponêmicos devem cair pelo menos duas diluições em até três meses e quatro diluições em até seis meses, com negatização completa ocorrendo entre um a dois anos e meio. Titulações persistentemente baixas, após declínio inicial, podem ser interpretadas como cicatriz sorológica, desde que não haja nova exposição. Entretanto, títulos estáveis altos ou crescente indicam a necessidade de reavaliação clínica e laboratorial para descartar falha terapêutica, reinfeção ou neurossífilis. Essa lógica reforça a necessidade de seguimento sorológico por até dois anos, com interpretação contextualizada do padrão de resposta e evolução clínica do lactente.¹⁵

Tabela 5 - Tempo de negatização do VDRL nas crianças com sífilis congênita ou expostas à sífilis materna, segundo a ordem das consultas ambulatoriais. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, 2025.

Variáveis	N	%
Negativou na 1º consulta	13	35,1
Negativou na 2º consulta	10	27,1
Negativou na 3º consulta	3	8,1
Negativou na 4º consulta	1	2,7
Negativou na 5º consulta	1	2,7
Não negativou	9	24,3
Total	37	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O presente estudo apresenta limitações inerentes à coleta de dados em campo, incluindo a possibilidade de registros incompletos ou inconsistentes nos prontuários durante a coleta. Adicionalmente, observou-se perda de participantes ao longo do seguimento, tanto desde a primeira consulta quanto durante as consultas subsequentes, o que pode ter impactado a análise dos desfechos clínicos. Apesar dessas restrições, os achados fornecem subsídios relevantes para o planejamento de ações de saúde e reforçam a necessidade de aprimoramento da qualidade e completude das informações registradas.

IV. Conclusão

O presente estudo permitiu identificar importantes aspectos do perfil clínico e assistencial de puérperas com sífilis gestacional e de seus recém-nascidos, evidenciando fragilidades no manejo da infecção no período pré-natal. Apesar da maioria das mulheres ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, observou-se um número expressivo de diagnósticos tardios e de tratamentos inadequados, o que contribuiu para a persistência de casos de sífilis congênita. A ausência de tratamento dos parceiros sexuais também se destacou como um fator relevante para a manutenção da cadeia de transmissão.

Entre os recém-nascidos, os dados evidenciaram a maior parte da amostra com diagnóstico de sífilis congênita e tratamento em sua maioria com penicilina cristalina. Observou-se que a maioria das crianças com sífilis congênita apresentava VDRL reagente e alterações nos exames complementares, reforçando a importância da investigação minuciosa ao nascimento. Além disso houve pouca adesão ao seguimento clínico ambulatorial e uma taxa considerável de perda ao longo do seguimento, o que compromete o monitoramento da evolução clínica e laboratorial desses casos.

Com base nos achados, recomenda-se o fortalecimento das ações de rastreamento da sífilis durante o pré-natal, assegurando a realização do teste em todas as consultas preconizadas e o tratamento adequado e oportuno das gestantes e de seus parceiros. Ressalta-se também a necessidade de intensificar atividades educativas voltadas a profissionais de saúde e gestantes, bem como a elaboração de cartilhas informativas de fácil acesso, distribuídas durante as consultas, com o objetivo de aumentar a adesão ao acompanhamento e reduzir lacunas na prevenção da sífilis congênita. Ademais, recomenda-se aprimorar a integração entre os serviços hospitalares e a atenção básica, visando garantir que os recém-nascidos sejam devidamente captados e acompanhados ao longo do seguimento.

Diante disso, conclui-se que, apesar da existência de protocolos bem estabelecidos para o enfrentamento da sífilis na gestação e no período neonatal, persistem desafios significativos no diagnóstico oportuno, na adesão ao tratamento e no acompanhamento longitudinal dos casos. Esses achados reforçam a necessidade de ações integradas entre os serviços de atenção básica, hospitalar e vigilância em saúde, bem como da implementação de estratégias de educação permanente para os profissionais e fortalecimento das políticas públicas voltadas à eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública.

Referências

- [1]. Brasil. Ministério Da Saúde. Infecção Pelo HIV E Aids, Hepatites Virais, Sífilis Adquirida E Em Gestantes, Sífilis Congênita. In: Guia De Vigilância Em Saúde. 2024; 2 (6):4.
- [2]. World Health Organization. Syphilis [Internet]. World Health Organization. 2024. Available From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
- [3]. Figueiredo DCMM, Et Al. Relação Entre Oferta De Diagnóstico E Tratamento Da Sífilis Na Atenção Básica Sobre A Incidência De Sífilis Gestacional E Congênita. Cad Saúde Pública. 2020;36(3):E00074519.
- [4]. Dos Santos Carvalho A, Aquino GF, Cardoso AM. Consequências Da Sífilis Gestacional Na Saúde Pública: Uma Revisão Integrativa. Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás Cândido Santiago. 2023;9:1–16.
- [5]. Ribeiro KN, Et Al. Caracterização Do Conhecimento Das Gestantes Sobre Complicações Relacionadas Ao Início Tardio Do Pré-Natal. Braz J Dev. 2020;6(8):59458–59468.
- [6]. Brasil. Atenção Básica Cadernos De Atenção Ao Pré-Natal De Baixo Risco [Internet]. 2012. Available From: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- [7]. Brasil. Ministério Da Saúde. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis E Hepatites Virais. Brasília (DF). 2022a.
- [8]. Dos Santos DR, Et Al. Sífilis Congênita: Importância Do Diagnóstico Precoce Para A Prevenção Na Atenção Primária. Rev Eletr Acervo Saúde. 2023;23(12):E14228.
- [9]. Brasil. Ministério Da Saúde. Boletim Epidemiológico. Departamento De HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais E Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria De Vigilância Em Saúde E Ambiente. Sífilis. 2023.
- [10]. De Lima Canuto IE. Sífilis Gestacional, Dificuldades E Barreiras No Diagnóstico E Tratamento: Revisão Integrativa. Rev Multidiscip Saúde. 2023;96–105.
- [11]. Brasil. Ministério Da Saúde. Nota Informativa. Altera Os Critérios De Definição De Casos Para Notificação De Sífilis Adquirida, Sífilis Em Gestantes E Sífilis Congênita. Departamento De Vigilância, Prevenção E Controle Das IST/HIV/AIDS/SRTVN. 2017.
- [12]. De Oliveira LF, Et Al. Sífilis Na Gestação E Suas Repercussões No Tratamento Do Parceiro: Revisão Integrativa. Braz J Health Rev. 2023;6(5):20548–20562.
- [13]. Ramos AN. Persistência Da Sífilis Como Desafio Para A Saúde Pública No Brasil: O Caminho É Fortalecer O SUS, Em Defesa Da Democracia E Da Vida. Cad Saúde Pública. 2022;38(5):PT069022.
- [14]. Torres PMA, Et Al. Fatores Associados Ao Tratamento Inadequado Da Sífilis Na Gestação: Revisão Integrativa. Rev Bras Enferm. 2022;75:E20210965.
- [15]. Brasil. Ministério Da Saúde. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral Às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília (DF). 2022b.
- [16]. Chambarelli ESM, Da Silva MS, De Andrade LG. Analogia Dos Efeitos Da Penicilina G Benzatina E Da Penicilina Cristalina No Tratamento Da Sífilis Congênita: Uma Síntese De Evidências. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2022;8(4):587–600.
- [17]. De Souza KA, Viana RM, Dos Santos MAM. Avaliação Dos Casos De Sífilis Notificados No Período De 2010 A 2020 Na Região Norte, Brasil. Rev Multidiscip Saúde. 2022;1–9.
- [18]. Domingues CSB, Et Al. Protocolo Brasileiro Para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: Sífilis Congênita E Criança Exposta À Sífilis. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30:E2020597.
- [19]. Maciel DPA, Et Al. Mortalidade Por Sífilis Congênita: Revisão Sistemática. Rev Multidiscip Saúde. 2023;:106–116.
- [20]. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Especializada E Temática. Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico. Brasília: Ministério Da Saúde. 2016.
- [21]. Cavalcante ANM, Et Al. Fatores Associados Ao Seguimento Não Adequado De Crianças Com Sífilis Congênita. Rev Saúde Pública. 2019;53:95.
- [22]. Minicucci ALS, Et Al. Aderência Ao Seguimento Laboratorial Da Sífilis Congênita Em Taubaté. Res Soc Dev. 2024;13 (4): E4613445484.
- [23]. Soares JAS, Et Al. Sífilis Congênita: Fatores Associados Em Um Ambulatório De Seguimento. Rev Paul Pediatr. 2023;41:E2022049.
- [24]. Santos IS, Et Al. Breastfeeding Exclusivity And Duration: Trends And Inequalities In Four Population-Based Birth Cohorts In Pelotas, Brazil, 1982–2015. Int J Epidemiol. 2019;48(Suppl 1).
- [25]. Mosquera PS, Et Al. Prevalência E Preditores Do Aleitamento Materno Na Coorte MINA-Brasil. Rev Saúde Pública. 2024;57:2s.