

Sífilis gestacional: associação entre orientações no pré-natal, evolução sorológica materna e transmissão vertical

Gestational syphilis: association between prenatal guidance, maternal serological evolution and vertical transmission

Sífilis gestacional: asociación entre orientación prenatal, evolución serológica materna y transmisión vertical

Izabella Rodrigues Rosa^a 
Márcia Koja Breigeiron^b 
Michele Finger Chaves^c 
Luísa Lopes Agostinho^d 
Edite Porciúncula Ribeiro^c 
Helga Geremias Gouveia^b 

Como citar este artigo:

Rosa IR, Breigeiron MK, Chaves MF, Agostinho LL, Ribeiro EP, Gouveia HG. Sífilis gestacional: associação entre orientações no pré-natal, evolução sorológica materna e transmissão vertical. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46(esp1):e20250154. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250154.pt>

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre as orientações recebidas no pré-natal com evolução sorológica de puérperas com sífilis gestacional e reatividade de exame para sífilis em neonatos.

Método: Estudo transversal, realizado em hospital universitário entre novembro/2023 a agosto/2024. Amostra com 119 puérperas diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal e com tratamento adequado ou não. Dados coletados por instrumento aplicado em puérperas e em prontuário, analisados por Teste de Pearson.

Resultados: Puérperas tiveram respostas adequadas para orientações recebidas no pré-natal: definição de sífilis (59,7%), transmissão (84,9%), tratamento (94,1%), consequências maternas/fetais (59,7%), prevenção (74,8%), transmissão vertical (31,1%), sífilis congênita (53,8%) e exames diagnósticos (63,9%). Houve associação positiva entre respostas adequadas sobre exames diagnósticos e tratamento adequado ($p=0,035$), entre respostas adequadas para tratamento e manutenção ou aumento da titulação do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) ($p=0,030$), e entre respostas adequadas referentes à transmissão vertical ($p=0,034$) e exames diagnósticos ($p=0,039$) com VDRL reagente de neonatos ao nascimento. Quanto às parcerias sexuais, 52,1% não possuíam registro de tratamento.

Conclusão: Apesar das respostas adequadas da maioria das puérperas às orientações do pré-natal, a manutenção ou aumento das titulações de VDRL maternas e reatividade neonatal sugerem lacunas nas ações educativas e falha no tratamento das parcerias sexuais.

Descritores: Sífilis; Assistência pré-natal; Educação em saúde; Vigilância em Saúde pública; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between prenatal guidance and serological progression in postpartum women with gestational syphilis and syphilis test reactivity in newborns.

Method: A cross-sectional study conducted at a university hospital from November 2023 to August 2024. The sample consisted of 119 postpartum women diagnosed with syphilis during prenatal care, and who received adequate treatment or not. Data were collected using a questionnaire administered to postpartum women and medical records and analyzed using Pearson's chi-square test.

Results: Postpartum women had adequate responses to the guidance received during prenatal care: definition of syphilis (59.7%), transmission (84.9%), treatment (94.1%), maternal/fetal consequences (59.7%), prevention (74.8%), vertical transmission (31.1%), congenital syphilis (53.8%), and diagnostic tests (63.9%). A positive association was found between adequate responses to diagnostic tests and proper treatment ($p=0.035$). Between adequate responses regarding treatment and maintenance or increase in Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) titers ($p=0.030$), and between adequate responses regarding vertical transmission ($p=0.034$) and diagnostic tests ($p=0.039$) with VDRL-reactive newborns at birth. Regarding sexual partners, 52.1% had no record of treatment.

Conclusion: Despite the adequate responses of most postpartum women to prenatal guidance, maintenance, or an increase in maternal VDRL titers and neonatal reactivity, these findings suggest gaps in educational actions and failure in the treatment of sexual partners.

Descriptors: Syphilis; Prenatal Care; Health Education; Public Health Surveillance; Nursing.

^a Hospital Divina Providência. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Unidade de Saúde Glória. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre la orientación recibida durante el control prenatal con la evolución serológica de las puérperas con sífilis gestacional y la reactividad de las pruebas de sífilis en los recién nacidos.

Método: Estudio transversal realizado en un hospital universitario entre noviembre/2023 y agosto/2024. Muestra de 119 puérperas diagnosticadas de sífilis durante el control prenatal y con tratamiento adecuado o no. Datos recogidos mediante instrumento aplicado a puérperas e historias clínicas, analizados mediante test de Pearson.

Resultados: Las puérperas respondieron adecuadamente a las orientaciones recibidas durante el control prenatal: definición de sífilis (59,7%), transmisión (84,9%), tratamiento (94,1%), consecuencias materno/fetales (59,7%), prevención (74,8%), transmisión vertical (31,1%), sífilis congénita (53,8%) y pruebas diagnósticas (63,9%). Hubo una asociación positiva entre las respuestas adecuadas a las pruebas diagnósticas y el tratamiento adecuado ($p=0,035$), entre las respuestas adecuadas al tratamiento y el mantenimiento o aumento del título del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL) ($p=0,030$), entre las respuestas adecuadas respecto a la transmisión vertical ($p=0,034$) y las pruebas diagnósticas ($p=0,039$) con el VDRL reactivo en neonatos al nacer. En cuanto a las parejas sexuales, el 52,1% no tenía registro de tratamiento.

Conclusión: A pesar de que la mayoría de las puérperas respondieron adecuadamente a las orientaciones de cuidados prenatales, el mantenimiento o el aumento de los títulos de VDRL maternos y de la reactividad neonatal sugieren lagunas en las acciones educativas y el fracaso en el tratamiento de las parejas sexuales.

Descriptores: Sífilis; Atención Prenatal; Educación en Salud; Vigilancia en Salud Pública; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo ser adquirida por via sexual, hematogênica ou através da transmissão vertical de mãe para feto. Quando transmitida durante a gestação, pode resultar em Sífilis Congênita (SC), condição que se associa a graves complicações tais como aborto, parto prematuro, óbito fetal, malformações congênitas, sequelas neurológicas e óbito neonatal. A prevenção da SC depende, essencialmente, do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno da gestante e de sua parceria sexual⁽¹⁻²⁾.

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais: treponêmico (Teste Rápido-TR) e não treponêmico (*Venereal Disease Research Laboratory*-VDRL), histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Com isto, é recomendada a realização do TR para sífilis em gestantes em pelo menos três momentos: na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto⁽³⁾. Em caso de resultado reagente, é importante iniciar o tratamento com Penicilina G Benzatina o mais brevemente possível e em até 30 dias antes do parto. Este é o único medicamento comprovadamente seguro e eficaz para tratamento da sífilis em gestantes, por sua capacidade de atravessar a barreira placentária e impedir a proliferação bacteriana intrauterina⁽⁴⁾.

O tratamento materno é considerado adequado a partir da realização completa do esquema de tratamento prescrito e pela queda da titulação em duas diluições do VDRL em até três meses e quatro diluições em até seis meses até a soroconversão (VDRL não reagente), recomendando-se o monitoramento sorológico mensal até o momento do parto. Associado a isso, o tratamento da parceria sexual da gestante também deve ser considerado de extrema importância para interromper a cadeia de transmissão da doença e prevenir a reinfecção materna e a SC. Para isso, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomenda a realização do TR e a oferta de tratamento presuntivo a todas as parcerias sexuais⁽³⁾.

O neonato exposto à sífilis realiza monitoramento sorológico no nascimento e, em caso de VDRL reagente, é indicada a internação hospitalar para tratamento de SC com Penicilina endovenosa no período de 10 dias. Além disso, durante a internação, o neonato é submetido a exames laboratoriais e de imagem, a fim de detectar possíveis alterações precoces decorrentes da infecção, e com posterior seguimento ambulatorial para o monitoramento de possíveis complicações tardias⁽⁵⁾.

Apesar da disponibilidade de TR e tratamento gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS), os indicadores de Sífilis Gestacional (SG) e SC permanecem elevados no Brasil, apontando falhas na cobertura e qualidade da assistência pré-natal. Dados do MS mostram que, em 2023, foram registrados mais de 86 mil casos de SG e mais de 25 mil casos de SC no país. Destaca-se o Rio Grande do Sul, que apresenta taxas superiores à média nacional, sendo o quarto estado brasileiro com maior número de casos de SG e SC⁽⁶⁾. No Brasil, a notificação compulsória da sífilis é uma estratégia essencial para o diagnóstico situacional e o controle da doença⁽³⁾.

Os dados acima reforçam a necessidade de qualificar o cuidado pré-natal como estratégia prioritária de saúde pública a fim de potencializar os processos de vigilância em saúde, monitoramento de agravos e as ações educativas durante o pré-natal. A sífilis, por ser uma condição rastreável, tratável e evitável, torna-se um indicativo da efetividade da vigilância epidemiológica e da capacidade de resposta da Atenção Primária à Saúde (APS). No contexto do SUS, fortalecer ações de prevenção e controle de agravos, como mecanismos de gestão do cuidado, é essencial para assegurar o direito à saúde de forma equânime e resolutiva⁽⁷⁾.

A qualidade da assistência pré-natal é um fator importante para auxiliar na erradicação da sífilis, sendo uma possibilidade de acesso à saúde para a gestante e sua parceria sexual⁽⁸⁻⁹⁾. Neste sentido, as orientações fornecidas durante o pré-natal de maneira abrangente e acessível, centradas na mulher e que envolvam sua parceria sexual, podem melhorar a compreensão da doença, favorecer a adesão ao tratamento, reduzir

reinfeções e gerar melhores desfechos para a gestante e o neonato. Dessa forma, torna-se imperativo que a educação em saúde no pré-natal seja desenvolvida de maneira integral, com foco no cuidado à mulher e à criança⁽¹⁰⁾.

Dentro do escopo de atuação do enfermeiro na assistência pré-natal, a educação em saúde surge como uma ferramenta de cuidado com potencial de influenciar positivamente no sucesso do tratamento da gestante com sífilis. Por meio do vínculo estabelecido, o enfermeiro fornece informações sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção da sífilis de maneira individualizada e especializada⁽¹¹⁾.

Ante o cenário epidemiológico da sífilis e o contexto de saúde atual, é necessário que a educação em saúde seja vista como uma ferramenta assistencial com potencial de empoderar a gestante, tornando-a capaz de tomar decisões seguras e assertivas quanto ao seu diagnóstico e tratamento a partir das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal. Assim, o conhecimento de gestantes e puérperas sobre prevenção da SG e da SC pode contribuir para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Deste modo, este estudo teve como objetivo verificar a associação entre as orientações recebidas no pré-natal com a evolução sorológica de puérperas com sífilis gestacional e reatividade de exame para sífilis em neonatos.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, do tipo analítico, sendo recorte de um projeto matricial, de autoria das pesquisadoras envolvidas no presente estudo, denominado “Fatores de risco para sífilis congênita: acompanhamento pré-natal, hospitalar e ambulatorial da mulher e seu filho do nascimento aos 18 meses de vida”. A pesquisa seguiu as recomendações do *guideline Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹²⁾.

A amostra foi por conveniência, composta por puérperas com diagnóstico e tratamento adequado ou não para sífilis na gestação atual, com registro de realização do pré-natal em prontuário eletrônico ou carteira de gestante, maiores de 18 anos e seu neonato não gemelar. Como critérios de exclusão, foram elencados: puérperas com diagnóstico de sífilis realizado exclusivamente no momento do parto, tratamento para sífilis realizado apenas antes da gestação atual, histórico de transtornos mentais e/ou neurológicos (registrado em prontuário), e que tiveram situação na internação atual de óbito neonatal.

Para o cálculo amostral, foi considerado um estudo que avaliou as barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis em gestantes, segundo

o perfil sociodemográfico, reprodutivo e assistencial em uma metrópole do Nordeste brasileiro⁽¹³⁾. Considerando um nível de confiança de 95%, correlação esperada de 0,5 e amplitude desejada para o intervalo de confiança de 0,3, foi calculado um tamanho amostral de 99 puérperas e seus neonatos, porém a amostra final foi de 119 participantes e seus neonatos.

Os dados foram coletados entre 1º de novembro de 2023 e 31 de agosto de 2024, por um grupo de pesquisadoras previamente treinadas para garantir a padronização da coleta e a dupla digitação do banco de dados. A seleção das puérperas foi realizada por meio da busca diária de casos de sífilis em gestantes, identificados no momento da admissão no Centro Obstétrico (CO) do hospital, no momento do parto.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A primeira consistiu em uma entrevista com as puérperas, realizada presencialmente em ambiente privativo da unidade obstétrica, em qualquer momento da internação após 24 horas do parto, com duração aproximada de até trinta minutos. A segunda etapa envolveu a extração de informações do prontuário eletrônico da puérpera e de seu neonato, bem como da caderneta da gestante.

Utilizou-se um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, com base em revisão da literatura sobre o tema. O instrumento continha perguntas abertas e fechadas, posteriormente categorizadas em banco de dados, e foi estruturado em sete eixos temáticos: (1) informações sociodemográficas (idade, raça/cor, anos de estudo, parceria sexual fixa durante a gestação e renda mensal familiar); (2) histórico obstétrico (número de gestações e abortos, e tipo de parto da gestação atual); (3) qualidade do pré-natal segundo a percepção da puérpera (organização e benefícios do pré-natal); (4) triagem e tratamento da sífilis materna durante o pré-natal (realização de exames diagnósticos, tratamento da gestante, orientações fornecidas sobre sífilis pelos profissionais de saúde no pré-natal e respostas das puérperas sobre as orientações recebidas, realização de ações educativas sobre sífilis no pré-natal); (5) triagem e tratamento da sífilis da parceria sexual no pré-natal (presença nas consultas, realização de exames diagnósticos e tratamento da parceria sexual); (6) internação da mulher para o parto (VDRL no momento do parto); e (7) internação do neonato (resultado do VDRL ao nascimento e indicação de internação para tratamento da SC).

Quanto à organização do pré-natal, foram considerados aspectos relacionados ao acompanhamento, acolhimento na Unidade de Saúde (US), agendamento e tempo de espera das consultas, conforme a percepção individual das puérperas. Para a coleta desses dados, foram utilizadas opções de respostas categorizadas em “ótimo/bom”, “regular”, “ruim/péssimo” e “não soube informar”.

No que se refere às orientações fornecidas sobre sífilis no pré-natal e às respostas das puérperas a essas orientações, considerou-se como “resposta adequada” aquela em que as puérperas, ao responderem de forma livre, faziam menção ao conteúdo estabelecido no Protocolo do MS⁽³⁾, mesmo que expressado em termos leigos, conforme apresentado no Quadro 1.

Em relação ao desfecho materno, foi considerado como “positivo” a queda da titulação do VDRL em pelo menos duas diluições, e como desfecho “negativo” a manutenção ou elevação da titulação do VDRL. Para isso, foi realizada comparação entre exames coletados no pré-natal e na admissão hospitalar para o parto.

Para o desfecho neonatal, foram coletadas informações relacionadas à testagem/resultado do VDRL ao nascimento. Foi considerado desfecho “positivo” quando o neonato apresentou VDRL “não reagente” e desfecho “negativo” quando o neonato apresentou VDRL “reagente”.

Os dados foram tratados por análise descritiva com uso de média e desvio padrão da média, frequência absoluta e relativa. A distribuição normal das variáveis contínuas foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk e, para associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Um $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. O programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 29.0 foi utilizado para as análises.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição - sede do estudo, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 53415321.1.0000.5327 e parecer número 5.336.347. Preceitos éticos em pesquisa, conforme a Resolução N.º 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Lei Geral de Proteção de Dados, foram respeitados.

As participantes foram claramente informadas em relação ao objetivo, possíveis riscos e benefícios do estudo. Após leitura e subsequente assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi iniciada a coleta de dados.

RESULTADOS

O estudo incluiu 119 puérperas e seus respectivos neonatos.

A média de idade das puérperas foi de 26,2 anos (DP=5,2), sendo a maioria autodeclarada branca (49,6%), seguida por preta (33,6%) e parda (16,8%). Em relação à escolaridade, 109 puérperas (91,6%) possuíam até 11 anos de estudo, enquanto 10 (8,4%) tinham mais de 11 anos. Considerando o salário mínimo nacional (BR) de R\$1.412,00 no ano de 2024, 75

(62,9%) puérperas informaram renda mensal de até 2 salários, 41 (34,4%) de 2 a 4 salários e 3 (2,5%) acima de 4 salários. Quanto aos dados obstétricos, 49 (41,2%) puérperas eram primigestas, 96 (80,7%) não tinham histórico de aborto e 68 (57,1%) tiveram parto vaginal na gestação atual.

Em relação às parcerias sexuais, 96 (80,7%) puérperas relataram ter tido uma única parceria durante a gestação atual, sendo que 75 (63,0%) informaram que suas parcerias compareceram às consultas de pré-natal, das quais 38 (50,7%) frequentaram seis ou mais sessões. Além disso, 71 (59,7%) puérperas relataram ter recebido orientação dos profissionais de saúde sobre a participação das parcerias nas consultas de pré-natal.

Dados referentes ao acompanhamento pré-natal, à organização da assistência, conforme a percepção das puérperas, e às orientações relacionadas à sífilis ofertadas durante as consultas estão sistematizados na Tabela 1.

Para 100 (84,0%) puérperas, não houve dificuldade para realização das consultas e afirmaram que, em relação à sífilis, as consultas de pré-natal trouxeram benefícios, destacando-se a oportunidade de tratamento da doença (70;58,8%).

Considerando a realização de atividades educativas sobre a temática da sífilis, além das consultas de pré-natal, 13 (10,9%) puérperas afirmaram sua participação, sendo 7 (53,8%) em grupos de gestantes, 4 (30,8%) em palestras e 2 (15,4%) receberam folhetos informativos.

As puérperas responderam às questões relacionadas com a temática da sífilis quanto às orientações recebidas, cada uma das quais foi analisada como “adequada” ou “não adequada”. Neste contexto, as puérperas responderam adequadamente às seguintes questões: definição de sífilis (71;59,7%), transmissão (101;84,9%), tratamento (112;94,1%), consequências maternas e fetais (71;59,7%), prevenção (89;74,8%), transmissão vertical (37;31,1%); sífilis congênita (64;53,8%) e exames diagnósticos (76;63,9%).

Quanto às respostas consideradas adequadas sobre as consequências da sífilis, tanto maternas quanto fetais, 67 (94,4%) puérperas mencionaram exclusivamente as consequências fetais, 2 (2,8%) referiram-se apenas às consequências maternas, e 2 (2,8%) abordaram tanto as consequências maternas quanto fetais.

O esquema de tratamento adequado até o momento do parto ocorreu para 102 (85,7%) puérperas. Na associação entre as respostas adequadas e tratamento, houve correlação significativa para puérperas que responderam adequadamente sobre os exames diagnósticos ($p=0,035$), sendo que a maioria destas (65;85,5%) realizou tratamento adequado, como demonstrado na Tabela 2.

Quadro 1. Perguntas sobre sífilis realizadas às puérperas e classificação dos tipos de respostas consideradas como adequadas. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024

Perguntas sobre sífilis	Respostas consideradas como adequadas
O que é sífilis?	- Infecção Sexualmente Transmissível (IST) - Uma bactéria
Como a sífilis é transmitida?	- Via sexual; - Via vertical
Como é realizado o tratamento para a sífilis?	- Penicilina; - Medicamento injetável
Quais as consequências da sífilis para gestante e para o bebê?	- Aborto; - Bebê adquirir sífilis; - Lesões ou manchas na pele
Como a sífilis pode ser prevenida?	- Preservativo feminino/masculino
Como a sífilis pode passar para o bebê (transmissão vertical)?	- Via placentária; - Via parto; - Pelo sangue
Quais as consequências da sífilis para o bebê após o nascimento?	- Malformações; - Cegueira; - Problema neurológico; - Problema ósseo; - Lesões na pele; - Surdez; - Prematuridade; - Aborto
Quais os exames para o diagnóstico de sífilis?	- VDRL; - Teste rápido

Fonte: Dados da pesquisa, 2023-2024

Tabela 1. Adesão ao pré-natal, organização do pré-natal e orientações recebidas pelas puérperas com diagnóstico de sífilis durante a gestação (n=119). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024

Variáveis	n*	%
Número de consultas pré-natal		
< 6 consultas	15	12,6
≥ 6 consultas	104	87,4
Início pré-natal		
1º trimestre	97	81,5
2º trimestre	20	16,8
3º trimestre	02	1,7
Local realização pré-natal		
Atenção Primária à Saúde	92	77,3
Hospital e Atenção Primária à Saúde	19	16,0
Consultório Privado	05	4,2
Hospital	03	2,5
Percepção da puérpera quanto à organização do pré-natal		
- acompanhamento pré-natal		
Ótimo/Bom	89	74,8
Regular	21	17,6
Ruim/Péssimo	08	6,7
Não soube informar	01	0,8
- acolhimento na Unidade de Saúde		
Ótimo/Bom	93	78,2
Regular	15	12,6

Tabela 1. Cont.

Variáveis	n*	%
Ruim/Péssimo	10	8,4
Não soube informar	01	0,8
- agendamento das consultas		
Ótimo/Bom	90	75,6
Regular	15	12,6
Ruim/Péssimo	13	10,9
Não soube informar	01	0,8
- tempo de espera para as consultas		
Ótimo/Bom	68	57,1
Regular	26	21,8
Ruim/Péssimo	23	19,3
Não soube informar	02	1,7
Orientações recebidas no pré-natal[†]		
O que é sífilis	79	66,4
Transmissão	102	85,7
Tratamento	112	94,1
Consequências maternas/fetais	71	59,7
Prevenção	92	77,3
Transmissão vertical	38	31,9
Sífilis congênita	64	53,8
Exames diagnósticos	94	79,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2023-2024.

*n=Número

†Questões de escolha múltipla.

Tabela 2. Respostas adequadas das puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação em relação ao tratamento no pré-natal (n=119). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024

Variáveis	n (%) [*]			
	Tratamento pré-natal			p [†]
	Respostas adequadas 119 (100,0)	Tratamento adequado 102(85,7)	Tratamento inadequado 17(14,3)	
O que é sífilis	71 (59,7)	65 (91,5)	06 (8,5)	0,472
Transmissão	101 (84,9)	93 (92,1)	08 (7,9)	0,063
Tratamento	112 (94,1)	100 (89,3)	12 (10,7)	0,361
Consequências maternas/fetais	71 (59,7)	64 (90,1)	07 (9,9)	0,921
Prevenção	89 (74,8)	78 (87,6)	11 (12,4)	0,156
Transmissão vertical	37 (31,1)	33 (89,2)	04 (10,8)	0,860
Sífilis congênita	64 (53,8)	59 (92,2)	05 (7,8)	0,375
Exames diagnósticos	76 (63,9)	65 (85,5)	11 (14,5)	0,035[‡]

Fonte: Dados da pesquisa, 2023-2024.

^{*}n=Número

[†]p=Nível de significância.

[‡]Teste Qui-quadrado de Pearson.

Do total da amostra, apenas 113 puérperas realizaram a coleta de VDRL durante o pré-natal, o que permitiu a comparação com o VDRL coletado no momento da admissão hospitalar. Em relação a esse aspecto, foi identificado desfecho positivo para 45 (39,8%) puérperas, caracterizado pela queda da titulação em pelo menos duas diluições no exame de VDRL, e desfecho negativo para 68 (60,2%) puérperas, caracterizado pela manutenção ou aumento da titulação do VDRL. Considerando a evolução sorológica e as respostas às orientações recebidas durante o pré-natal, entre as puérperas que apresentaram resposta adequada sobre o tratamento (106;93,8%), 60 (56,6%) mantiveram ou aumentaram as titulações de VDRL (p=0,030), conforme mostrado na Tabela 3.

No que se refere aos neonatos, todos os 119 foram submetidos à coleta do exame VDRL ao nascimento, dos quais 84 (70,6%) apresentaram resultado reagente. Em relação às associações entre as respostas das puérperas sobre as orientações recebidas acerca da sífilis e o desfecho neonatal, para as mães que responderam adequadamente

sobre transmissão vertical e exames diagnósticos, o exame de VDRL dos neonatos foi reagente em 83,8% (p=0,034) e 77,6% (p=0,039), respectivamente, sendo indicada internação hospitalar para tratamento da SC. Dados comparativos entre as respostas adequadas das puérperas em relação às orientações sobre sífilis e os desfechos neonatais estão demonstrados na Tabela 4.

Quanto ao esquema de tratamento durante a gestação, para 102 (85,7%) puérperas o tratamento foi iniciado e finalizado antes do parto e para 17 (14,3%) foi iniciado antes do parto e finalizado após ou não finalizado.

A realização de exame diagnóstico da parceria sexual durante a gestação também foi analisada, onde 84 (70,6%) realizaram pelo menos um TR durante o pré-natal; destes, 29 (34,5%) foram reagentes. Das parcerias que não realizaram TR (35;29,4%), 12 (34,3%) tiveram como motivo: exame não solicitado, recusa/falta de interesse e desconhecimento do diagnóstico da parturiente, conforme informado pelas puérperas.

Tabela 3. Relação do desfecho materno com as respostas adequadas das puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação (n=113). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024

Variáveis	n (%) [*]			
	Respostas adequadas	Desfecho materno		
		Positivo [†] 45 (39,8)	Negativo [‡] 68 (60,2)	p [§]
	113 (100)			
O que é sífilis	67(59,3)	34(50,7)	33(49,3)	0,405
Transmissão	96(85,0)	46(47,9)	50(52,1)	0,336
Tratamento	106(93,8)	46(43,4)	60(56,6)	0,030^{**}
Consequências maternas/fetais	69(61,1)	37(53,6)	32(46,4)	0,924
Prevenção	86(76,1)	43(50,0)	43(50,0)	0,130
Transmissão vertical	35(31,0)	16(45,7)	19(54,3)	0,238
Sífilis congênita	63(55,8)	31(49,2)	32(50,8)	0,253
Exames diagnósticos	72(63,7)	39(54,2)	33(45,8)	0,958

Fonte: Dados da pesquisa, 2023-2024.

^{*}n=Número

[†]Desfecho positivo materno corresponde à queda da titulação em pelo menos duas diluições em exame de VDRL.

[‡]Desfecho negativo materno corresponde à manutenção ou aumento da titulação em exame de VDRL.

[§]p=Nível de significância.

^{**}Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4. Relação do desfecho neonatal com as respostas adequadas das puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação (n=119). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024

Variáveis	n (%) [*]			
	Respostas adequadas	Desfecho neonatal		
		Positivo [†] 35(29,4)	Negativo [‡] 84(70,6)	p [§]
	119(100)			
O que é sífilis	71(59,7)	21(29,6)	50(70,4)	0,467
Transmissão	101(84,9)	26(25,7)	75(74,3)	0,094
Tratamento	112(94,1)	34(30,4)	78(69,6)	0,085
Consequências maternas/fetais	71(59,7)	20(28,2)	51(71,8)	0,533

Tabela 4. Cont.

Variáveis	n (%)*			
	Respostas adequadas	Desfecho neonatal		
		119(100)	Positivo [†] 35(29,4)	Negativo [‡] 84(70,6)
Prevenção	89(74,8)	23(25,8)	66(74,2)	0,183
Transmissão vertical	37(31,1)	06(16,2)	31(83,8)	0,034**
Sífilis congênita	64(53,8)	19(29,7)	45(70,3)	0,466
Exames diagnósticos	76(63,9)	17(22,4)	59(77,6)	0,039**

Fonte: Dados da pesquisa, 2023-2024.

*n = Número

[†]Desfecho positivo neonatal corresponde à resultado não reagente em exame de VDRL.

[‡]Desfecho negativo neonatal corresponde à resultado reagente em exame de VDRL.

[§]p = Nível de significância.

**Teste Qui-quadrado de Pearson.

Do total da amostra, 62 (52,1%) parcerias sexuais não realizaram o tratamento para sífilis ou não tiveram registro do mesmo em carteira de pré-natal da puérpera. Destas, para 34 (54,8%) não houve prescrição de tratamento, conforme informado pelas puérperas.

DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a maioria das puérperas avaliou como “ótima/boa” a organização do pré-natal, com adesão a um mínimo de seis consultas, e respondeu adequadamente a vários aspectos relacionados à sífilis, destacando-se um percentual menor de respostas adequadas acerca da transmissão vertical. Em relação às orientações recebidas pelas puérperas durante o pré-natal, observou-se uma associação entre respostas adequadas sobre exames diagnósticos e realização do tratamento para sífilis, com um maior percentual para tratamento adequado. Similarmente, verificou-se associação entre respostas adequadas referentes ao tratamento e manutenção ou elevação das titulações de VDRL no momento da admissão hospitalar para o parto. Além disso, foram observadas associações entre respostas adequadas sobre transmissão vertical e exames diagnósticos com VDRL reagente dos neonatos ao nascimento. Quanto às parcerias sexuais, a maioria participou das consultas de pré-natal, porém não realizou o tratamento ou não teve registro do mesmo na carteira de pré-natal da puérpera.

O perfil sociodemográfico das puérperas avaliadas revelou predominância de jovens autodeclaradas brancas, com até onze anos de estudo e renda familiar mensal de até dois salários mínimos. Entretanto, ao agrupar os dados das puérperas pardas e pretas para fins estatísticos, identificou-se maior vulnerabilidade à SG. Este achado é compatível com outras pesquisas que relacionam a SG, também, à menor renda e escolaridade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde e a compreensão das informações, dificultando a adesão às práticas preventivas e terapêuticas. Tal cenário reforça a necessidade de abordagens direcionadas que considerem as condições socioeconômicas e a realidade social das gestantes para mitigar situações de risco e promover melhores resultados em saúde⁽¹⁶⁾.

A adesão ao pré-natal foi satisfatória, com a maioria das puérperas iniciando o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação e realizando pelo menos seis consultas, conforme recomendado pelo MS⁽¹⁷⁾. As puérperas relataram ausência de dificuldades para realização das consultas e afirmaram que, em relação à sífilis, o pré-natal trouxe benefícios, destacando-se a oportunidade de tratamento da doença, com a maioria realizando tratamento adequado. Ainda, a organização do pré-natal foi considerada como “ótima/boa” em aspectos como acompanhamento, acolhimento, agendamento e tempo de espera para as consultas. Estudo transversal, conduzido em um hospital municipal de Curitiba/Paraná, com 307 puérperas, indicou que a percepção mais positiva do serviço foi associada à maior adesão ao pré-natal.

Segundo os autores, os altos níveis de satisfação das puérperas foram associados a fatores como vínculo com a equipe de saúde, acesso facilitado às informações e estabelecimento de uma relação de confiança entre usuárias e profissionais⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, apesar de a avaliação positiva da organização do pré-natal e os benefícios do acompanhamento terem sido reconhecidos pelas puérperas, a análise das orientações recebidas revelou importantes lacunas. Neste sentido, 33,6% das puérperas não receberam orientações quanto à definição da sua doença, 14,3% acerca das formas de transmissão, 22,7% sobre prevenção, 68,1% no que diz respeito à transmissão vertical, 40,3% em relação às consequências maternas/fetais, 46,2% a respeito da SC e 21,0% referentes aos exames diagnósticos. A ausência dessas orientações pode comprometer a compreensão da doença, dificultar a adesão ao tratamento e reduzir a efetividade das ações preventivas, sobretudo na interrupção da transmissão vertical, limitando o empoderamento das mulheres quanto ao autocuidado e reforçando a necessidade de aconselhamento mais completo e claro durante o pré-natal⁽¹³⁾. É fundamental que gestantes diagnosticadas com sífilis sejam amplamente orientadas a respeito de todos os aspectos da doença, promovendo uma consciência crítica como primeira iniciativa para mudanças na maneira como enfrentam a doença^(3,19).

Em relação às orientações referentes à sífilis, mais da metade das puérperas respondeu adequadamente acerca da definição da doença, transmissão, tratamento, consequências maternas/fetais, prevenção, consequências da SC e exames diagnósticos. Por outro lado, foi observado um percentual inferior de respostas adequadas em relação à transmissão vertical, refletindo uma limitação no conhecimento para transmissão intrauterina.

Ainda, ao analisar as respostas adequadas das puérperas em relação ao tratamento realizado, o presente estudo mostrou uma associação significativa entre exames diagnósticos e tratamento, com ênfase no maior percentual de realização de tratamentos adequados. Tal associação sugere que maior conhecimento sobre exames diagnósticos favorece a adesão ao tratamento e evidencia a relevância de investir em estratégias educativas como ferramenta fundamental para o controle das ISTs. Corroborando os dados apresentados, ensaio clínico randomizado no município de Goiânia/Goiás com 64 puérperas diagnosticadas com sífilis demonstrou que intervenções educativas estruturadas promoveram aumento significativo do conhecimento sobre a doença, suas formas de transmissão e a importância do tratamento completo. Além disso, essas intervenções favoreceram a adesão ao tratamento, reduzindo o risco de transmissão vertical e contribuindo para melhores desfechos maternos e neonatais⁽²⁰⁾.

Por outro lado, os dados também evidenciam que, embora as puérperas tenham apresentado certo domínio em

relação à temática da sífilis - e com a maioria tendo realizado o tratamento de forma adequada - isso não traduziu em desfechos positivos, ou seja, queda na titulação de VDRL da puérpera e VDRL não reagente do neonato. Em relação ao desfecho materno, associação positiva foi encontrada entre respostas adequadas sobre tratamento e aumento ou manutenção da titulação de VDRL materno na admissão para o parto, sugerindo reinfecção ou persistência da infecção. Estudo de coorte realizado no município de Botucatu/São Paulo, com 158 gestantes com diagnóstico de sífilis, evidenciou que a ausência do tratamento concomitante das parcerias sexuais contribui para a reinfecção materna e dificulta o rompimento da cadeia de transmissão vertical da sífilis. Além disso, a falta de ações educativas específicas voltadas para o manejo da infecção, somada ao não envolvimento das parcerias sexuais, agrava esse cenário, comprometendo a eficácia do tratamento e os desfechos maternos e neonatais⁽²¹⁾.

Quanto aos desfechos neonatais, a associação positiva entre respostas adequadas sobre transmissão vertical e exames diagnósticos com VDRL reagente de neonatos ao nascimento indica que, apesar do conhecimento e tratamento adequados, outros fatores contribuem para a manutenção da infecção. Estudo transversal realizado em Rio Branco/Acre, com 92 puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação, apontou associação entre tratamento inadequado ou não realizado por parte da parceria sexual com falha no tratamento da gestante, estando correlacionado ao diagnóstico de SC. Neste mesmo estudo, 58% das parcerias sexuais não aderiram ao tratamento, associando-se a elevados títulos de VDRL nos neonatos, além de manifestações clínicas e laboratoriais⁽²²⁾.

Os dados do presente estudo também revelam falha no tratamento das parcerias sexuais, configurando fragilidade importante no controle da sífilis. Estudo transversal realizado em Itapetinga/Bahia, com 46 gestantes diagnosticadas com sífilis e seus parceiros, identificou diversos fatores que contribuíram para a falha no tratamento das parcerias sexuais, incluindo o desconhecimento da importância do tratamento, indisponibilidade de tempo para realizar a terapia, receio das aplicações injetáveis e incompatibilidade de horários com serviços de saúde⁽²³⁾. Dessa mesma forma, um estudo transversal, conduzido na cidade de Modakeke/Nigéria, que envolveu 414 entrevistados masculinos, reforça a necessidade de estratégias que promovam o engajamento e responsabilização dos parceiros sexuais, promovendo sua participação ativa. O envolvimento do parceiro sexual no pré-natal não apenas fortalece a rede de apoio à gestante, como também amplia a eficácia das ações preventivas e oferece à parceria uma oportunidade valiosa de inserção e cuidado no sistema de saúde⁽²⁴⁾.

A falha no tratamento conjunto da gestante e sua parceria sexual, somada à escassez de ações educativas específicas, pode elevar o risco de reinfecção materna. O presente estudo também evidencia um baixo percentual de realização de atividades educativas relacionadas à sífilis nas US, como palestras, grupos de gestantes ou materiais informativos. A ausência de ações educativas complementares às consultas pode comprometer a efetividade do acompanhamento, limitando o acesso das gestantes a informações essenciais e dificultando a adoção de práticas preventivas eficazes⁽¹⁰⁾. Estudo qualitativo desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde do município de Mossoró/Rio Grande do Norte, com o objetivo de analisar as ações de Educação em Saúde voltadas para gestantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família, revelou que a implementação dessa estratégia contribui para mudanças nos hábitos de vida das mulheres e na forma como enfrentam os desafios do período gestacional⁽¹⁹⁾.

Ainda, os achados reforçam a importância da vigilância em saúde no contexto do SUS, que deve ir além do registro de casos, englobando ações proativas como a identificação de perfis de risco, o fortalecimento da educação permanente das equipes e a intervenção situacional da enfermagem, especialmente na APS. O trabalho da enfermagem, nesse sentido, não se limita ao atendimento individual, mas se expande para o campo da epidemiologia, monitorando padrões locais, conduzindo busca ativa e promovendo respostas rápidas aos agravos de notificação compulsória, como a SG e SC⁽²⁵⁾. Também é importante desenvolver melhores estratégias que incentivem a participação das parcerias sexuais nas consultas de pré-natal⁽²⁶⁾.

Adicionalmente, outro fator que pode ser determinante no controle da sífilis é a vulnerabilidade social das famílias, sendo que a APS deve ser fortalecida para adaptar estratégias preventivas às necessidades específicas de cada comunidade^(16,27). No Brasil, o SUS desempenha um papel central nesse fortalecimento, ao garantir acesso universal à atenção primária e promover ações de prevenção e educação em saúde⁽²⁸⁾.

Os achados do presente estudo contribuem para o entendimento das complexidades atuais relacionadas às estratégias de enfrentamento da sífilis na gestação e no período neonatal, sugerindo a necessidade de evidenciar barreiras assistenciais, fatores de vulnerabilidade e eficácia das intervenções. Diante dessas complexidades e da necessidade de avanços concretos, torna-se ainda mais evidente a urgência de ações coordenadas em níveis nacional e internacional.

Neste cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu metas para eliminação da transmissão vertical da sífilis, incluindo ampliar para mais de 95% a cobertura de gestantes, com pelo menos um teste para sífilis no pré-natal, até 2025, e reduzir a incidência de SC — incluindo natimortos — para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos

vivos até 2030. Alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), essas metas reforçam a necessidade de políticas públicas integradas que articulem ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento efetivo⁽²⁸⁾.

O fortalecimento das estratégias de vigilância e integração da APS com serviços de referência é fundamental para garantir a continuidade do cuidado. A análise dos fluxos assistenciais e a identificação de falhas possibilitam oportunidades de inovação, enquanto o investimento em educação continuada das equipes de saúde assegura a atualização de protocolos e o monitoramento eficaz dos indicadores de sífilis⁽²⁷⁾.

Considerando tais aspectos, a enfermagem deve atuar como elo entre os pontos de atenção, promovendo ações educativas, registros eficientes e orientações claras e acessíveis acerca da sífilis, além de capacitar profissionais para uma comunicação eficaz com as gestantes e suas parcerias sexuais, utilizando metodologias ativas, como simulações e discussões de casos, para melhorar a abordagem no pré-natal⁽²⁵⁾.

No âmbito das práticas assistenciais no pré-natal, os enfermeiros atuam desde a triagem até a prevenção da transmissão vertical, realizando TR, solicitando exames laboratoriais e prescrevendo tratamento para sífilis, conforme protocolo definido pelo MS, como também promovem ações de educação em saúde pertinentes e individualizadas⁽²⁵⁾. A SG exige um olhar atento e acolhedor por parte dos profissionais às gestantes por envolver não somente fatores assistenciais e programáticos, mas também aspectos socioeconômicos, culturais, educacionais e de suporte social⁽²⁹⁾. Quando o pré-natal é conduzido de maneira adequada, com diagnóstico precoce, tratamento efetivo, educação em saúde, busca ativa de gestantes e inclusão das parcerias sexuais nas consultas, surge um ambiente propício para a redução significativa do número de casos de sífilis⁽⁸⁻⁹⁾.

Por fim, cabe ressaltar que a amostra foi por conveniência, o que limita a generalização dos resultados para a população em geral, restringindo a aplicabilidade dos achados a contextos ou grupos semelhantes à amostra estudada. Além disso, os dados referentes ao pré-natal foram coletados com puérperas após 24 horas do parto, o que pode introduzir viés de memória, afetando a precisão das informações fornecidas. Por outro lado, destaca-se que os dados foram coletados por equipe devidamente treinada e comprometida com a segurança das informações.

Recomenda-se a realização de estudos longitudinais em futuras pesquisas para investigar os fatores que dificultam a redução das titulações de VDRL nas puérperas, os quais impactam na necessidade de intervenções terapêuticas nos neonatos, além de identificar estratégias mais eficazes de comunicação e integração entre as redes do SUS.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que, apesar da adesão ao pré-natal e da realização adequada do tratamento da sífilis pela maioria das puérperas, persistem lacunas nas orientações recebidas, especialmente sobre transmissão vertical, SC e exames diagnósticos. Essas lacunas foram evidenciadas pela manutenção ou aumento das titulações de VDRL nas puérperas e pela reatividade nos exames neonatais, indicando que o conhecimento adquirido no pré-natal nem sempre se traduz em desfechos sorológicos favoráveis. A baixa adesão ao tratamento das parcerias sexuais, somada a fatores de vulnerabilidade socioeconômica, como desigualdade racial, baixa escolaridade e renda familiar mensal limitada, favorece a reinfecção materna e a continuidade da transmissão vertical. Estratégias educativas mais abrangentes, engajamento das parcerias sexuais e integração da APS com serviços de referência são essenciais para reduzir a transmissão vertical e melhorar desfechos maternos e neonatais, contribuindo para a eliminação da SG e SC.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (U.S.). Division of STD Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2020: national overview [Internet]. Atlanta: CDC; 2022[cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/125947>
- Ekselius L, Gerdin B, Vahlquist A. The syphilis pandemic prior to penicillin: origin, health issues, cultural representation and ethical challenges. *Acta Derm Venereol*. 2024;104:adv34879. <https://doi.org/10.2340/actadv.v104.34879>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
- Ubals M, Nadal-Baron P, Arando M, Rivero A, Mendoza A, Jorro VD, et al. Oral linezolid compared with benzathine penicillin G for treatment of early syphilis in adults (Trep-AB Study) in Spain: a prospective, open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*. 2024;S1473-3099(23)00683-7. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00683-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00683-7)
- Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbock DCDN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(spe1):e2020597. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 24]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/boletim_sifilis_2024_br.pdf?sfvrsn=23b07dc2_1
- Ramos Jr AN. Persistence of syphilis as a challenge for the Brazilian public health: the solution is to strengthen SUS in defense of democracy and life. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(5):ePT069022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT069022>
- Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health*. 2023;28(6):442-453. <https://doi.org/10.1111/tmi.13881>
- Silva CPV, Rocha RSM, Silva PO, Silva QF, Oliveira ES, Francisco MTR, et al. Prenatal care in the prevention of congenital syphilis: an integrative review. *Glob Acad Nurs*. 2022;3(Sup.1):e237. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200237>
- Corrêa AT, Mata NDSS, Calandrini TS, Pantoja VJ, Medeiros GG, Menezes RAO, et al. Sífilis na gestação: relevância das informações para a educação em saúde de gestantes e seus parceiros. *Enferm Foco*. 2024;15(Supl 2):128-35. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202416SUPL2>
- Reis EMC, Mendes SS, Calheiros CAP, Silva SA, Silveira CA, Freitas PS. Prenatal care provided by nurses to pregnant women with syphilis: potential and challenges for preventing congenital syphilis. *Rev Eletr Enferm*. 2024;26:77062. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.77062>
- Equator Network. Declaração de Fortalecimento da Notificação de Estudos Observacionais em Epidemiologia (STROBE): diretrizes para relatar estudos observacionais [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
- Macêdo VC, Lima MG, Andrade RF, Santos VS, Oliveira SV, Miranda AE, et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(4):e395. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>
- Dias SL, Lages DS, Maciel ICL, Lana FCF. Analysis of the occurrence of gestational syphilis in a municipality of the Metropolitan Region of Belo Horizonte from 2011 to 2021. *Rev Enferm UFJF*. 2025;11(1). <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2025.v11.46430>
- Teixeira Neto FC, Santana JS. A Sífilis em gestantes e congênicas no estado do Tocantins: perfil epidemiológico e prevalência. *Bol Epidemiol Paul*. 2024;21:e40880. <https://doi.org/10.57148/bepa.2024.v.21.40880>
- França ISX, Basílio EEF, Aragão JDS, Magalhães IMO, Pereira ADBR, Coura AS. Programmatic vulnerability to STI/AIDS in primary health care: a habitus permeated by symbolic violence. *Cogitare Enferm*. 2021;26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.74976>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 2012[cited 2024 Mar 5]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Paula M, Höfelmann DA. Quality assessment of prenatal and puerperium care. *Einstein*. 2023;21:eA00094. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023A00094
- Silva NM, Queiroz TDR, Silva AB, Silva JV, Nascimento EGC. Educação em Saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2022;21(2):203-10. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.46713>
- Lima MGR, Bahia JC, Oliveira FS, Vieira FVM, Cavalcante AMRZ, Matos MA, et al. Educational intervention improves knowledge and adherence to treatment amongst puerperal women with syphilis: randomized clinical trial. *Int J STD AIDS*. 2023;34(13):969-77. <https://doi.org/10.1177/09564624231188750>
- Almeida AS, Andrade J, Fermiano R, Jamas MT, Carvalhoes MABL, Parada CMGL. Syphilis in pregnancy, factors associated with congenital syphilis and newborn conditions at birth. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200423. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0423>

22. Pastro DOT, Farias BP, Garcia OAG, Gambichler BS, Meneguetti DUO, Silva RSU. Prenatal quality and clinical condition of newborns exposed to syphilis. *J Hum Growth Dev.* 2019;29(2):249-256. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9429>
23. Fernandes LPMR, Oliveira CNT, Brito BB, Freire de Melo F, Souza CL, Oliveira MV. Prevalence and factors associated with non-adherence to therapy among partners of pregnant women with syphilis in a city of northeastern Brazil. *World J Obstet Gynecol* 2022;11(3):20-32. <https://doi.org/10.5317/wjog.v11.i3.20>
24. Akinyemi AO, Ibrahim EA. Prevalence and predictors of men's involvement in pregnancy care in Modakeke, Southwest Nigeria. *Front Glob Women's Health.* 2024;5:1337094. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1337094>
25. Oliveira DR, Santos EKA, Backes MTS, Delzियो CR, Aued GK, Santos DG, et al. Nurses' performance in congenital syphilis prevention and discussion spaces. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20230012. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0296en>
26. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida, Divisão da Atenção Primária em Saúde. Boletim Epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul da Saúde do Homem [Internet]. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS; 2024[cited 2024 Mar 5]. Available from: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202411/26143809-boletim-epidemiologico-do-estado-do-rio-grande-do-sul-saude-do-homem-talita-donatti.pdf>
27. Souza KOC, Fracoli LA, Ribeiro CJN, Menezes AF, Silva GM, Santos AD. Quality of basic health care and social vulnerability: a spatial analysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0407>
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Aug 8] Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf/view>
29. Esposti C, Lima M, Barros M, Travassos C, Pinheiro RS. Social and geographical inequalities in the performance of prenatal care in a metropolitan area of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(5):1735-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>

■ Disponibilidade de dados e material:

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Agradecimentos:

O presente estudo foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Brasil, processo 407280/2021-9.

■ Contribuição de autoria:

Conceitualização: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron.

Curadoria de dados: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron, Michele Finger Chaves, Luísa Lopes Agostinho, Edite Porciúncula Ribeiro, Helga Geremias Gouveia.

Análise formal: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron.

Aquisição de financiamento: Márcia Koja Breigeiron, Helga Geremias Gouveia.

Pesquisa: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron, Michele Finger Chaves.

Metodologia: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron, Michele Finger Chaves, Luísa Lopes Agostinho, Edite Porciúncula Ribeiro, Helga Geremias Gouveia.

Administração de projeto: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron.

Disponibilização de ferramentas: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron, Michele Finger Chaves.

Supervisão: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron.

Redação do manuscrito original: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron, Michele Finger Chaves.

Redação - revisão e edição: Izabella Rodrigues Rosa, Márcia Koja Breigeiron, Michele Finger Chaves, Helga Geremias Gouveia.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Márcia Koja Breigeiron
E-mail: mbreigeiron@gmail.com

Recebido: 06.01.2025

Aprovado: 09.01.2025

Editor associado:

Bruna Hinnah Borges Martins
de Freitas

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

