

Migração, vulnerabilidade e sífilis congênita na saúde materno-infantil: um estudo transversal no Brasil

Migration, vulnerability, and congenital syphilis in maternal and child health: A cross-sectional study in Brazil

Migración, vulnerabilidad y sífilis congénita en la salud materno infantil: un estudio transversal en Brasil

Priscila Campos de Matos Lacerda^{1,2}, Marco Aurélio Pereira Horta²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011141P

RESUMO Objetivou-se avaliar como desigualdades sociodemográficas e assistenciais impactam a condução da sífilis congênita em maternidade pública de fronteira no extremo Norte do Brasil, considerando a migração venezuelana. Estudo observacional, transversal e analítico com 235 fichas de notificação extraídas do banco de dados da maternidade pública de referência de Roraima, entre janeiro e dezembro de 2023. Compararam-se gestantes brasileiras e migrantes venezuelanas quanto a variáveis sociodemográficas, clínicas e de atenção, aplicando testes estatísticos (qui-quadrado ou exato de Fisher para proporções; Mann-Whitney para variáveis contínuas sem normalidade). Das fichas, 39,1% referiam-se a migrantes, que apresentaram menor escolaridade e inserção ocupacional. A cobertura de pré-natal e triagem foi inferior entre migrantes: realização de VDRL no pré-natal 37,0% vs 58,0% ($p=0,002$) e testes treponêmicos 65,2% vs 79,7% ($p=0,02$), considerando venezuelanas e brasileiras, respectivamente; o diagnóstico tardio foi mais frequente entre migrantes (42,4% vs 27,3%; $p=0,02$). O tratamento adequado foi baixo em ambos os grupos (10,9% vs 14%; $p=0,49$). Na avaliação neonatal, observaram-se lacunas de seguimento clínico e terapêutico, independentemente da nacionalidade materna. Conclui-se que a condição migratória agrava iniquidades e barreiras de acesso, exigindo ações intersetoriais que ampliem o pré-natal oportuno, fortaleçam a vigilância e promovam cuidado culturalmente sensível em regiões de fronteira.

PALAVRAS-CHAVE Sífilis congênita. Migração humana. Cuidado pré-natal. Acessibilidade aos serviços de saúde. Emigrantes e imigrantes.

ABSTRACT This study aimed to evaluate how sociodemographic and care-related inequalities affect the management of congenital syphilis in a public maternity hospital in Brazil's far-north border region, considering Venezuelan migration as a contextual factor. We conducted an observational, cross-sectional, analytical study using 235 congenital syphilis notification forms extracted from the database of the state referral maternity hospital in Roraima, Brazil, between January and December 2023. Brazilian and Venezuelan migrant pregnant women were compared across sociodemographic, clinical, and care variables, applying statistical tests (chi-square or Fisher's exact for proportions; Mann-Whitney for non-normally distributed continuous variables). Migrants accounted for 39.1% of cases and had lower schooling and labor-market participation. Prenatal care coverage and screening were lower among migrants: prenatal VDRL testing 37.0% vs 58.0% ($p=0.002$) and treponemal tests 65.2% vs 79.7% ($p=0.02$), considering Venezuelan and Brazilian women, respectively; late diagnosis was more frequent among migrants (42.4% vs 27.3%; $p=0.02$). Adequate treatment was low in both groups (10.9% vs 14%; $p=0.49$). Neonatal assessment revealed gaps in clinical and therapeutic follow-up regardless of maternal nationality. Venezuelan migration exacerbates pre-existing inequities and access barriers, undermining the management of gestational and congenital syphilis. Intersectoral actions are needed to expand timely prenatal care, strengthen surveillance, and promote culturally responsive care in border settings.

KEYWORDS Congenital syphilis. Human migration. Prenatal care. Health services accessibility. Emigrants and immigrants.

RESUMEN El objetivo fue evaluar cómo las desigualdades sociodemográficas y de acceso a la atención médica impactan el manejo de la sífilis congénita en un hospital materno-infantil público en la frontera del extremo norte de Brasil, considerando la migración venezolana. Este fue un estudio observacional, transversal y analítico que utilizó 235 formularios de notificación extraídos de la base de datos del hospital materno-infantil público de referencia en Roraima, entre enero y diciembre de 2023. Se compararon mujeres embarazadas brasileñas y migrantes venezolanas con respecto a variables sociodemográficas, clínicas y de acceso a la atención médica, aplicando pruebas estadísticas (prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para proporciones; prueba de Mann-Whitney para variables continuas sin normalidad). De los formularios, el 39,1% correspondía a migrantes, quienes presentaban menor nivel educativo e inserción laboral. La cobertura de atención prenatal y cribado fue menor entre las migrantes: la prueba VDRL durante la atención prenatal fue del 37,0% frente al 58,0% ($p=0,002$) y la prueba treponémica fue del 65,2% frente al 79,7% ($p=0,02$), considerando a las mujeres venezolanas y brasileñas, respectivamente; el diagnóstico tardío fue más frecuente entre las migrantes (42,4% frente al 27,3%; $p=0,02$). El tratamiento adecuado fue bajo en ambos grupos (10,9% frente al 14%; $p=0,49$). La evaluación neonatal reveló deficiencias en el seguimiento clínico y terapéutico, independientemente de la nacionalidad materna. Se concluye que la condición migratoria exacerba las inequidades y las barreras de acceso, lo que requiere acciones intersectoriales que amplíen la atención prenatal oportuna, fortalezcan la vigilancia y promuevan una atención culturalmente sensible en las regiones fronterizas.

PALABRAS CLAVE Sífilis congénita. Migración humana. Atención prenatal. Accesibilidad a los servicios de salud. Emigrantes e inmigrantes.

¹Universidade Federal de Roraima (UFRR) - Boa Vista (RR), Brasil.
primatoslacerda3@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

A noção de vulnerabilidade em saúde amplia a compreensão do processo saúde-doença ao considerar os determinantes sociais, culturais e individuais que condicionam o adoecimento, indo além da visão biomédica tradicional. Nesse contexto, agravos como as sífilis gestacional e congênita ganham relevância epidemiológica ao refletirem iniquidades estruturais e lacunas persistentes nas políticas públicas de prevenção e cuidado, sobretudo entre populações em maior risco^{1,2}.

A sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, evolui em fases clínicas distintas – primária, secundária, latente e terciária – e pode ser transmitida por via sexual ou vertical; esta última, embora amplamente evitável, persiste como um desafio de saúde pública. A triagem sorológica, especialmente com o teste VDRL, no primeiro e terceiro trimestres da gestação e no momento do parto, é fundamental para o diagnóstico oportuno. Diretrizes internacionais reforçam a importância dessa triagem ampliada como ferramenta essencial para interromper a cadeia de transmissão vertical^{3,4}.

Evidências científicas recentes demonstram que a presença da infecção durante a gestação pode elevar em até 4,5 vezes o risco de desfechos perinatais adversos, como aborto espontâneo, prematuridade, natimortalidade e morte neonatal^{5,6}. O tratamento oportuno da gestante, aliado à abordagem adequada das parcerias sexuais, figura entre as estratégias mais eficazes na prevenção desses agravos^{5,6}. Ainda assim, estima-se que menos de 10% dos cerca de dois milhões de casos anuais de sífilis gestacional no mundo sejam efetivamente diagnosticados e tratados, segundo a Organização Mundial da Saúde¹.

A região das Américas concentra aproximadamente 25% dessa carga global, evidenciando falhas nos sistemas de vigilância, rastreamento e atenção à saúde da mulher, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade⁷. No Brasil, a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, sendo seu

monitoramento considerado um marcador sensível da qualidade da atenção pré-natal. Em 2022, a taxa nacional de detecção de sífilis em gestantes atingiu 34 casos por mil nascidos vivos, enquanto a incidência de sífilis congênita chegou a 9,9 por mil nascidos vivos⁸.

A situação é particularmente preocupante no estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela, e registrou, em 2021, uma taxa de transmissão vertical estimada em 45,9%, refletindo fragilidades estruturais regionais e desafios impostos por intensos fluxos migratórios, bem como pela descontinuidade do cuidado pré-natal⁷⁻⁹. Esse cenário se agrava com a intensificação da migração venezuelana desde 2014, impulsionada por uma prolongada crise política, econômica e humanitária no país. O deslocamento forçado, além de interromper o acompanhamento pré-natal no país de origem, também compromete a continuidade do cuidado no território brasileiro, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da sífilis gestacional, o que potencializa o risco de transmissão vertical¹⁰.

Adicionalmente, estudos recentes demonstram que barreiras linguísticas, culturais e institucionais – particularmente vivenciadas por gestantes migrantes – impactam negativamente a qualidade do pré-natal. Investigação¹¹ conduzida em unidades da atenção primária em Boa Vista revelou que a ausência de estratégias de acolhimento culturalmente sensível prejudica o vínculo e compromete a adesão ao cuidado. Tais barreiras, associadas a desigualdades estruturais como pobreza, discriminação e fragilidade documental, acentuam as dificuldades de acesso à atenção materno-infantil e exigem respostas integradas, equitativas e humanizadas¹².

Assim, diante da sobreposição de vulnerabilidades estruturais e contextuais, este estudo tem como objetivo avaliar como desigualdades sociodemográficas e assistenciais impactam a condução dos casos de sífilis congênita em uma maternidade pública de referência localizada na região fronteiriça de Roraima. Ao considerar a condição migratória como uma

variável contextual de análise, a investigação busca contribuir para a compreensão dos entres que interferem no diagnóstico oportuno, no tratamento adequado e na integralidade do cuidado materno-infantil em cenários de fronteira, propondo evidências que subsidiem políticas públicas mais equitativas e culturalmente sensíveis.

Material e métodos

Local do estudo

O estudo foi conduzido no município de Boa Vista, capital do estado de Roraima, localizado na região Norte do Brasil, inserido na Amazônia Legal. Trata-se da capital brasileira mais ao Norte e a única situada integralmente acima da linha do Equador. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Boa Vista, em 2023, era de 413.486 habitantes. No mesmo ano, Roraima apresentou o maior crescimento populacional do País (12,58%), impulsionado pela intensa migração de cidadãos venezuelanos^{13,14}.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) é a principal maternidade pública do estado, sendo referência em atenção materno-infantil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Após reforma estrutural, a unidade passou a contar com 294 leitos de enfermaria, 68 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e cinco leitos de UTI Materna, distribuídos em 13 blocos e três anexos. O hospital atende gestantes de todos os municípios de Roraima, além de usuárias provenientes de países vizinhos, como Venezuela e Guiana Inglesa, incluindo populações indígenas.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico realizado a partir da análise documental de fichas de notificação de sífilis

congênita e sífilis em gestantes, preenchidas ao longo do ano de 2023 pela equipe da Seção de Vigilância Epidemiológica do HMINSN. Esses formulários, padronizados pelo Ministério da Saúde e preenchidos por profissionais da rede pública, serviram de base para os registros encaminhados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). As fichas foram obtidas diretamente do acervo físico do Departamento de Vigilância Epidemiológica do hospital.

Amostragem

Foram, inicialmente, recuperadas 248 fichas de notificação de sífilis congênita registradas no HMINSN, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2023. Após triagem, 13 formulários foram excluídos: nove por incompletude ou ilegitimidade, que inviabilizaram a análise, e quatro por corresponderem a casos de cicatriz sorológica materna, conforme classificação técnica da vigilância epidemiológica. Dessa forma, foram analisadas 235 fichas de notificação válidas para casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes.

Os critérios de inclusão contemplaram todos os casos notificados no período e que apresentavam informações suficientes para o rastreamento e a vinculação dos dados da mãe e do recém-nascido. Foram excluídas fichas duplicadas, ilegíveis, incompletas ou classificadas como cicatriz sorológica materna após o cruzamento de informações. A definição de caso de sífilis congênita precoce seguiu os critérios do Ministério da Saúde: (i) recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente; (ii) recém-nascido com sinais clínicos, alterações líquóricas ou radiológicas compatíveis com sífilis congênita; ou (iii) títulos de testes não treponêmicos superiores aos da mãe em pelo menos duas diluições, com coleta simultânea no parto.

Vale destacar que, embora tenham sido analisadas 235 fichas, a composição da amostra variou conforme a etapa analítica. Para a

estimativa da prevalência, foram considerados apenas 193 casos classificados como nascidos vivos, conforme os critérios do Ministério da Saúde para cálculo da taxa por mil nascimentos; casos de aborto ou natimortos foram excluídos dessa base denominadora. De forma semelhante, as análises de variáveis neonatais limitaram-se aos recém-nascidos vivos, por se tratarem de indicadores não aplicáveis às perdas fetais.

Variáveis do estudo

Como todas as fichas analisadas se referiam a casos confirmados de sífilis congênita, não foi possível definir uma variável-desfecho no sentido tradicional. Assim, o estudo concentrou-se na análise de variáveis principais de interesse, relacionadas ao perfil materno, ao momento do diagnóstico, ao tratamento instituído, às condutas adotadas na atenção ao recém-nascido e à presença de sinais clínicos neonatais, considerados desfechos secundários neste estudo. Entre essas variáveis, a nacionalidade da gestante foi considerada central para a análise, dada sua relevância no contexto de fluxos migratórios intensos na região.

Desde 2017, a Superintendência Municipal de Vigilância em Saúde de Boa Vista orienta o preenchimento obrigatório desse campo nas fichas de notificação¹⁵; quando essa informação não estava disponível, recorreu-se ao setor de estatística hospitalar, utilizando o nome da mãe como critério de identificação. Essa estratégia permitiu distinguir os casos de sífilis congênita entre gestantes brasileiras e venezuelanas, contornando uma limitação metodológica recorrente na literatura e possibilitando uma análise mais precisa do impacto da condição migratória sobre o cuidado materno-infantil.

Análise estatística

Os dados foram organizados em um banco estruturado no Microsoft Excel e analisados com o auxílio do *software* Statistical Package

for the Social Sciences (SPSS), versão 30.0. Realizou-se análise descritiva, com cálculo de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e de mediana e intervalo interquartil (IIQ) para a variável contínua 'idade materna', dada a sua distribuição não normal. A normalidade dessa variável foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$). Para a comparação entre grupos segundo a nacionalidade, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para a variável contínua e o teste do qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Por se tratar de um estudo censitário, que incluiu todas as fichas de notificação válidas registradas no período de interesse, não foi realizado cálculo de tamanho amostral. Quanto aos dados ausentes (*missing data*), optou-se pela exclusão dos registros com informações incompletas para as variáveis analisadas em cada etapa, sem a aplicação de técnicas de imputação. O número final de observações consideradas foi especificado nas respectivas tabelas de resultados.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, conforme os preceitos da Resolução nº 466/2012¹⁶ do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação foi registrada sob o número de protocolo CAAE: 75143823.1.0000.5302. Parecer: 6.540.020.

Resultados

A incidência estimada de sífilis congênita em Boa Vista, no ano de 2023, foi de 16,4 casos por 1.000 nascidos vivos (IC95%: 14,2–18,9), valor calculado a partir das fichas de notificação arquivadas no HMINSN e referentes, exclusivamente, a nascidos vivos. No período, foram identificadas 248 notificações, das quais, 235 foram consideradas elegíveis para análise após

a exclusão de nove por incompletude ou ilegitimidade e quatro por corresponderem a casos classificados como cicatriz sorológica materna.

Variáveis sociodemográficas das gestantes

Das 235 fichas de notificação de sífilis congênita analisadas, 143 (60,9%) referiam-se a gestantes brasileiras, e 92 (39,1%) a venezuelanas. A variável idade materna apresentou distribuição assimétrica em ambos os grupos, sendo comparada pelo teste de Mann-Whitney. A mediana foi de 23 anos (IIQ: 20–27) entre as brasileiras, e de 24 anos (IIQ: 20–28) entre as venezuelanas. A diferença entre as distribuições não foi estatisticamente significativa ($p = 0,50$), sugerindo perfis etários semelhantes entre os grupos.

A análise das variáveis sociodemográficas revelou disparidades significativas associadas à nacionalidade das gestantes atendidas. No que se refere à inserção no mercado de trabalho, apenas 30 mulheres (12,8%) relataram exercer atividade remunerada, com proporção significativamente maior entre brasileiras ($n = 25$; 17,5%) do que entre venezuelanas ($n = 5$; 5,4%) ($p = 0,01$), evidenciando maior vulnerabilidade econômica entre as migrantes.

Com relação à escolaridade, observou-se predominância do ensino médio (completo ou incompleto) em ambos os grupos (57%), embora essa proporção tenha sido maior entre brasileiras (61,6%) do que entre venezuelanas (50,0%). Por outro lado, o ensino fundamental foi mais prevalente entre as migrantes (37,0%) em comparação às brasileiras (19,8%). O ensino superior teve baixa representatividade na amostra, sendo relatado por nove gestantes (3,9%), das quais, oito eram brasileiras. Apenas três mulheres (1,3%) não possuíam qualquer instrução formal, e 11,1% das fichas apresentavam dados ignorados. A distribuição da escolaridade diferiu significativamente entre os grupos ($p = 0,01$), refletindo desigualdades no acesso à educação formal.

Quanto à raça/cor da pele, a maioria das gestantes se autodeclarou parda ($n = 218$; 92,8%), com distribuição semelhante entre brasileiras (91,6%) e venezuelanas (94,6%). As categorias branca, preta e indígena foram minoritárias e apresentaram variação discreta entre os grupos. A comparação entre as distribuições não revelou associação estatisticamente significativa com a nacionalidade ($p = 0,42$), indicando perfil étnico-racial semelhante entre as populações analisadas. Os dados completos estão apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição das variáveis categóricas socioeconômicas das gestantes de casos de sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 ($n = 235$)

Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total n (%)	Brasileira (n = 143) n (%)	Venezuelana (n = 92) n (%)	
Ocupação com remuneração				0,01^a
Não	205 (87,2)	118 (82,5)	87 (94,6)	
Sim	30 (12,8)	25 (17,5)	5 (5,4)	
Escolaridade da gestante				0,01^a
Sem instrução	3 (1,3)	2 (1,4)	1 (1,1)	
Ensino Fundamental Completo ou Incompleto	63 (26,8)	29 (19,8)	34 (37)	
Ensino Médio Completo ou Incompleto	134 (57)	88 (61,6)	46 (50)	
Ensino Superior Completo ou Incompleto	9 (3,9)	8 (5,6)	1 (1,1)	
Ignorado	26 (11,1)	16 (11,2)	10 (10,9)	

Tabela 1. Distribuição das variáveis categóricas socioeconômicas das gestantes de casos de sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 235)

Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total n (%)	Brasileira (n = 143) n (%)	Venezuelana (n = 92) n (%)	
Raça da gestante				0,42¹
Branca	5 (2,1)	2 (1,4)	3 (3,3)	
Preta	2 (0,9)	1 (0,7)	1 (1,1)	
Indígena	9 (3,8)	8 (5,6)	1 (1,1)	
Parda	218 (92,8)	131 (91,6)	87 (94,6)	
Ignorada	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Variáveis clínico-epidemiológicas maternas

A *tabela 2* compara variáveis clínico-epidemiológicas maternas segundo a nacionalidade, evidenciando disparidades significativas no acesso ao pré-natal, na cobertura sorológica e no manejo terapêutico. A maioria das gestantes realizou acompanhamento pré-natal (84,3%), com cobertura superior entre brasileiras (88,8%) em relação às venezuelanas (77,2%) ($p = 0,02$). Quanto ao número de consultas, 41,7% das mulheres compareceram de 0 a 3 vezes, padrão mais frequente entre migrantes (57,6%) do que entre brasileiras (31,4%). Em contraste, 35,0% das brasileiras realizaram mais de seis consultas, frente a apenas 13,1% das venezuelanas ($p < 0,001$), revelando menor adesão ao acompanhamento entre migrantes.

A cobertura sorológica também foi inferior entre gestantes venezuelanas. Apenas 49,8% das gestantes realizaram o VDRL durante o pré-natal, sendo essa proporção maior entre brasileiras (58,0%) do que entre venezuelanas (37,0%) ($p = 0,002$). O teste treponêmico foi registrado em 74,0% dos casos, com maior frequência entre brasileiras (79,7%) do que entre

venezuelanas (65,2%) ($p = 0,02$). O diagnóstico da sífilis ocorreu, majoritariamente, durante o pré-natal (66,4%), sendo mais comum entre brasileiras (72,0%) em comparação às migrantes (57,6%). A diferença no momento do diagnóstico entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p = 0,02$), sugerindo que a identificação tardia da infecção, no parto ou após, é mais frequente entre migrantes.

Com relação ao tratamento, 56,2% das gestantes receberam prescrição terapêutica durante o pré-natal, com maior proporção entre brasileiras (61,5%) do que entre venezuelanas (47,8%) ($p = 0,002$). A prescrição para o parceiro sexual ocorreu em apenas 22,6% dos casos, sendo inferior entre as migrantes, embora sem diferença estatística significativa ($p = 0,07$). Apenas 12,8% das mulheres foram classificadas como tendo recebido tratamento adequado segundo os critérios do Ministério da Saúde, sem diferença significativa entre brasileiras (14,0%) e venezuelanas (10,9%) ($p = 0,49$). Esses achados apontam falhas persistentes na linha de cuidado, inclusive entre gestantes que acessaram os serviços de saúde.

Tabela 2. Distribuição das variáveis categóricas clínico-epidemiológicas das gestantes de casos de sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 235)

Variáveis Clínico-Epidemiológicas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n=235) (%)	Brasileiro (n = 143) n (%)	Venezuelano (n = 92) n (%)	
Realizou pré-natal				0,02¹
Sim	198 (84,3)	127 (88,8)	71 (77,2)	
Não	37 (15,7)	16 (11,2)	21 (22,8)	
Número de consultas				<0,001¹
0 a 3 consultas	98 (41,7)	45 (31,4)	53 (57,6)	
4 a 6 consultas	46 (19,6)	30 (21)	16 (17,4)	
Mais de 6 consultas	62 (26,4)	50 (35)	12 (13,1)	
Ignorado	29 (12,3)	18 (12,6)	11 (12)	
Fez VDRL no pré-natal				0,002¹
Sim	117 (49,8)	83 (58)	34 (37)	
Não	118 (50,2)	60 (42)	58 (63)	
Fez teste treponêmico no pré-natal				0,02¹
Sim	174 (74)	114 (79,7)	60 (65,2)	
Não	61 (26)	29 (20,3)	32 (34,8)	
Momento do diagnóstico de sífilis gestacional				0,02¹
Durante o pré-natal	156 (66,4)	103 (72,0)	53 (57,6)	
No momento do parto/curetagem	71 (30,2)	38 (26,6)	33 (35,9)	
Após o parto	7 (3)	1 (0,7)	6 (6,5)	
Ignorado	1 (0,4)	1 (0,7)	0 (0)	
Tratamento prescrito à gestante no pré-natal				0,043¹
Sim	132 (56,2)	88 (61,5)	44 (47,8)	
Não	103 (43,8)	55 (38,5)	48 (52,2)	
Tratamento prescrito ao parceiro no pré-natal concomitantemente				0,07¹
Sim	53 (22,6)	38 (26,6)	15 (16,3)	
Não	182 (77,4)	105 (73,4)	77 (83,7)	
Tratamento adequado realizado na gestante				0,49¹
Sim	30 (12,8)	20 (14)	10 (10,9)	
Não	205 (87,2)	123 (86)	82 (89,1)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Variáveis clínico-epidemiológicas dos recém-nascidos

A *tabela 3* apresenta os desfechos gestacionais registrados nos 235 casos notificados de sífilis congênita, segundo a nacionalidade materna. A maioria das gestações evoluiu para nascidos

vivos (n = 193; 82,1%), sendo essa proporção discretamente maior entre gestantes brasileiras (n = 122; 85,3%) do que entre venezuelanas (n = 71; 77,2%). Foram registrados 29 casos de aborto (12,3%), com distribuição relativamente equilibrada entre os grupos (11,2% nas brasileiras e 14,3% nas venezuelanas). Ocorreram,

ainda, seis natimortos (2,6%), igualmente distribuídos entre brasileiras e venezuelanas (três em cada grupo). Identificaram-se seis óbitos neonatais atribuídos à sífilis congênita (2,6% do total), com maior frequência proporcional entre os recém-nascidos de mães venezuelanas (4,4%) em comparação às brasileiras (1,4%). Adicionalmente, foi registrado um óbito

por outra causa (n = 1; 0,4%), classificado no grupo de gestantes venezuelanas para fins de fechamento da variável evolução. Apesar das variações observadas nos desfechos perinatais, as diferenças entre os grupos não alcançaram significância estatística (p = 0,39), indicando padrão global semelhante de evolução gestacional entre brasileiras e venezuelanas.

Tabela 3. Distribuição da variável categórica ‘evolução’ dos recém-nascidos notificados por sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 235)

Evolução dos Casos Notificados	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n=235) (%)	Brasileira (n = 143) n (%)	Venezuelana (n = 92) n (%)	
Evolução				0,39¹
Nascidos vivos	193 (82,1)	122 (85,3)	71 (77,2)	
Aborto	29 (12,3)	16 (11,2)	13 (14,3)	
Natimorto	6 (2,6)	3 (2,1)	3 (3,3)	
Óbitos por sífilis congênita	6 (2,6)	2 (1,4)	4 (4,4)	
Óbito por outra causa	1 (0,4)	0 (0)	1 (1,1)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Variáveis clínicas e laboratoriais dos recém-nascidos vivos com sífilis congênita

A avaliação clínica e laboratorial dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita revelou que a maioria foi submetida ao exame VDRL em sangue periférico (n = 174; 90,2%), com proporções semelhantes entre filhos de gestantes brasileiras (89,3%) e venezuelanas (91,5%) (p = 0,81). A punção lombar foi realizada em apenas 12,4% dos casos, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p = 0,76), o que pode refletir lacunas na investigação neurológica. Entre os poucos submetidos à punção, apenas um recém-nascido (0,5%) – filho de mãe venezuelana – apresentou VDRL reagente no líquido. A maioria dos

prontuários, contudo, foi classificada como ‘não realizado’ ou ‘ignorado’ (87,6%), dificultando a avaliação conclusiva da neurosífilis. De forma semelhante, alterações bioquímicas no líquido foram raras (1,6%), observadas exclusivamente entre recém-nascidos de mães brasileiras (p = 0,67). Radiografias de ossos longos foram solicitadas para 45,0% dos casos, com achados sugestivos de sífilis congênita em apenas três neonatos (1,6%), todos filhos de brasileiras, sem diferença significativa entre os grupos (p = 0,32). O baixo número de exames realizados ou registrados pode indicar falhas na abordagem diagnóstica sistemática. Do ponto de vista clínico, a maioria dos recém-nascidos foi considerada assintomática (77,2%), com distribuição equilibrada entre brasileiros e venezuelanos. A manifestação

clínica mais comum foi a icterícia (19,6%), seguida de sinais como anemia, hidrocefalia, hepatomegalia e descamação palmo-plantar, todos com baixa frequência (< 2%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos maternos quanto à apresentação clínica ($p = 0,35$).

Com relação ao tratamento instituído, a penicilina G cristalina foi o esquema terapêutico mais utilizado (75,6%), com distribuição semelhante entre os grupos analisados; a penicilina

G benzatina foi empregada em 8,8% dos casos. Vale destacar que 22 neonatos (11,4%) não receberam nenhum tipo de tratamento, o que representa uma falha grave na linha de cuidado, embora a diferença entre grupos não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,48$). Esses achados estão detalhados na *tabela 4* e revelam importantes lacunas na investigação diagnóstica e no tratamento adequado dos recém-nascidos com sífilis congênita, independentemente da nacionalidade materna.

Tabela 4. Distribuição das variáveis categóricas clínico-epidemiológicas dos recém-nascidos vivos notificados por sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 193)

Variáveis Clínico-Epidemiológicas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n = 193) (%)	Brasileira (n = 122) n (%)	Venezuelana (n = 71) n (%)	
Realizou VDRL no sangue				0,81¹
Sim	174 (90,2)	109 (89,3)	65 (91,5)	
Não	19 (9,8)	13 (10,7)	6 (8,5)	
Realizou punção lombar				0,76¹
Sim	24 (12,4)	14 (11,5)	10 (14,1)	
Não/ignorado	169 (87,6)	108 (88,5)	61 (85,9)	
VDRL no líquido				0,41¹
Reagente	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,4)	
Não reagente	23 (11,9)	14 (11,5)	9 (12,7)	
Não realizado/ignorado	169 (87,6)	108 (88,5)	61 (85,9)	
Alteração bioquímica no líquido				0,67¹
Sim	3 (1,6)	3 (2,5)	0 (0,0)	
Não ou não realizado	190 (98,4)	119 (97,5)	71 (100,0)	
Realizou Rx de ossos longos				0,45¹
Sim	87 (45)	58 (47,5)	29 (40,8)	
Não	106 (55)	64 (52,5)	42 (59,2)	
Alteração(ões) de Rx de ossos longos				0,32¹
Sim	3 (1,6)	3 (2,5)	0 (0)	
Não	84 (43,5)	55 (45,1)	29 (40,8)	
Não realizado	106 (55)	64 (52,5)	42 (59,2)	
Sinais e sintomas clínicos				0,35¹
Assintomático	149 (77,2)	94 (77)	55 (77,5)	
Icterícia	38 (19,6)	26 (21,3)	12 (16,9)	
Anemia	3 (1,6)	1 (0,8)	2 (2,8)	
Hidrocefalia	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,4)	
Hepatomegalia	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,4)	

Tabela 4. Distribuição das variáveis categóricas clínico-epidemiológicas dos recém-nascidos vivos notificados por sífilis congênita no HMINSN, segundo nacionalidade. Boa Vista/RR, 2023 (n = 193)

Variáveis Clínico-Epidemiológicas	Nacionalidade das Gestantes			p-valor
	Total (n = 193) (%)	Brasileira (n = 122) n (%)	Venezuelana (n = 71) n (%)	
Descamação palmo-plantar	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	
Tratamento realizado no RN				0,48¹
Penicilina G Cristalina	146 (75,6)	93 (76,2)	53 (74,6)	
Penicilina G Benzatina	17 (8,8)	9 (7,4)	8 (11,3)	
Penicilina G Procaína	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	
Outros esquemas	7 (3,6)	3 (2,5)	4 (5,6)	
Tratamento não realizado	22 (11,4)	16 (13,1)	6 (8,5)	

Fonte: elaboração própria.

¹ p-valor obtido a partir do Teste Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates.

Discussão

Os achados deste estudo revelam um quadro persistente e alarmante de sífilis congênita em Roraima, evidenciando não apenas falhas pontuais na assistência pré-natal, mas limitações estruturais nos mecanismos de vigilância em saúde. A concentração de casos entre gestantes migrantes venezuelanas ilustra a incapacidade das políticas atuais de responder de forma equitativa às demandas impostas pelo contexto da migração forçada. Tal cenário, mais do que um reflexo da crise humanitária na Venezuela, expõe as fragilidades de um sistema de saúde que, mesmo amparado pelos princípios universais do SUS, não tem conseguido garantir acesso oportuno e resolutivo em territórios de fronteira.

A incidência estimada de 16,4 casos por 1.000 nascidos vivos em Boa Vista, em 2023, é quase o dobro da média nacional no mesmo período (9,9/1.000 nascidos vivos)⁸, e sugere um problema que ultrapassa a esfera clínica, alcançando dimensões sociais e institucionais. Embora a análise tenha se restringido a nascidos vivos, a magnitude do agravo tende a ser subestimada, uma vez que não incorpora natimortos e abortos espontâneos

relacionados à infecção materna¹⁷. Essa limitação da própria vigilância, já apontada em outros estudos, reforça a hipótese de que a carga real da doença seja significativamente maior do que a captada pelas notificações oficiais.

As disparidades identificadas entre gestantes migrantes e brasileiras – especialmente baixa escolaridade, ausência de renda, precariedade habitacional e barreiras linguísticas – não podem ser compreendidas apenas como variáveis contextuais, mas como determinantes estruturais que perpetuam a exclusão dessas mulheres do sistema de saúde¹⁸⁻²⁰. A menor cobertura pré-natal, o número reduzido de consultas e a baixa adesão a exames laboratoriais demonstram que, na prática, o SUS tem funcionado de forma seletiva e desigual, mesmo em serviços oficialmente abertos a todos. Nesse sentido, os achados convergem com evidências nacionais de que a migração acentua iniquidades já existentes no cuidado materno-infantil²¹⁻²⁷.

A elevada proporção de gestantes sem VDRL ou teste treponêmico durante a gestação é particularmente preocupante. Ambos os exames são de baixo custo, disponíveis na atenção básica e de execução

obrigatória no pré-natal, de acordo com protocolos nacionais e internacionais. Sua ausência, portanto, não decorre de barreiras tecnológicas, mas de falhas institucionais que refletem desorganização da linha de cuidado e negligência no cumprimento de diretrizes estabelecidas^{16,17}. Mais do que uma lacuna operacional, esse dado traduz a violação de direitos sanitários básicos e a perpetuação de um padrão de diagnóstico tardio, frequentemente realizado apenas no parto^{28,29}.

Embora falhas também tenham sido observadas entre gestantes brasileiras, os efeitos adversos recaem de maneira desproporcional sobre as migrantes, evidenciando um processo de iniquidade institucionalizada. A baixa adesão às recomendações do algoritmo diagnóstico reverso do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) demonstra que a distância entre norma e prática continua sendo um obstáculo central para o controle da sífilis congênita. Tal contradição – diretrizes bem definidas versus execução precária – compromete a efetividade das ações preventivas e reforça a necessidade de estratégias de monitoramento e responsabilização dos serviços.

No plano terapêutico, as diferenças identificadas na prescrição de tratamento para gestantes venezuelanas durante o pré-natal, em comparação com as brasileiras, evidenciam uma dimensão de desigualdade que vai além do acesso inicial ao cuidado. Embora ambas compartilhem a mesma rede pública de assistência, as migrantes foram menos frequentemente tratadas conforme o preconizado, revelando falhas de equidade na oferta de um cuidado que deveria ser universal. Mais preocupante, contudo, é constatar que, em ambos os grupos, a proporção de gestantes que receberam tratamento adequado e de parceiros tratados foi alarmantemente baixa. Esse dado não pode ser interpretado apenas como uma deficiência operacional, mas como reflexo de um sistema que falha em assegurar a integralidade do cuidado. Outros estudos nacionais

corroboram esses resultados, mostrando que, mesmo após o diagnóstico de sífilis gestacional, o acesso à terapêutica adequada continua a ser um desafio concreto e recorrente^{30,31}. A ausência do tratamento em dupla perpetua o risco de reinfecção, reduz a efetividade da intervenção e compromete diretamente o controle da transmissão vertical, configurando um fracasso coletivo da rede de atenção.

Na esfera neonatal, embora os desfechos clínicos tenham sido semelhantes entre os grupos, as falhas na condução diagnóstica imediata após o parto expõem a fragilidade da linha de cuidado. A não realização de exames essenciais, como punção lombar e radiografia de ossos longos, compromete a estratificação adequada dos casos e induz ao uso empírico e, por vezes, prolongado de esquemas terapêuticos como a penicilina G cristalina³²⁻³⁵. Esse padrão revela uma prática clínica defensiva e despadronizada que sobrecarrega a infraestrutura hospitalar e expõe recém-nascidos a riscos adicionais, ao mesmo tempo que mascara a real magnitude da doença.

Algumas limitações metodológicas devem ser reconhecidas, mas também merecem ser interpretadas criticamente. A identificação da nacionalidade das gestantes mostrou-se um desafio, dada a ausência de padronização nos registros oficiais, o que revela não apenas uma limitação técnica, mas a negligência do sistema em registrar informações fundamentais para a vigilância em saúde em territórios de fronteira. A heterogeneidade na formação e na experiência dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas pode ter comprometido a qualidade dos dados, com potenciais vieses decorrentes da subnotificação de sinais clínicos neonatais e de inconsistências em campos descritivos. Estratégias como critérios rigorosos de inclusão, verificação cruzada das informações e exclusão de registros inconsistentes foram adotadas para mitigar esses riscos, mas o problema estrutural permanece: a fragilidade dos sistemas de informação reflete a falta de prioridade dada ao monitoramento qualificado desse agravo. Ademais,

a ausência de variáveis como tempo de residência no Brasil, status documental, grau de integração ao sistema de saúde e fluência no idioma limita a compreensão aprofundada dos determinantes migratórios. Considera-se, ainda, que o recorte amostral centrado em uma única maternidade restringe a generalização dos achados. Entretanto, o fato de a unidade analisada concentrar a maior parte da demanda obstétrica da região confere ao estudo alta relevância epidemiológica.

Apesar dessas limitações, os resultados apresentados fornecem evidências concretas e críticas para a formulação de políticas públicas de saúde materno-infantil em contextos de fronteira. A complexidade dos fluxos migratórios e a sobreposição de vulnerabilidades demandam respostas institucionais que não sejam apenas normativas, mas efetivas e sensíveis às especificidades territoriais. A sífilis congênita, nesse cenário, emerge não apenas como marcador de falhas assistenciais, mas como expressão de uma crise social, ética e estrutural. Sua persistência sinaliza a incapacidade do sistema de transformar diretrizes em práticas resolutivas e evidencia a urgência de estratégias institucionais que superem respostas fragmentadas e considerem a equidade como eixo central do cuidado.

Conclusões

A elevada incidência de sífilis congênita em Roraima, particularmente, entre gestantes migrantes, evidencia a persistência de falhas estruturais na assistência pré-natal e na linha de cuidado materno-infantil. Os resultados reforçam que, em regiões de fronteira, a resposta institucional permanece insuficiente diante da sobreposição de vulnerabilidades sociais e barreiras de acesso. Mais do que protocolos, o enfrentamento desse agravo exige compromisso político, investimento em infraestrutura e estratégias voltadas à equidade, capazes de transformar diretrizes em práticas resolutivas e assegurar, de forma efetiva, o direito à saúde de todas as gestantes e seus filhos.

Contribuições de autoria

Lacerda PCM (0000-0009-0158-657X)* contribuiu para a concepção e o desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. Horta MAP (0000-0003-4117-5379)* contribuiu para o desenho do estudo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pan American Health Organization; World Health Organization. Guidance for the elimination of syphilis and congenital syphilis in the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2024 [acesso em 2025 nov 15]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-elimination-syphilis-and-congenital-syphilis-americas>
2. Florêncio RS, Moreira TMM. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE00353. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for syphilis infection in pregnancy [Internet]. Washington, DC: ACOG; 2024 [acesso em 2025 nov 15]. Disponível em: <https://www.acog.org>
4. US Preventive Services Task Force, Silverstein M, Wong JB, et al. Screening for syphilis infection in pregnancy: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2025;333(22):2006-2012. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2025.5009>
5. Gao L, Li K, Zhou X, et al. Maternal syphilis and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;160(3):594-604. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14503>
6. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(3):217-26. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.107623>
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminación de la transmisión materno-infantil de infecciones [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2021 [acesso em 2025 nov 15] Disponível em: <https://www.paho.org>
8. Ministério da Saúde (BR). Sífilis. Boletim Epidemiol MS [Internet]. 2024 [acesso em 2025 nov 15];(Esp):1-59. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2024.pdf>
9. Secretaria de Estado da Saúde (RR). Doenças negligenciadas no estado de Roraima, 2018-2023 [Internet]. Boa Vista: SESA; 2024 [acesso em 2026 jan 25]. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/relatoriodoencas-negligenciadasroraima_2018-2023.pdf
10. Triani A, Silveira LC, Santos TM, et al. Fragmentação do cuidado pré-natal em gestantes migrantes na Amazônia: desafios à eliminação da sífilis congênita. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(2):e00009822. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009822>
11. Costa ABO, Silva GF, Silva PS. Práticas assistenciais de acolhimento à puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde. In: Pereira RSF, Passinho RS, organizadores. *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade.* Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. p. 49-57. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c06>
12. Pescarini JM, Rocha JV, Barros AJD, et al. Perinatal health outcomes of international migrant women in Brazil: language barriers, discrimination, and access to antenatal care. *Travel Med Infect Dis.* 2024;57:102672. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102672>
13. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ©2017. Panorama Roraima censo 2022. [acesso em 2026 abr 6]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=14>
14. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ©2017. Panorama Roraima censo 2022 – Domicílios. [acesso em 2026 abr 6]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=14&tema=2>
15. Roraima. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. Nota Técnica nº 03/2017. Boa Vista: SMSA; 2017.

16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção 1:59.
17. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [2022]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2022 ago 3 – [acesso em 2026 abr 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022-isbn-1.pdf>
18. Organização Pan-Americana da Saúde. ETMI Plus: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017 [acesso em 2026 jan 25]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstreams/07cdbc9-6422-4b4a-be07-ae5784e87991/download>
19. Portela B, Carneiro Júnior N, Bastos S, et al. Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal de mulheres migrantes internacionais e brasileiras. Periplos [Internet]. 2024 [acesso 2025 nov 15];8(1):41-58. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/48546/39052
20. Rodrigues CB, Thomaz EBAF, Batista RFL, et al. Prenatal care and human rights: addressing gaps between medical and legal frameworks in Brazil. PLoS One. 2023;18(2):e0281581. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>
21. Cabieses B, Hill PS, Oyeyemi-Oleha F, et al. Impact of stigma on healthcare access for migrant populations. Lancet Reg Health Am. 2024;22:100620. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100620>
22. Leal MC, Carvalho TDG, Santos YRP, et al. Migration of Venezuelan women to Brazil: living conditions and health service use. BMC Public Health. 2024;24:1051. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18021-3>
23. Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, et al. Maternal health among Venezuelan migrants at the Brazilian border. BMC Public Health. 2020;20:1771. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09880-3>
24. Zaman M, McCann V, Friesen S, et al. Experiences of pregnant Venezuelan migrants in Latin America. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24:157. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06341-2>
25. Supimpa LS, Souza SRRK, Prandini NR, et al. Immigrant women's experience of labor and birth. Rev Esc Enferm USP. 2024;57:e20220444. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444>
26. Zarth MD, Fernández PA, Baggio MA, et al. Cross-cultural nursing care for immigrant women. Rev Gaucha Enferm. 2024;45:e20230161. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161>
27. Cavalcante Neto AS, Oliveira MAC, Egry EY. Vulnerability of Venezuelan immigrants in Boa Vista. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230074. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0074>
28. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines. MMWR [Internet]. 2021;70(4):1-192. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
29. Uchôa TLDA, Araújo EDC, Silva RAR, et al. Determinants of gestational syphilis in the Brazilian Amazon. Front Public Health. 2022;10:930150. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.930150>
30. Freitas CHSM, Silva J, Santos M, et al. Inequalities in access to HIV and syphilis testing in prenatal care in Brazil. Cad Saúde Pública. 2019;35(6):e00170918. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170918>
31. Oliveira GL, Azevedo LJ, Marcelino ICS, et al. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy. Lancet Reg Health Am. 2023;13:100362. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100362>
32. Costa IB, Pimenta IDSF, Aiquoc KM, et al. Congenital syphilis in Brazil: an ecological study. PLoS One.

2024;19(6):e0306120. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306120>

33. Pires CP, Mareto LK, Medeiros MJ, et al. Associated factors and management of gestational and congenital syphilis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2024;66:e21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202466021>

34. American Academy of Pediatrics. Syphilis in pregnancy: fetal and neonatal complications. *NeoReviews*. 2024;25(6):e375-e389. DOI: <https://doi.org/10.1542/neo.25-6-e375>

35. Villarreal D, Lewis K, Cielo M, et al. Congenital syphilis at Los Angeles General Medical Center. *Open Forum Infect Dis*. 2025;12(Supl 1):ofae631.1556. DOI: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae631.1556>

Recebido em 16/06/2025

Aprovado em 22/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente. O estudo utilizou fichas de notificação compulsória de sífilis congênita, que contêm informações sensíveis e sigilosas, não passíveis de divulgação pública por razões éticas e legais

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - e-mail: maurasobreira@ufrn.br