



PUERICULTURA E SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS OU NOTIFICADAS COM A SÍFILIS CONGÊNITA

Fábio Alves Oliveira¹ 

Maria Alix Leite Araújo¹ 

Valéria Lima de Barros² 

Marilene Alves Oliveira Guanabara³ 

Léa Dias Pimentel Gomes Vasconcelos⁴ 

Maria Vilani de Matos Sena⁵ 

¹Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, Ceará, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Picos, Piauí, Brasil.

³Universidade de Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁵Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a puericultura e o seguimento de crianças expostas ou notificadas com sífilis congênita na atenção primária em saúde.

Método: estudo descritivo realizado em Fortaleza, Ceará cuja população foi composta por crianças expostas à sífilis ou notificadas com a sífilis congênita nos anos de 2017 e 2018. Os dados foram coletados nas fichas de notificação e nos prontuários das crianças. Foram analisadas variáveis sociodemográficas da mãe e da puericultura da criança. Para isso, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

Resultados: participaram do estudo 715 crianças. A idade das mães variou de 14 a 42 anos, tinham até o ensino fundamental completo 436 (61%), parceiro fixo ou eventual 276 (38,6%), atividade remunerada 97 (13,6%) e fazia uso de drogas 23 (3,2%). Frequentaram o pré-natal 712 (99,6%) e foram tratadas para sífilis, 134 (18,7%). Em relação às crianças, 50 (7,0%) receberam somente uma consulta de puericultura e observa-se perda considerável no seguimento ao longo dos meses. Dez (1,4%) completaram o quantitativo de oito consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. Nenhuma criança fez o *Venereal Disease Research Laboratory* de um, três, seis, 12 e 18 meses.

Conclusão: a puericultura e o seguimento de crianças expostas à sífilis ou notificadas com a sífilis congênita não atendem às diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde. Há importante perda de seguimento das crianças.

DESCRITORES: Sífilis. Sífilis Congênita. Notificação de doenças. Puericultura. Atenção primária à saúde.

COMO CITAR: Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL, Guanabara MAO, Vasconcelos LDPG, Sena MVM. Puericultura e seguimento de crianças expostas à sífilis ou notificadas com a sífilis congênita. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20220318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0318pt>

CHILDCARE AND FOLLOW-UP OF CHILDREN EXPOSED TO SYPHILIS OR NOTIFIED WITH CONGENITAL SYPHILIS

ABSTRACT

Objective: to analyze childcare and follow-up of children exposed to or notified with congenital syphilis in Primary Health Care.

Method: a descriptive study carried out in Fortaleza, Ceará, whose population was made up of children exposed to syphilis or notified with congenital syphilis in 2017 and 2018. The data were collected from notification forms and the children's medical records. Sociodemographic variables of the mother and childcare were analyzed. For this purpose, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22, was used.

Results: a total of 715 children took part in the study. The mothers' age varied from 14 to 42 years old, 436 (61%) had Complete Elementary School, 276 (38.6%) had a steady or occasional partner, 97 (13.6%) had a paid job and 23 (3.2%) used drugs. A total of 712 (99.6%) attended prenatal care and 134 (18.7%) were treated for syphilis. In relation to the children, 50 (7.0%) attended only one childcare consultation and a considerable loss was observed in follow-up over the months. Ten (1.4%) completed all eight consultations recommended by the Ministry of Health. No child underwent the Venereal Disease Research Laboratory at one, three, six, 12 and 18 months.

Conclusion: childcare and follow-up of children exposed to syphilis or notified with congenital syphilis do not meet the guidelines recommended by the Ministry of Health. There is a significant follow-up loss among the children.

DESCRIPTORS: Syphilis. Congenital Syphilis. Disease notification. Childcare. Primary Health Care.

PUERICULTURA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS EXPUESTOS A SÍFILIS O NOTIFICADOS CON SÍFILIS CONGÊNITA

RESUMEN

Objetivo: analizar la puericultura y el seguimiento de niños expuestos a sífilis o notificados con sífilis congénita en Atención Primaria de la Salud.

Método: estudio descriptivo realizado en Fortaleza, Ceará, cuya población estuvo conformada por niños expuestos a sífilis o notificados con sífilis congénita en 2017 y 2018. Los datos se recolectaron de los formularios de notificación y de las historias clínicas de los niños. Se analizaron variables sociodemográficas de las madres y de la puericultura de los niños. Para tal fin se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 22.

Resultados: un total de 15 niños participaron en el estudio. La edad de las madres varió entre 14 y 42 años, 436 (61%) tenían escuela primaria completa como nivel de estudio máximo, 276 (38,6%) tenían pareja estable o eventual, 97 (13,6%) poseían alguna actividad remunerada y 23 (3,2%) consumían drogas. Un total de 712 (99,6%) acudió a las consultas prenatales y 134 (18,7%) recibieron tratamiento para la sífilis. En relación con los niños, 50 (7,0%) solo acudieron a una consulta de puericultura y se observó una considerable pérdida en el seguimiento a lo largo de los meses. Diez (1,4%) completaron las ocho consultas recomendadas por el Ministerio de Salud y ningún niño se sometió al *Venereal Disease Research Laboratory* de uno, tres, seis, 12 y 18 meses.

Conclusión: la puericultura y el seguimiento de niños expuestos a sífilis o notificados con sífilis congénita no cumplen con las directrices recomendadas por el Ministerio de Salud; además, se registra una importante pérdida en seguimiento de los niños.

DESCRIPTORES: Sífilis. Sífilis Congénita. Notificación de enfermedades. Puericultura. Atención Primaria de la Salud.

INTRODUÇÃO

A sífilis adquirida se configura como um problema de saúde pública importante, especialmente na população feminina, pobre e que vive nas periferias das grandes cidades¹⁻²; e a falta de controle da infecção na população tem contribuído para o aumento da sífilis congênita³. A sífilis quando transmitida da gestante infectada para o conceito pode ter como desfecho a sífilis congênita, que causa consequências graves para o bebê^{4,5,6}.

A despeito de todos os esforços empreendidos por órgãos nacionais e internacionais responsáveis pelas políticas de saúde na tentativa de controlar a sífilis congênita, observam-se, ainda, dados preocupantes no Brasil^{3,7-8}, demonstrando dificuldade para a sua prevenção e controle. No Ceará (CE), especialmente em Fortaleza, dados apontam que não houve avanço na redução desse indicador⁹⁻¹⁰.

No Brasil, de 1999 a junho de 2022, foram notificados 293.339 casos de sífilis congênita em crianças menores de um ano; e, somente no ano de 2021, a taxa de incidência foi de 9,9 casos por mil nascidos vivos. Entre os anos de 2020 e 2021, houve um acréscimo de 14,6% na taxa de incidência, com maior aumento na Região Norte, seguida da Região Nordeste⁹. No Ceará, de 1º de janeiro a 22 setembro de 2022, foram notificados 1.122 casos com uma taxa de incidência de 16,8 casos por mil nascidos vivos¹¹, bem superior à média nacional⁹.

Com vistas ao acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que todas recebam acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e frequentem um calendário mínimo de consultas de puericultura até o sexto ano de vida. O intervalo entre as consultas é variável e deve ser mais frequente nos primeiros dois anos. Considera também que o seguimento desse calendário pode ser um dos indicadores da qualidade da atenção prestada à criança no nível dos serviços de APS¹².

No que diz respeito à sífilis congênita, todas as crianças cujas mães foram diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal devem receber consultas ambulatoriais na rotina da puericultura acrescidas de avaliações laboratoriais com teste não treponêmico com um, três, seis, 12 e 18 meses de vida. Ademais, devem passar por avaliações oftalmológica, audiológica e neurológica nos primeiros dois anos de vida¹³. Algumas crianças podem não apresentar sinais e sintomas ao nascer¹⁴, vindo a desenvolvê-los posteriormente¹⁵.

Destaca-se o papel fundamental da APS no processo de seguimento das crianças com sífilis congênita, pois é nesse nível de atenção que rotineiramente as mães costumam levá-las para puericultura. Portanto, este estudo tem por objetivo analisar a puericultura e o seguimento de crianças expostas ou notificadas com sífilis congênita na atenção primária em saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, quantitativo descritivo que analisou a puericultura de crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita, na APS em Fortaleza, estado do Ceará. O município tem uma população de mais de 2,5 milhões de habitantes. Na saúde, ele adota o modelo de gestão plena com serviços em diferentes níveis de complexidade. Na APS, os serviços são ofertados por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por 116 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura de 48% da população. O município recomenda as mesmas diretrizes do MS para acompanhamento das crianças na puericultura, bem como para o seguimento daquelas expostas à sífilis ou com sífilis congênita^{13,16}.

A população do estudo foi composta por crianças expostas à sífilis ou notificadas com a sífilis congênita nos anos de 2017 e 2018. Os critérios de inclusão foram: crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita nascidas no município de Fortaleza e que tinham registro de

comparecimento a pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem nas unidades de APS. Foram excluídos os natimortos e as crianças nascidas em Fortaleza, porém residentes em outros municípios. Os dados foram coletados nas fichas de notificação de sífilis congênita e no *Fastmedic*[®], prontuário eletrônico que permite o acesso on-line ao acompanhamento dos pacientes.

Por meio do histórico de tratamento da mãe, a criança pode ser diagnosticada com sífilis congênita ou classificada como exposta à sífilis¹³. Crianças filhas de mães adequadamente tratadas e que, ao nascer, não apresentam alterações clínicas nem nos exames laboratoriais são consideradas expostas e não devem ser notificadas como casos de sífilis congênita. Entretanto, independentemente do diagnóstico de sífilis congênita ou de criança exposta, todas devem receber consultas ambulatoriais até os dois anos de idade, considerando que muitas nascem assintomáticas e posteriormente podem desenvolver sinais e sintomas. A classificação de criança exposta ocorreu no final do ano de 2018, e esses casos não são de notificação obrigatória. Portanto, nesse referido ano, todas as crianças cujas mães tiveram sífilis na gestação ainda foram notificadas com sífilis congênita.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2019 a fevereiro 2020. Para tanto, realizou-se, inicialmente, no Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan), o levantamento das fichas de notificação de sífilis congênita de todas as crianças nascidas nos anos de 2017 e 2018. De posse das fichas, procedeu-se à busca dos casos no *Fastmedic*[®]. Empregou-se um formulário para a coleta dos dados, elaborado com base em material do MS¹³.

A identificação das crianças no prontuário eletrônico se deu mediante o nome completo e data de nascimento da mãe. Nos casos em que essa identificação não foi possível, efetuou-se a busca pelo cruzamento do nome da mãe com cada letra do alfabeto visando identificar a criança. Quando se coloca a letra do alfabeto no sistema, automaticamente aparece o nome de todas as crianças que iniciam com a letra informada. Então, ela é localizada pelo nome da mãe e data de nascimento constantes na ficha de notificação.

As variáveis maternas coletadas foram: idade (em anos); escolaridade (ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio e ensino superior completo e incompleto); situação conjugal; exercício de atividade remunerada; uso de drogas ilícitas; realização de pré-natal (sim e não) e número de consultas de pré-natal; tratamento materno adequado (sim e não); número de abortos espontâneos; realização, resultado e titulação do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) durante o pré-natal. Foram consideradas adequadamente tratadas as gestantes que receberam três doses de penicilina benzatina, sendo 2,4 milhões UI a cada dose, totalizando 7,2 milhões UI¹³.

Em relação à puericultura e manifestações clínicas da sífilis congênita, considerou-se: número de consultas de puericultura, idade da criança na primeira consulta, mês de vida na realização do VDRL, local do atendimento (se somente na APS, ou APS e em ambulatórios de serviços de referência), se recebeu visita da equipe da ESF. As manifestações clínicas da sífilis congênita analisadas foram: prematuridade, classificada como “sim” para crianças nascidas com idade gestacional inferior a 37 semanas ou “não” para aquelas nascidas com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas; baixo peso ao nascer (classificado como “sim” quando peso inferior a 2.500 gramas), se foram internadas, outras alterações clínicas sugestivas de sífilis congênita (classificadas como hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, icterícia com nível de fototerapia, rinite serossanguinolenta e pseudoparalisia dos membros)¹³.

Foram apresentados em quadros dados dos atendimentos das crianças que compareceram as oito consultas de puericultura (Quadro 1) e do seguimento daquelas que nasceram com idade gestacional \leq a 37 semanas e com peso \leq 2.500g (Quadro 2). O objetivo foi apresentar informações mais aprofundadas acerca do cumprimento das recomendações do MS para avaliação da sífilis congênita e dados daquelas que apresentaram, ao nascer, sinais e sintomas. Foram incluídas as

Quadro 1 – Características e dados do atendimento das crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita que compareceram às oito consultas de puericultura. Fortaleza, CE, Brasil, 2017-2018. (n=13)

| RN* | Mãe tratada | Idade gestacional ≥ 37 semanas | Peso ao nascer | Realizou VDRL† 1 mês | Resultado VDRL† 1 mês | Realizou VDRL‡3,6,12, 18 meses | Apresentou sinais e sintomas de SC‡ | Consultada em ambulatório de serviço de referência | Realizou radiog.§ de ossos longos | Avaliação oftalmológica | Avaliação do líquido | Recebeu visita da ESF |
|-----|-------------|--------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1 | Sim | Não | 2.570 | Sim | Ignorado | Não | Sim | Sim | Sim | Não | Não | Sim |
| 2 | Sim | Não | 3.440 | Não | - | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| 3 | Sim | Não | 3.040 | Não | - | Não | Sim | Sim | Não | Não | Não | Sim |
| 4 | Não | Não | 3.205 | Não | - | Não | Sim | Sim | Não | Não | Não | Sim |
| 5 | Não | Não | 3.310 | Não | - | Não | Não | Sim | Não | Não | Não | Sim |
| 6 | Não | Não | 3.595 | Não | - | Não | Sim | Sim | Não | Não | Não | Sim |
| 7 | Não | Não | 3.940 | Sim | Reagente | Não | Sim | Não | Sim | Sim | Não | Sim |
| 8 | Não | Não | 4.010 | Não | - | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não |
| 9 | Não | Não | 3.940 | Não | - | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| 10 | Não | Não | 4.010 | Não | - | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| 11 | Não | Não | 3.010 | Não | - | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Sim |
| 12 | Não | Não | 4.330 | Não | - | Não | Sim | Sim | Sim | Sim | Não | Sim |
| 13 | Não | Não | 3.855 | Não | - | Não | Sim | Não | Não | Não | Não | Não |

*RN: Recém-nascido; †VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*; ‡SC: sífilis congênita; §Radiog.: radiografia; ||ESF: Estratégia Saúde da Família.

Quadro 2 – Dados do seguimento na Atenção Primária à Saúde das crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita que nasceram com idade gestacional ≤ 37 semanas e com peso ≤ 2.500 gramas. Fortaleza, CE, Brasil, 2017-2018. (n = 12)

| RN* | IG† | Peso | Mãe tratada | Nº consultas de puericultura | Idade consultas (meses) | Número de VDRL‡ realizados | Idade (em meses) que realizou o VDRL‡ | Consultada em ambulatório de serviço de referência | Realizou radiografia de ossos longos | Realizou consulta com especialista§ | Avaliação do líquido | Visita da ESF |
|-----|-----|-------|-------------|------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------------|
| 01 | 35 | 2.175 | Sim | 3 | <1,4, 29 | Nenhum | - | Não | Não | Não | Não | Não |
| 02 | 36 | 2.420 | Não | 5 | 1,2,3,4,5 | Nenhum | - | Não | Não | Não | Não | Não |
| 03 | 37 | 1.040 | Não | 4 | 1,2,3,4 | Nenhum | - | Não | Não | Não | Não | Não |
| 04 | 37 | 1.100 | Não | 1 | 8 | Nenhum | - | Não | Não | Não | Não | Não |
| 05 | 37 | 1.190 | Não | 1 | 4 | Nenhum | - | Não | Não | Não | Não | Não |
| 06 | 37 | 2.040 | Não | 6 | 1,2,3,6,8,12 | Nenhum | - | Não | Não | Não | Não | Não |

Quadro 2 – Cont.

| RN* | IG† | Peso | Mãe tratada | Nº consultas de puericultura | Idade consultas (meses) | Número de VDRL‡ realizados | Idade (em meses) que realizou o VDRL‡ | Consultada em ambulatório de serviço de referência | Realizou radiografia de ossos longos | Realizou consulta com especialistas§ | Avaliação do Líquor | Visita da ESF |
|-----|-----|-------|-------------|------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------|
| 07 | 37 | 2.400 | Não | 6 | 1,2,3,4,6,7 | Nenhum | – | Não | Não | Não | Sim | Não |
| 08 | 37 | 2.170 | Sim | 2 | 2,9 | Nenhum | – | Sim | Não | Não | Não | Não |
| 09 | 37 | 2.120 | Não | 3 | 4,5,6 | Nenhum | – | Não | Não | Não | Não | Não |
| 10 | 37 | 2.419 | Não | 6 | 1,3,3,4,5,6 | 2 | 6 e 12 | Não | Não | Não | Não | Não |
| 11 | 37 | 2.450 | Não | 5 | 1,2,4,5,6 | Nenhum | – | Não | Não | Não | Não | Não |
| 12 | 37 | 2.500 | Não | 2 | 1,2 | Nenhum | – | Não | Não | Não | Não | Sim |

*RN: recém-nascido; †IG: Idade gestacional; ‡VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*; §Consulta com especialista: consulta oftalmológica, audiológica e neurológica; ||ESF: Estratégia Saúde da Família.

crianças com idade gestacional ≤ 37 semanas e com peso ≤ 2.500 g, considerando ser o limítrofe da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Os aspectos relacionados ao seguimento das crianças foram: realização do exame de VDRL, mês de vida na realização do exame de VDRL, presença de manifestações clínicas sugestivas de sífilis congênita e se recebeu avaliações oftalmológica, audiológica e neurológica. Os exames foram considerados realizados quando apresentavam pelo menos um registro no sistema.

Os dados foram digitados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22. Foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para as variáveis categóricas e o cálculo da média e do desvio-padrão para as variáveis numéricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, estando em conformidade com a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Sua realização foi previamente autorizada pela Coordenadoria de Gestão, Trabalho e Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

RESULTADOS

Nos anos de 2017 e 2018, foram identificadas em Fortaleza 1.239 crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita. Foram incluídas no estudo 715 que compareceram a pelo menos uma consulta na APS e excluídas 524 (361 porque não apresentaram registro de consulta médica ou de enfermagem no prontuário eletrônico e 163 casos de abortos ou natimortos). Nasceram 355 (49,7%) no ano de 2017 e 360 (50,3%) em 2018.

A idade das mães variou de 14 a 42 anos (média 23,9; DP 3,8) e 667 (93,3%) tinham idade igual ou inferior a 29 anos. Tinham o ensino fundamental incompleto ou completo 436 (61%), parceiro fixo ou eventual 276 (38,6%), atividade remunerada 97 (13,6%) e faziam uso de drogas ilícitas 23 (3,2%). Tinham histórico de aborto espontâneo 61 (8,5%). Frequentaram o pré-natal 712 (99,6%) e 584 (82,0%) receberam seis ou mais consultas (média de 7,7). Realizaram o primeiro VDRL durante o pré-natal 210 (29,4%) gestantes, com 111 (52,9%) resultados reagentes. A titulação do VDRL estava disponível em 97 casos, dos quais 36 (37,1%) foi $>1:8$. Fizeram um segundo VDRL no pré-natal 166 (23,2%) gestantes. Foram adequadamente tratadas 134 (18,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas maternas e da assistência pré-natal de crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2017-2018. (n=715)

| Variáveis | Criança compareceu para seguimento na puericultura na APS* | |
|---|--|------|
| | n | % |
| Idade da mãe (em anos) | | |
| ≤ 18 | 33 | 4,6 |
| 19 – 29 | 634 | 88,7 |
| ≥ 30 | 48 | 6,7 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental incompleto/completo | 436 | 61,0 |
| Ensino médio/superior incompleto/completo | 279 | 39,0 |
| Situação conjugal | | |
| Com parceiro | 276 | 38,6 |
| Sem parceiro | 439 | 61,4 |
| Exerce atividade remunerada | | |
| Sim | 97 | 13,6 |
| Não | 618 | 86,4 |
| Uso de drogas ilícitas | | |
| Sim | 23 | 3,2 |
| Não | 692 | 96,8 |
| Número de abortos espontâneos (n=61) | | |
| 1 | 52 | 85,2 |
| ≥ 1 | 9 | 14,8 |
| Frequentou o pré-natal | | |
| Sim | 712 | 99,6 |
| Não | 03 | 0,4 |
| Nº† de consultas de pré-natal (n=712) | | |
| < 6 | 128 | 18,0 |
| ≥ 6 | 584 | 82,0 |
| Realizou 1º VDRL‡ no pré-natal | | |
| Sim | 210 | 29,4 |
| Não | 505 | 70,6 |
| Resultado 1º VDRL‡ (n = 210) | | |
| Reagente | 111 | 52,9 |
| Não reagente | 99 | 47,1 |
| Titulação do 1º VDRL‡ (n = 97) | | |
| ≤ 1:8 | 61 | 62,9 |
| > 1:8 | 36 | 37,1 |
| Realizou um 2º VDRL‡ no pré-natal | | |
| Sim | 166 | 23,2 |
| Não | 549 | 76,8 |
| Mãe adequadamente tratada§ | | |
| Sim | 134 | 18,7 |
| Não | 581 | 81,3 |

*APS: Atenção Primária à Saúde; †Nº: Número de consultas de pré-natal; ‡VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; §Considerada adequadamente tratada a gestante que recebeu três doses de penicilina benzatina (2,4 milhões UI a cada dose, totalizando 7,2 milhões UI).

Na Tabela 2 são descritos aspectos relacionados à puericultura, seguimento e manifestações clínicas em crianças exposta à sífilis ou com sífilis congênita acompanhadas na APS. Receberam somente uma consulta de puericultura 50 (7,0%) e observa-se perda considerável no seguimento das crianças ao longo dos meses. Dez crianças (1,4%) completaram o quantitativo de oito consultas recomendado pelo MS. Nenhuma recebeu a primeira consulta na primeira semana de vida (dado não apresentado em tabela).

Tabela 2 – Puericultura, seguimento e manifestações clínicas em crianças exposta à sífilis ou com sífilis congênita acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, CE. Brasil, 2017-2018. (n=715)

| Variáveis | Criança compareceu para puericultura e seguimento na APS* | |
|--|---|------|
| | n | % |
| Número de consultas de puericultura | | |
| 1 | 50 | 7,0 |
| 2 | 134 | 18,7 |
| 3 | 135 | 18,9 |
| 4 | 194 | 27,1 |
| 5 | 99 | 13,8 |
| 6 | 64 | 9,0 |
| 7 | 26 | 3,6 |
| 8 | 10 | 1,4 |
| > de 8 | 3 | 0,5 |
| Mês de vida na realização do VDRL† | | |
| Primeiro | 9 | 1,3 |
| Terceiro | 2 | 0,3 |
| Sexto | 3 | 0,4 |
| Não realizou nenhum VDRL† | 701 | 98,0 |
| Local de seguimento | | |
| Somente na APS* | 648 | 90,6 |
| Na APS* e em ambulatórios de serviços de referência | 67 | 9,4 |
| Receberam visita da equipe da ESF‡ | | |
| Sim | 130 | 18,2 |
| Não | 585 | 81,8 |
| Prematuridade | | |
| Sim | 118 | 16,5 |
| Não | 597 | 83,5 |
| Baixo peso ao nascer (n=710) | | |
| Sim | 38 | 5,4 |
| Não | 672 | 94,0 |
| Outras manifestações clínicas sugestivas de sífilis congênita§ | | |
| Sim | 223 | 31,2 |
| Não | 492 | 68,8 |

*APS: Atenção Primária à Saúde; †VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; ‡ESF: Estratégia Saúde da Família; §Outras manifestações clínicas sugestivas de sífilis congênita: classificadas como hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, icterícia com nível de fototerapia, rinite serossanguinolenta e pseudoparalisia dos membros.

Realizaram o exame de VDRL com um, três e seis meses de vida, nove (1,3%), duas (0,3%) e três (0,4%) crianças, respectivamente. Foram acompanhadas somente na APS 648 (90,6%) e 67 (9,4%) na APS e em ambulatórios de serviços de referência. Receberam visita da equipe da ESF 130 (18,2%) crianças, nasceram prematuras 118 (16,5%) e 38 (5,4%) com baixo peso. Apresentaram outras manifestações clínicas ao nascer 223 (31,2%) (Tabela 2).

Na Tabela 3, estão apresentadas as variáveis da mãe e do seguimento de crianças que nasceram prematuras, com baixo peso e com alguma manifestação clínica sugestiva de sífilis congênita (hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, icterícia com nível de fototerapia, rinite serossanguinolenta e pseudoparalisia dos membros).

Em relação às mães, a maior parte se encontrava na faixa etária de 19 a 29 anos, escolaridade até o ensino fundamental completo, realizou pré-natal e recebeu seis ou mais consultas. Entretanto, um percentual considerável não foi adequadamente tratada. Apenas oito (3,6%) crianças que apresentaram manifestações clínicas sugestivas de sífilis congênita receberam oito ou mais consultas de puericultura como preconizado pelo MS e uma baixa proporção foi acompanhada em algum serviço de referência. Aquelas que apresentaram manifestações clínicas sugestivas de sífilis congênita compareceram mais para as consultas de um e três meses, 174 (78,0). A grande maioria não realizou o exame de VDRL, a avaliação oftalmológica e auditiva, nem a radiografia de ossos longos. A maioria não apresentou atraso no desenvolvimento psicomotor ou rinite serossanguinolenta e não recebeu visita da ESF.

Tabela 3 – Características sociodemográficas maternas, da assistência pré-natal e puericultura de crianças que apresentaram manifestações clínicas ao nascer, prematuridade ou baixo peso, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2017-2018. (n=276)

| Variáveis | Criança compareceu para puericultura e seguimento na APS* | | | | | |
|---------------------------------|---|-------|----------------------|-------|-------------------|-------|
| | Presença de manifestações clínicas ao nascer (n=223) | | Prematuridade (n=17) | | Baixo peso (n=36) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Idade da mãe | | | | | | |
| ≤ 18 | 14 | 6,3 | – | – | 04 | 11,1 |
| 19-29 | 199 | 89,2 | 17 | 100,0 | 31 | 86,1 |
| ≥ 30 | 10 | 4,5 | – | – | 01 | 2,8 |
| Escolaridade mãe | | | | | | |
| Ens. fund.† incompleto/completo | 137 | 61,4 | 09 | 52,9 | 24 | 66,7 |
| Ens. méd/sup. incompl/completo‡ | 86 | 38,6 | 08 | 47,1 | 12 | 33,3 |
| Mãe realizou pré-natal | | | | | | |
| Sim | 223 | 100,0 | 16 | 94,1 | 36 | 100,0 |
| Não | – | – | 1 | 5,9 | 00 | 00 |
| Nº§ de consultas de pré-natal | | | | | | |
| < 6 | 88 | 39,5 | 04 | 23,5 | 08 | 22,2 |
| ≥ 6 | 135 | 60,5 | 12 | 70,6 | 28 | 65,8 |
| Ignorado | – | – | 01 | 5,9 | – | – |
| Mãe adequadamente tratada | | | | | | |
| Sim | 43 | 19,3 | 01 | 5,9 | 10 | 27,8 |
| Não | 180 | 80,7 | 16 | 94,1 | 26 | 72,2 |

Tabela 3 – Cont.

| Variáveis | Criança compareceu para puericultura e seguimento na APS* | | | | | |
|--|---|------|----------------------|------|-------------------|------|
| | Presença de manifestações clínicas ao nascer (n=223) | | Prematuridade (n=17) | | Baixo peso (n=36) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Número de consultas de puericultura | | | | | | |
| < 8 | 215 | 96,4 | 17 | 100 | <8 | 215 |
| ≥ 8 | 8 | 3,6 | – | – | – | – |
| Criança acompanhada em ambulatório de serviços de referência | | | | | | |
| Sim | 32 | 14,3 | 01 | 5,9 | 4 | 11,1 |
| Não | 191 | 85,7 | 16 | 94,1 | 32 | 88,9 |
| Idade da consulta da criança (meses) | | | | | | |
| 1-3 | 174 | 78,0 | 07 | 41,2 | 4 | 11,1 |
| > 3 | 49 | 22,0 | 07 | 41,2 | 28 | 77,8 |
| Ignorado | – | – | 03 | 17,6 | 4 | 11,1 |
| Mês de vida na realização do VDRL | | | | | | |
| 1 | 7 | 3,1 | – | – | – | – |
| 3 | 1 | 0,4 | – | – | – | – |
| Não realizou VDRL | 215 | 96,5 | 117 | 99,2 | 36 | 100 |
| Criança realizou | | | | | | |
| Avaliação oftalmológica | 13 | 5,8 | 1 | 5,9 | 1 | 2,8 |
| Avaliação auditiva | 8 | 3,6 | 1 | 5,9 | 2 | 5,6 |
| Radiografia de ossos longos | 16 | 7,2 | – | – | – | – |
| Nenhuma avaliação | 186 | 83,4 | 15 | 88,2 | 33 | 91,6 |
| Criança apresentou | | | | | | |
| Atraso no desenvolvimento psicomotor | 08 | 3,6 | – | – | 3 | 8,3 |
| Rinite serossanguinolenta | – | – | 3 | 17,6 | 6 | 16,7 |
| Sem alterações | 215 | 96,4 | 14 | 82,4 | 27 | 75,0 |
| Criança recebeu visita da equipe da ESF¶ | | | | | | |
| Sim | 85 | 38,1 | 4 | 23,5 | 02 | 5,6 |
| Não | 138 | 61,9 | 13 | 76,5 | 34 | 94,4 |

*APS: Atenção Primária à Saúde; †Ens. fund.: Ensino fundamental; ‡Ens. méd/sup. incompl/completo: Ensino médio/superior completo/incompleto; §Nº: Número; ||VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*; ¶ESF: Estratégia Saúde da Família.

O Quadro 1 apresenta informações acerca do atendimento das 13 crianças notificadas com sífilis congênita que frequentaram as oito consultas de puericultura recomendadas pelo MS. Três tiveram as mães adequadamente tratadas. Todas apresentaram idade gestacional ≥ 37 semanas e peso ao nascer > 2.500 gramas. Duas realizaram o exame de VDRL de 30 dias, cujo resultado estava disponível somente para uma criança. Nenhuma realizou VDRL de três, seis, 12 e 18 meses.

Oito crianças apresentaram sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita; dentre elas, três fizeram radiografia de ossos longos, e duas receberam avaliação oftalmológica. Seis foram

encaminhadas para atendimento em ambulatório de unidade de referência. A avaliação do líquido não foi realizada em nenhuma criança e oito receberam a visita da equipe da ESF.

No Quadro 2, estão expostos os dados do seguimento na APS das 12 crianças notificadas com sífilis congênita que apresentaram, ao nascer, idade gestacional ≤ 37 semanas e peso ≤ 2.500 gramas. Seis mães fizeram o VDRL no pré-natal; e, destas, duas foram tratadas. Três crianças nasceram com extremo baixo peso, nenhuma recebeu o quantitativo de consultas recomendadas pelo MS para seguimento de puericultura; e, dentre aquelas que receberam um número maior de consultas, o período não atende ao estabelecido pelo MS. Nenhuma criança fez VDRL de um, três, seis, 12 e 18 meses. Três apresentaram sinais e sintomas compatíveis com sífilis congênita, e uma foi encaminhada para consulta em um serviço de referência.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo apresentam descrição detalhada da puericultura de crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita na APS. As características sociodemográficas das mães mostram mulheres jovens, com baixa escolaridade, sem parceiros sexuais e sem renda fixa, perfil semelhante ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil¹⁷⁻¹⁸.

Observou-se boa adesão das mães ao pré-natal e considerável proporção que recebeu seis ou mais consultas. Esses achados são corroborados por outros estudos, nos quais se mostra que, embora haja boa cobertura de pré-natal no Brasil¹⁹, a assistência dispensada durante esse período não tem sido suficiente para que o diagnóstico e o tratamento da gestante com sífilis ocorram em tempo oportuno, para evitar a transmissão vertical²⁰.

Baixa proporção de gestantes realizou o exame VDRL, situação que pode ter ocorrido devido à crescente implementação do Teste Rápido (TR) na rotina do pré-natal. Vale ressaltar que é recomendado pelo MS o TR na primeira consulta; e, para gestantes com resultados reagentes, deve-se colher amostra de sangue para realização do exame de VDRL, que tem por objetivo avaliar o estágio da infecção, bem como realizar o monitoramento e controle de cura pós-tratamento. É inquestionável a importância da realização do TR em todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, considerando que são testes práticos e de fácil execução, os resultados estão disponíveis em, no máximo, 30 minutos e, o mais importante, favorecem o início precoce do tratamento¹³.

A maioria das mães apresentaram baixa escolaridade, fato preocupante por esta ser uma das condições relacionadas aos fatores determinantes para a sífilis na gestação²¹, aspecto que pode levá-las a não frequentar o pré-natal e a vivenciarem maiores dificuldades nos cuidados com a saúde do bebê²². O uso de drogas também é um fator associado ao baixo comparecimento das crianças à puericultura, fato demonstrado em um estudo realizado em Fortaleza, Ceará, que apontou que crianças filhas de mães usuárias de drogas comparecem menos para seguimento²³.

Houve considerável perda de seguimento de crianças na puericultura ao longo dos meses, situação semelhante à encontrada em outro estudo realizado também em Fortaleza, Ceará, que avaliou o acompanhamento de crianças com sífilis congênita na APS²⁰. Esse problema grave de perda de seguimento demonstra que parece haver dificuldade por parte das mães em levá-las para acompanhamento nas UBS^{24,25}. Vale salientar a proporção de crianças que compareceu à primeira consulta de puericultura e não concluiu o quantitativo de consultas recomendado. Isso alerta para a importância de os serviços de APS monitorarem essas crianças e realizarem busca ativa daquelas faltosas.

Destaca-se que nenhuma criança prematura ou com baixo peso ao nascer recebeu o quantitativo de consultas preconizado pelo MS nem foi avaliada adequadamente para sífilis. Tal situação é preocupante, pois elas apresentaram problemas de saúde ao nascer, e a falta do seguimento adequado pode levar ao agravamento do quadro clínico. Não existia informações nos prontuários sobre essas crianças terem permanecido ou não internadas por um período prolongado após o

nascimento, o que poderia ter comprometido o comparecimento a UBS. Esse achado demonstra que as unidades de APS são passivas no processo de monitoramento e busca ativa das crianças com sífilis congênita, que geralmente fazem parte de grupos populacionais socialmente mais vulneráveis⁸ e moram em áreas de difícil acesso. Por esse motivo, faz-se necessário identificar estratégias para o alcance dessa população, bem como para melhorar a adesão às consultas e, conseqüentemente, minimizar as perdas.

A criança deve ser acompanhada na APS o mais precocemente possível visando identificar os sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, bem como oportunizar o tratamento em tempo hábil e evitar possíveis sequelas da infecção. Ademais, moram em regiões situadas em áreas de abrangência dessas unidades, portanto são os locais aos quais as mães estão vinculadas e onde realizaram o pré-natal.

O diagnóstico de sífilis congênita deve ser realizado por meio de um exame clínico criterioso, exames laboratoriais e de imagem. Durante o seguimento da criança, é recomendada a solicitação do exame de VDRL para diagnóstico e acompanhamento terapêutico¹³. Entretanto, destaca-se o número de crianças que não realizou esse exame, impossibilitando assim uma avaliação cuidadosa da evolução clínica e encaminhamento adequado do caso. Mesmo entre aquelas que frequentaram a puericultura, foi possível observar condutas falhas no manejo, evidenciadas pela baixa proporção de realização dos exames preconizados, situação encontrada também em outros estudos desenvolvidos em diferentes regiões do país^{20,26}.

Para que o acompanhamento das crianças se efetive, deve-se fazer a articulação entre a maternidade e as unidades de APS, visando ao agendamento da consulta na ocasião da alta da maternidade. É notório que existem fragilidades na assistência dispensada nas consultas de puericultura de crianças expostas à sífilis ou notificadas com sífilis congênita, demonstradas pelo baixo quantitativo de realização dos exames laboratoriais para avaliação deste agravo. Estudo mostra que a avaliação do exame físico, realização dos exames laboratoriais e educação em saúde são pouco implementadas na prática cotidiana da APS, fazendo com que a puericultura não atenda ao estabelecido pelas diretrizes de atenção à saúde da criança^{20,27,28}.

Acredita-se que poderia haver melhor adesão às consultas de seguimento das crianças se as mães fossem orientadas acerca das prováveis conseqüências da sífilis congênita para o bebê ainda durante a assistência pré-natal, na maternidade e na primeira consulta de puericultura. Já no terceiro trimestre de gestação, deve ser realizada uma consulta de puericultura que tem como um dos objetivos orientar as gestantes sobre os cuidados gerais com o recém-nascido. Essa consulta qualifica a atenção pré-natal e contribui para que as gestantes recebam orientações importantes, especialmente quando são diagnosticadas com alguma infecção de transmissão vertical, como é o caso da sífilis^{16,29}.

Este estudo apresentou como limitação o fato de ter trabalhado com dados secundários, o que o torna sujeito à deficiência relacionada à incompletude das informações, situação evidenciada nas fichas de notificação do Sinan e nos prontuários do *Fastmedic*[®] que apresentaram falhas no preenchimento. É possível que a baixa frequência de alguns registros não signifique que a ação não foi realizada, e sim não registrada.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as crianças expostas à sífilis ou notificadas com a sífilis congênita não são acompanhadas adequadamente na APS. Tais achados demonstram a necessidade de implementar o monitoramento e busca ativa das crianças faltosas e identificação de estratégias de manutenção e adesão ao seguimento. Por outro lado, é preciso qualificar os profissionais no que diz respeito a essa temática, bem como organizar a rede de assistência à saúde, visando garantir tanto o agendamento

da consulta da criança na APS por ocasião da alta da maternidade quanto a realização dos exames complementares no nível de maior complexidade.

Ressalta-se a importância dos profissionais atuantes nas unidades de APS que podem, ainda durante as consultas de pré-natal, contribuir com as devidas orientações à mãe sobre a importância do seguimento das crianças, bem como detectar precocemente as situações de risco, evitando, dessa forma, a evolução e sequelas da infecção.

REFERÊNCIAS

1. Reis GJ, Barcellos C, Pedroso MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Out 14];34(9):e00105517. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105517>
2. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Out 10];43(123):1145-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>
3. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 26];37(7):e00209520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209520>
4. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Set 30];26:e3019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
5. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes – Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Set 30];14(2):e0211720. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
6. Lim J, Yoon SJ, Shin JE, Han JH, Lee SM, Eun HS, et al. Outcomes of infants born to pregnant women with syphilis: A nationwide study in Korea. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 30];21(1):47. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02502-9>
7. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Set 29];44:e8. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>
8. Oliveira VS, Rodrigues RL, Chaves VB, Santos TS, de Assis FM, Ternes YMF, et al. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Set 30];44:e75. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.75>
9. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico – sífilis, número especial [Internet]. Brasília, DF (BR): Ministério da Saúde; 2022 [acesso 2022 Nov 21]. 60 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>
10. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Out 4];23(2):563-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>
11. Secretaria de Saúde, Governo do Estado do Ceará. Boletim Epidemiológico Sífilis [Internet]. Fortaleza, CE(BR): Secretaria de Saúde; 2022 [acesso em 2022 Out 31]. 27 p. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_sifilis_21102022.pdf

12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2022 Nov 10]. 184 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf>
13. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: Congenital syphilis and child exposed to syphilis. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 25];54 Suppl 1:e2020597. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-597-2020>
14. Herremans T, Kortbeek L, Notermans DW. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2010 [acesso 2022 Set 18];29(5):495-501. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10096-010-0900-8>
15. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis, United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2015 [acesso 2022 Set 22];64(44):1241-5. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6444a3>
16. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde, Célula de Atenção às Condições Crônicas. Diretrizes clínicas: Atenção à criança [Internet]. Fortaleza, CE(BR): Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza; 2016 [acesso 2022 Nov 12]. 99 p. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/criancas.pdf
17. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Nov 20];19(4):873-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>
18. Oliveira SIM, Saraiva COPO, França DF, Ferreira Júnior MA, Lima LHM, Souza NL. Syphilis notifications and the triggering processes for vertical transmission: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;[acesso 2022 Nov 30];17(3):984. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030984>
19. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 28]; 54:8. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
20. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso 2022 Out 3];53:95. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001284>
21. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Jun 23];51:78. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>
22. Portela GLC, Barros LM, Frota NM, Landim APP, Caetano JÁ, Farias FLR. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. *SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2013 [acesso 2023 Jun 23];9(2):58-63. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i2p58-63>
23. Rocha AFB, Araújo MAL, Oliveira AKD, Oliveira LF, Pimentel LDGV, Melo ALL. Follow-up of infants with congenital syphilis during the penicillin shortage period. *J Pediatr* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Jun 23];99(3):302-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.11.011>
24. Li Y, Li BY, Gu YB, DU L, Jiang WL, Zhu LP, et al. Health status and healthcare service utilization among children born to women with maternal syphilis in Shanghai. *Chin J Epidemiol* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Dez 1];41(3):337-42. Disponível em: <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.03.011>

25. Feliz MC, Medeiros ARP, Rossoni AM, Tahnus T, Pereira AMVB, Rodrigues C. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso 2022 Nov 3];19(4):727-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040004>
26. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso 2022 Nov 3];19(1):63-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
27. Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. Nursing practices in child care consultation in the Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2022 Nov 27];27(4):e4890017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>
28. Almeida AS, Andrade J, Fermiano R, Jamas MT, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 28];30:e20200423. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0423>
29. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. Manual de orientação: A consulta pediátrica pré-natal. Rio de Janeiro, RJ(BR): SBP; 2020 [acesso 2023 Maio 28]. 7 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22375c-ManOrient_-_ConsultaPediatica_PreNatal.pdf

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Desacompanhamento de crianças com sífilis congênita na atenção primária em saúde, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, em 2020.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Oliveira FA, Araújo MAL.

Coleta de dados: Oliveira FA, Guanabara MAO.

Análise e interpretação dos dados: Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL, Guanabara MAO.

Discussão dos resultados: Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL, Guanabara MAO, Vasconcelos LDPG, Sena MVM.

Revisão e aprovação final da versão final: Oliveira FA, Araújo MAL, Barros VL, Guanabara MAO, Vasconcelos LDPG, Sena MVM.

FINANCIAMENTO

Á Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por bolsa de pesquisa concedida ao autor Fábio Alves Oliveira.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), parecer n. 3.571.825/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 68123917.0.0000.5052.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses a informar.

EDITORES

Editores Associados Manuela Beatriz Velho, Maria Lígia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 15 de dezembro de 2022.

Aprovado: 11 de setembro de 2023.

AUTOR CORRESPONDENTE

Valéria Lima de Barros

valeriarbarros@ufpi.edu.br

