

**Análise do perfil epidemiológico de gestantes com sífilis no Paraná, 2010-2020***Analysis of the epidemiological profile of pregnant women with syphilis in Paraná, 2010-2020**Análisis del perfil epidemiológico de las gestantes con sífilis en Paraná, 2010-2020***Júlia Fernandes Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7758-437X

**Isabela Ramos Forlin<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5068-0863

**Patrícia Bossolani Charlo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8262-2086

**Nancy Christiane Ferreira Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6652-3985

<sup>1</sup>Universidade Cesumar. Paraná, Brasil.**Como citar este artigo:**

Silva JF, Forlin IR, Charlo PB, Silva NCF. Análise do perfil epidemiológico de gestantes com sífilis no Paraná, 2010-2020. Glob Acad Nurs. 2022;3(5):e324.  
<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200324>

**Autor correspondente:**

Júlia Fernandes Silva  
E-mail: [julia.medcesu@gmail.com](mailto:julia.medcesu@gmail.com)

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca  
Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

**Submissão:** 14-10-2022**Aprovação:** 19-11-2022**Resumo**

O presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis no Paraná, entre 2010 e 2020 através de um estudo quantitativo, descritivo, baseado em dados secundários originários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Notificou-se 18.681 casos de sífilis em gestantes, dentro do universo estudado, avaliou-se as seguintes variáveis, idade, cor e raça, escolaridade, classificação clínica e o tipo de diagnóstico. Mulheres de 20 a 39 anos, brancas, com ensino fundamental de 5ª a 8ª série incompleto foram as mais acometidas nesta amostra. Quanto ao diagnóstico, 80,5% e 86,1% das gestantes tiveram o teste treponêmico e não treponêmico reativos, respectivamente. Já em relação à sífilis congênita, foram registrados 6.212 casos, tendo como variáveis, a realização do pré-natal, momento do diagnóstico, classificação final, evolução dos nascidos vivos e realização do tratamento pelo parceiro. Constatou-se que, predominantemente, as mães realizaram o pré-natal, tiveram seu diagnóstico durante o mesmo, evidenciando a importância da assistência à saúde materna, também foi identificada baixa adesão dos parceiros ao tratamento da infecção, sendo necessário intensificar a atenção à saúde gravídico-puerperal para atingir o objetivo final de reduzir a sífilis congênita.

**Descritores:** Sífilis; Gestantes; Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Assistência Integral à Saúde da Mulher.**Abstract**

The present study aimed to analyze the epidemiological profile of pregnant women with syphilis in Paraná, between 2010 and 2020, through a quantitative, descriptive study, based on secondary data from the Department of Informatics of the Unified Health System. A total of 18,681 cases of syphilis were notified in pregnant women, within the universe studied, the following variables were evaluated: age, color and race, education, clinical classification and type of diagnosis. Women between 20 and 39 years old, white, with incomplete primary education from the 5th to the 8th grade were the most affected in this sample. As for the diagnosis, 80.5% and 86.1% of the pregnant women had reactive treponemal and non-treponemal tests, respectively. In relation to congenital syphilis, 6,212 cases were registered, having as variables, prenatal care, time of diagnosis, final classification, evolution of live births and performance of treatment by the partner. It was found that, predominantly, mothers performed prenatal care, had their diagnosis during it, evidencing the importance of maternal health care, low adherence of partners to the treatment of infection was also identified, making it necessary to intensify health care pregnancy-puerperium to achieve the ultimate goal of reducing congenital syphilis.

**Descriptors:** Syphilis; Pregnant; Congenital Syphilis; Prenatal Care; Comprehensive Assistance to Women's Health.**Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico de las gestantes con sífilis en Paraná, entre 2010 y 2020, a través de un estudio cuantitativo, descriptivo, basado en datos secundarios del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Se reportaron un total de 18.681 casos de sífilis en gestantes, dentro del universo estudiado se evaluaron las siguientes variables: edad, color y raza, escolaridad, clasificación clínica y tipo de diagnóstico. Las mujeres entre 20 y 39 años, blancas, con educación primaria incompleta del 5º al 8º grado fueron las más afectadas en esta muestra. En cuanto al diagnóstico, el 80,5% y el 86,1% de las gestantes presentaron pruebas treponémicas y no treponémicas reactivas, respectivamente. En relación a la sífilis congénita se registraron 6.212 casos, teniendo como variables el control prenatal, momento del diagnóstico, clasificación final, evolución de los nacidos vivos y realización del tratamiento por parte de la pareja. Se constató que, predominantemente, las madres realizaron el control prenatal, tuvieron su diagnóstico durante el mismo, evidenciando la importancia del cuidado de la salud materna embarazo-puerperio para lograr el objetivo final de reducción de la sífilis congénita.

**Descriptores:** Sífilis; Embarazada; Sífilis Congénita; Atención Prenatal; Atención Integral de Salud.

## Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) representam um grupo de enfermidades costumeiras, entretanto, atualmente, são consideradas, um problema de saúde pública em todo o mundo, visto que as mesmas podem afetar a saúde reprodutiva e pueril, impactando diretamente na saúde materno-infantil. Uma das ISTs é a sífilis, que é uma infecção bacteriana sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*<sup>1,2</sup>.

Mesmo com a conhecida repercussão da infecção, ainda assim, anualmente, são registrados, em média, 12 milhões de casos da infecção no mundo, principalmente em populações de baixa renda, como ocorre em algumas regiões da África. Todavia, é notório, o avanço da doença em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos da América (EUA), no qual a incidência de sífilis aumentou em 81% de 2014 a 2018, atingindo 5 milhões de casos a cada ano e tratando-se especificamente da sífilis em gestantes são registrados anualmente 1,5 a 1,85 milhões de casos por ano no mundo<sup>3-6</sup>.

A alta incidência pode ter como uma das possíveis causas, a variedade de formas de transmissão, vertical, hematogênica e sexual. Ela pode ser classificada inicialmente em duas formas: adquirida e congênita. A primeira é dividida em 3 estágios: primário, quando da presença de úlceras indolores extragenitais chamadas popularmente de cancro duro; secundário, quando caracterizada por erupções maculares especialmente na região palmoplantar; e terciário ou tardio que apresenta lesões epidérmicas, cardiovasculares e neurológicas causadas pela ausência de tratamento<sup>7</sup>.

Já a segunda, é caracterizada pela transmissão transplacentária da *Treponema Pallidum*, assim, toda criança de até 13 anos, aborto ou natimorto com mãe reagente para sífilis que não teve ou teve tratamento inadequado, tem evidências radiológicas, laboratoriais ou líquóricas da espiroqueta na placenta, cordão umbilical ou tecido fetal é considerado portador de sífilis congênita. A ocorrência está diretamente ligada à história clínica da doença na gestante-estágios primário e secundário tem maior teor treponêmico circulante- e ao tempo que o feto fica exposto à bactéria<sup>8-10</sup>.

O diagnóstico é feito de duas formas, exames diretos nas lesões para identificar a *Treponema Pallidum*, considerando-se o teste positivo quando a infecção ainda está ativa e negativo quando não há quantidade suficiente de *Treponema* (lesão próxima da cura ou indivíduo já em tratamento) e testes imunológicos treponêmicos (anticorpos específicos) e não treponêmicos (anticorpos não específicos), após um resultado positivo, independentemente do tipo de teste, inicia-se o tratamento e o acompanhamento é preferencialmente feito com o VDRL pois os testes treponêmicos permanecem reagentes após o tratamento<sup>8,11</sup>.

Após as gestantes apresentarem reatividade sorológica inicia-se o tratamento com o antibiótico *penicilina benzatina* pois é o único fármaco adequado para tratar o feto intrauterino, as doses necessárias são fase-dependente, dependem do estágio da doença no momento do diagnóstico e, se a infecção é recente ou tardia<sup>12</sup>.

Uma importante estratégia de prevenção e controle da sífilis na gestação no Brasil é a realização, durante o pré-natal, de exames sorológicos, sendo o primeiro feito na primeira consulta do pré-natal, o segundo no início do terceiro trimestre e o terceiro no momento do parto<sup>13</sup>.

Além dos exames, o pré-natal é uma forma de promover o acolhimento da gestante e do parceiro, com a redução do uso de contraceptivos que não protegem contra IST, isso se tornou ainda mais importante, sobretudo com gestante e parceiro sororreagentes. Entretanto, o tratamento se torna mais difícil, pois o tratamento dos parceiros tem grande vulnerabilidade devido à assistência pré-natal ineficaz e às questões relacionadas à saúde do homem e é tido como um fator que contribui e favorece para os desfechos negativos, pois frequentemente a terapêutica é negligenciada<sup>14-16</sup>.

A ausência de acompanhamento gestacional dificulta o diagnóstico, acompanhamento e tratamento, aumentando assim a probabilidade de transmissão para o feto em 70 a 100%, fato que pode prejudicar não só a formação e o desenvolvimento do concepto, como também evoluir para morte intraútero, parto pré-termo ou morte neonatal em aproximadamente 30% a 50% dos fetos acometidos<sup>8,17,18</sup>.

Logo, é comprovado que o pré-natal realizado de forma efetiva reduz, em até 97%, a transmissão vertical da doença, portanto a sífilis congênita é considerada como vigilante da assistência, um marcador da ausência ou baixa qualidade da atenção à saúde prestada à gestante, com falha no diagnóstico precoce e no tratamento efetivo da doença<sup>19,20</sup>.

Evidenciando assim que a Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelos programas de prevenção de agravos e promoção da saúde, ainda não conseguiu sensibilizar a população quanto às medidas de prevenção e tratamento da doença<sup>8,16</sup>.

Há também, o controle epidemiológico da sífilis, que é representado principalmente pela inserção da sífilis tanto congênita, em 1986, quanto gestacional, em 2005, na lista nacional de doenças de notificação compulsória<sup>21,22</sup>.

A partir disso, tem-se o armazenamento de dados de casos suspeitos e concretos da infecção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual analisa a incidência e prevalência da sífilis nas três esferas governamentais do país, isso proporcionou a redução da subnotificação, fator visto como parcialmente responsável pelo aumento da incidência da doença<sup>23,24</sup>.

Assim, de 2010 a 2020, foram registrados 1.320.467 casos da doença, nesse mesmo período, a infecção em gestantes representou 357.140 casos, sendo aproximadamente 50 mil gestantes na fase aguda da infecção a cada ano, sucedendo em 196.980 casos de sífilis congênita<sup>8,16</sup>.

No Paraná, no mesmo período, foram registrados 18.681 casos da infecção em gestantes, fato que resultou em 6.212 casos de sífilis congênita no estado. A sífilis é uma das infecções mais prevalentes em gestantes no estado do Paraná, logo deveria ser uma das prioridades para os gestores a reestruturação de políticas públicas voltadas para



o controle da doença. Entretanto, sem o conhecimento adequado de quais são as vulnerabilidades que tornam algumas mulheres mais suscetíveis à infecção no estado, não há como as políticas serem resolutas e equânimes<sup>8,25,26</sup>.

Tendo em vista que a sífilis congênita é um agravo evitável, com informação e os cuidados necessários, o presente estudo faz-se necessário como forma de promover melhores estratégias de prevenção e de controle da doença, e conseqüentemente, reduzir a sífilis congênita e gestacional. Tem como objetivo a análise de perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Paraná, no período de 2010 a 2020.

### Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritiva, com base em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual está inserido nas informações de saúde (TABNET) epidemiológicas e de Morbidade no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O estudo foi composto das fichas secundárias das gestantes que desenvolveram sífilis durante o processo gestacional no estado do Paraná entre janeiro de 2010 a dezembro de 2020 e que foram notificadas pela vigilância epidemiológica, e encontravam-se cadastradas no SINAN. Uma ficha foi descartada para o estudo pois apresentava a variável idade inconsistente (gestante menor de 1 ano), para não alterar o resultado do estudo, esta ficha foi eliminada da classe dos “ignorados” de cada variável.

Na investigação da sífilis em gestantes analisou-se dados sociodemográficos (idade, escolaridade, raça) e aspectos sobre o diagnóstico (treponêmico ou não treponêmico). Já para a sífilis congênita, as variáveis utilizadas foram a realização ou não do pré-natal, momento do diagnóstico da infecção, aspectos clínicos (classificação final e evolução) e a realização ou não do tratamento por parte do parceiro da gestante.

As tabelas foram elaboradas com o número absoluto de casos encontrados no DATASUS e o número relativo foi calculado a partir da divisão do número absoluto de cada subcategoria dentro de cada variável pelo número

total de casos. A respeito da construção dos gráficos, a incidência de sífilis gestacional foi obtida a partir da divisão do número de gestantes com a infecção pelo número total de gestantes registradas no estado a cada ano. Enquanto a incidência da sífilis congênita foi calculada a partir da divisão de casos de sífilis congênita pelo número de gestantes com sífilis do respectivo ano.

O risco relativo foi calculado para estimar a magnitude da associação entre a exposição ao fator de risco e o desfecho indicando quantas vezes a ocorrência do desfecho nos expostos é maior que nos não expostos fazendo a divisão do risco do desfecho nos indivíduos expostos pelo risco do desfecho nos indivíduos não expostos.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos, mas por se tratar de uma pesquisa com dados secundários disponíveis houve dispensa da aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa.

### Resultados e Discussão

O Gráfico 1 demonstra a evolução dos casos da sífilis gestacional e congênita ao longo de 10 anos, 2010 a 2020, demonstrando um expressivo aumento no número de casos de sífilis gestacional no período estudado, com uma diferença percentual de 675%, porém o ano de 2013 apresenta uma queda brusca e o ano de 2020 apresenta uma discreta queda. Enquanto a sífilis congênita apresentou diferença percentual de 412% ao longo dos anos analisados, com uma discreta queda nos anos de 2013 e de 2020.

No ano de 2013, houve maior registro de sífilis congênita que da gestacional, fato que provavelmente representa um erro de registro, visto que os eventos que proporcionam mais de 1 feto ser gerado da mesma gestante não são comuns a ponto de expressar os números encontrados no estudo. Para melhor apresentação do impacto do ano 2013 nos registros da infecção, o Gráfico 2 foi elaborado com base na taxa de incidência da sífilis gestacional e da sífilis congênita considerando a infecção em gestantes.

**Gráfico 1.** Casos confirmados de sífilis em gestantes e de sífilis congênita no Paraná entre 2010 e 2020. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

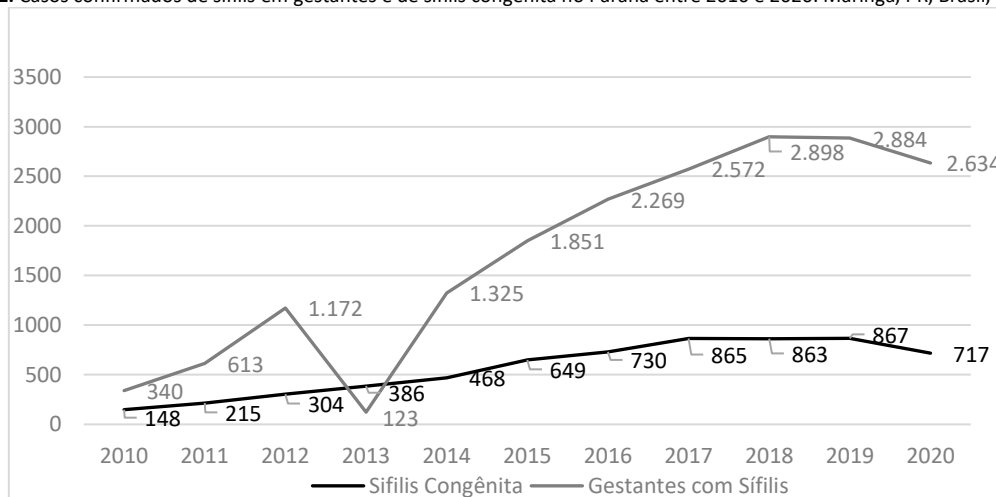


Gráfico 2. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita e de Gestantes com Sífilis no Paraná, 2010 a 2020. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

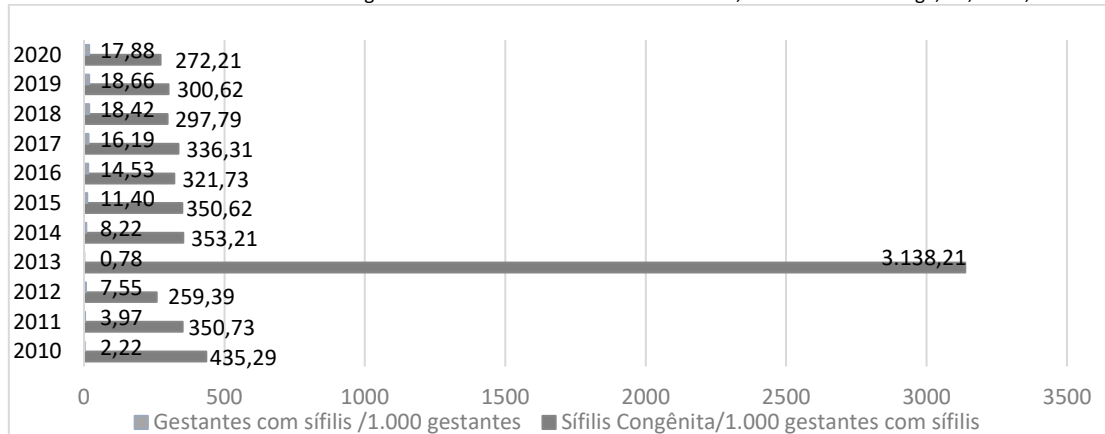


Gráfico 3. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita e de Gestantes com Sífilis no Paraná. 2010 a 2020, exceto 2013. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

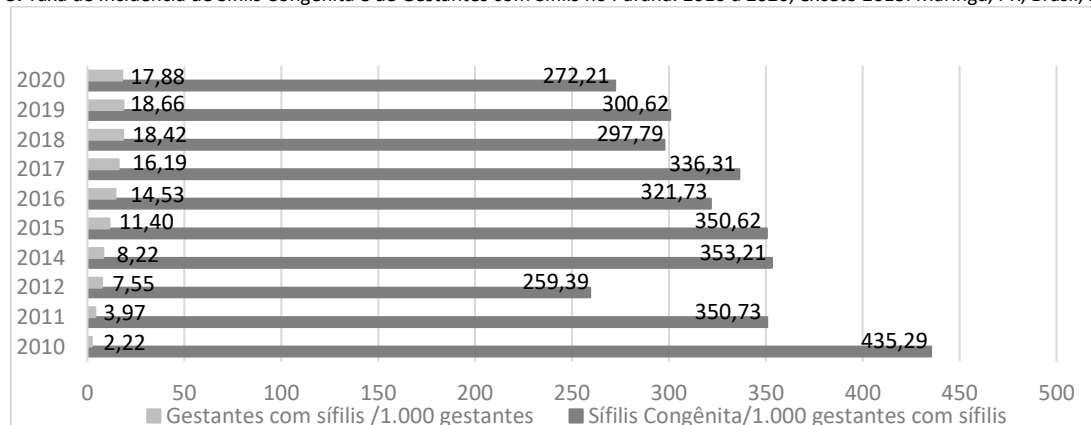


Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas das gestantes sororreagentes para sífilis no Paraná, 2010 a 2020. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

| Variáveis (n= 18.681)                 | Número absoluto | Número relativo |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Dados sociodemográficos</b>        |                 |                 |
| <b>Faixa etária (em anos)</b>         |                 |                 |
| 10-14 anos                            | 200             | 0,011           |
| 15-19 anos                            | 4528            | 0,242           |
| 20-39 anos                            | 13524           | 0,724           |
| 40-59 anos                            | 429             | 0,023           |
| <b>Raça/cor</b>                       |                 |                 |
| Branca                                | 12461           | 0,667           |
| Preta                                 | 1034            | 0,055           |
| Amarela                               | 134             | 0,007           |
| Parda                                 | 4450            | 0,238           |
| Indígena                              | 146             | 0,008           |
| Ignorado                              | 456             | 0,024           |
| <b>Escolaridade</b>                   |                 |                 |
| Analfabeto                            | 55              | 0,003           |
| 1ª a 4ª série incompleta do EF        | 883             | 0,047           |
| 4ª série completa do EF               | 715             | 0,038           |
| 5ª a 8ª série incompleta do EF        | 4149            | 0,222           |
| Ensino fundamental completo           | 2120            | 0,113           |
| Ensino médio incompleto               | 3188            | 0,171           |
| Ensino médio completo                 | 3558            | 0,19            |
| Educação superior incompleta          | 391             | 0,021           |
| Educação superior completa            | 287             | 0,015           |
| Não se aplica                         | 1               | 0               |
| Ignorado                              | 3335            | 0,179           |
| <b>Diagnóstico</b>                    |                 |                 |
| <b>Realizou teste treponêmico</b>     |                 |                 |
| Reativo                               | 15046           | 0,805           |
| Não reativo                           | 659             | 0,035           |
| Ignorado                              | 441             | 0,024           |
| Não realizado                         | 2535            | 0,136           |
| <b>Realizou teste não treponêmico</b> |                 |                 |
| Reativo                               | 16081           | 0,861           |
| Não reativo                           | 1298            | 0,069           |
| Ignorado                              | 313             | 0,017           |
| Não realizado                         | 989             | 0,053           |



Para análise mais precisa, o Gráfico 3 foi desenvolvido excluindo o ano de 2013, no qual é possível verificar que no primeiro ano analisado, 2010, a cada 1.000 gestantes com sífilis aproximadamente 435 fetos adquiriram a infecção congênita. Enquanto em 2020, a cada 1.000 gestantes com sífilis aproximadamente 272 fetos adquiriram a infecção congênita, demonstrando que houve redução na transmissão vertical no decorrer dos anos, mas ainda representa alta taxa de contaminação, visto que é um agravo evitável. A Tabela 1 apresenta as variáveis clínicas e sociodemográficas das gestantes com sífilis no Paraná registradas no SINAN entre 2010 e 2020.

Conforme demonstrado na Tabela 1, foram registrados 18.681 casos de sífilis em gestantes, a maioria deles (72,4%) acometeram mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos e se autodeclararam brancas (66,7%). A

escolaridade variou do analfabetismo até o ensino superior completo, a predominância de casos no ano e período analisados foi apoderada por mulheres com ensino fundamental de 5ª a 8ª série incompleta (22%).

Quanto ao diagnóstico, 15.046 gestantes tiveram o teste treponêmico reativo, ou seja, 80,5% e, 16.081 o teste não treponêmico reativo, 86,1%. Observou-se também que em média 13,6% das gestantes não realizaram o teste treponêmico enquanto apenas aproximadamente 5,3% não realizaram o teste não treponêmico demonstrando que no local e período analisados o diagnóstico foi mais feito com testes não treponêmicos.

Diante da relação direta entre a sífilis gestacional e congênita, a tabela 2 apresenta a caracterização do perfil materno-fetal da sífilis congênita no Paraná registradas no SINAN entre 2010 e 2020.

**Tabela 2.** Distribuição das características maternas e fetais dos casos notificados de sífilis congênita, entre 2010 e 2020, no Paraná. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

| Variáveis (n= 6212)                   | Número absoluto | Número relativo |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Realizou o pré-natal</b>           |                 |                 |
| Sim                                   | 5508            | 0,887           |
| Não                                   | 637             | 0,103           |
| Ignorado                              | 67              | 0,011           |
| <b>Momento do diagnóstico</b>         |                 |                 |
| Durante o pré-natal                   | 4477            | 0,721           |
| No momento do parto/curetagem         | 1222            | 0,197           |
| Após o parto                          | 399             | 0,064           |
| Não realizado                         | 48              | 0,008           |
| Ignorado                              | 66              | 0,011           |
| <b>Aspectos clínicos</b>              |                 |                 |
| <b>Classificação final</b>            |                 |                 |
| Sífilis congênita recente             | 5822            | 0,937           |
| Sífilis congênita tardia              | 8               | 0,001           |
| Descartado                            | 163             | 0,026           |
| Natimorto/aborto por sífilis          | 219             | 0,035           |
| <b>Evolução dos nascidos vivos</b>    |                 |                 |
| Vivo                                  | 5602            | 0,902           |
| Óbito por sífilis                     | 94              | 0,015           |
| Óbito por outra causa                 | 62              | 0,010           |
| Ignorado                              | 72              | 0,012           |
| <b>Parceiro realizou o tratamento</b> |                 |                 |
| Sim                                   | 1160            | 0,187           |
| Não                                   | 4297            | 0,692           |
| Ignorado                              | 755             | 0,122           |

Consoante à Tabela 2, constata-se que foram registrados 6.212 casos de sífilis congênita, em 5.508 dos casos (88,7%), a mãe realizou o pré-natal, consequentemente verificou-se predominância (72,1%) de diagnóstico durante o pré-natal.

A respeito da classificação do conceito, é possível constatar que 93,7% foram classificadas como sífilis congênita recente e aproximadamente 3,5% dos casos foram de natimortos/abortos.

Na evolução dos nascidos vivos é possível verificar a prevalência de bebês vivos, enquanto 94 dos casos (1,5%) evoluíram para óbito pela doença. Com referência ao tratamento dos parceiros, 1160 dos parceiros (18,7%)

realizaram o tratamento em comparação aos 4297 (69,1%) que não realizaram.

A Tabela 3 propôs a análise da associação entre o fator de risco (tratamento dos parceiros) e o desfecho (realização do pré-natal), resumindo que no grupo dos parceiros tratados há ampliação de 13% na probabilidade da gestante realizar o pré-natal afirmando a importância do tratamento dos parceiros para o fim da infecção.

A Tabela 4 analisou a possível associação entre o tratamento dos parceiros e a probabilidade de desfechos negativos para o feto, identificando ampliação de 3% no grupo dos parceiros tratados na probabilidade do conceito nascer vivo.



**Tabela 3.** Incidência de realização de pré-natal no Paraná entre 2010 e 2020, segundo o tratamento do parceiro da gestante com sífilis. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

| Tratamento dos parceiros | Pré-natal |     | Total | Probabilidade de realização de pré-natal |
|--------------------------|-----------|-----|-------|--|
|                          | Sim       | Não |       |  |
| Sim                      | 1.138     | 18  | 1.156 | 0,98                                     |
| Não                      | 3.732     | 545 | 4.277 | 0,87                                     |
| Total                    | 4.870     | 563 | 5.433 | 1,13                                     |

**Tabela 4.** Incidência de nascidos vivos no Paraná entre 2010 e 2020, segundo o tratamento do parceiro da gestante com sífilis. Maringá, PR, Brasil, 2010-2020

| Tratamento dos parceiros | Nascidos vivos |     | Total | Probabilidade de feto nascer vivo |
|--------------------------|----------------|-----|-------|-----------------------------------|
|                          | Sim            | Não |       |                                   |
| Sim                      | 1.119          | 21  | 1.140 | 0,98                              |
| Não                      | 3.984          | 187 | 4.171 | 0,96                              |
| Total                    | 5.103          | 208 | 5.311 | 1,03                              |

O aumento na incidência da doença pode ser explicado por dificuldades no diagnóstico precoce e, consequentemente, no tratamento de gestantes e seus parceiros, o que representa um grave problema de saúde pública no país, pois tanto o diagnóstico como o tratamento são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>16,24</sup>.

O resultado identificado pelo presente estudo pode estar diretamente relacionado à maior vulnerabilidade deste grupo, pois as mulheres jovens têm prática sexual mais intensa, dificuldade de acesso à informação e falta de compreensão da importância das medidas de prevenção de ISTs durante a gestação e possíveis consequências, principalmente para o conceito<sup>24,27</sup>.

Esta realidade corrobora com a que foi identificada em outros estudos realizados em São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Tocantins<sup>24,28-30</sup>. A respeito da variável raça/cor, este estudo aquiesceu o resultado em estudo realizado em 2019, pois o trabalho concluiu frequência mulheres brancas em 66% dos casos<sup>24</sup>.

Em contraponto, no Mato Grosso do Sul, as gestantes de pele preta ou parda, representaram aproximadamente 62%, demonstrando assim que a predominância de cor da pele varia com o estado que está sendo analisado, reafirmando a necessidade de análise individual de cada localidade<sup>30</sup>.

A baixa escolaridade foi identificada também em um estudo realizado entre 2008 e 2018, no Mato Grosso do Sul, no qual as mulheres que apresentam de 1 a 9 anos de estudo, em 44,8% dos casos notificados, retratando assim, que essa variável é um fator determinante para a maior ocorrência da doença<sup>30</sup>.

Mesmo que a baixa escolaridade tenha uma relação consolidada com o desenvolvimento da infecção, este estudo encontrou que no Paraná há maior número de gestantes infectadas com ensino superior completo em comparação com as gestantes analfabetas.

A respeito do diagnóstico, o ideal é se fazer um teste treponêmico associado a um teste não treponêmico, a ordem de realização dos testes fica sob decisão do serviço de saúde, a associação ocorre para evitar resultados falsos-

negativos principalmente em gestantes nos estágios iniciais da doença<sup>8,11</sup>.

Os resultados do presente estudo demonstraram que a associação entre os testes não ocorreu de forma integral, visto que no período e local analisado houve maior prevalência de testes não treponêmicos.

Em relação a sífilis congênita, a caracterização do perfil materno indicou que a maioria das mulheres realizou o pré-natal, o qual tem como objetivo central a prevenção da transmissão vertical, fato que não ocorreu de forma plena no local e período analisados, sugerindo que a alta cobertura não significa que a assistência foi feita de maneira efetiva<sup>19,20</sup>.

Assim, a alta incidência da sífilis congênita em nascidos que as mães primariamente realizaram o pré-natal reflete a fragmentação da atenção primária, ocorrendo assim, o diagnóstico tardio da infecção, falta de acolhimento, ausência de tratamento dos parceiros e desenvolvimento da infecção no feto, o que com o acompanhamento adequado poderia ter sido evitado<sup>31</sup>.

Para que a terapêutica na gestante seja vista como eficaz é necessário ser concluída 30 dias antes do parto e o parceiro precisa ser tratado concomitantemente, com a medicação correta para reduzir a transmissão vertical e cessar a cadeia de transmissão<sup>8,14,32</sup>.

Entretanto, há baixo assentimento ao tratamento por parte dos parceiros e isso é multifatorial, como a não aceitação do diagnóstico e tratamento, desconhecimento da doença, temor de evidenciar parceiros extraconjugais e medo de violência doméstica, o que pode causar reinfeção e, consequentemente, aumentar a transmissibilidade para o feto<sup>14,15,33</sup>.

Há os fatores ligados à mulher, estudos comprovaram que ter 3 ou mais parceiros sexuais anuais aumenta a probabilidade de desenvolver sífilis, e quando se tem parceiro fixo existe o receio de contar o diagnóstico ao parceiro por medo de repreensão e separação<sup>34,35</sup>.

Há também fatores relacionados ao processo de trabalho na APS, visto que os profissionais da enfermagem muitas vezes estão sobrecarregados e não conseguem

oferecer a devida atenção às gestantes o que é seriamente prejudicial para a assistência, afinal os enfermeiros têm amplo papel dentro da realização efetiva do pré-natal<sup>32,33,36,37</sup>.

Em um estudo realizado em 2017 em um município no estado do Rio de Janeiro, comprovou-se que 79% das profissionais estavam devidamente capacitadas para realizar o atendimento adequado frente à sífilis, entretanto, apenas 24% das enfermeiras buscavam os parceiros para testagem e realizavam o acolhimento do casal, representando uma falha no processo de trabalho na APS, visto que além do pré-natal, a busca ativa, a educação em saúde são, também, imprescindíveis para aumentar a adesão do parceiro ao tratamento<sup>38,39</sup>.

Assim, é indispensável a devida preparação dos profissionais que participam do pré-natal, com enfoque no monitoramento, orientação, testagens e na terapia medicamentosa<sup>40</sup>.

### Considerações Finais

O Sistema Único de Saúde preconiza prevenção, diagnóstico, tratamento da sífilis gestacional e prevenção da

transmissão vertical através da assistência pré-natal, entretanto a partir do presente estudo identificou-se que a situação da sífilis gestacional e congênita no Paraná encontra-se distante do ideal, pois, apesar da redução na incidência, os resultados demonstraram prevalência da infecção em gestantes com persistência da transmissão vertical, sugerindo que mesmo com o pré-natal sendo realizado pela maioria das gestantes, este não está sendo realizado de forma adequada.

O cenário encontrado pelo estudo está representado pela redução na incidência da sífilis em gestantes no Paraná, demonstrando a importância da assistência pré-natal prestada. Como forma de atingir o objetivo final de reduzir a transmissão materno-infantil da infecção é necessário perpetuar a qualificação dos profissionais, garantia dos direitos à saúde, educação e cidadania para progredir com o fortalecimento da Rede de Saúde Materno Infantil.

Assim, os resultados desse estudo são relevantes como contribuição, tanto para a melhoria da assistência já prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal como para intensificar o Planejamento em Saúde.

### Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
2. Porth CM, Matfin G. Fisiopatologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
3. Bowen VB, Braxton J, Davis DW, Flagg EW, Grey J, Grier L, et al. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018. CDC [Internet]. 2018. [acesso em 14 dez 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/stats18/default.htm>
4. The Lancet. Congenital syphilis in the USA. The Lancet [Internet]. 2018. [acesso em 14 abril 2022]. 392: 1168. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32360-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32360-2/fulltext)
5. Rowley J, Hoorn SV, Korenromp E, Low N, Unemo M, Raddad LJA, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull. World Health Organ [Internet]. 2019. [acesso em 20 dez 2021]. 97 (8): 548-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.228486>
6. World Health Organization (WHO). Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Genabra: WHO; 2016.
7. Talhari S, Sardinha JCG, Cortez CCT. Sífilis. Veronesi-Focaccia: tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu; 2015
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informações do SUS. Informações em Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade Geral [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 14 abril 2022]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>
9. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad. de Saúde Pública. 2018;34 (e.3160): 1-13. doi: 10.1590/0102-311X00110417
10. Lafetá KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006
11. Andrade ALM, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Late diagnosis of congenital syphilis: a recurring reality in women and children health care in Brazil. Rev Paul Pediatr. 2018;36(4):376-81. doi: 10.1590/1984-0462/2018;36;3;00011
12. Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sífilis na gestação [Internet]. 2018 [acesso em 25 dez 2022]. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-na-gravidez>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
14. Fernandes LPMR, Souza CL, Oliveira MV. Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2021;21(2):369-77. doi: 10.1590/1806-93042021000200002
15. Ratanshi RP, Kimeze JM, Joloba EM, Hamill MM, Namawejje M, Kiragga A, et al. Low male partner attendance after syphilis screening in pregnant women leads to worse birth outcomes: the Syphilis Treatment of Partners (STOP) randomised control trial. Sex Health. 2020;17(3):214–22. doi: 10.1071/SH19092
16. Souza BSO, Rodrigues RM, Gomes RML. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. Rev Soc Bras Clín Méd. 2018;16(2):94-8.



17. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(4):518–28. doi:10.1590/1414-462X202028040395
18. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2017;17(4):791-99. doi: 10.1590/1806-93042017000400010
19. Domingues RMSM, Leal, MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(6):1-12. doi: 10.1590/0102-311X00082415
20. Chinazzo LK., Leon CA. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. *Bol Cient Ped.* 2015;4(3):65-9.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 542, de 22 dezembro de 1986. Para efeitos da Aplicação da Lei Nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial n.º 608Bsb, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS e a Sífilis Congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 33, de 14 de julho de 2005, que inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
23. Domingues CSB., Duarte G., Passos MRL., Sztajnbok DC das N., Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2020;30(spe 1):1-13. doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1
24. 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.* 2020;19(4):873-84. doi: 10.1590/1806-93042019000400007
25. Cabral BTV, Dantas JC, Silva JA, Oliveira DA. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev Ciênc Plural.* 2018;3(3):32-44.
26. Falavina LP, Lentsck MH, Mathias TA de F. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no estado do Paraná-Brasil. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2019;27:e3160. doi: 10.1590/1518-8345.2838.3160
27. Pereira AL, Silva RL, Palma LM, Moura LCL, Moura MA. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. *Femina.* 2020;48(9):563–70.
28. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPR da. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde.* 2021;30(4). doi: 10.1590/S1679-49742021000400006
29. Silva MJN, Barreto FR, Costa MCN, Carvalho MSI, Teixeira MG. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015\*. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2). doi: 10.5123/S1679-49742020000200017
30. Ozelame JÉEP, Frota OP, Ferreira Júnior MA, Teston EF. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. *Rev Enferm UERJ.* 2020;28:e50487. doi:org/10.12957/reuerj.2020.50487
31. Silva LR, Arruda LES, Nascimento JW, Freitas MVA, Santos ISF, Silva JTL, et al. De mãe para filho (a): os impactos da sífilis gestacional e congênita na saúde pública do Brasil. *Braz J Dev.* 2021;4(1):330–43. doi: 10.34119/bjhrv4n1-028
32. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(3). doi: 10.1590/0102-311X00074519
33. Silva MFCF, Pereira SMX, Aidar TPS, Souza RG, Costa RFC, Oliveira LAG, et al. Sífilis congênita como uma abordagem sistêmica. *Braz. J. Dev.* 2020;6(7):51840–8. doi:org/10.34117/bjdv6n7-724
34. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SDF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública.* 2017;51. doi:10.11606/s1518-8787.2017051007066
35. Trevisan MG, Bechi S, Teixeira GT, Marchi ADA, Costa LD. Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. *Rev Saúde Pública do Paraná.* 2018;19(2):84–96. doi: 10.22421/15177130-2018v19n2p84
36. Junior MDS, Donola SFA, Souza TA, Vianna IC, Oliveira SP, Guerra TRB, Fernandes VC, Rodrigues IT. Classificação de risco: fatores de baixa complexidade que interferem no atendimento do enfermeiro. *Glob Acad Nurs.* 2021;2(4):e190. https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200190
37. Silva CPV, Rocha RSM, Silva PO, Silva FQ, Oliveira ES, Francisco MTR, et al. Assistência pré-natal na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa. *Glob Acad Nurs.* 2022;3(Sup.1):e237. https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200237
38. Machado I, Silva VAN, Pereira RMS, Guidoreni CG, Gomes MP. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? *Rev Saúde e Pesquisa.* 2018;11(2):249–55. doi: 10.17765/1983-1870.2018v11n2p249-255
39. Monteiro R, Côrtes PP de R. A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. *Rev. Pró-UniverSUS.* 2019;10(2):13–7. https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1934
40. Tenório LV, Azevedo EB de, Barbosa JCG, Lima MKS, Pereira MM de BS, Barbosa HCV. Fatores que dificultam o diagnóstico precoce da sífilis na gestação. *RSD.* 2020;22;9(9):e377997225. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7225

