

MODALIDADE Artigo Original

Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes admitidas em uma maternidade pública de Palmas - TO nos anos de 2019 a 2022.

Epidemiological profile of syphilis in pregnant women admitted to a public maternity hospital in Palmas - TO from 2019 to 2022.

Perfil epidemiológico de la sífilis en gestantes ingresadas en una maternidad pública de Palmas - TO de 2019 a 2022.

Título resumido em português: Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes.

Bianca Cardoso Oliveira¹ - <https://orcid.org/0009-0005-0909-4386>

Marco Antonio Araújo Lucena² - <https://orcid.org/0009-0009-7573-3608>

Daniela Paranhos Borges³ - <https://orcid.org/0009-0001-7204-5772>

Ana Victoria e Silva Pezzini⁴ - <https://orcid.org/0009-0002-3714-1870>

Ana Mackartney de Souza Marinho⁵ - <https://orcid.org/0000-0002-9497-5153>

¹Afya Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Graduação em Medicina, Palmas-TO, Brasil.

²Afya Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Graduação em Medicina, Palmas-TO, Brasil.

³Afya Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Graduação em Medicina, Palmas-TO, Brasil.

⁴ Afya Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Graduação em Medicina, Palmas-TO, Brasil.

⁵ Afya Faculdade de Ciências Médicas, Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins, Palmas-TO, Brasil.

CORRESPONDÊNCIA

Bianca Cardoso Oliveira - 1.203 Sul, Alameda 6, Qi 30, Lote 10, Palmas-TO, Brasil.

CEP: 77019-437 | e-mail: bia1067@gmail.com

FINANCIAMENTO

Não se aplica.

TRABALHO ACADÊMICO ASSOCIADO

Artigo derivado de monografia de conclusão de curso intitulada “Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes admitidas em uma maternidade pública de Palmas - TO nos anos de 2019 a 2022.”, apresentada por Bianca Cardoso Oliveira, Marco Antônio Araújo Lucena, Daniela Paranhos Borges e Ana Victoria e Silva Pezzini no Curso de Medicina, da Afya Faculdade de Ciências Médicas, em 2024.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Oliveira BC, Lucena MAA, Borges DP, Pezzini AVS e Marinho AMS participaram de todas as etapas da elaboração deste manuscrito, com a posterior aprovação da versão final, garantindo a fidedignidade dos dados, integridade e precisão das informações.

AGRADECIMENTO

À responsável técnica do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à Mulher e à Criança (CIAMC), Sra. Ionete Sampaio Mendonça, por importante contribuição na coleta de dados, na discussão e na análise deste artigo, e pelo compromisso com a vigilância epidemiológica.

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis admitidas em uma maternidade pública de Palmas - TO, de 2019 a 2022. **Métodos:** realizou-se estudo descritivo utilizando dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan Net). **Resultados:** foram identificadas 198 gestantes com sífilis; predominaram as pardas (90,91%), com idade entre 20 a 34 anos (64,65%), baixa escolaridade (41,93%) e diagnóstico tardio (85,86%); no momento da notificação, a maioria estava no 3º trimestre (85,85%); observou-se falta de informações sobre o tratamento das gestantes (41,41%) e dos parceiros (72,22%); em 2,53% dos casos há registro de tratamento do parceiro. **Conclusão:** é fundamental o papel da atenção primária na educação em saúde da comunidade acerca da sífilis gestacional e na adoção de estratégias para aprimorar a

assistência pré-natal, a fim de reduzir as taxas de infecção materna e seus desfechos negativos.

Palavras-chave: Epidemiologia Descritiva; Sífilis; Gestantes; Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological profile of pregnant women with syphilis admitted to a public maternity hospital in Palmas - TO, from 2019 to 2022. **Methods:** a descriptive study was carried out using data from the Notifiable Diseases Information System (Sinan Net). **Results:** 198 pregnant women with syphilis were identified; brown women (90.91%), aged between 20 and 34 years old (64.65%), with low education (41.93%) and late diagnosis (85.86%) predominated; at the time of notification, most were in the 3rd trimester (85.85%); there was a lack of information about the treatment of pregnant women (41.41%) and partners (72.22%); in 2.53% of cases there is record of partner treatment. **Conclusion:** the role of primary care in community health education about gestational syphilis and in the adoption of strategies to improve prenatal care is fundamental in order to reduce maternal infection rates and their negative outcomes.

Keywords: Epidemiology Descriptive; Syphilis; Pregnant Women; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de las gestantes con sífilis ingresadas en una maternidad pública de Palmas - TO, de 2019 a 2022. **Métodos:** se realizó um estudio descriptivo utilizando datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (Sinan Net). **Resultados:** Se identificaron 198 gestantes con sífilis; predominaron las mujeres pardas (90,91%), con edades entre 20 y 34 años (64,65%), baja

escolaridade (41,93%) y diagnóstico tardío (85,86%); al momento de la notificación la mayoría se encontraba en el 3er trimestre (85,85%); faltó información sobre el tratamiento de las gestantes (41,41%) y parejas (72,22%); en el 2,53% de los casos existem registro del trato de la pareja. **Conclusión:** el papel de la atención primaria en la educación sanitaria comunitaria sobre la sífilis gestacional y en la adopción de estrategias para mejorar la atención prenatal es fundamental para reducir las tasas de infección materna y sus resultados negativos.

Palabras clave: Epidemiología Descriptiva; Sífilis; Mujeres Embarazadas; Atención Prenatal;

Contribuições do estudo	
Principais resultados	Identificou-se gestantes 198 com sífilis, sendo a maioria parda (90,91%), na faixa etária de 20 a 34 anos (64,45%), com baixa escolaridade (41,93%), e com diagnóstico tardio (85,86%). Somente 2,53% das parcerias sexuais das gestantes foram tratadas.
Implicações para os serviços	Os achados do estudo apontam para a ineficácia no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional na atenção primária à saúde, resultando em

	sobrecarga dos níveis de atenção subsequentes, em vista das complicações da sífilis, as quais são evitáveis.
Perspectivas	Constatou-se a necessidade da realização precoce do diagnóstico de sífilis gestacional, bem como do tratamento adequado da gestante e da sua parceria. É imprescindível o preenchimento dos prontuários para a compilação fidedigna de dados no Sinan.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) curável, provocada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar diferentes manifestações clínicas e estágios: sífilis primária, secundária, terciária e latente, sendo os dois primeiros estágios de maior transmissibilidade.¹

Estima-se que 1,9 milhão de gestantes em todo o mundo estejam infectadas com sífilis gestacional e que menos de 10,0% sejam diagnosticadas e tratadas, o que resulta em desfechos negativos relacionados à morte fetal, à prematuridade, ao parto de natimorto, ao baixo peso ao nascer e à infecção por sífilis congênita.^{2,3} Esses desfechos são evitáveis

a partir do rastreamento para infecções durante o pré-natal, realizado por meio de teste rápido disponível nos serviços de saúde do SUS.¹

A falta de assistência pré-natal contribui para altos índices de sífilis gestacional.⁴ A correta assistência, no nível da atenção primária à saúde, permite a identificação e redução dos riscos, por meio de triagem sorológica e do tratamento adequado da gestante e dos parceiros.^{5,6} Gestantes tratadas cedo apresentam significativa redução do risco de transmissão vertical da sífilis e suas complicações.⁷ Assim, o diagnóstico e tratamento correto da sífilis durante a gestação são fundamentais para quebrar a cadeia de transmissão da doença ao feto/recém-nascido. Isto evidencia a necessidade do estudo epidemiológico da sífilis na gravidez.

O rastreamento da sífilis em gestantes começa no primeiro trimestre, utilizando-se o teste rápido, que é treponêmico, e o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), classificado como teste não treponêmico. O tratamento é feito em fases e a droga empregada é a penicilina. Para a sífilis recente (primária e secundária) utiliza-se a Benzilpenicilina-benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular (IM), dose única, e para sífilis tardia ou latente administra-se a Benzilpenicilina-benzatina 2,4 milhões de UI, via IM - 1,2 milhões de UI em cada glúteo - a cada 7 dias, durante 3 semanas.¹

Segundo os Indicadores de Inconsistências de Sífilis nos Municípios Brasileiros, no período de 2012 a 2022, em Palmas, Tocantins, foram registrados 409 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Esses dados revelam a falta de tratamento e diagnóstico adequado de gestantes na região.

Destarte, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes admitidas no Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à

Mulher e à Criança (CIAMC), localizado na cidade de Palmas, estado do Tocantins, no período de 2019 a 2022. O hospital é a maior maternidade pública do estado, com um fluxo médio mensal de 450 partos, atendendo todo o Tocantins e outras regiões como o sul dos estados do Pará, do Maranhão e do Piauí, oeste do Mato Grosso, leste da Bahia e norte do estado de Goiás.

Nesse contexto, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico, objetiva-se propor soluções para melhorar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sífilis em gestantes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal, retrospectivo, de propósito descritivo e com abordagem quantitativa, conduzido no Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à Mulher e à Criança. O estudo se concentrou nos casos de sífilis gestacional registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), seguindo os critérios de definição de caso confirmado estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O período do estudo, de 2019 a 2022, motivou-se pela necessidade de analisar o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis admitidas no CIAMC, com o intuito de comparar os cenários pré e pós-pandemia de COVID-19. A pesquisa ocorreu em um período de dois meses e as informações foram coletadas por formulário baseado nas fichas de notificação/investigação de sífilis gestacional do Sinan Net, que são preenchidas por profissionais do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do hospital em questão, com base nas informações contidas nos prontuários das pacientes. Essa análise

revelou N=198 gestantes diagnosticadas com sífilis admitidas no período em questão e as

variáveis estudadas foram:

a) Sociodemográficas maternas

- idade (em anos: 10 a 14; 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49)
- raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena)
- escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 2-4ª série completa do Ensino Fundamental; 3-5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto; Ensino Superior completo; ignorado)
- município de residência
- zona de residência (urbana; rural; periurbana; ignorado)

b) Obstétricas e de tratamento

- momento do diagnóstico materno (1º, 2º, 3º trimestre ou idade gestacional ignorada)
- classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada/em branco)
- teste treponêmico (reativo; não reativo; não realizado; ignorado/em branco)
- teste não treponêmico (reativo; não reativo; não realizado)
- esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzatina 2.400.000 UI; penicilina G benzatina 4.800.000 UI; penicilina G benzatina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco)
- tratamento do parceiro (sim; não; ignorado/em branco)
- esquema de tratamento prescrito ao parceiro (penicilina G benzatina 2.400.000 UI; penicilina G benzatina 4.800.000 UI; penicilina G benzatina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco)

- motivo para não tratamento do parceiro (parceiro não teve mais contato com a gestante; parceiro não foi convocado à US para tratamento; parceiro foi convocado à US para tratamento, mas não compareceu; parceiro foi convocado à US para tratamento, mas recusou; parceiro com sorologia reagente; outro motivo; ignorado/em branco.

A tabulação dos dados foi realizada utilizando o software Tabwin, enquanto a entrada e análise dos dados foram conduzidas por meio do software Microsoft Excel.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC) de Araguaína, sob o Parecer nº 6.169.788, em 07 de julho de 2023.

RESULTADOS

Durante o período de 2019 a 2022, o Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à Mulher e à Criança notificou 198 casos de sífilis gestacional, seguindo uma tendência crescente ao longo do período observado (Figura 1). O ano de 2022 apresentou o maior número de casos notificados ($n=62;31,31\%$), demonstrando um aumento de 93,75% em relação a 2019 (Figura 1). A capital Palmas foi o município de residência predominante (39,28%) das gestantes notificadas (Figura 2).

A maioria das gestantes com sífilis (64,65%) situava-se na faixa etária de 20 a 34 anos, 90,91% eram da cor parda, e 28,28% haviam completado o ensino médio (Tabela 1). É relevante observar que 24,24% das fichas não continham informações sobre o aspecto da escolaridade (Tabela 1).

Quanto ao momento da notificação, 85,86% dos casos ocorreram no terceiro trimestre de gestação (Tabela 1). Em relação à classificação clínica da sífilis, 47,47% das gestantes foram notificadas como sífilis primária e 33,84% das fichas não continham informações

sobre essa classificação (Tabela 1). No pré-natal, 82,83% das pacientes apresentaram resultado reativo no teste não treponêmico e 11,62% das fichas não continham essa informação. Quanto ao teste treponêmico, 72,22% apresentaram resultado reativo e 17,68% das fichas não continham essa informação (Tabela 1).

Dentre os tratamentos, a Penicilina G benzatina em dose de 2.400.000 UI foi administrada para 21,72% das gestantes e 18,69% não foram tratadas. Vale ressaltar que as informações acerca do tratamento foram ignoradas em 41,41% das fichas de notificação analisadas (Tabela 1).

Em relação ao tratamento dos parceiros das gestantes, 72,22% das fichas não continham informações sobre o tratamento, 25,25% dos parceiros não foram tratados e apenas 2,53% foram tratados. Do total de parceiros, 39,9% não indicaram o motivo para a ausência de tratamento. Quanto ao esquema de tratamento, 71,21% das fichas de notificação não continham essa informação; 1,01% receberam dose de Penicilina G benzatina 2.400.000 UI e 2,02% foram tratados com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI (Tabela 1).

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou o aumento da prevalência de gestantes com sífilis, sobretudo em Palmas, município de residência da maioria das gestantes notificadas. Esse aumento tem sido verificado em outras capitais do Brasil.⁸ Desse modo, observa-se que, embora os métodos diagnósticos e o tratamento sejam de fácil acesso no SUS, a sífilis gestacional ainda é um problema social e de saúde pública no país.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2023, no período de 2012 a 2022, foram notificados no país 537.401 casos de sífilis em gestantes e as taxas de detecção têm se mantido em crescimento constante. Entre 2013 e 2018, o aumento médio anual foi de 25%, de 2019 para 2020 foi de 6,1%, tendo-se elevado em 33,8% entre os anos 2020 e

2022. Essa elevação no número de casos é corroborada por outros estudos conduzidos no Brasil,⁹ os quais demonstram que houve diminuição no número de casos de sífilis gestacional notificados durante o período da pandemia de COVID-19, especialmente nos anos de 2019 a 2020, seguido por aumento de notificações a partir de 2021. Neste estudo, observou-se que esse padrão nacional se reproduziu na cidade de Palmas e pode ser explicado pela combinação da sobrecarga do sistema de saúde, que passou a priorizar o atendimento de pacientes com queixas respiratórias a partir de março de 2020, e do isolamento social, adotado para reduzir a transmissão do coronavírus. Esses fatores são apontados como a causa do atraso no diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a sífilis em gestantes, uma vez que o fluxo usual de atendimentos na atenção primária foi interrompido e, conseqüentemente, houve redução da testagem e do tratamento da população.^{9,10}

Verificou-se, neste estudo, que as gestantes diagnosticadas com sífilis são, sobretudo, jovens, na faixa etária de 20 a 34 anos, pardas e que haviam concluído o ensino médio, resultados semelhantes aos encontrados no boletim epidemiológico de 2023 e em estudo conduzido na cidade de Belo Horizonte.^{8,11}

A associação entre a baixa escolaridade materna e a ocorrência de sífilis gestacional é observada em resultados de outros estudos.^{12,13} Essa variável representa um fator de maior vulnerabilidade para o contágio, devido à limitação do conhecimento das pacientes acerca das infecções sexualmente transmissíveis e suas formas de prevenção.¹⁴ A pesquisa revelou elevada frequência de notificações no terceiro trimestre, o que pode afetar o tratamento adequado dessa gestante para evitar a transmissão vertical. O Ministério da Saúde preconiza que, para prevenir a sífilis congênita, o esquema terapêutico apropriado ao estágio clínico da sífilis deve ser iniciado pela gestante pelo menos 30 dias antes do

parto e já ter sido finalizado no momento do parto.¹ Esse diagnóstico tardio pode ser explicado pelo atraso da procura por acompanhamento pré-natal e pela baixa sensibilidade e qualidade da assistência à gestante.¹⁵

Quanto à classificação clínica, a maior incidência de notificações foi de sífilis primária, o que diverge do esperado durante a investigação da infecção nas gestantes. Segundo o Ministério da Saúde, a lesão da sífilis primária - o cancro duro - surge no sítio de inoculação da bactéria, como vulva, vagina e colo uterino, é indolor e seu desaparecimento independe do tratamento. Devido a essas características, a lesão primária pode não ser notada ou não ser valorizada pela paciente.¹ Dados epidemiológicos nacionais corroboram essa constatação e apontam a maior incidência de diagnósticos de sífilis gestacional latente.⁸

Desse modo, o estudo identificou a possibilidade de equívoco quanto à classificação clínica das gestantes nas fichas de notificação, em decorrência da falta dessa informação no prontuário das pacientes. Destaca-se que, além de gerar dados não verossímeis, a inadequada identificação do estágio clínico da sífilis resulta em decisão terapêutica inapropriada, que tem como desfecho o tratamento ineficaz da sífilis gestacional e a transmissão vertical da infecção.

Por fim, a ausência de tratamento dos parceiros sexuais é um dos maiores empecilhos para que a gestante seja considerada adequadamente tratada. Quando analisada a variável tratamento dos parceiros, notou-se, neste estudo, que a maior parte das fichas de notificação não apresentou essa informação e, em apenas 2,53% destas, constava o tratamento da parceria. Com isso, evidencia-se que a maior parcela dos contatos sexuais não recebeu nenhum tipo de tratamento para essa infecção, o que é observado em diferentes regiões do país.¹⁷⁻¹⁹ Quando não há identificação e tratamento da parceria, a

sífilis permanece na comunidade e a gestante é exposta à reinfecção, caso não haja adesão

ao uso de preservativos. O tratamento dos parceiros sexuais das pacientes é crucial para a interrupção da cadeia de transmissão da sífilis e a prevenção da sífilis congênita.⁸

Este estudo apresentou como limitação a inviabilidade de acesso às fontes primárias das informações - os prontuários, as gestantes e a equipe de saúde envolvida no pré-natal e parto. As fichas de notificação continham significativa frequência de campos ignorados/em branco. Assim, considera-se a possibilidade de subnotificações e de preenchimento equivocado de dados.

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram a importância de promover educação em saúde para toda a comunidade acerca da sífilis gestacional e dos potenciais desfechos negativos para a mãe e o bebê. Considerando os fatores de baixa escolaridade e o protagonismo de uma faixa etária jovem (20 a 34 anos), a facilitação do acesso à informação é primordial. A abordagem de temas como o uso adequado de preservativos e a assistência ao pré-natal desde o primeiro trimestre da gravidez devem ser prioridades na atenção primária.

A busca ativa de gestantes com sífilis e dos seus parceiros é fundamental, a fim de que seja realizado e documentado o tratamento adequado ao estágio clínico, bem como o monitoramento sorológico mensal com teste não treponêmico (VDRL). Ainda, são necessárias estratégias de conscientização voltadas para o público masculino, acerca das consequências da falha no tratamento da sífilis gestacional e da gravidade da sífilis congênita.

É responsabilidade da equipe da unidade de saúde que realizou o pré-natal preencher corretamente a carteira da gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis, na gestante e no seu parceiro, como também orientar

a necessidade de portar esse documento no momento da admissão ao parto. O registro dos resultados e datas das sorologias, da classificação clínica da sífilis, bem como do esquema de tratamento administrado é indispensável.²⁰

É preciso aprimorar o preenchimento dos prontuários, uma vez que a falta de dados é prejudicial ao sistema de agravos de notificações compulsórias. A notificação é fundamental no controle da doença para conhecimento do caso, desencadeamento da investigação e das medidas de prevenção e controle, avaliação do impacto das medidas adotadas, definição de novas estratégias de ação e estabelecimento de metas e prioridades.²¹

A atenção primária é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, onde há a construção do vínculo entre pacientes e profissionais. Por isso, a capacitação técnica das Equipes de Saúde da Família é substancial para a modificação do quadro epidemiológico da sífilis gestacional, considerando que a transmissão materno-fetal é um risco que pode ser evitado a partir do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e de educação em saúde eficaz para as gestantes, seus parceiros e toda a comunidade.

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). Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

3. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the Modern Era: An Update for Physicians. *Infect Dis Clin N Am*. 2013 Dez;27(4):705-722.
4. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev Para Med*. 2006 jan-mar;20(1).
5. 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 out-dez;28(4):518-528.
6. Júnior EAS, Lima RS, Aramaio CMSO. Desafios da enfermagem na assistência da sífilis gestacional na atenção primária de saúde: revisão integrativa. *REAEnf*. 2021 Mai;11(1): 73-92.
7. Hawkes SJ, Gomez GB, Broutet N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013 Fev;8(2).
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
9. Rocha FC, Araújo MAL, Almeida RLF, Rocha AFB, Canto SVE, Silva APA. Análise da tendência nas taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita no Ceará no período de 2015 a 2021. *Rev bras epidemiol*. 2023;26.
10. Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia da COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad Saúde Pública* 2020;36(7).
11. Caldeira JG, Moraes CC, Lobato AC. Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG. *Femina*. 2022;50(6):367-72.

12. 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. 2017; 51:78.

13. Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá-PR. Saúde Pesq. 2018 Nov;11(3):517-526.

14. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2014 Abr;47(2):170-8.

15. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol Serv Saúde. 2017 abr-jun;26(2): 255-264.

16. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26.

17. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(2):203-12.

18. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(9):397-402.

19. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012;46(3):479-86.

20. Secretaria Municipal da Saúde de Bauru. Protocolo de atenção à gestante com sífilis. 2023.

21. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DTS/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. 112 p.

TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Distribuição de gestantes (n=198), de acordo com a frequência de notificação por ano, notificadas pelo SINAN no Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à Mulher e à Criança

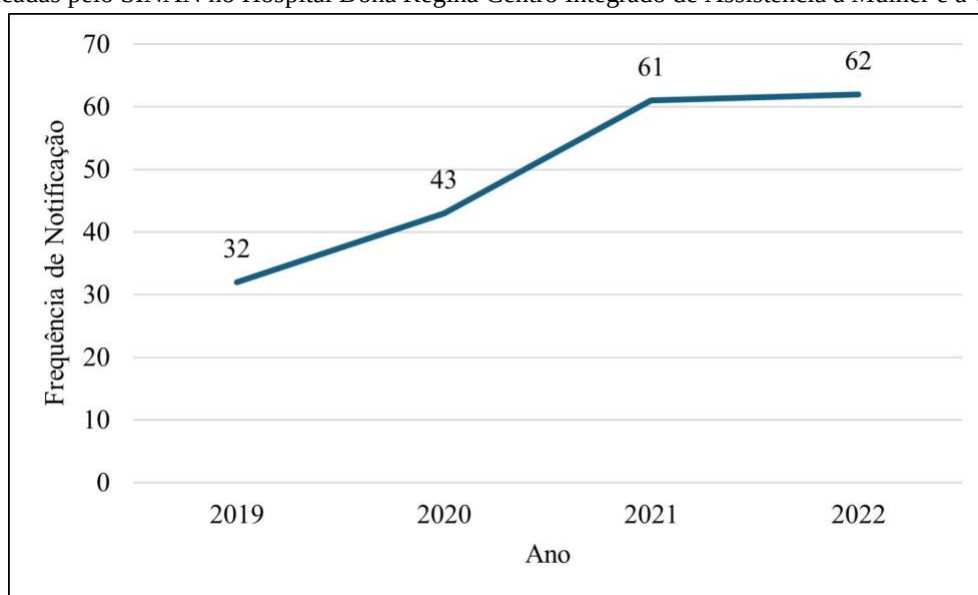


Figura 2: Distribuição de gestantes (n=196), de acordo com a frequência de notificação por município de residência, notificadas pelo SINAN no Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à Mulher e à Criança

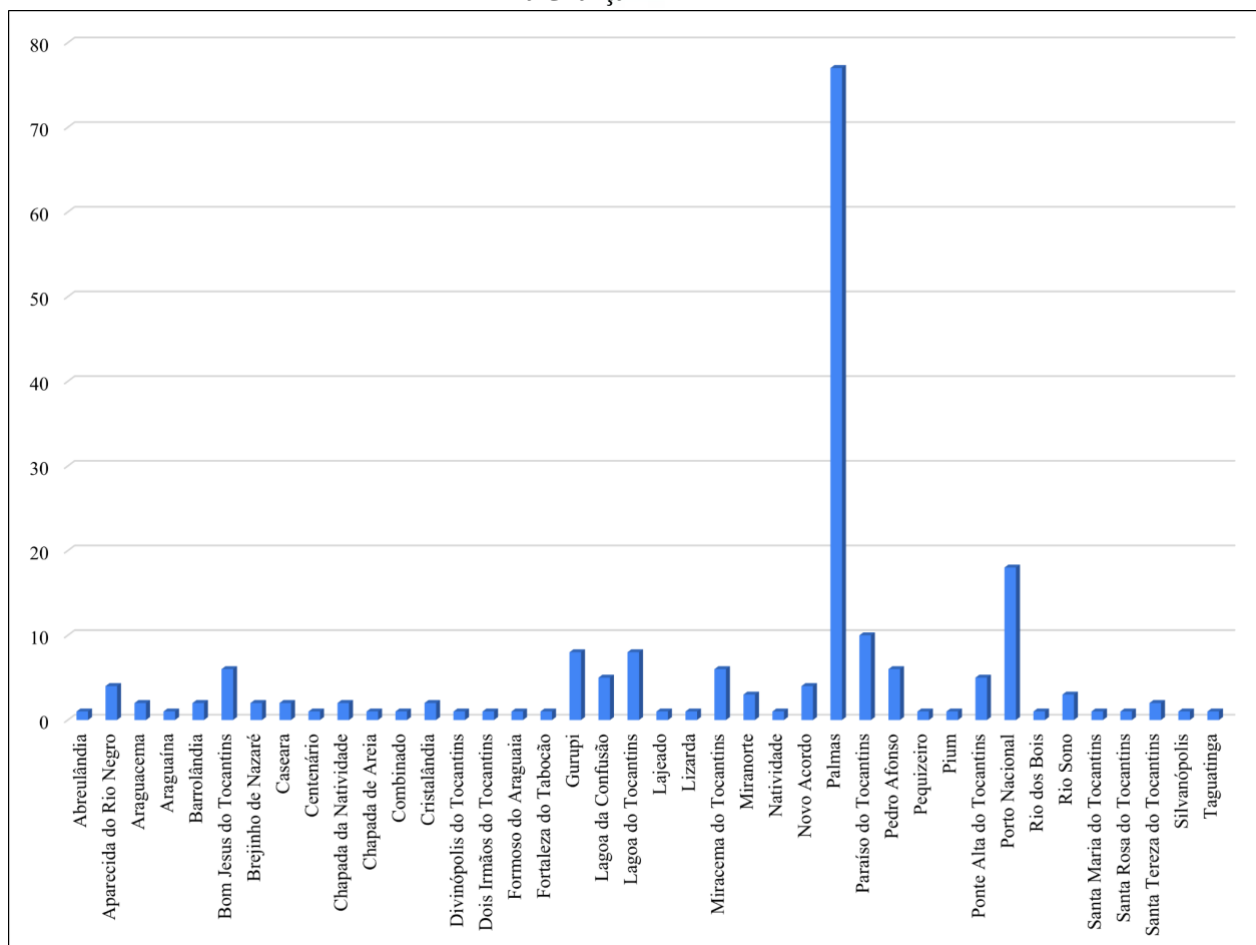


Tabela 1: Distribuição de gestantes (n=198), de acordo com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e do parceiro, notificadas pelo SINAN no Hospital Dona Regina Centro Integrado de Assistência à Mulher e à Criança

Variáveis	N				Total	%
	2019	2020	2021	2022		
Faixa etária (em anos)						
10-14	1	0	0	0	1	0,51
15-19	11	11	12	19	53	26,77
20-34	18	30	41	39	128	64,65
35-49	2	2	8	4	16	8,08
Raça/cor da pele						
Branca	0	0	6	5	11	5,56
Preta	0	2	0	3	5	2,53
Parda	31	41	55	53	180	90,91
Ignorado/em branco	1	0	0	1	2	1,01
Escolaridade						
4ª série completa do EF	1	1	1	0	3	1,52
5ª a 8ª série incompleta do EF	9	9	7	6	31	15,66
Ensino fundamental completo	2	7	8	2	19	9,60
Ensino médio incompleto	1	4	9	16	30	15,15
Ensino médio completo	9	5	18	24	56	28,28
Educação superior incompleto	3	0	5	0	8	4,04
Educação superior completa	0	0	0	3	3	1,52
Ignorado/em branco	7	17	13	11	48	24,24
Momento da notificação (trimestre da gestação)						
1º trimestre	4	6	3	6	19	9,60
2º trimestre	4	2	0	2	8	4,04
3º trimestre	24	35	57	54	170	85,86
Idade gestacional ignorada	0	0	1	0	1	0,51

Classificação clínica

Primária	4	19	41	30	94	47,47
Secundária	0	3	0	0	3	1,52
Terciária	0	0	1	2	3	1,52
Latente	24	4	1	2	31	15,66
Ignorado/em branco	4	17	18	28	67	33,84

Teste não treponêmico

Reativo	30	33	51	50	164	82,83
Não reativo	0	1	0	4	5	2,53
Não realizado	1	1	3	1	6	3,03
Ignorado/em branco	1	8	7	7	23	11,62

Teste treponêmico

Reativo	25	32	44	42	143	72,22
Não reativo	0	0	3	1	4	2,02
Não realizado	7	2	2	5	16	8,08
Ignorado/em branco	0	9	12	14	35	17,68

Esquema de tratamento (gestante)

Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	7	11	12	13	43	21,72
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	0	0	0	1	1	0,51
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	11	8	5	6	30	15,15
Outro esquema	0	1	2	2	5	2,53
Não realizado	11	10	5	11	37	18,69
Ignorado/em branco	3	13	37	29	82	41,41

Parceiro tratado

Sim	2	1	1	1	5	2,53
Não	23	9	4	14	50	25,25
Ignorado/em branco	7	33	56	47	143	72,22

Esquema de tratamento (parceiro)

Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	1	0	1	0	2	1,01
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	2	1	1	0	4	2,02
Outro esquema	0	0	1	0	1	0,51
Não realizado	21	13	2	14	50	25,25
Ignorado/em branco	8	29	56	48	141	71,21

Motivo do não tratamento do parceiro

Parceiro não teve mais contato com a gestante	0	0	0	6	6	3,03
Parceiro não foi convocado à US para tratamento	5	1	0	4	10	5,05
Parceiro foi convocado à US para tratamento, mas não compareceu	0	0	0	2	2	1,01
Parceiro foi convocado à US para tratamento, mas recusou	0	0	2	2	4	2,02
Parceiro com sorologia reagente	0	0	0	1	1	0,51
Outro motivo	4	24	40	28	96	48,48
Ignorado/em branco	23	18	19	19	79	39,90

Zona de residência

Urbana	30	37	55	56	178	89,90
Rural	2	4	6	5	17	8,59
Periurbana	0	1	0	0	1	0,51
Ignorado/em branco	0	1	0	1	2	1,01

- a) EF: Ensino Fundamental
- b) UI: Unidades Internacionais
- c) US: Unidade de Saúde
- d) SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação