



Perfil Epidemiológico de Sífilis Gestacional e Congênita, Paraíba, 2016-2021

Epidemiological Profile of Gestational and Congenital Syphilis, Paraíba, 2016-2021

Damásio Berto de Oliveira

Bacharel em Enfermagem, Escola Superior do Agreste Paraibano, Rua Otacílio Lira Cabral, 100 - Areia Branca, Guarabira - PB, Brasil. CEP: 58200-000. ORCID: 0000-0002-2582-428X.

Lucas Coêlho Bernardo-Menezes

Doutor em Ciências, Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Waldemar Falcão, 121, Candeal, Salvador - BA, Brasil. CEP: 40296-710. ORCID: 0000-0003-4523-4276

Resumo: Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e da sífilis congênita, no estado da Paraíba, de 2016 a 2021. Métodos: Estudo exploratório, quantitativo e descritivo dos casos notificados de sífilis entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Resultados: O perfil epidemiológico das gestantes com sífilis gestacional na Paraíba é de mulheres com sífilis primária, de 20 a 39 anos de idade, ensino fundamental incompleto, cor parda ou amarela, bem como testes reativos para sífilis na gestação nos últimos cinco anos. Crianças com sífilis recente, com menos de 6 dias de nascimento e que permaneceram vivas, apresentavam mães, em sua maior parte, com ensino fundamental incompleto, pardas e com acompanhamento pré-natal realizado, mas com o tratamento dos parceiros ausente, o que fez o perfil da sífilis em recém-nascidos. Discussão: Como fator limitante para o estudo, destaca-se que, na maioria das categorias das variáveis clínico-epidemiológicas, a opção “ignorado” apresentava números elevados. Conclusão: O conhecimento dos perfis epidemiológicos orienta os profissionais de saúde no planejamento de abordagens de prevenção de doenças e promoção da saúde de gestantes e crianças.

Palavras-chave: atenção à saúde; cuidado pré-natal; infecções sexualmente transmissíveis; mulheres grávidas; sorodiagnóstico da sífilis.

Abstract: Objective: To analyze the epidemiological profile of gestational syphilis and congenital syphilis in Paraíba from 2016 to 2021. Methods: Exploratory, quantitative, and descriptive study of reported cases of syphilis between January 2016 and December 2021, with data from the Prenatal Care. Results: The epidemiological profile of pregnant women with gestational syphilis in Paraíba is women with primary syphilis, aged 20 to 39 years, with incomplete elementary school, brown or yellow, as well as with non-treponemal and reactive treponemal tests, which were the main profile for syphilis during pregnancy in the last five years. Children with recent syphilis, with less than 6 days of birth and who remained alive, had mothers, most of whom had not completed elementary school, who were brown and had prenatal care. Still, the treatment of the partners was absent, making the profile of syphilis in newborns. Discussion: As a limiting factor for the study, it is noteworthy that in most categories of clinical-epidemiological variables, the option “ignored” was presented among high numbers. Conclusion: Knowledge of epidemiological profiles guides health professionals in planning disease prevention and health promotion approaches for pregnant women and children.

Keywords: health care; prenatal care; sexually transmitted infections; pregnant women; syphilis serodiagnosis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que se desenvolve lentamente e pode provocar infecções de forma assintomática. A transmissão da sífilis ocorre por meio de relações sexuais sem preservativos, via percutânea ou por transfusões de sangue contaminado. A sífilis ainda é observada em grande proporção de mulheres, o que contribui diretamente para o desenvolvimento da sífilis congênita (SC)¹.

Nas últimas décadas, a sífilis materna tem sido amplamente identificada como uma das principais causas de morbidade materna. A taxa de transmissão vertical tem sido alarmante, com risco de 70% a 100% no estágio primário, 90% no estágio secundário e 30% no terceiro estágio. A transmissão pode ocorrer em qualquer estágio da gravidez e em qualquer estágio da doença, e também pode se espalhar diretamente dentro do canal do parto².

A sífilis na gestação apresenta altas taxas de transmissão, podendo ocorrer em qualquer trimestre, com média de 2 milhões de infecções entre gestantes, reforçando sua condição como um dos agravos compulsórios de saúde em nível global³. Com a disseminação da sífilis gestacional (SG), cerca de 40% dos casos evoluem para aborto espontâneo e parto prematuro, bem como morte perinatal. Malformações de múltiplos órgãos, icterícia, anemia, complicações psicológicas e sociais podem atingir o recém-nascido com SC⁴.

A presença de sífilis na gravidez é considerada uma falha da assistência à saúde, pois a prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) devem ser priorizados antes da gravidez ou em situações planejadas precocemente⁵. Durante a gravidez, o principal objetivo da aplicação de estratégias de controle da sífilis durante o acompanhamento pré-natal é prevenir a transmissão vertical principalmente⁶.

Estima-se que existam mais de 11 milhões de novos casos de sífilis a cada ano em todo o mundo, com altas taxas em países da América Latina, África e Ásia. No Brasil, a doença persiste como um grave problema de saúde pública, por ser de notificação compulsória principalmente entre as populações materna e infantil⁷.

No Brasil, entre 2007 e 2016, foi detectado um aumento do número de notificações de infecções por sífilis na população, bem como da taxa epidemiológica de SG (gestantes que adquiriam sífilis durante a gestação) e SC (recém-nascidos que nasceram com sífilis). A taxa de detecção de gestantes foi de 2,5 casos/1000 nascidos vivos em 2007 e 12,4 casos/1000 nascidos vivos em 2016. A incidência de SC foi de 1,9 casos/1.000 nascidos vivos em 2007 e 6,8 casos/1.000 nascidos vivos em 2016⁸.

Nesse contexto, a região Nordeste apresenta a segunda maior taxa de morbidade materna do país. Na Paraíba, a taxa de detecção de gestantes foi de 15,8 por 1.000 nascidos vivos em 2019 (1,7% superior à taxa de detecção observada no ano anterior). De 2018 a 2019, esse aumento ocorreu em 44% dos distritos sanitários⁹. Por isso, o controle da sífilis é fundamental para prevenir, além de novos casos, prematuridade e natimortos.

Nos últimos anos, observou-se um aumento no número de casos notificados de sífilis no primeiro trimestre de gravidez, podendo significar que um subconjunto de gestantes iniciou o pré-natal mais cedo e, portanto, o rastreamento precoce da sífilis, apesar das menores taxas de acompanhamento¹⁰. Quanto à sua classificação, a sífilis latente é atualmente diagnosticada por meio do exame sorológico com maior prevalência, confirmando a importância dos exames de rastreamento. Além disso, o diagnóstico de sífilis raramente é feito no estágio primário devido à dificuldade de identificação clínica das lesões primárias em mulheres².

Por isso, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil epidemiológico da SG e da SC com base em notificações entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021, no estado da Paraíba.

MÉTODOS

Banco de Dados

Foi realizada uma pesquisa exploratória, quantitativa e descritiva com dados secundários. Os dados foram derivados das notificações compulsórias, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e obtidos por meio do banco de informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (<http://portalsinan.saude.gov.br/>). A pesquisa foi realizada no SINAN, de domínio público, à procura do perfil epidemiológico das gestantes e recém-nascidos com sífilis no estado da Paraíba, notificados no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021.

Seleção de Variáveis

As variáveis analisadas foram o número de casos notificados de sífilis (ambas as SG e SC) por ano de diagnóstico. Classificação clínica (primária, secundária, terciária ou latente), faixa etária (10-14, 15-19, 20-39 ou 40-59), escolaridade (ignorado, analfabeta, ensino fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, médio completo, educação superior incompleta ou educação superior completa), cor de pele (ignorado, branca, preta, amarela, parda ou indígena), testes treponêmicos e não treponêmicos (reativo ou não reativo). Estavam disponíveis apenas para SG.

Por outro lado, classificação clínica neonatal (sífilis congênita recente, sífilis congênita tardia, natimorto/aborto por sífilis ou descartado), faixa etária do neonato (menor do que 6 dias, 7 dias a 11 meses, 1 ano, 2 a 4 anos ou 5 a 12 anos de idade), evolução clínica neonatal (ignorado, vivo, óbito pela sífilis ou óbito por outra causa), escolaridade materna (ignorando, analfabeto, ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio incompleto ou completo, bem como, educação superior incompleto ou completo, não se aplica) e cor de pele (ignorado, branca, preta, amarela, parda ou indígena) foram usadas para SC. Utilizou-se o filtro dos anos para selecionar um corte temporal de casos notificados entre os anos de 2016 e 2021.

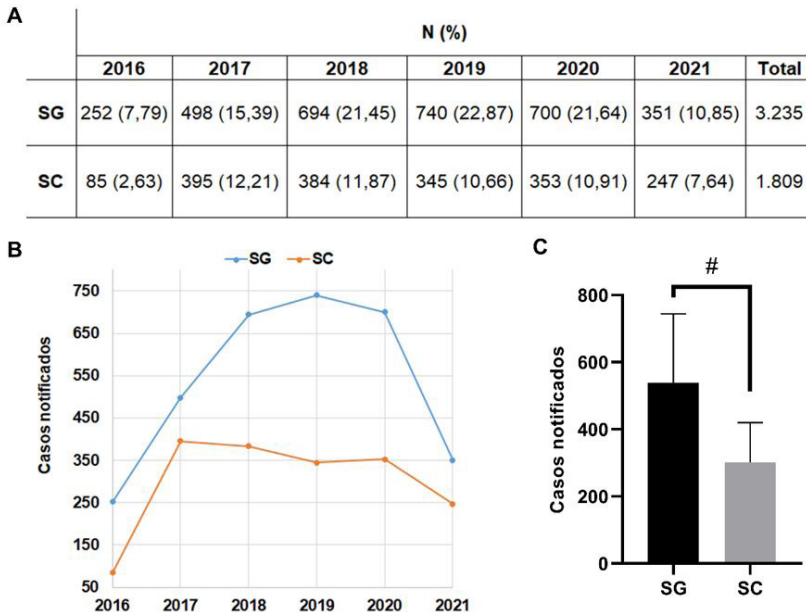
Análise Estatística

Para processamento e análise, os dados foram organizados em tabelas pelo pacote do software Office 365 - 2022: Microsoft Office Excel. Após tabulados os dados, foram considerados inicialmente valores absolutos e valores percentuais para melhor apresentação. Utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) e/ou Análise de Variância (ANOVA) no software GraphPad Prism 8.0 para determinar as diferenças estatísticas. O teste qui-quadrado, junto ao teste de Fisher, foi usado em todas as análises comparativas. Foi utilizada a ANOVA de distribuição não paramétrica com teste de Friedman para comparações múltiplas entre as médias de cada grupo das variáveis. Todos os dados estatísticos foram expressos em média com desvio padrão da média, assumindo valor de significância quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

No levantamento dos dados do SINAN, observou-se que, entre os anos de 2016 e 2021, houve mais casos notificados para SG ($n=3.235$) do que para SC ($n=1.809$) na Paraíba ($p<0,0001$) (Figura 1). Nenhuma diferença estatística foi encontrada entre SG e SC ao longo dos anos de 2016 a 2021 ($p>0,05$).

Figura 1 - Casos notificados de sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) de 2016 a 2021, na Paraíba. (A) Casos notificados em quantitativo anual, por representação percentual e número total. (B) Distribuição dos casos por ano de notificação. (C) Análise estatística do teste qui-quadrado (χ^2) entre diferenças das notificações de SG e SC ($R= 61,81$; $df= 5$; $\#p<0,0005$).



A partir dos casos notificados para SG, foi possível avaliar dados clínico-laboratoriais da população por classificação clínica, escolaridade, cor de pele, testes treponêmicos e não treponêmicos. Um total de 3.235 casos foi notificado para sífilis na gestação e distribuído conforme os anos 2016 (252 casos), 2017 (498 casos), 2018 (694 casos), 2019 (740 casos), 2020 (700 casos) e 2021 (351 casos), de acordo com o ano de diagnóstico da notificação (Tabela 1).

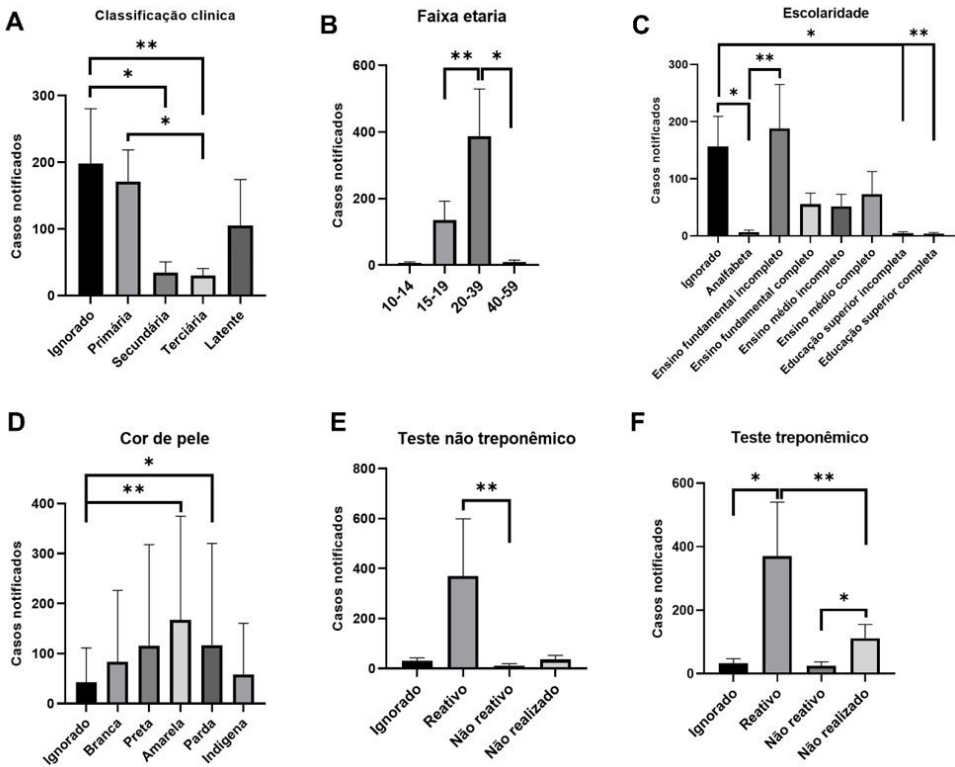
Tabela 1 – Caracterização epidemiológica das notificações para casos de sífilis em gestantes, Paraíba, 2016-2021.

Variáveis	Casos notificados						Total		p-valor	
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%	X ²	ANOVA
Classificação clínica	252	498	694	740	700	351	3.235	100	<0,0001	0,0004
Ignorado	59	197	243	274	265	149	1.187	36,69		
Primária	148	173	211	217	189	89	1.027	31,75		
Secundária	20	31	22	42	63	30	208	6,43		
Terciária	15	25	33	42	41	24	180	5,56		
Latente	10	72	185	165	142	59	633	19,57		
Faixa etária	252	498	694	740	700	351	3.235	100	ns	<0,0001
10-14	6	9	8	8	8	1	40	1,24		
15-19	58	128	187	179	182	77	811	25,07		
20-39	184	353	487	537	494	268	2.323	71,81		
40-59	4	8	12	16	16	5	61	1,89		
Escolaridade	252	498	694	740	700	351	3258	100	0,0002	<0,0001
Ignorado	84	172	181	189	214	97	942	28,96		
Analfabeta	1	4	7	7	7	12	38	1,17		
Ensino fundamental incompleto	86	178	257	281	211	116	1134	34,90		
Ensino fundamental completo	36	46	64	81	71	34	342	10,26		
Ensino médio incompleto	21	43	64	65	79	37	311	9,55		
Ensino médio completo	20	46	115	103	105	50	440	13,57		
Educação superior incompleta	2	7	3	8	6	3	29	0,90		
Educação superior completa	2	2	3	6	7	2	22	0,685		
Cor de pele	151	402	226	29	2415	12	3235	100	<0,0001	0,0011
Ignorado	12	41	16	2	180	1	252	7,79		

Variáveis	Casos notificados						Total		p-valor	
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%	X ²	ANOVA
Branca	24	64	31	4	372	3	498	15,39		
Preta	27	80	54	8	524	1	694	21,45		
Amarela	39	98	48	5	547	3	740	22,87		
Parda	31	85	50	5	527	2	700	21,64		
Indígena	18	34	27	5	265	2	351	10,85		
Teste não treponêmico	252	498	694	740	700	351	3.235	100	<0,0001	0,0002
Ignorado	11	24	34	46	39	24	178	5,50		
Reativo	234	434	596	636	39	279	2.771	85,66		
Não reativo	2	9	23	14	16	7	71	2,19		
Não realizado	5	31	41	44	53	41	215	6,65		
Teste treponêmico	252	498	694	740	700	351	3.235	100	<0,0001	<0,0001
Ignorado	23	56	25	32	43	20	199	6,15		
Reativo	106	300	479	561	490	282	2.218	68,56		
Não reativo	14	17	24	44	36	14	149	4,61		
Não realizado	109	125	166	103	131	35	669	20,68		

Casos de sífilis primária ($p < 0,05$) obtiveram maior incidência populacional do que a sífilis terciária. Não foram achados valores significativos para as sífilis secundária e latente quando comparados aos casos de sífilis primária. Elevados números de notificações para classificação clínica foram ignorados ($p < 0,05$). A faixa etária das gestantes com sífilis foi maior entre 20-39 anos de idade do que 15 a 19 ($p < 0,005$) e 40 a 59 anos ($p < 0,05$). Ensino fundamental completo representou predominantemente a escolaridade dessas gestantes ($p < 0,005$); entretanto, foi observado que grande parte dos casos ainda continuava com essa categoria ignorada ($p < 0,05$). Gestantes de cor parda ($p < 0,05$) e amarela ($p < 0,005$) foram maiores do que os casos ignorados. Quanto aos testes diagnósticos, foi analisado que as gestantes apresentaram teste não treponêmico reativo maior do que não reativo ($p < 0,005$). Além disso, grande parte dessas grávidas também foi reativa ($p < 0,005$) no teste treponêmico (Figura 2).

Figura 2 - Análise estatística de variáveis de sífilis em gestantes. (A) Casos notificados por classificação clínica da sífilis primária, secundária, terciária ou latente, bem como casos ignorados. (B) Casos notificados por faixas etárias: 10-14, 15-19, 20-39 ou 40-59 anos. (C) Escolaridade das gestantes categorizada em analfabeta, ensino fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, médio completo, educação superior incompleta ou até mesmo ignorada. (D) Cor de pele: branca, preta, amarela, parda, indígena ou ignorada. (E) Teste não treponêmico por caso notificado, como reativo, não reativo, não realizado ou ignorado. (F) Teste treponêmico ignorado, reativo, não reativo e não realizado por notificação. Número de casos notificados apresentado em média com desvio padrão (* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$).



Foram avaliadas a classificação clínica, faixa etária e evolução clínica de casos de sífilis em neonatos paraibanos. Além disso, a escolaridade de suas mães, cor de pele, época do diagnóstico da sífilis materna, realização de pré-natal e tratamento do parceiro também foram descritas (Tabela 2).

Dentre o perfil de casos para SC, apenas a sífilis congênita recente obteve casos maiores quando comparada à sífilis congênita tardia, com faixa etária menor do que 6 dias de nascimento ($p < 0,0001$), bem como a maior parte dos recém-

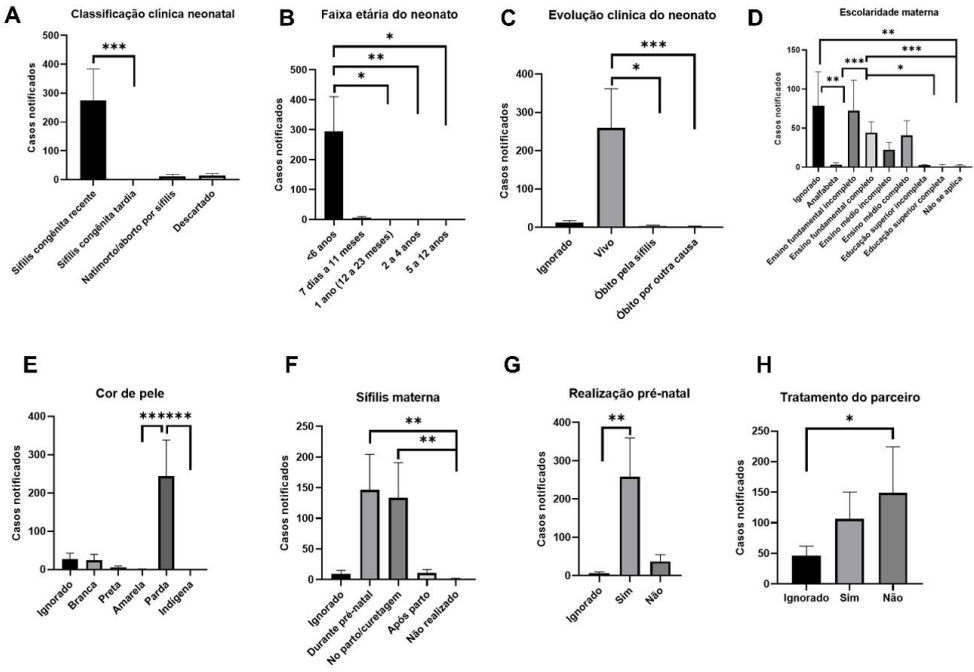
nascidos permaneceu viva ($p < 0,0001$). Quando comparada aos casos com ensino médio completo ($p < 0,05$), aos analfabetos ($p < 0,0005$) ou aos que não se aplicava ($p < 0,0005$), a escolaridade materna da SC se demonstrou maior para mulheres com ensino fundamental incompleto. Curiosamente, a categoria “ignorado” também se mostrou com altos valores comparados às analfabetas e ausentes de aplicação da categoria ($p < 0,05$). A cor parda foi predominante sobre amarelas ou indígenas nesse grupo de mães paraibanas ($p < 0,0005$). Casos notificados de SC foram realizados mais vezes durante o pré-natal e no parto/curetagem do que não realizados ($p < 0,005$). Ainda, o número de mães que realizaram pré-natal foi maior do que o de casos ignorados ($p < 0,005$). Por fim, as notificações maternas para sífilis em neonatos mostraram que o tratamento dos parceiros não foi cumprido, comparadas aos casos ignorados ($p < 0,05$) (Figura 3).

Tabela 2 – Descrição epidemiológica das notificações para casos de sífilis em congênitos, Paraíba, 2016-2021.

Variáveis	Casos notificados						Total		p-valor	
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%	X2	ANOVA
Classificação clínica neonatal	85	395	384	345	353	247	1809	100	ns	<0,0001
Sífilis recente	81	355	346	321	334	219	1656	91,54		
Sífilis tardia	0	1	0	1	1	0	3	0,17		
Natimorto/aborto	1	14	23	10	8	11	67	3,70		
Descartado	3	25	15	13	10	17	83	4,59		
Faixa etária do neonato	85	395	384	345	353	247	1809	100	ns	0,0003
<6 dias	79	388	373	335	345	245	1765	97,57		
7 dias à 11 meses	6	5	11	9	7	1	39	2,16		
12 a 23 meses	0	1	0	0	0	1	2	0,11		
2 a 4 anos	0	1	0	0	0	0	1	0,06		
5 a 12 anos	0	0	0	1	1	0	2	0,11		
Evolução clínica neonatal	81	356	346	322	335	219	1659	100	0,0075	<0,0001
Ignorado	10	21	16	9	13	5	74	4,46		
Vivo	69	330	321	310	314	210	1554	93,67		
Óbito pela sífilis	2	3	7	3	3	4	22	1,33		
Óbito por outra causa	0	2	2	0	5	0	9	0,54		
Escolaridade materna	85	395	384	345	353	247	1809	100	<0,0001	<0,0001
Ignorado	25	149	93	65	93	48	473	26,15		
Analfabeta	0	2	6	1	6	4	19	1,05		
Ensino fundamental incompleto	26	125	153	116	105	98	623	34,44		

Variáveis	Casos notificados						Total		p-valor	
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%	X2	ANOVA
Ensino fundamental completo	21	52	42	60	53	36	264	14,59		
Ensino médio incompleto	4	23	27	24	31	24	133	7,35		
Ensino médio completo	8	40	57	49	57	33	244	13,49		
Educação superior incompleta	0	3	2	3	3	2	13	0,72		
Educação superior completa	1	1	3	4	2	1	12	0,66		
Não se aplica	0	3	2	3	3	2	13	0,72		
Cor de pele	161	147	35	3	1461	2	1809	100	<0,0001	<0,0001
Ignorado	10	5	3	0	67	0	85	4,70		
Branca	54	42	8	3	287	1	395	21,84		
Preta	32	39	7	0	306	0	384	21,23		
Amarela	21	31	11	0	282	0	345	19,07		
Parda	15	20	3	0	314	1	353	19,51		
Indígena	29	10	3	0	205	0	247	13,65		
Sífilis materna	85	395	384	345	353	247	1809	100	0,0002	0,0002
Ignorado	2	14	7	11	17	6	57	3,15		
Durante pré-natal	51	205	181	187	146	110	880	48,65		
No parto/curetagem	24	157	185	139	169	126	800	44,22		
Após parto	8	16	11	7	19	5	66	3,65		
Não realizado	0	3	0	1	2	0	6	0,33		
Realização de pré-natal	3	6	3	4	13	4	33	100	0,0377	0,0001
Ignorado	76	339	331	309	289	209	1553	1,82		
Sim	6	50	50	32	51	34	223	85,85		
Não	85	395	384	345	353	247	1809	12,33		
Tratamento do parceiro	85	395	384	345	353	247	1809	100	<0,0001	0,0120
Ignorado	23	59	50	46	65	34	277	15,31		
Sim	21	103	115	144	124	131	638	35,27		
Não	41	233	219	155	164	82	894	49,42		

Figura 3 - Análise estatística de casos notificados para variáveis de sífilis congênita. (A) Casos notificados por classificação clínica neonatal em sífilis primária, secundária, terciária ou latente, bem como casos ignorados. (B) Casos notificados por faixas etárias: 10-14, 15-19, 20-39 ou 40-59 anos. (C) Evolução clínica do neonato em vivo, óbito por sífilis, óbito por outra causa e ignorado. (D) Escolaridade materna por caso ignorado, analfabeta, ensino fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, médio completo, educação superior incompleta ou educação superior completa. (E) Cor de pele da mãe: branca, preta, amarela, parda ou indígena. (F) Momento do diagnóstico da sífilis materna (durante o pré-natal, parto/curagem, após o parto, não realizado ou ignorado). (G) Realização de pré-natal: sim, não ou ignorado. (H) Tratamento do parceiro (ignorando, sim ou não). Número de casos notificados apresentado em média com desvio padrão (* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$; * $p < 0,0005$).**



DISCUSSÃO

Até aqui, o estudo descreveu que ocorreram mais notificações para SG do que para o SC na Paraíba, de 2016 a 2021. De acordo com os resultados encontrados, o perfil da SG foi predominante para grávidas com sífilis primária, de 20 a 39 anos de idade, ensino fundamental incompleto, cor parda ou amarela, bem como testes não treponêmicos e treponêmicos reativos. Enquanto que na SC, foi possível observar

casos com neonatos diagnosticados por sífilis recente com menos de 6 dias de nascimento e que permaneceram vivos. Ainda, as mães destes recém-nascidos apresentavam, em sua maior parte, ensino fundamental incompleto, eram pardas e tinham acompanhamento pré-natal realizado, mas o tratamento dos parceiros estava ausente.

Na Bahia, já foram registrados 22.407 registros de sífilis gestacional, de 2010 a 2019¹¹. Cavalcante e colaboradores¹² afirmam que os casos de sífilis na gravidez vêm aumentando também em quase todos os anos na região Nordeste desde 2015. No entanto, é notada uma diminuição no número de casos relatados nos anos de 2020 e 2021¹², provavelmente devido à pandemia da Covid-19.

Assim como os dados de um estudo em Minas Gerais, no período de 2009-2018, os autores indicam uma mudança significativa no número de casos, passando de 306 (em 2009) para 4.851 notificações (em 2018) e totalizando um aumento de 1.485,30% em SG. Além disso, de 2017 para 2018, o aumento foi de 32,2% e, no primeiro semestre de 2019, o valor superou em 38% o número registrado no ano anterior, com 4.851 casos. Ao analisar a taxa de detecção, observou-se um aumento de 1.450%, passando de 1,2 por mil nascidos vivos em 2009 para 18,6 por mil nascidos vivos em 2018¹³.

Além disso, outro estudo demonstrou a mesma predominância da classificação clínica primária da sífilis em Alagoas (45,7%), Amazonas (61,3%) e Rio Grande do Sul (53,3%), seguida da sífilis latente em Goiás e Rio de Janeiro, 37% e 42,2%, respectivamente¹⁴. Assim, este estudo mostrou resultados semelhantes aos do município de Três Corações (MG), em 2018, mostrando um estágio primário da doença em 51%, seguido de um estágio latente em 35%¹⁵.

Observou-se no período de 2014-2018 uma tendência semelhante quanto à faixa etária dos casos notificados na Paraíba, comparada aos demais estados brasileiros. Foram registrados casos de sífilis entre gestantes de 20 a 29 anos, sendo 1.243 casos (49,5%) em Alagoas, com 2.862 (48%) no Amazonas e 3.487 casos em Goiás (53,2%), bem como Rio de Janeiro com 16.695 casos (53,5%) e Rio Grande do Sul com 8.344 casos (53,9%)¹⁴.

Um estudo realizado em Santa Maria, Rio Grande do Sul, entre 2007 e 2016, constatou aumento de casos de sífilis na gestação na região, onde 53,9% das mulheres tinham entre 20 e 29 anos¹. De acordo com todos os outros estudos condizentes com o presente estudo, observa-se um início oportuno das relações sexuais, que promovem consequências, incluindo maior exposição à contaminação por outros tipos de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, é importante ressaltar que essa faixa etária entre 15 e 39 anos é mais ativa sexualmente¹⁴.

Resultados semelhantes aos apresentados nesse estudo descritivo foram encontrados em Santa Cruz (RN) de janeiro de 2013 a janeiro de 2015, no qual foram avaliadas 41 mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, onde 31,7% delas apresentavam ensino fundamental incompleto¹⁶. Sabe-se que baixos níveis de educação estão associados a menor acesso à informação e compreensão limitada da importância das medidas de prevenção de ISTs durante a gravidez e de como isso afeta os futuros fetos¹⁷.

Confirmada pelo estudo de Leão *et al.*¹³ em Minas Gerais, entre 2010 e 2019, a distribuição percentual da SG por cor da pele foi predominante entre as mulheres pardas (43,5%), com alta de 54,7% em 2019 e baixa de 34,5% em 2010. A queda da variável registrada como “dados ignorados” (20%) desde 2013 também é evidente¹⁸, chegando a 3,3% em 2019 (redução de 83,5%). As mulheres pretas ficaram consistentemente em terceiro lugar, atrás das pardas e brancas, com 16,5% em 2019. Outros números para 2019 foram de 24,1% para brancas, 1,3% amarelas e 0,1% indígenas¹³.

Barbosa e colaboradores, em 2017, notificaram 346 gestantes (89,2%) como reativas ao teste não treponêmico, treze não reagentes (3,4%) e mais 20 não tiveram os testes realizados (5,2%), no estado do Piauí³. Os serviços de teste rápido devem testar a sífilis imediatamente após o diagnóstico. Pacientes sem teste rápido devem fazer a coleta de sangue para o teste *Venereal Disease Research Laboratory*, conhecido como VDRL, sendo o mais recomendado pelo Ministério da Saúde no primeiro e no último trimestre da gravidez¹⁹.

Classificações clínicas neonatais confirmam que bebês com menos de 6 dias e diagnosticados com sífilis recente têm sido os perfis mais incidentes⁹. Ademais, boa parte dos casos notificados para SC permanece viva. Fatores sociodemográficos maternos incluem mulheres com predominância de cor parda, ensino fundamental incompleto, pré-natal realizado e diagnóstico de sífilis durante o pré-natal ou no momento do parto/curetagem^{7,11,20,21}. Altas taxas de transmissão têm sido associadas ao tratamento inadequado dos parceiros de mães de recém-nascidos com sífilis em diferentes regiões brasileiras^{8,9,11,17}.

No geral, os resultados representados aqui vão de acordo com os observados no Piauí, no período de 2010 a 2013, quando considerados 193 casos ocorridos de transmissão vertical de *T. pallidum*, em 159 deles (82,4%) a gestante havia realizado pré-natal e em 29 casos (15,0%) houve ausência no acompanhamento pré-natal durante a gestação^{3,17}. Embora a maioria das gestantes tenha recebido assistência pré-natal, o subtratamento pode gerar reflexões sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada.

Por meio da cobertura de pré-natal no ano de 2020 no Rio Grande do Sul, verificou-se que um maior número de consultas (65,3%) foi realizado em 2019, superando o valor recomendado e contribuindo positivamente para a saúde materno-fetal. Em 2020, porém, o cenário de dados foi reduzido, resultando em 25% das gestantes com seis ou mais consultas²².

Quanto ao tratamento de parceiros de gestantes com sífilis em outros estados, mais de 60% não foram tratados, sendo 1.250 (87%) em Alagoas, além de 980 (68,7%) no Amazonas, bem como em Goiás, com 1.348 (76,4%), e no Rio de Janeiro, com 1.348 parceiros¹⁰. Tais registros reforçam que a sífilis continua como um grande impasse para a saúde pública em boa parte do território nacional.

Para que o tratamento da sífilis seja considerado adequado, o mesmo precisa ser administrado de acordo com o esquema recomendado para o estágio clínico da infecção. Além disso, o diagnóstico precoce na gestação representa um diferencial

que visa evitar desfechos perinatais e pós-natais negativos para o binômio mãe-bebê, como parto prematuro, natimorto ou mortalidade neonatal¹⁵.

Como fator limitante para o estudo, destaca-se que boa parte das categorias das variáveis clínico-epidemiológicas apresentava a opção “ignorado” entre números elevados. Essa situação pode estar relacionada à ausência de atenção ou conhecimento dos profissionais que preencheram os formulários. Registros incompletos de dados clínico-epidemiológicos são um empecilho para a implementação de políticas públicas e o alcance dos públicos-alvo. Por isso, tais registros também são necessários para a tomada de decisões e intervenções por gestores e profissionais nas unidades de saúde²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico das gestantes com sífilis na Paraíba é de mulheres com sífilis primária, de 20 a 39 anos de idade, ensino fundamental incompleto, cor parda ou amarela, com sorodiagnóstico por testes não treponêmicos ou treponêmicos reativos nos últimos cinco anos. Outrossim, crianças com sífilis recente, com menos de 6 dias de nascimento e que permaneceram vivas, apresentavam mães, em sua maior parte, com ensino fundamental incompleto, pardas e com acompanhamento pré-natal realizado, mas com o tratamento dos parceiros ausente, fizeram o perfil para sífilis em recém-nascidos paraibanos.

Dado o impacto da sífilis na saúde pública e a necessidade de reduzir sua incidência em gestantes, torna-se um grande desafio na atenção primária. Recomenda-se que, nos casos congênitos os profissionais de saúde e gestores apliquem medidas preventivas ainda durante o período gestacional para diminuição de casos de sífilis em neonatos. Ademais, o conhecimento dos perfis epidemiológicos orienta os profissionais de saúde no planejamento de abordagens de prevenção de doenças e promoção da saúde de gestantes e crianças.

REFERÊNCIAS

1. Couto M da S, da Costa LS, Libera PB Dela, Dias JB, Quatrin LB. Perfil epidemiológico da sífilis Gestacional e congênita do município de Santa Maria. *Discip Sci*. 2018;415–23.
2. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante M do S, Frota MA, Melo SP de. Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2018;23:563–74.
3. Regina Marques Barbosa D, Guedes de Almeida M, Oliveira Silva A, Almeida Araújo A, Gomes dos Santos A. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev Enferm UFPE Line*. 2017;11:1867.

4. Moreira KFA, de Oliveira DM, De Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro A de S, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm.* 2017;22:1–10.
5. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCDN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol e Serviços de Saúde.* 2021;30:1–15.
6. Macêdo VC de, Lira PIC de, Frias PG de, Romaguera LMD, Caires S de FF, Ximenes RA de A. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saude Publica.* 2017;51:78.
7. Maschio-Lima T, Machado IL de L, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2019;19:865–72.
8. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no Nordeste brasileiro. *J Heal Biol Sci.* 2017;5:56–61.
9. Costa AP, Maia JT da S, Galisa SLG, Almeida RM de S, Almeida JLS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis Gestacional na Paraíba, Brasil. *Res Soc Dev.* 2021;10:e24210918020.
10. Barbosa M dos S, Lima LA de, Ribeiro SM, Croda J, Queiroz JHF de S, Ortolani LG, *et al.* Epidemiological study in Brazilian women highlights that syphilis remains a public health problem. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2021;63:23–30.
11. Barreto Cerqueira L, Andrade de Jesus T, de Menezes Andrade AC, Cardoso dos Santos Oliveira M, Aires Brasil C. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. *Rev Enferm Contemp.* 2022;11:e4026.
12. Cavalcante KM, Brêda BF, -Fachin LP. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional no Nordeste Brasileiro entre 2015 e 2020. *Brazilian J Heal Rev.* 2021;4:14055–63.
13. Leão MLP, Ferreira LFG, Oliveira IP de, Dias MGM, Vieira LM, Silva IJC, *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional no estado de Minas Gerais entre 2009 e 2019. *Scire Salut.* 2020;11:61–8.
14. Dantas LA, Jerônimo SHN de M, Teixeira GATA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL de. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno-infantil. *Enfermeria Glob.* 2017;16:217.
15. Noguchi TFB, Domingues EAR, Carvalho MRF de, Alcantra E. Prevalência da sífilis em gestantes em uma cidade do sul de Minas Gerais: análise documental. *Rev Da Univ Do Val Do Rio Verde.* 2018;16:1–14.
16. Cabral BTV, Dantas J da C, Silva JA da, Oliveira DA de. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev Ciênc Plur.* 2017;3:32–44.

17. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD, Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014*. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2017;26:255–64.
18. Conceição HN da, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Em Debate*. 2019;43:1145–58.
19. Manoel Vitório Souza Santana, Gerônimo Barbosa PN, Lima Santos JF. Sífilis gestacional na atenção básica. *Divers J*. 2019;4:403–19.
20. Vieira ISA, Caldas MLL dos S, Medeiros HRL, Lima TNF de A, Berezin EN. Características epidemiológicas dos casos de sífilis congênita no Estado da Paraíba. *Res Soc Dev*. 2021;10:e46910413511.
21. Costa LJSD da, Lúcio IML, Neves SJF, Trindade RFC da, Vieira ACS, Gonçalves PA, *et al*. Incidência e mortalidade da sífilis congênita: Um estudo de série temporal. *Res Soc Dev*. 2021;10:e37110515042.
22. Baggio G, Lermen AE, Lanferdini IIZ, Batista JS, Borges RL. Perfil das gestantes atendidas na atenção primária antes e durante a pandemia por COVID-19. *Brazilian J Dev*. 2021;7:106771–84.
23. Andrade HS, Rezende NFG, Garcia MN, Guimarães EA de A. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. *Ciência & Saúde*. 2019;12:32124.