



Perfil epidemiológico e fatores associados à sífilis congênita em um hospital de referência em Parnaíba-PI

Epidemiological profile and factors associated with congenital syphilis in a reference hospital in Parnaíba-PI

Perfil epidemiológico y factores asociados a la sífilis congénita en un hospital de referencia en Parnaíba-PI

Ana Carolina Machado Leódido^{1,2}, Alyne Rodrigues de Araújo^{1,2}, Hianny Ferreira Fernandes^{1,2}, Gisele Santos de Araújo², Renata Pereira Nolêto², Ana Clara Machado Rabelo¹, Alexandre Carvalho de Araújo¹, Luiz Felipe de Carvalho França³, Manoel Dias de Souza Filho¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e investigar os fatores de risco associados à sífilis congênita em um hospital de referência em Parnaíba-PI. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo transversal retrospectivo, desenvolvido no período de dezembro de 2021 a janeiro de 2023. Foram selecionadas 46 participantes, divididas em dois grupos: 19 no grupo com sífilis congênita (grupo SC) e 27 no grupo sem sífilis congênita (SSC). A coleta de dados foi feita por meio de entrevista. Os dados foram analisados por meio do programa Bioestat, versão 5.0. **Resultados:** No grupo SC, 36,8 % das mulheres estavam na faixa etária entre 25 e 29 anos, 78,9% eram pardas, 68,4% tinham até o 1º grau (ensino fundamental), 84,2% tiveram a primeira relação sexual em idade igual ou inferior a 17 anos, 79,9% tinham história de infecção sexualmente transmissível anterior e 26,4% não tiveram acesso ao pré-natal. **Conclusão:** Os dados obtidos sugerem a necessidade de elaboração de novas medidas para reduzir a transmissão vertical da sífilis. Espera-se que os dados obtidos auxiliem no planejamento de intervenções adequadas, estratégias de prevenção, implementação de políticas de saúde pública, afim de reduzir a incidência e de mortalidade por SC.

Palavras-chave: Sífilis congênita, Pré-natal, Assistência perinatal.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile and investigate the risk factors associated with congenital syphilis in a reference hospital in Parnaíba-PI. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study, developed from December 2021 to January 2023. Were selected 46 participants, divided into two groups: 19 in the group with congenital syphilis (SC group) and 27 in the group without congenital syphilis (SSC). Data collection was done through interviews. Data were analyzed using the Bioestat program, version 5.0. **Results:** In the SC group, 36.8% of the women were aged between 25 and 29 years old, 78.9% were mixed race, 68.4% had completed primary school (elementary school), 84.2% had completed first sexual intercourse aged 17 years or less, 79.9% had a history of a previous sexually transmitted infection and 26.4% had no access to prenatal care. **Conclusion:** The data obtained suggest the need to develop new measures to reduce vertical transmission of the disease. It is expected that the data obtained will help in the planning of adopted measures,

¹ Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Parnaíba - PI.

² Centro Integrado de Especialidades Médicas/Secretaria Estadual de Saúde – PI. Parnaíba - PI.

³ Universidade Federal da Paraíba. Parnaíba - PI.

prevention strategies, implementation of public health policies, in order to reduce the incidence and mortality from CS.

Keywords: Congenital syphilis, Prenatal care, Perinatal care.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico e investigar los factores de riesgo asociados a la sífilis congénita en un hospital de referencia en Parnaíba-PI. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal retrospectivo, desarrollado desde diciembre de 2021 hasta enero de 2023. Se seleccionaron 46 participantes: 19 en el grupo con sífilis congénita (grupo SC) y 27 en el grupo sin sífilis congénita (SSC). La recolección de datos se hizo a través de entrevistas. Los datos fueron analizados mediante el programa Bioestat versión 5.0. **Resultados:** En el grupo SC, 36,8% de las mujeres tenían entre 25 y 29 años, 78,9% eran mestizas, 68,4% habían completado la escuela primaria, el 84,2% habían realizado la primera relación sexual con 17 años o menos. 79,9% tenía antecedentes de una infección de transmisión sexual previa y 26,4% no tenía acceso a control prenatal. **Conclusion:** Los datos obtenidos sugieren la necesidad de desarrollar nuevas medidas para reducir la transmisión vertical de la sífilis. Se espera que los datos obtenidos ayuden en la planificación de medidas adoptadas, estrategias de prevención, implementación de políticas públicas de salud, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por SC.

Palabras clave: Sífilis congénita, Atención prenatal, Atención perinatal.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, causada pela bactéria do grupo das espiroquetas, chamada *Treponema pallidum*. A sífilis adquirida é transmitida durante o sexo vaginal, anal ou oral sem o uso de preservativo. Na sífilis congênita (SC) ocorre a transmissão da gestante para o bebê durante a gravidez ou no parto (WHO, 2021). A SC pode provocar aborto, parto prematuro, surdez, cegueira, alterações ósseas, má-formação e deficiência mental (COOPER JM e SÁNCHEZ PJ, 2018).

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico, no período de 2011 a 2021, foram notificados 221.600 casos de sífilis congênita e 2.064 óbitos. A incidência dessa doença entre 2011 e 2017, apresentou aumento de 17,6%, nos anos posteriores houve estabilidade, e 2021, atingiu 16,7%. Esse aumento da incidência de SC pode estar relacionado à pandemia da COVID-19, e a interrupção na execução de ações preventivas na assistência pré-natal (BRASIL, 2022).

Em 2021, a taxa de incidência de SC na região Nordeste superou a nacional. No Piauí, o coeficiente de mortalidade por SC (em menores de 1 ano) foi de 11,1 óbitos/100.00 nascidos vivo, portanto, acima do coeficiente de mortalidade nacional (BRASIL, 2022). No ranking dos 10 municípios do Piauí com maiores números de casos de SC, Parnaíba está na segunda posição, totalizando 159 casos em 5 anos (de 2017 à 2021) (SESAPI, 2021). Em uma comparação das taxas de sífilis congênita e sífilis em gestante, foi observado que entre 2015 e 2017, foram registrados mais casos de SC do que sífilis em gestantes, o que resulta de prováveis lacunas e fragilidades na assistência ao pré-natal e desafios quanto as subnotificações de sífilis em gestantes e/ou dificuldades na interpretação dos critérios de definição dos casos de SC (MOURA MC, et al., 2019).

As medidas de controle da SC consistem em disponibilizar as gestantes uma assistência pré-natal adequada, com oferta de exames para o diagnóstico para sífilis no primeiro e terceiro trimestre de gestação, acesso ao tratamento para as gestantes e suas parcerias sexuais, acompanhamento após o tratamento, registro dos testes sorológicos e tratamento, além da notificação dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita (BRASIL, 2022).

Por outro lado, entre as principais dificuldades para o controle da SC estão: a falha na cobertura e assistência ao pré-natal oferecido a população, subnotificação de casos, falha no diagnóstico e tratamento da gestante e do companheiro, extensão do território do Brasil e o tamanho da população (PAHO, 2015).

Assim, diante do impacto da SC na saúde pública, e aumento crescente do número de casos, é de fundamental importância a realização de estudos epidemiológicos, a fim auxiliar no planejamento de ações para garantir melhoria na assistência pré-natal e na prevenção e controle da transmissão vertical da doença (COSTA IL, et al., 2021). Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico e investigar os fatores de risco associados à sífilis congênita em um hospital de referência em Parnaíba-PI.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal retrospectivo, desenvolvido em um hospital de referência localizado no município de Parnaíba, Estado do Piauí, Brasil, sede do território da Planície Litorânea do Piauí. Essa microrregião está localizada na região Nordeste do Brasil e engloba 11 municípios: Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Cajueiro da Praia, Caraúbas do Piauí, Caxingó, Cocal, Cocal dos Alves, Ilha Grande, Luís Correia, Murici dos Portelas e Parnaíba. De acordo com o censo realizado em 2010, a planície litorânea possuía uma população de 265.202 habitantes. Os dados populacionais foram obtidos diretamente no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base no censo nacional de população (IBGE, 2010).

No período de dezembro de 2021 a janeiro de 2023, as participantes foram selecionadas e divididas em dois grupos: grupo com sífilis congênita (grupo SC) e grupo sem sífilis congênita (SSC). No grupo SC, foram inseridas mulheres com recém-nascidos em tratamento para SC. O grupo SSC foi constituído por mulheres cujos recém-nascidos não tiveram suspeita clínica ou laboratorial e não receberam qualquer tratamento para SC.

Em seguida, foi realizada a aplicação de um questionário. Foram investigadas características sociodemográficas, tais como: renda familiar *per capita*; quantidade de pessoas que residem na mesma casa; escolaridade; faixa etária (anos) e cor (autodeclarada). Das características comportamentais: religião; idade da primeira relação sexual (anos); idade na primeira gravidez (anos); número de gestações (atual+ anterior); idade que começou a fumar (anos); idade que começou a beber (anos); idade que começou a usar drogas (anos); parceiro atual usa drogas; assiste televisão; ouve rádio; acesso à informação (últimos 5 anos); situação de conflito (últimos 5 anos). Do Histórico clínico, obstétrico e de assistência à saúde no pré-natal e maternidade, foi investigado: história de aborto anterior; história de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) anterior; idade gestacional ao início do pré-natal (trimestral); número de consultas no pré-natal; local de atendimento pré-natal; participou do grupo de gestantes (gravidez atual); registro na Unidade de Saúde da Família (USF).

Na análise dos dados foi realizada a estatística descritiva com o auxílio do programa BioEstat 5.0. De modo complementar, foi aplicado o teste não paramétrico (Teste G), com nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), número CAAE 39663220.8.0000.5214, número do parecer: 4.444.330. Dessa forma, foram adotados procedimentos que assegurassem a confidencialidade e privacidade das participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, prestígio econômico e/ou financeiro. Além disso, os pesquisadores observaram as informações obtidas com dignidade e respeitaram a autonomia da instituição, obedecendo à metodologia proposta. Assim, após os esclarecimentos necessários e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo indicam a intensidade do problema da SC, uma condição considerada evitável e de tratamento barato, que ainda permanece com um importante desafio no âmbito da saúde em todo território nacional (BRASIL, 2022).

As 46 participantes atendidas foram divididas em dois grupos: 19 no grupo SC e 27 no grupo SSC. As mulheres inseridas no grupo caso (SC) eram procedentes dos municípios: Parnaíba-PI (36,8%); Ilha Grande-PI (10,5%); Barra do Longá-PI (5,2%); Caxingó-PI (5,2%); Esperantina-PI (5,2%); Luzilândia-PI (5,2%); Araióses-MA (15,7%); Magalhães de Almeida-MA (5,2%); São Bernardo-MA (5,2%); Tutóia-MA (5,2%).

Enquanto as participantes inseridas no grupo controle (SSC) eram oriundas dos municípios: Parnaíba (14,28%); Araisos (14,28%); Luzilândia (10,71%); Piri-piri (10,71%); Piracuruca (7,4%); Esperantina (7,4%); Cocal dos Alves (3,57%); Teresina (3,5%); Bom Princípio (3,5); Barras (3,5%); Ilha Grande (3,5%); Magalhães de Almeida - MA (7,1%); Granja - CE (3,5%); São Paulo - SP (3,5%).

Parnaíba é um polo de atendimento de cidades do Maranhão, Ceará e outros territórios do Piauí. Os casos de SC na população atendida no hospital de referência em Parnaíba-PI são semelhantes ao de outros municípios da região Nordeste do Brasil. Em um estudo realizado em Alagoas, 49,12% das participantes tinham idade entre 20 a 29 anos (OLIVEIRA TF, et al., 2019). Perfil semelhante também foi encontrado em estudo conduzido no estado do Maranhão (CONCEIÇÃO HN, et al., 2019).

As características sociodemográficas dos grupos estão apresentadas na **Tabela 1**. No grupo SC, 73,7% das participantes tiveram renda familiar *per capita* menor que 1 salário mínimo. No grupo SSC, ganho inferior a 1 salário foi registrado em 59,3% das entrevistadas (**Tabela 1**). Em relação a quantidade de pessoas que residiam na mesma casa, foi registrado o número de 5 pessoas em 31,6% no grupo SC, e no grupo SSC foi relatado a quantidade de 6 pessoas (29,6%) e 4 pessoas (29,6%) (**Tabela 1**). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no Brasil, existe proporção inversa entre a pobreza e a assistência pré-natal (VIANNA SM, et al., 2021).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de mulheres com recém-nascidos atendidas em um hospital de referência em Parnaíba-PI.

Varáveis	Caso (SC)		Controle (SSC)		Estatística Teste G P
	N	%	N	%	
Características demográficas					
Renda familiar <i>per capita</i>					
<1	14	73,7	16	59,3	0,47
>1	2	10,5	2	7,4	
1-2	3	15,8	8	29,3	
2-3	-	-	1	3,7	
Quantidade de pessoas que residem na mesma casa					
2	1	5,3	4	14,8	0,08
3	5	26,3	6	22,2	
4	4	21,1	8	29,6	
5	6	31,6	1	3,7	
6	3	15,8	8	29,6	
Escolaridade					
Analfabeta	-	-	1	3,7	0,02
Até o 1º grau	13	68,4	8	29,6	
Até o 2º grau	6	31,6	15	55,6	
Superior	-	-	3	11,1	
Faixa etária (anos)					
≥30	5	26,3	3	11,1	0,09
25-29	7	36,8	4	14,8	
20-24	3	15,8	9	33,3	
≤19	4	21,1	11	40,7	
Cor (autodeclarada)					
Branco	1	5,3	5	18,5	0,02
Afrodescendente	3	15,8	2	7,4	
Pardo	15	78,9	18	66,7	
Indígena	-	-	2	7,4	

Legenda: SC = Sífilis Congênita; SSC = Sem Sífilis Congênita.

Fonte: Leódido ACM, et al. (2023).

Quanto a escolaridade, no grupo SC, 68,4% das participantes tinham até o 1º grau (ensino fundamental) e 55,6% das mulheres do grupo SSC estudaram até o 2º grau (ensino médio) ($p=0,02$) (**Tabela 1**). A relação entre SC e baixo grau de escolaridade, pode estar associada a uma limitação no entendimento da

necessidade dos cuidados com a saúde e, principalmente, às medidas de prevenção da infecção e ao acesso aos serviços de saúde (NONATO SM, et al, 2015; RIBEIRO AD, 2018).

No grupo SC, na varável idade materna, 36,8% estavam na faixa de 25-29 anos, enquanto que no grupo SSC, 40,7% tinham idade ≤ 19 anos. A comparação da média de idade entre os grupos não mostrou significativa estatística ($p > 0,05$) (**Tabela 1**). Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis, em 2022, foi observado um número elevado de casos de SC envolvendo mães na faixa etária entre 20 e 29 anos (BRASIL, 2022). É importante ressaltar que nessa faixa etária ocorre também maior número de gestações (FERREIRA AG, et al.,2018).

No que se refere a cor autodeclarada, 78,9% do grupo SC eram pardas, seguidas de 15,8% afrodescendentes (**Tabela 1**). No grupo SSC houve predomínio da cor parda (66,7%). E foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos (**Tabela 1**). Os resultados desse estudo assemelham-se a de outros, como os realizados no Ceará (RODRIGUES MI, et al., 2018) e Maranhão (CONCEIÇÃO HN, et al., 2019), nos quais predomina a população parda.

Nas características comportamentais, a religião registrada em maior porcentagem foi a de católicos, sendo 78,9% no grupo SC e 77,8% no grupo SSC (**Tabela 2**). Estudos indicam que a religiosidade tende a retardar o início da vida sexual, contudo, esse assunto ainda é pouco explorado na literatura científica (PINHEIRO PN e GUBERT FA 2017).

Tabela 2 - Características Comportamentais de mulheres com recém-nascidos atendidas em um hospital de referência em Parnaíba-PI.

Varáveis	Caso (SC)		Controle (SSC)		Estatística Teste G P
	N	%	N	%	
Religião					
Sem religião	4	5,3	2	7,4	0,36
Católico	12	78,9	21	77,8	
Evangélico	3	15,8	3	11,1	
Outros	-	-	1	3,7	
Idade da primeira relação sexual (Anos)					
≤ 17	16	84,2	13	48,1	0,02
≥ 18	3	15,8	13	48,1	
Não informado	-	-	1	3,8	
Idade na primeira gravidez (anos)					
≤ 17	9	47,4	6	22,2	0,07
≥ 18	10	52,6	21	77,8	
Número de gestações (atual+anterior)					
1	5	26,3	8	29,6	0,36
2-3	7	36,8	14	51,9	
≥ 4	7	36,8	5	18,5	
Idade que começou a fumar (Anos)					
≤ 17	5	26,3	2	7,4	0,07
≥ 18	1	5,3	-	-	
Não fuma	13	68,4	25	92,6	
Idade que começou a beber (Anos)					
≤ 17			-	-	0,26
≥ 18	2	10,5	6	22,2	
Não bebe	17	84,2	20	74,1	
Idade que começou a usar drogas (anos)					
≤ 17	1	5,3	1	3,7	0,62
≥ 18	2	10,5	1	3,7	
Não usa	16	84,2	25	92,6	
Parceiro atual usa drogas					
Não	18	94,7	26	96,3	0,79
Sim	1	5,3	1	3,7	

Varáveis	Caso (SC)		Controle (SSC)		Estatística Teste G P
	N	%	N	%	
Assiste televisão					
Todo dia	7	36,8	4	14,8	0,17
Às vezes	11	57,9	19	70,4	
Não	1	5,3	4	14,8	
Ouve rádio					
Todo dia	6	31,6	7	25,9	0,80
Às vezes	7	36,8	9	33,3	
Não	6	31,6	11	40,7	
Acesso à informação (últimos 5 anos)					
Melhorou	15	78,9	24	88,9	0,30
Permaneceu o mesmo	4	21,1	4	3,7	
Piorou	-	-	2	7,4	
Situação de conflito (últimos 5 Anos)					
Não	17	89,5	22	88,9	0,44
Sim	2	10,5	5	11,1	

Legenda: SC = Sífilis Congênita; SSC = Sem Sífilis Congênita.

Fonte: Leódido ACM, et al. (2023).

Em relação a idade da primeira relação sexual, 84,2% das mulheres do grupo SC tinham idade menor ou igual a 17 anos, enquanto no grupo SSC 48,1% tiveram a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 17 anos ($p=0,02$). A idade na primeira gravidez foi maior ou igual a 18 anos em 52,6% no grupo SC e 77,8 no grupo SSC. Em relação ao número de gestações (atual e anterior), no grupo SC foi registrado o número de 2-3 gestações em 36,8% e mais que 4 gestações também em 36,8%. Já no grupo SSC, foi registrado 2-3 gestações em 51,9% das participantes (**Tabela 2**). O maior risco de adquirir infecções na gestação ocorre em gestantes com idade inferior a 20 anos, nessa faixa etária, os indivíduos estão mais propensos a se envolverem em comportamento de risco devido a falta de maturidade emocional e cognitiva (PADOVANI C, et al., 2018).

Em relação ao hábito de fumar, 68,4% (SC) e 92,6% (SSC) declararam não fumantes. Sobre o uso de álcool, no grupo SC, 84,2% não bebem (**Tabela 2**). Enquanto que no grupo SSC, 74,1% declaram que não fazem o uso de álcool. No grupo SC, 84,2% não usam drogas, e 92,6% no grupo SSC não são usuárias de drogas. Em relação ao uso de drogas pelo parceiro, 94,7% no grupo SC declaram o não uso de drogas pelo parceiro, e no grupo SSC, 96,3% tem parceiro não usuário de drogas (**Tabela 2**). O uso de drogas ilícitas mostrou associação à ocorrência de sífilis (CAMPOS AL, et al., 2012).

Nesse contexto, é necessário ressaltar a importância da atenção integral à saúde da mulher durante a gestação, que engloba o acompanhamento de suas condições psicossociais, o cenário em que a gestante está inserida, e a existência de comportamentos destrutivos e relacionamentos violentos (PORTELA GL, et al., 2013). O acompanhamento do pré-natal permite o desenvolvimento do vínculo entre a gestante e o profissional de saúde, o que possibilita a obtenção de um número maior de informações, facilitando a identificação de hábitos nocivos à saúde, como o uso de álcool e drogas (FREITAS MA, et al., 2022).

O uso de drogas é um tema que deveria ser abordado durante todas as consultas nos serviços de saúde, contudo, a troca de informações dessa natureza entre os profissionais é pouco frequente, fato que dificulta a identificação dos fatores de risco (PORTELA GL, et al, 2013).

O hábito de assistir televisão às vezes foi de 57,9% no grupo SC e 70,4% no grupo SSC. O costume de ouvir rádio às vezes, no grupo SC foi registrado em 36,8% das participantes. E 40,7% no grupo SSC não ouvia rádio (Tabela 2). O acesso à informação, nos últimos 5 anos, melhorou em 78,9% no grupo SC e 88,9% no grupo SSC. O hábito de assistir televisão, ouvir rádio e acesso à informação foram analisados como variáveis sociodemográficas por representar o poder aquisitivo individual. No entanto, a adoção de comportamentos sexuais seguros é muito complexa, e não depende unicamente da renda, grau de

escolaridade e acesso à informação, mas também dos significados atribuídos às práticas sexuais e aos cuidados com a própria saúde (MELO NG, et al., 2011).

Em relação a existência de situação de conflito nos últimos 5 anos, foi registrado a não ocorrência em 89,5% no grupo SC, e 88,9% no grupo SSC (**Tabela 2**). Em um estudo realizado em Fortaleza, capital do estado do Ceará, revelou que o não tratamento dos parceiros foi justificado pela negação do diagnóstico, por estarem assintomáticos ou por medo. Foram observado também alguns casos onde a própria gestante ocultou o diagnóstico, por medo de perder o parceiro, evitar brigas ou por falta de informações acerca da importância do tratamento (CAMPOS AL, et al., 2012).

O medo do estigma da doença pode estar associado a fatores culturais, visto que por muito tempo as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) predominavam em profissionais do sexo, usuários de drogas e homossexuais. Ainda hoje se verificam pré-julgamentos e associação dessas infecções com promiscuidade e comportamentos de risco (HERINGER AL, et al., 2020).

Entre os fatores investigados associados ao histórico clínico, obstétrico e de assistência à saúde no pré-natal e maternidade, a não ocorrência de aborto anterior foi registrada em 78,9% no grupo SC, e 88,9% no grupo SSC (**Tabela 3**). No grupo SC, 78,9% das participantes apresentavam história de infecção sexualmente transmissível (IST) anterior, já 81,5% das mulheres do grupo SSC não apresentaram essa característica, sendo foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$) (**Tabela 3**). Histórico de IST, sífilis em gestações anteriores e múltiplos parceiros têm sido relatado como fator de risco para SC (BRASIL, 2022).

Tabela 3 - Histórico clínico, obstétrico e de assistência à saúde no pré-natal e maternidade de mulheres com recém-nascidos atendidas em um hospital de referência em Parnaíba-PI.

Varáveis	Caso (SC)		Controle (SSC)		Estatística Teste G <i>p</i>
	n	%	N	%	
História de aborto anterior					
Não	15	78,9	24	88,9	0,35
Sim	4	21,1	3	11,1	
História de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) anterior					
Não	4	21,1	22	81,5	<0,0001
Sim	15	78,9	5	18,5	
Idade gestacional ao início do pré-natal (trimestral)					
Primeiro	7	36,8	20	74,1	0,03
Segundo	7	36,8	4	14,8	
Terceiro	-	-	1	3,7	
Sem cuidados pré-natais	5	26,4	2	7,4	
Número de consultas no pré-natal					
≥7	10	52,6	12	44,4	0,36
6-4	4	21	10	37	
3-1	1	5,3	3	11,1	
Sem cuidados pré-natais	4	21	2	7,4	
Local de atendimento pré-natal					
Programa De Saúde da Família (PSF)	14	73,7	23	85,2	0,60
Outros	2	10,6	2	7,4	
Sem cuidados pré-natais	3	15,8	2	7,4	
Cartão pré-natal recebido na primeira consulta					
Não	1	5,3	2	7,4	0,06
Sim	15	78,9	25	92,6	
Sem cuidados pré-natais	3	15,8	-	-	

Varáveis	Caso (SC)		Controle (SSC)		Estatística Teste G <i>p</i>
	n	%	N	%	
Participou do grupo de gestantes (gravidez atual)					
Não	14	73,8	14	51,9	0,05
Sim	2	10,5	11	40,7	
Sem cuidados pré-natais	3	15,7	2	7,4	
Registro na Unidade de Saúde da Família (USF)					
Não	2	10,5	1	3,7	0,35
Sim	17	89,5	26	96,3	

Legenda: SC = Sífilis Congênita; SSC = Sem Sífilis Congênita.

Fonte: LEÓDIDO ACM, et al. (2023).

No presente estudo, a idade da primeira relação sexual em idade inferior ou igual a 17 anos e histórico de IST anterior foi maior no grupo SC. No Brasil, estudos populacionais mostram que, quanto mais precoce for o início da vida sexual, maiores são as chances de risco à saúde (RIBEIRO AD, et al., 2011). Desse modo, ações de prevenção e enfretamento da SC demandam abordagens complexas, ou seja, incluem ações voltadas para aspectos comportamentais, sociais e culturais (ARAÚJO CL, et al., 2012).

Ademais, o Piauí está entre os estados brasileiros com maior número de gestantes com ausência de tratamento ou uso de outros esquemas terapêuticos. É necessário destacar que tanto a não realização do tratamento como utilização de outras abordagens terapêuticas contribuem para a transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2022).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, em 2021, a porcentagem de tratamento adequado da sífilis na gestação é de 81,4%; no entanto, para eliminar a sífilis congênita, a cobertura de tratamento materno deve alcançar, no mínimo, 95% (BRASIL, 2022; BRASIL, 2018).

Quanto as características da assistência pré-natal, verificou-se diferença com significância estatística ($p < 0,05$) entre os grupos: 36,8% iniciaram no primeiro trimestre, 36,8 iniciaram no segundo trimestre e 26,4% do grupo SC não tiveram cuidados no pré-natal. No grupo SSC, 74,1% realizaram o pré-natal no primeiro trimestre (Tabela 3). As desigualdades no acesso e qualidade do pré-natal podem explicar ao maior risco de contraírem a SC (ALMEIDA SD e BARROS MB, 2005).

Além disso, foi observado o registro de sete ou mais consultas no pré-natal em 52,6% no grupo SC e 44,4% no grupo SSC (**Tabela 3**). No Brasil, as desigualdades sociais em saúde estão relacionadas ao pré-natal inadequado, e contribuem para a persistência da transmissão vertical da sífilis (MAGALHÃES DM, et al., 2013).

Em relação ao local de atendimento para a realização do pré-natal, 73,7% no grupo SC foi no Programa de Saúde da Família (PSF) e 85,2% do grupo SSC também foi no PSF (Tabela 3). A não participação em grupo de gestantes, na gravidez atual, foi 73,8% e 51,9%, no grupo SC e SSC, respectivamente. A existência de registro na Unidade de Saúde da Família (USF) foi 89,5% no grupo SC, e 96,3% no grupo SSC (**Tabela 3**). Ademais, foram observados casos de SC com mãe que tinham registro na Unidade de Saúde da Família. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm um papel importante no controle da transmissão vertical da sífilis, por meio da realização de exames de rotina (DOMINGUES CS, et al., 2021; NUNES PS, et al., 2018).

É importante que as gestantes recebam orientação sobre a necessidade da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical (OMS, 2016). As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre, e no momento da internação para o parto (AMARAL JV, et al., 2021). Testes não treponêmicos (VDRL-*Venereal Disease Research Laboratory*, por exemplo) devem ser realizados mensalmente nas gestantes, utilizando preferencialmente o mesmo teste, para que seja possível comparação entre eles (BRASIL, 2020).

Outra medida efetiva para a prevenção de SC é o tratamento da gestante e de sua parceria sexual. Segundo o protocolo da Organização Mundial de Saúde, a penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes (OMS, 2016). Nesse contexto, o compromisso da atenção básica é fundamental, pois visa oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (RODRIGUES MI, et al., 2018). Desse modo, a partir da análise dos resultados apresentados, foi possível observar a necessidade de elaboração de novas medidas para diminuir a transmissão vertical da sífilis.

CONCLUSÃO

Os casos de SC na população atendida, no hospital de referência em Parnaíba-PI, são semelhantes ao de outros municípios da região Nordeste do Brasil. A existência de novos casos de SC revela fragilidades na assistência pré-natal, baixa efetividade das ações de prevenção, esquema de tratamento inadequado de gestantes e o não tratamento do parceiro. Desse modo, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para o planejamento de intervenções adequadas, estratégias de prevenção, implementação de políticas de saúde pública e tomadas de decisão pautadas na integralidade à saúde materno-infantil, a fim de reduzir as taxas de incidência e de mortalidade por sífilis congênita.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi desenvolvido com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí - FAPEPI e da Secretaria da Saúde do Estado do Piauí – SESAPI.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA SD e BARROS MB. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005; 17(1):15-25.
2. AMARAL JV, et al. Analysis of congenital syphilis in northeastern Brazil. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2021; 11(2).
3. ARAÚJO CL, et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 2012;46(3):479-86.
4. BRASIL. Manual do Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>. Acesso em: 04 de Março de 2023.
5. BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 2022. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acessado em: 10 de Março de 2023.
6. CAMPOS AL, et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2012;34(9):397-402.
7. CONCEIÇÃO HN, et al. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate*, 2019;43(123):1145–58.
8. COOPER JM e SÁNCHEZ PJ. Congenital syphilis. *Seminars in Perinatology*, 2018;42(3):176-184.
9. COSTA IL, et al. Vigilância em Saúde & planejamento e avaliação em Unidades de Saúde da Família: Estudo qualitativo. *Research, Society and Development*, 10(6) (2021): e60010616275-e60010616275.
10. DOMINGUES CS, et al. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: congenital syphilis and child exposed to syphilis. *Epidemiologia Serviço e Saúde*, 2021; 30 (1).
11. FERREIRA AG, et al. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. *Revista Saúde em foco*, 2018; 5(1):4-27.
12. FREITAS MA, et al. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8 (10): 70028-70049.
13. HERINGER AL, et al. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2020; (44)8.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro, 2022.
15. MAGALHÃES DM, et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Caderno de Saúde Pública*, 2013;29(6):1109-20.

16. MELO NG, et al. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiologia Serviço e Saúde*, 2011;20(2):213-22.
17. MOURA MC, et al. Sífilis congênita no Piauí: um agravamento sem controle. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 2019; 26(3)29-35.
18. NONATO SM, et al. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. *Epidemiologia Serviço e Saúde*, 2015; 4 (24) 681-694.
19. NUNES PS, et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, 2018. 27(4).
20. OLIVEIRA TF, et al. 2019. Perfil epidemiológico da Sífilis congênita em Alagoas (2008-2017). *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, 8, 237-247.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). 2016. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf>. Acesso em: 24 de Fevereiro de 2023.
22. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI). 2021. Informe epidemiológico da sífilis no Piauí. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/824/NOTA_T%C3%89CNICA-CAMP_NACIONAL_DA_SIFILIS_2021.pdf. Acesso em: 04 de Março de 2023.
23. PADOVANI C, et al. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana*, 2018;26:3019.
24. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHG). 2015. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/elimination-mother-child-transmission-hiv-and-syphilis-americas-update-2016?gclid=CjwKCAiAmJGgBhAZEiwA1JZoluCGoruMiFxE7JDZQBgvdPZ0YPKpr5lSt3R1Brb_QAjczdo uCe006BoC0BYQAvD_BwE. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2023.
25. PINHEIRO, PNC e GUBERT, FA. 2017. Promoção da saúde e prevenção das DST/HIV/Aids na adolescência. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/29289>. Acesso em: 05 de Abril de 2023.
26. PORTELA GL, et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 2013; 9(2):58-63.
27. RIBEIRO KC, et al. Querer é poder? A ausência do uso do preservativo nos relatos de mulheres jovens. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 2011;23(2):84-9.
28. RIBEIRO, AD. Sífilis em parturientes e recém-nascidos atendidos em um hospital universitário de Dourados-MS. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS. Disponível em: <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/1071>. Acessado em: 05 de Março de 2023.
29. RODRIGUES MI, et al. Perfil e distribuição espacial da sífilis congênita em Sobral-CE no período de 2007 a 2013. *Ciência & Saúde*, 2018;11(2):70-76.
30. VIANNA SM, et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2001. 224.