



Sífilis gestacional no estado do Paraná

Gestational syphilis in the state of Paraná

Sífilis gestacional en el estado de Paraná

Carla Regina Batiuk Schamne¹, Newton Sérgio de Carvalho¹, Eliana Wendland².

RESUMO

Objetivo: Apresentar os resultados de uma pesquisa conduzida no estado do Paraná para estimar a prevalência de sífilis entre parturientes, avaliar o conhecimento sobre a infecção e dados epidemiológicos.

Métodos: Trata-se de estudo multicêntrico, observacional, analítico e transversal, com coleta prospectiva de dados. Foram selecionadas 14 maternidades de 11 municípios, de forma aleatória, por meio de sorteio. Aplicou-se um questionário destinado a avaliar o conhecimento sobre sífilis e coletar informações epidemiológicas. Amostras de sangue foram coletadas para realização de Teste para diagnóstico de sífilis (TS). **Resultados:** Foram incluídas 1.364 parturientes, das quais, 94 apresentaram diagnóstico de sífilis, correspondendo a uma prevalência de 6,9%. Parturientes com diagnóstico de sífilis demonstraram maior nível de conhecimento sobre transmissibilidade e latência, em comparação às não reagentes, além de melhor nível educacional. **Conclusão:** A prevalência de sífilis encontrada (6,9%) foi mais que o dobro da estimada pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico publicado em outubro de 2024 (3,05%).

Palavras-chave: Sífilis congênita, Infecções sexualmente transmissíveis, Transmissão vertical de doenças infecciosas, Notificação de doenças.

ABSTRACT

Objective: To present the results of a study conducted in the state of Paraná to estimate the prevalence of syphilis among postpartum women, assess knowledge about the infection, and analyze epidemiological data.

Methods: This is a multicenter, observational, analytical, and cross-sectional study with prospective data collection. Fourteen maternity hospitals from eleven municipalities were randomly selected by drawing lots. A questionnaire was applied to assess knowledge about syphilis and collect epidemiological information. Blood samples were collected for syphilis diagnostic testing (ST). **Results:** A total of 1,364 postpartum women were included, of whom 94 were diagnosed with syphilis, corresponding to a prevalence of 6.9%. Women diagnosed with syphilis demonstrated a higher level of knowledge regarding transmission and latency compared to non-reactive participants, as well as a higher educational level. **Conclusion:** The observed prevalence of syphilis (6.9%) was more than double the estimate reported by the Ministry of Health in the Epidemiological Bulletin published in October 2024 (3.05%).

Keywords: Congenital syphilis, Sexually transmitted infections, Vertical transmission of infectious diseases, Disease notification.

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba - PR.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre – RS.

RESUMEN

Objetivo: Apresentar los resultados de una investigación realizada en el estado de Paraná para estimar la prevalencia de sífilis entre puérperas, evaluar el conocimiento sobre la infección y los datos epidemiológicos.

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico, observacional, analítico y transversal, con recolección prospectiva de datos. Se seleccionaron aleatoriamente, mediante sorteo, 14 maternidades de 11 municipios. Se aplicó un cuestionario destinado a evaluar el conocimiento sobre la sífilis y recolectar información epidemiológica. Se recogieron muestras de sangre para la realización de pruebas diagnósticas de sífilis (TS).

Resultados: Se incluyeron 1.364 puérperas, de las cuales 94 fueron diagnosticadas con sífilis, lo que corresponde a una prevalencia del 6,9%. Las puérperas con diagnóstico de sífilis demostraron un mayor nivel de conocimiento sobre la transmisibilidad y la latencia, en comparación con las no reactivas, además de un mejor nivel educativo. **Conclusión:** La prevalencia de sífilis encontrada (6,9%) fue más del doble de la estimada por el Ministerio de Salud en el Boletín Epidemiológico publicado en octubre de 2024 (3,05%).

Palabras clave: Sífilis congénita, Infecciones de transmisión sexual, Transmisión vertical de enfermedades infecciosas, Notificación de enfermedades.

INTRODUÇÃO

Depois da descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928 (CHHABRA S, et al., 2024), os cientistas acreditavam que a sífilis seria rapidamente extinta. Porém, na última década a doença vem sendo diagnosticada de forma alarmante. Acreditava-se que acometia principalmente países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, mas a prevalência vem crescendo em países desenvolvidos como Chile, Canadá e Estados Unidos (FICA A, et al., 2021; TRIVEDI S, et al., 2019; ADHIKARI EH, 2020; MCDONALD R, 2023).

Albuquerque G, et al. (2023), com dados obtidos do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2022, o qual informou que, entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2021, foram identificados 167.523 novos casos de sífilis adquirida (SA), seguidos por 74.095 casos de sífilis em gestantes (SG) e 27.019 casos de sífilis congênita (SC). A partir destes dados os autores concluíram que no Brasil, houve em média, um novo caso de sífilis adquirida a cada 1 minuto e 40 segundos, um novo caso de sífilis gestacional a cada 4 minutos e 15 segundos e um novo caso de sífilis congênita a cada 11 minutos.

Considerando a elevada taxa de morbimortalidade e os significativos impactos clínicos da sífilis para gestantes e seus fetos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu diretrizes estratégicas com o objetivo de garantir o diagnóstico oportuno e o tratamento efetivo da infecção durante a gestação. A meta global estabelecida pela OMS é reduzir a incidência da sífilis congênita para menos de 50 casos por 100 mil nascidos vivos em, no mínimo, 80% dos países até o ano de 2030 (OMS, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde implementou estratégias para fortalecer a vigilância da sífilis em gestantes, facilitando o acesso e a oferta de testes rápidos para diagnóstico e rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) na Atenção Básica. Esses testes são de execução simples, de baixo custo operacional, dispõem infraestrutura laboratorial e podem ser realizados durante as consultas de pré-natal (BRASIL, 2020).

A sífilis é uma doença causada por uma bactéria gram negativa, espiralada, chamada *Treponema pallidum*. O formato espiralado lhe confere alto poder de penetração nos tecidos permitindo assim maior infectividade (COOPER JM e SÁNCHEZ PJ, 2018). Possui um cromossoma único e circular, sendo o menor genoma entre os procariontes, o qual não pode ser cultivado em meios convencionais. (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006). É transmitida por contato sexual com um parceiro infectado, ou por uma gestante infectada para seu feto. Porém, hemotransfusão e contato direto com lesões ulceradas ou muco cutâneas são também vias de contágio. Não há vacina para prevenir a sífilis (STAMM LV, 2016).

O diagnóstico e o tratamento de indivíduos infectados e seus contatos são essenciais para os programas de controle da sífilis. A sífilis na gravidez é a segunda causa mais comum de natimortalidade. Na ausência de tratamento, o risco de transmissão vertical é alto. Entretanto, os diagnósticos oportunos, com o início precoce do pré-natal e o tratamento adequado, podem reduzir a transmissão vertical da doença (PIRES P, et al., 2024).

A sífilis materna primária e secundária se não tratadas, têm risco de transmissão vertical entre 50 e 80% dos casos (TRINH T, et al., 2019). A infecção materna se caracteriza por uma intensa resposta inflamatória, que pode ocasionar abortos, natimortos, partos prematuros e fetos com restrição de crescimento intra útero (BRANDENBURGER D e AMBROSINO E, 2021; FREITAS FLS, et al., 2021). Crianças que sobrevivem correm risco de desenvolver surdez neurossensorial, cegueira, alterações esqueléticas e atraso no desenvolvimento (STAFFORD I, et al., 2024). Entretanto, a forma assintomática da doença em adultos e recém-nascidos é frequente, dificultando o diagnóstico, tratamento e perpetuando a transmissão. Existem evidências também, que a sífilis aumenta o risco de transmissão do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) (GEREMEW H e GEREMEW D, 2021).

O tratamento é realizado com Penicilina (AVELLEIRA JCR e BOTTINO G, 2006). O Ministério da Saúde disponibiliza a penicilina benzatina nos serviços de atenção básica para o tratamento das gestantes e de seus parceiros sexuais. Essa é, até o momento, a única medicação comprovadamente eficaz na prevenção da transmissão vertical da sífilis (PADOVANI C, et al., 2018).

Toda gestante com sífilis deve ser estratificada para alto risco, pois necessitam de maior número de consultas. A transmissão vertical pode ser controlada com medidas simples como assistência de pré-natal, realização de exames diagnósticos, tratamento oportuno, prevenção da transmissão nas relações sexuais, conscientização e sensibilização da comunidade (SABIN L, et al., 2024).

No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a notificação de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e a de sífilis adquirida, pela Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2017).

A notificação é realizada por qualquer profissional de saúde. A ocorrência deve ser notificada à autoridade sanitária, representando um importante instrumento de vigilância epidemiológica. A alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é realizada pelos municípios, estados e o Distrito Federal. A notificação dos casos permite conhecer a magnitude do agravo, além de auxiliar no planejamento de ações, monitoramento e avaliação dos programas e políticas para o controle da sífilis (DA SILVA GA e DE OLIVEIRA CMG, 2014).

Nas últimas décadas o Brasil tem seguido a tendência observada em outros países, registrando um aumento expressivo nas taxas de detecção de sífilis nas suas formas adquirida, gestacional e congênita. Em 2013, a taxa de detecção de sífilis adquirida era de 19,8 casos por 100.000 habitantes, alcançando 113,8 casos por 100.000 habitantes em 2023. De forma semelhante, a taxa de sífilis gestacional aumentou de 7,2 para 34 casos por 1.000 nascidos vivos no mesmo período, e a sífilis congênita também apresentou elevação significativa, passando de 4,9 para 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos (SINAN, 2024). Esses dados refletem um agravamento do cenário epidemiológico da sífilis no país, com importantes implicações para a saúde pública e a vigilância perinatal. No estado do Paraná a prevalência de sífilis gestacional foi de 3,05% (SINAN, 2024).

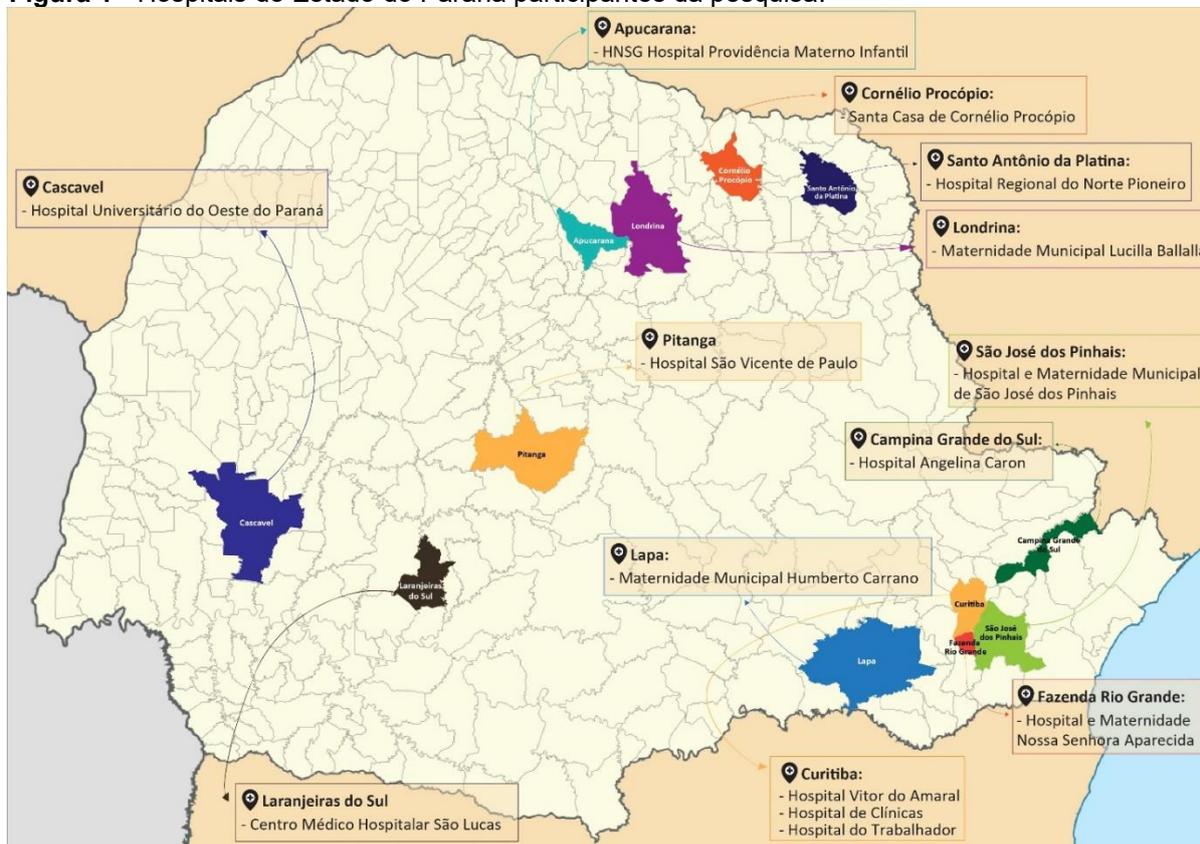
MÉTODOS

Trata-se de estudo multicêntrico, observacional, analítico, transversal com coleta prospectiva de dados. O objetivo foi estudar a prevalência de sífilis no estado do Paraná, além de dados epidemiológicos e conhecimento das parturientes sobre a doença. Fez parte de um estudo nacional, chamado Prevalência de Infecções sexualmente transmissíveis na maternidade (PRISMA), realizado pelo Hospital Moinhos de Vento, RS.

No Paraná, participaram da pesquisa o Hospital Providência Materno Infantil (Apucarana), Santa Casa de Cornélio Procópio (Cornélio Procópio), Hospital Regional do Norte Pioneiro (Santo Antônio da Platina), Maternidade Municipal Lucilla Ballallai (Londrina), Hospital São Vicente de Paula (Pitanga), Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais (São José dos Pinhais), Hospital Angelina Caron (Campina Grande do Sul), Maternidade Municipal Humberto Carrano (Lapa), Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida (Fazenda Rio Grande), Hospital Vitor Ferreira do Amaral, Complexo Hospital de Clínicas e Hospital

do Trabalhador (Curitiba), Centro Médico Hospitalar São Lucas (Laranjeiras do Sul) e Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Cascavel). As maternidades foram escolhidas através de sorteio, utilizando três diferentes estratos de tamanho: pequena, média e grandes cidades.

Figura 1 - Hospitais do Estado do Paraná participantes da pesquisa.



Fonte: Schamne CRB, et al., 2025.

Os dados foram coletados nas enfermarias de puérperas das maternidades acima citadas. Consistiam da aplicação do TCLE, seguido de uma entrevista estruturada contendo informações sociodemográficas, comportamentais e conhecimentos sobre ISTs.

Após, foi realizada coleta de sangue por meio de punção venosa ou digital. Um teste treponêmico foi utilizado como teste de rastreamento. (Imunoscreen Sífilis Total – SS; marca MBIolog Diagnósticos, de Contagem MG. O qual apresenta uma sensibilidade de 99,9% e especificidade de 99,2%, sendo um exame de enzimaímmunoensaio para determinação qualitativa de anticorpos específicos (IgG e IgM) anti *Treponema pallidum*, conforme reportado pelo fabricante. Seguido por um teste não treponêmico confirmatório.

O teste não treponêmico utilizado foi o VDRL, (modified Venereal Disease Research Laboratory, Wiener lab, AR). Um terceiro teste foi utilizado em caso de discordância (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay (TPHA)RANDOX SYP-TPHA test - Randox laboratories LTD, UK). Todos os testes foram feitos de acordo com as especificações dos fabricantes, e seguindo fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Como critérios de inclusão foram selecionadas parturientes que concordaram em realizar o teste de rastreamento para sífilis; atendidas nas maternidades selecionadas para o estudo nacional PRISMA, sendo de forma ativa em 14 maternidades de 11 diferentes municípios do estado do Paraná; idade entre 16 e 49 anos; e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram considerados como critérios de exclusão: pacientes em atendimento pós-aborto; analfabetas; erros que invalidaram o diagnóstico laboratorial e menores de 16 anos.

Os dados foram coletados diretamente em um tablet, utilizando uma plataforma de entrada de dados específica para o estudo e protegidos por senha. Caso o tablet não pudesse ser utilizado, o questionário era feito em papel e posteriormente as informações eram repassadas para a mesma plataforma. Os dados foram posteriormente extraídos em planilhas Microsoft Excel® e analisados no software RStudio v. 4.4.3 (RCore Team 2024).

A pesquisa foi aprovada pelo centro proponente (CAAE 29693120.5.0000.5330) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da UFPR, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 29693120.5.3054.0096, número do Parecer: 5.277.188, aprovado em 07/03/2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletadas 1389 amostras, que após aplicados os critérios de exclusão, resultou em um banco de dados com 1364 amostras. Entre as 1.364 parturientes estudadas, 94 (6,9%) foram consideradas como apresentando sífilis ativa. 1.262 (92,5%) apresentaram exame negativo para sífilis. Em 8 casos (0,6%) o teste foi inconclusivo.

As variáveis estudadas foram: idade, escolaridade, paridade, uso de preservativo como melhor maneira de evitar a sífilis, conhecimento sobre latência e transmissibilidade da sífilis. Entre as parturientes estudadas predominou a faixa etária de 21 a 30 anos (58,7%), com escolaridade de nível médio (60,2%), um ou dois partos (62,2%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características das parturientes estudadas.

Características	Prisma Paraná (2024) N = 1.364
Faixa etária	
16-20	215 (15,8%)
21-30	801 (58,7%)
31-40	328 (24,0%)
> 40	20 (1,5%)
Escolaridade	
Fundamental	332 (24,3%)
Médio	821 (60,2%)
Superior	192 (14,1%)
Não avaliado	19 (1,4%)
Paridade	
Um	447 (32,8%)
Dois	401 (29,4%)
Três	261 (19,1%)
Quatro	134 (9,8%)
> Quatro	87 (6,2%)
Sem informação	34 (2,5%)

Fonte: Schamne CRB, et al., 2025.

Não se observou diferença estatística entre as parturientes com ou sem sífilis no que se refere à idade, escolaridade e paridade (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Características das parturientes com sífilis e sem sífilis.

Características	Prisma Paraná (2024)		p*
	Com sífilis (n = 94)	Sem sífilis (n = 1.262)	
Faixa etária			
16-20	15 (16,0%)	200 (15,9%)	0,66
21-30	60 (63,8%)	735 (58,2%)	
31-40	18 (19,1%)	308 (24,4%)	
> 40	1 (1,1%)	19 (1,5%)	
Escolaridade			
Fundamental	29 (30,8%)	302 (23,9%)	0,40
Médio	50 (53,2%)	765 (60,6%)	
Superior	13 (13,8%)	178 (14,1%)	
Não avaliado	2 (2,2%)	17 (1,4%)	
Paridade			
Um	25 (26,6%)	422 (33,4%)	0,38
Dois	25 (26,6%)	373 (29,6%)	
Três	21 (22,3%)	237 (18,8%)	
Quatro	11 (11,7%)	122 (9,7%)	
> Quatro	9 (9,6%)	77 (6,1%)	
Sem informação	3 (3,2)	31 (2,4%)	

Fonte: Schamne CRB, et al., 2025.

No que se refere ao conhecimento sobre a doença observou-se a maior parte das parturientes acreditando na transmissibilidade da sífilis para o recém-nascido (81,4%), no uso da camisinha como forma mais efetiva de evitar a transmissão (90,1%) e apenas 62,2% delas referiu acreditar que a sífilis pode “ficar escondida no corpo” por muitos anos (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Conhecimento das parturientes estudadas sobre sífilis.

Questões	Prisma paraná (2024) N = 1.364
Transmissibilidade para o recém-nascido	
Acredita que sim	1111 (81,4%)
Acredita que não	45 (3,3%)
Não sabe	178 (13,1%)
Não quer responder	30 (2,2%)
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar a sífilis?	
Acredita que sim	1229 (90,1%)
Acredita que não	28 (2,0%)
Não sabe	80 (5,9%)
Não quer responder	27 (2,0%)
A sífilis pode ficar escondida no corpo por anos?	
Acredita que sim	848 (62,2%)
Acredita que não	84 (6,1%)
Não sabe	400 (29,3%)
Não quer responder	32 (2,4%)

Fonte: Schamne CRB, et al., 2025.

Observou-se maior número de parturientes acreditando que a sífilis é transmitida para o recém-nascido entre o grupo de pacientes com sífilis, com nível de significância limítrofe (90,4% vs 80,7%, p = 0,07). Entre estas também foi mais frequente a crença de que a sífilis pode ficar “escondida no corpo” por muitos anos (77,7% vs 61,0%, p = 0,01). E, 94,7% das parturientes com sífilis, acreditam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar a sífilis (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Conhecimento sobre sífilis pelas parturientes com sífilis e sem sífilis.

Questões	Prisma Paraná (2024)		p*
	Com sífilis (n = 94)	Sem sífilis (n = 1.262)	
Transmissibilidade para o recém-nascido			
Acredita que sim	85 (90,4%)	1019 (80,7%)	0,07
Acredita que não	3 (3,2%)	42 (3,4%)	
Não sabe	4 (4,2%)	173 (13,7%)	
Não quer responder	2 (2,2%)	28 (2,2%)	
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar a sífilis?			
Acredita que sim	89 (94,7%)	1132 (89,7%)	0,30
Acredita que não	0 (0,0%)	28 (2,2%)	
Não sabe	3 (3,2%)	77 (6,1%)	
Não quer responder	2 (2,1%)	25 (2,0%)	
A sífilis pode ficar escondida no corpo por anos?			
Acredita que sim	73 (77,7%)	770 (61,0%)	0,01
Acredita que não	4 (4,2%)	79 (6,2%)	
Não sabe	16 (17,0%)	382 (30,3%)	
Não quer responder	1 (1,1%)	31 (2,5%)	

Fonte: Schamne CRB, et al., 2025.

O perfil epidemiológico geral das participantes do estudo sobre sífilis no estado do Paraná foi de: parturientes com idade entre 21 e 30 anos; história obstétrica de 1 ou 2 partos; escolaridade de nível médio; a maioria acreditando na transmissibilidade da sífilis para o recém-nascido e que o uso de preservativo é a forma mais efetiva de evitar a transmissão.

Distribuição etária das parturientes e associação com sífilis

Na comparação entre parturientes com sífilis e sem sífilis, observou-se que 82,9% das parturientes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 21 a 40 anos. Este achado está em consonância com os resultados de Oliveira G, et al. (2024), que identificaram idade superior a 35 anos como fator preditivo para sífilis gestacional e congênita. De modo semelhante, Pires P, et al. (2024); Barros JR, et al. (2024) reportaram maior prevalência de sífilis gestacional entre mulheres com idade entre 20 e 39 anos, sendo respectivamente 70,4% e 74,6%. Porém, Cardoso ARP, et al. (2018) identificaram que 80% das gestantes com diagnóstico de sífilis estavam na faixa etária de 19 a 29 anos, assim como Da Cunha MR, et al. (2021) identificaram em seu estudo, 51,4% das pacientes com idade entre 20 e 29 anos.

Este perfil etário é consistente com a análise realizada por Sabin L, et al. (2024) em revisão sistemática, na qual autores destacaram que a idade abaixo de 30 anos pode representar um fator limitante para o rastreamento de pré-natal, possivelmente em função de barreiras de acesso, menor adesão às consultas ou desconhecimento do risco de transmissão vertical da doença. Tais resultados são semelhantes aos dados do presente estudo, com o qual, concluímos também a necessidade de estratégias de vigilância ampliadas, capazes de abranger diferentes faixas etárias no contexto do pré-natal.

Escolaridade e associação com sífilis

Diversos estudos têm apontado a associação entre baixa escolaridade e a ocorrência de sífilis gestacional. Sabin L, et al. (2024) destacam o baixo nível de escolaridade entre gestantes como um fator limitante para a realização adequada do rastreamento pré-natal. Pires P, et al. (2024) observaram que 76% das gestantes diagnosticadas com sífilis apresentavam menos de 12 anos de escolarização, enquanto Barth FV, et al. (2024) relataram baixa escolaridade em 96,7% das pacientes avaliadas. De forma semelhante, Da Cunha MR, et al. (2021), em análise do perfil epidemiológico no Brasil, identificaram que 43% das gestantes com sífilis apresentavam ensino fundamental incompleto. No entanto, resultados distintos foram encontrados por Ramos D de L, et al. (2023) em estudo realizado com usuárias de redes sociais, no qual 53,69% das participantes com sífilis referiram ensino médio completo ou ensino superior incompleto, e 22,15% relataram ter concluído o ensino superior.

Neste estudo observou-se que, entre as parturientes com diagnóstico positivo para sífilis, 84% possuíam escolaridade correspondente ao ensino fundamental ou médio, sendo que 53,2% haviam concluído o ensino médio. Destaca-se ainda que, 13,8% das parturientes infectadas apresentavam nível superior de escolaridade, achado semelhante ao relatado por Ramos D de L, et al. (2023), em estudo conduzido na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná. Este dado é particularmente relevante, pois indica que, no estado do Paraná, a infecção por sífilis também acomete mulheres com maior nível educacional, contrastando com a literatura, que tradicionalmente associa a sífilis gestacional a baixos níveis de escolaridade. Esses achados sugerem possíveis mudanças no perfil sociodemográfico das mulheres acometidas por sífilis.

Conhecimento sobre sífilis

Foi avaliado o conhecimento das parturientes sobre a latência, formas de prevenção e transmissão da sífilis. Observou-se que as parturientes com diagnóstico de sífilis tinham maior conhecimento sobre a doença. 90,4% delas acreditam que a sífilis é transmitida para o recém-nascido, e 77% tinham maior conhecimento sobre a latência da doença.

Estes achados contrastam com evidências da literatura que apontam a desinformação sobre infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a sífilis, como uma importante barreira ao rastreamento e à prevenção eficaz durante o pré-natal. Sabin L, et al. (2024), em revisão sistemática, destacou que a falta de conhecimento sobre a transmissão vertical e as formas de prevenção constitui um dos principais entraves no controle da sífilis gestacional.

Tais resultados sugerem que, entre as parturientes diagnosticadas com sífilis, há um nível de conhecimento melhor sobre aspectos essenciais da infecção, possivelmente influenciado pela exposição à informação durante o acompanhamento pré-natal ou pelo impacto do próprio diagnóstico. Esse achado reforça a importância das intervenções educativas no contexto da atenção primária à saúde, especialmente no pré-natal, como ferramenta estratégica para a ampliação do conhecimento e para a promoção da prevenção. Além disso, ressalta-se a necessidade de identificar e superar barreiras, uma vez que o desconhecimento sobre a sífilis e sua transmissão vertical ainda persiste como um desafio relevante para a eliminação da sífilis congênita no Brasil.

Neste estudo observou-se que, 94,7% das parturientes com sífilis acreditavam que o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar a sífilis. Apesar desse elevado nível de conhecimento, a literatura evidencia uma discrepância entre o saber e a prática. Pauli FB, et al. (2024) identificaram que apenas 44,1% das gestantes infectadas referiram uso de preservativo. De forma semelhante, Oliveira G et al. (2024) apontaram o uso irregular de preservativos como fator associado ao aumento da incidência de sífilis no Brasil. Benedetti KCSV, et al. (2019) relataram que 86,2% das mulheres com sífilis gestacional faziam uso irregular do método. Esses achados reforçam lacunas na adesão às práticas de sexo seguro durante a gestação, mesmo entre mulheres que reconhecem a eficácia do preservativo. Felisbino-Mendes MS, et al. (2021) também destacaram a baixa prevalência do uso regular de preservativos na população brasileira, o que contribui para a manutenção das taxas elevadas de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis.

Prevalência da sífilis

A taxa estimada de sífilis gestacional neste estudo foi de 6,9%. Esta taxa foi superior aos índices relatados no Brasil (3,4%) e no estado do Paraná (3,05%) do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2024 do Ministério da Saúde. No estudo de Benedetti KCSV, et al. (2019), foram avaliadas 661 gestantes, sendo encontrada uma prevalência de 4,4% de sífilis gestacional, abaixo do nosso estudo. Estes dados refletem uma realidade preocupante com índices acima da média nacional. Uma hipótese seria a subnotificação desses.

Lafeté KRG, et al. (2016) mostrou que na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, no período de 2007 a 2013, houve falha nas notificações nos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita. Os autores encontraram baixos índices de notificação; sendo de 6,5% de falha de notificação nos casos de sífilis em gestantes e 24,1% em sífilis congênita.

Paiva MF e Fonseca SC (2023), encontraram entre 2016 e 2020 na cidade do Rio de Janeiro elevadas taxas de sífilis congênita, chegando a uma incidência de 18,6/1000 nascidos vivos no ano de 2020. Neste estudo encontraram ainda inconsistências quando compararam dados de mortalidades infantil e fetal com os coeficientes dos dados obtidos do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). Observaram considerável subnotificação no primeiro, levando a uma divergência nas taxas de mortalidade calculadas.

Elarrat Canto SVE, et al. (2019) em seu estudo, apresenta aspectos importantes relacionados à discrepância de registros de sífilis congênita no SIM e no SINAN, bem como o aumento considerável de óbitos quando se analisa mais de um sistema de informação em saúde. A taxa de mortalidade infantil por sífilis aumentou ao longo dos últimos anos. Taxas semelhantes foram encontradas em outros países, reforçando a ideia de que a sífilis congênita representa um problema de saúde pública global.

Cavichioli TV, et al. (2024), em revisão integrativa, apontaram possíveis explicações para a discrepância entre os dados oficiais e a realidade epidemiológica da sífilis congênita no Brasil. Os autores destacaram a crescente complexidade no preenchimento das fichas de notificação e as dificuldades de acesso às informações essenciais como fatores que contribuem para o registro incompleto e, conseqüentemente, para a subnotificação dos casos. Além disso, ressaltaram a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelas notificações, o que compromete a qualidade dos dados registrados. Esse cenário agrava a situação, uma vez que, informações precisas e completas são fundamentais para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas eficazes no controle da sífilis congênita.

CONCLUSÃO

No presente estudo, as parturientes com diagnóstico de sífilis no estado do Paraná apresentaram predominantemente: idade entre 21 e 30 anos, escolaridade correspondente ao ensino médio e histórico obstétrico de um a dois partos. Observou-se que estas pacientes demonstraram maior nível de conhecimento sobre a sífilis, incluindo aspectos relacionados à latência, à transmissão vertical e à eficácia do uso de preservativos como principal método de prevenção do contágio da sífilis. A prevalência de sífilis gestacional encontrada foi de 6,9%, valor superior ao estimado pelo Ministério da Saúde para o ano de 2024. Este achado reforça a necessidade de aprimoramento nos sistemas de notificação compulsória. Necessidade de melhorar a capacitação dos profissionais que preenchem os dados de notificação, visando maior acurácia dos dados epidemiológicos e melhor direcionamento das ações de vigilância e controle da infecção.

REFERÊNCIAS

1. ADHIKARI EH. Syphilis in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 2020; 135(5): 1121–1135.
2. ALBUQUERQUE G, et al. Computational methods applied to syphilis: Where are we, and where are we going? *Frontiers in Public Health*, 2023; 11: e1201725.
3. AVELLEIRA JCR, BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2006; 81(2): 111-126.
4. BARTH FV, et al. Epidemiological analysis of congenital syphilis in the State of Paraná, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 2024; 70(4): e20231170.
5. BARROS JR, et al. Sífilis gestacional: análise do perfil epidemiológico no Brasil durante o período de 2018 a 2022. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2024; 28: 103899.
6. BENEDETTI KCSV, et al. High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. *The American J of Tropical Med and Hygiene*, 2019; 101(4): 761–766.
7. BRANDENBURGER D, AMBROSINO E. The impact of antenatal syphilis point of care testing on pregnancy outcomes: a systematic review. *PLOS ONE*, 2021; 16(3): e0247649.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: MS; 2020.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico – Sífilis 2024: número especial, outubro de 2024 – versão eletrônica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024.

11. CARDOSO ARP, et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(2): 563–574.
12. CAVICHIOLI TV, et al. Notificações de casos de sífilis e seus impactos nos sistemas de vigilância epidemiológica e controle da doença no Brasil: revisão integrativa. *ARACÊ*, 2024; 6(4): 11055–11068.
13. CHHABRA S, et al. The penicillin pioneer: Alexander Fleming's journey to a medical breakthrough. *Cureus*, 2024; 16(7).
14. COOPER JM, SÁNCHEZ PJ. Congenital syphilis. *Seminars in Perinatology*, 2018; 42(3): 176–184.
15. DA CUNHA MR, et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional em uma cidade do nordeste brasileiro: clínica e evolução de 2014 a 2019. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(3): e6086.
16. DA SILVA GA, DE OLIVEIRA CMG. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. *Rev de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2014; 4(3).
17. ELARRAT CANTO SVE, et al. Fetal and infant mortality of congenital syphilis reported to the Health Information System. *PLOS ONE*, 2019; 14(1).
18. FELISBINO-MENDES MS, et al. Sexual behaviors and condom use in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2021; 24.
19. FICA A, et al. Resurgencia de sífilis en mujeres embarazadas en una región del sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 2021; 149(3): 348–356.
20. FREITAS FLS, et al. Brazilian protocol for sexually transmitted infections 2020: acquired syphilis. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2021; 54(suppl 1).
21. GEREMEW H, GEREMEW D. Seroprevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 2021; 10(1): 223.
22. LAFETÁ KRG, et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2016; 19(1): 63–74.
23. MCDONALD R. Vital signs: missed opportunities for preventing congenital syphilis — United States, 2022. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2023; 72(46).
24. OLIVEIRA G, PALMIERI I. Detection of gestational and congenital syphilis in Paraná State, Brazil, 2007–2021: a time series analysis. 2024.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2018 Report on global sexually transmitted infection surveillance. Geneva: WHO; 2018.
26. PADOVANI C, et al. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018; 26: e3019.
27. PAIVA MF, FONSECA SC. Sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, 2016–2020: perfil epidemiológico e completude dos registros. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2023; 56(1).
28. PAULA MA, et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(8): 3331–3340.
29. PAULI FB, et al. Gestational syphilis in a tertiary health service in Paraná, Brazil: a case-control study. *PLOS ONE*, 2024; 19(8): e0305525.
30. PIRES P, et al. Associated factors, incidence, and management of gestational and congenital syphilis in a Brazilian state capital: a cross-sectional study. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 2024; 66.
31. RAMOS DL, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em usuárias de redes sociais. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2023; 23(2): e13490.
32. SABIN L, et al. A systematic review of barriers and facilitators to antenatal screening for HIV, syphilis or hepatitis B in Asia: perspectives of pregnant women, their relatives and health care providers. *PLOS ONE*, 2024; 19(5): e0300581.
33. SAMPAIO J, et al. Sífilis congênita, uma enfermidade associada a um pré-natal ineficiente? *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 2023; 132: 2965–3711.
34. SINAN. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: Ministério da Saúde.
35. STAFFORD I, et al. Syphilis complicating pregnancy and congenital syphilis. *PubMed*, 2024; 390(3): 242–253.
36. STAMM LV. Syphilis: re-emergence of an old foe. *Microbial Cell*, 2016; 3(9): 363–370.
37. TRIVEDI S, et al. National trends and reported risk factors among pregnant women with syphilis in the United States, 2012–2016. *Obstetrics & Gynecology*, 2019; 133(1): 27–32.
38. TRINH T, et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2019; 27(1): 69–82.