



# Revista Prevenção de Infecção e Saúde

The Official Journal of the Human Exposome and Infectious Diseases Network

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.26694/repis.v11i1.6954

## Desfecho epidemiológico da sífilis gestacional e congênita, Piauí, 2007 a 2024

Epidemiological outcome of gestational and congenital syphilis, Piauí, 2007 to 2024

Evolución epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita, Piauí, 2007 a 2024

José Francisco Ribeiro<sup>1</sup> , Juliane Barroso da Silva<sup>1</sup> , Laissa Raquel da Silva<sup>1</sup> , Ana Beatriz Norberto Nunes Bezerra<sup>2</sup> , Maria Gabriela de Sousa Teixeira<sup>1</sup> , Tatiana Custódio das Chagas Pires Galvão<sup>3</sup> , Vyrna Rebeca de Carvalho Alves<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Ribeiro JF, Silva JB, Silva LR, Bezerra ABNN, Teixeira MGS, Galvão TCCP, Alves VRC. Desfecho epidemiológico da sífilis gestacional e congênita, Piauí, 2007 a 2024. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2025; 11: 01: 6954. Disponível em: <http://periodicos.ufpi.br/index.php/repis/article/view/6954>. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v11i1.6954>.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<sup>3</sup>Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa. Teresina, Piauí, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the socio-epidemiological outcome of gestational and congenital syphilis in the state of Piauí, from 2007 to 2024. **Method:** ecological study, consisting of secondary data obtained from SINAN, which were analyzed and described using the BioEstat tool, version 5.3. The chi-square test assumptions were adopted, considering the condition that up to 80% of the cells in the contingency table have an expected frequency  $\geq 5$ . **Results:** statistical significance was obtained for: years of notification ( $p$ -value  $<0.001$ ); age group ( $p$ -value  $<0.001$ ); ethnicity ( $p$ -value  $<0.001$ ) and prenatal care ( $p$ -value  $<0.001$ ). For the socio-clinical characterization, relevance was revealed for the following outcomes: latent syphilis (33.4%); reactive non-treponemal tests (88.8%) and reactive treponemal tests (65.6%). Regarding the socio-clinical characterization of congenital syphilis notifications, the highlights were: maternal treatment during prenatal care (47%); newborn age up to 6 days (95.5%); female sex (48.5%); treatment of the partner not performed (58.6%); diagnosis of recent syphilis (94.2%); and outcome of cases being live newborns (92%). **Implications:** as in most Brazilian regions, gestational and congenital syphilis in Piauí is strongly linked to socio-epidemiological characteristics.

### DESCRIPTORS

Congenital syphilis. Maternal syphilis. Surveillance. Syphilis epidemiology.

### Autor Correspondente:

José Francisco Ribeiro

Endereço: Quadra 28; Casa 6; setor C;  
Mocambinho II. Teresina, Piauí, Brasil.

CEP: 64010.360.

Telefone: +55 (86) 988549081

E-mail: [jotafribeiro@yahoo.com.br](mailto:jotafribeiro@yahoo.com.br)

Submetido: 07/02/2025

Aceito: 12/10/2025

Publicado: 31/10/2025

## INTRODUÇÃO

A sífilis, infecção determinada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, é considerada como adquirida, se obtida por vinculação sexual ou por transfusão sanguínea; portanto classificada como Sífilis Gestacional (SG) ou Sífilis Congênita (SC), quando a transmissão materno-fetal acontece no decurso da gestação. A sífilis independentemente de sua classificação atinge vários sistemas do organismo humano e, quando não diagnosticada precocemente, pode manter-se por longos períodos, tornando-se mais difícil o tratamento<sup>(1)</sup>.

A SC caracteriza responsabilidade mundial relevante, visto que contribui para perda fetal, natimortos, mortalidade neonatal e infecção congênita. A despeito da meta pactuada em 2007 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de valor numérico abaixo de 50 casos por 100.000 nascidos vivos, a ocorrência global está crescendo, singularmente nas regiões de baixa e média receita capital. Informações vigentes apontam uma taxa de 473 casos por 100.000 nascidos vivos,<sup>2</sup> somando valor total de 661.000 casos sífilis congênita, integrando 355.000 resultados divergentes ao nascimento, tais como mortes fetais precoces, natimortos, mortes neonatais, nascimentos prematuros ou de baixo peso ao nascer e crianças diagnosticadas com SC clínica<sup>(2)</sup>.

A sífilis mantém-se como relevante problema de saúde pública no Brasil, assim como de forma global. No período de 2022, as estatísticas de novas contaminações por sífilis em pessoas adultas com faixa etária de 15 a 49 anos, foi evidenciado um crescimento mundial cerca de 1 milhão, assim exibindo aumento numérico de 7,1 milhões (5,1 a 9,1 milhões), portanto constatou-se que em 2020 o quantitativo de contaminação por sífilis representou 8,0 milhões (5,6 a 10,4 milhões), análise detectada em 2022. A região das Américas no presente momento detém alta incidência absoluta mundial, com 3,37 milhões de ocorrências em 2022, o que corresponde a uma taxa de 6,5 casos de adoecimentos por 1.000 pessoas, constituindo 42% de todos os novos eventos globais no anunciado período (WHO, 2024)<sup>(3)</sup>.

No período de 2005 a 30 de junho de 2024, o Brasil mostrou montante de 713.167 notificações de sífilis gestacional. A taxa de detecção nacional continuou em progressão durante todo o período, alcançando 34,0 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) no ano de 2023<sup>(4)</sup>.

Também foi observado que conforme avaliação dos achados de sífilis congênita no Brasil, entre o período de 1999 a 2024, informes destacaram um montante de 344.978 acontecimentos em crianças com idade inferior a um ano. Portanto a taxa de incidência seguiu revelando crescimento contínuo até equilibrar-se nos últimos três anos, percebendo 9,9 casos por 1.000 NV em 2023, esses achados demonstram preocupação mundial<sup>(4)</sup>.

Conforme realidade global, foi observado que informações do Boletim Epidemiológico da Sífilis 2024, no estado do Piauí, evidenciou-se 6.172 confirmações de sífilis adquirida, 4.364 de sífilis gestacional e 1.731 notificações de sífilis congênita nas últimas seis décadas, esses achados pontua o estado do Piauí em situação semelhante aos demais estados do Brasil e do mundo<sup>(5)</sup>.

Mediante esse contexto, é essencial buscar compreender e requalificar sistematicamente características socioepidemiológicas a nível estadual, por trazer mais abrangência do todo em tratando-se da sífilis gestacional e congênita, dessa forma traçar metas abrangentes que aproximem instâncias regionais, nacionais e internacionais para o manejo dessa infecção. Desse modo, determinou-se como objetivo analisar o desfecho socioepidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Piauí, 2007 a 2024.

## MÉTODOS

Estudo ecológico constituído por meio da investigação adicionais relativos aos casos de sífilis gestacional e congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acessados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pertinentes às notificações compulsórias dos casos de sífilis gestacional e congênita no Piauí, estado situado na região nordeste do Brasil, com população estimada em 3.375.646 habitantes em 2022<sup>(6)</sup>.

Definiu-se como população do estudo, todas notificações confirmadas de sífilis gestacional (N=6419) e sífilis congênita (N=3973) ocorridas no estado do Piauí, diagnosticadas no período 2007 a 2024, inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação<sup>(7)</sup>.

A coleta de dados deu-se em julho de 2025. As variáveis disponibilizadas foram transportadas de forma completa do SINAN, do seguinte modo: ano da notificação do caso, faixa etária, escolaridade,

raça/cor, consulta pré-natal, classificação clínica da sífilis, testes não treponêmicos e treponêmicos, faixa etária do recém-nascido, tratamento da sífilis materna, tratamento do parceiro, classificação final e evolução da sífilis congênita e ignorado/branco.

Foi utilizado como critério de inclusão: todos os casos notificados de sífilis congênita e sífilis gestacional do estado do Piauí disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), coletados da base pública e nacional do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Portanto não houve critérios de exclusão.

Por se tratar de uma pesquisa constituída de dados públicos não houve necessidade de cadastro ou submissão dessa pesquisa em Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme preconiza as resoluções nº466/12 e 510/16 do Conselho Nacional em Saúde (CNS). Assim, é importante informar que foram assegurados todos os cuidados inerentes aos aspectos éticos e legais de pesquisas científicas dessa abordagem.

Foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial com a finalidade de comparar as características sociodemográficas entre os casos de sífilis gestacional e sífilis congênita. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas (%).

Para testar a associação entre o tipo de sífilis (gestacional ou congênita) e as variáveis categóricas – como ano de confirmação, faixa etária, escolaridade e etnia foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson. Este teste é adequado para verificar a independência entre duas variáveis qualitativas, sob a hipótese nula de que não há associação entre elas. O nível de significância adotado foi de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), sendo considerados estatisticamente significativos os valores de  $p < 0,05$ .

As análises foram realizadas no programa BioEstat, versão 5.3, e considerou-se pressupostos do teste do qui-quadrado, incluindo a exigência de que pelo menos 80% das células da tabela de contingência tivessem frequência esperada igual ou superior a 5, os resultados foram discutidos com base nas publicações científicas dos últimos cinco anos.

## RESULTADOS

Quanto as características sociodemográficas foram possíveis observar na tabela 1, os seguintes achados: a maior incidência de notificações de SG e SC ocorreram respectivamente no período de, 2019 a 2024 (44%) e 2015 a 2019 (43,2%); faixa etária de 20 a 39 (73%) anos para ambos os tipos de sífilis, houve prevalência para ensino fundamental incompleto, SG (32%) e SC (36%); etnia parda, SG(71%) e SC (68%), a maioria realizaram pré-natal, SG (92%) e SC(84,5%). Assim também foi observado significância estatística para: anos de notificação ( $p$ -valor<0,001);faixa etária ( $p$ -valor<0,001);etnia ( $p$ -valor<0,001) e consulta pré-natal( $p$ -valor<0,001) ; escolaridade  $p$ -valor = 0,005).

**Tabela 1.**Distribuição sociodemográfica dos casos confirmados de sífilis gestacional e congênita, Piauí, 2007 a 2024.

Variáveis	Sífilis gestacional N=6419(100%)	Sífilis congênita N=3973(100%)	p-valor*
<b>Ano da notificação</b>			<0,001
2007 a 2011	439 (7,0)	138 (3,4)	
2011 a 2015	825 (13,0)	771 (19,4)	
2015 a 2019	2311 (36,0)	1718 (43,2)	
2019 a 2024	2844 (44,0)	1346 (34,0)	
<b>Faixa etária</b>			<0,001
10 a 14	94 (1,4)	39 (1,0)	
15 a 19	1500 (23,0)	840 (21,0)	
20 a 39	4689 (73,0)	2893 (73,0)	
40 a 59	135 (2,0)	86 (2,0)	
Em branco	1,0 (0,6)	115 (3,0)	
<b>Escolaridade</b>			0,005
Ensino fundamental incompleto	2059 (32,0)	1428 (36,0)	
Ensino fundamental completo	593 (9,2)	340 (8,5)	
Ensino médio incompleto	1063 (16,5)	653 (17,0)	
Ensino médio completo	1192 (18,5)	631 (16,0)	
Ensino superior incompleto	105 (1,6)	60 (1,5)	
Ensino superior completo	96 (1,4)	42 (1,0)	
Sem escolaridade	59 (1,3)	39 (0,4)	
Ignorado/em branco	1252 (19,5)	780 (19,6)	
<b>Etnia</b>			<0,001
Branca	584 (9,0)	480 (12,0)	
Preta	716 (11,0)	136 (3,4)	
Amarela	88 (1,3)	18 (0,4)	
Parda	4565 (71,0)	2705 (68)	
Indígena	18 (0,7)	3 (0,2)	
Ignorado/branco	448 (7,0)	631(16,0)	
<b>Consulta pré-natal</b>			<0,001
Sim	5917 (92,0)	3361(84,5)	
Não	zero (0,0)	532 (13,3)	
Ignorado/branco	502 (8,0)	80 (2,2)	

Fonte: DATASUS/SINAN

\*Testes Qui-quadrado com nível de significância de 5%. Para a caracterização socio-clínica foi apresentado relevância para os seguintes desfechos: Sífilis latente (33,4%); testes não treponêmicos reativos (88,8%) e teste treponêmicos reativos (65,6%).

**Tabela 2.** Caracterização socio-clínica das notificações da sífilis gestacional, 2007 a 2024.

Variáveis	N (%)
<b>Classificação clínica</b>	
Primária	1929 (30,0)
Secundária	358 (5,9)
Tertiária	782 (12)
Latente	2144 (33,40)
Ignorado/branco	1206 (18,7)
<b>Testes não treponêmicos</b>	
Reativo	5704 (88,8)
Não reativo	125 (2,1)
Não realizado	367 (5,7)
Ignorado/branco	223 (3,4)
<b>Testes treponêmicos</b>	
Reativo	4215 (65,6)
Não reativo	211 (3,4)
Não realizado	1638 (25,5)
Ignorado/branco	355 (5,5)

Fonte: DATASUS/SINAN.

Quanto aos resultados da caracterização socio-clínica das notificações da sífilis congênita, observou-se os seguintes destaques: tratamento da genitora durante o pré-natal (47%); faixa etária do recém-nascido até 6 dias (95,5%); sexo feminino (48,5%); Tratamento do parceiro não realizado (58,6%); diagnóstico de SG recente (94,2%) e resultado dos casos recém-nascido vivo (92%).

**Tabela 3.** Caracterização socio clínica das notificações da sífilis congênita, 2007 a 2024.

Variáveis	N (%)
<b>Tratamento da genitora</b>	
Durante o pré-natal	1866(47,0)
No momento do parto/curetagem	1306( 33,0)
Após o parto	669 (17)
Não realizado	43(0,8)
Ignorado/branco	89( 2,2)
<b>Faixa etária da criança</b>	
Até 6 dias	3798 (95,5)
De 7 a 27 dias	82 (2,2)
Acima de 28 dias	93 (2,3)
<b>Sexo da criança</b>	
masculino	1924(48,4)
feminino	1926(48,5)
Ignorado/branco	123(3,1)
<b>Tratamento do parceiro</b>	
Sim	1012(25,4)
Não	2331(58,6)
Ignorado/branco	630(16,0)
<b>diagnóstico final dos casos</b>	
Sífilis congênita recente	3744(94,2)
Sífilis congênita tardia	6(0,3)
Natimorto/aborto por sífilis	97(2,4)
Casos descartados	126(3,1)
<b>Desfecho final dos casos</b>	
Vivo	3458(92,0)
Óbito pelo agravó	94(2,5)
Óbito por outras causas	58(1,5)
Ignorado/branco	150(4,0)

Fonte: DATASUS/SINAN.

## DISCUSSÃO

Corroborando com este estudo foi verificado, em uma pesquisa epidemiológica realizada em São Paulo com dados do período de 2011 a 2022 uma soma de 125.776 acontecimentos de infecções por SG e 42.418 eventos de SC. Quanto as características sociodemográficas: faixa etária de 20 a 29 anos (n = 37.132/29,52%) com ensino médio completo e raça cor parda (n = 51.662/41,07%), igualmente foi observado que os informes de SC (n = 37.344/97,21%) eram neonatos com menos de 7 dias de nascidos (n = 23.726/97,21%)<sup>(8)</sup>.

Em uma pesquisa cuja finalidade foi avaliar a distribuição espaço-temporal e os aspectos epidemiológicos dos casos notificados de SC e SG no Brasil, foram encontrados os seguintes dados: maior parte das notificações de SC deu-se em recém-nascidos "pardos" com diagnóstico com menos de 7 dias de vida e que as genitoras tiveram assistência pré-natal. Quanto a SG, um grande número das ocorrências fora visto entre mulheres "pardas", com idade de 20 e 39 anos, ensino fundamental completo e receberam diagnóstico de sífilis primária ou latente, informações semelhantes encontradas neste estudo atual<sup>(9)</sup>.

Também considerou-se uma análise de 8 pesquisas de coorte, 4 estudos transversais e 2 casos controle em que foram incluídas 12.230 mulheres com resultados reagente ou grande probabilidade de sífilis congênita e 2.285 recém-nascidos. Os estudos examinaram condições de risco para SC, mostrando os seguintes resultados: forte relação entre período de diagnóstico materno e infecção neonatal, número reduzido de consultas de pré-natal e tratamento inadequado, principalmente do parceiro, diagnóstico de sífilis recente.<sup>10</sup> Dentre os aspectos sociodemográficos, atestou-se idade jovem, baixa escolarização, desemprego, renda família restrita e ausência de residência fixa, sinalizou alto risco para SG<sup>(10)</sup>.

Acrescentou-se também um estudo de revisão, retrospectiva de prontuários ocorrido em um centro de atendimento terciário em Bangkok, Tailândia, avaliação composta dos binômios mães/bebês reativos para sífilis, numa pesquisa constituída por 69 gestantes com sífilis, 30 ocorrências de SC, mediana da idade materna de 21 (18-32) anos, 28 (41%) tratamento inadequado atrelado a 13 eventos (19%) de pré-natal tardio ou inexistente, 6 casos (8%) de infecção recente próximo ao parto, 5 casos (7%) de erro na assistência ao tratamento e 4 (6%) outros. Constou 3 natimortos sifilíticos prematuro de mães não curadas e 67 nascidos vivos, destes 27 atestaram caracterizações de possível SG<sup>(11)</sup>.

Em um estudo de revisão integrativa com 9 publicações integraram a investigação explanativa, em que baixa escolaridade, renda e idade materna, escassez de medicamentos e infecção pelo HIV foram atinados ao tratamento inoportuno da SG, além da demora ou inexistência do cuidado pré-natal e oferta da 1ª administração da medicação conforme protocolo, falta de exames ou terapêutica inferior a 30 dias antes do parto e baixa aceitação do genitor ao tratamento<sup>(12)</sup>.

As taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita exibiram tendências relevantes estatisticamente, o que pode estar atrelado ao incremento da primeira quando no momento do diagnóstico, primeiro trimestre, sugerindo ampliação de testagem entre essa clientela, classificação clínica no período do diagnóstico (sífilis latente), tal como ineficiência do tratamento pertinente nos casos de diagnóstico tardio<sup>(13)</sup>.

Em um estudo realizado no estado do Piauí cuja finalidade de verificar o perfil epidemiológico da sífilis congênita em gestantes residentes no período de 2007 a 2017, obtiveram os seguintes achados: faixa etária das gestantes, 20 e 39 anos (69,9%), etnia parda (70,5%), ensino fundamental (28,9%), realizaram pré-natal (85,4%), com diagnóstico durante pré-natal (46,6%), sem teste treponêmico (46,2%), teste não treponêmico reagente (86,8%), apresentaram forma primária da doença (30,5%) e companheiro sem tratamento (60,8%). Assim corroborado com a realidade do estudo atual realizado no mesmo estado<sup>(14)</sup>.

Também na pesquisa "Análise da distribuição espaço-temporal da sífilis no Brasil: Casos de sífilis congênita e em gestantes no período de 2001 a 2017", observou-se que a caracterização epidemiológica do Brasil mostra que muitos dos casos de sífilis congênita aconteceram em recém-nascidos "pardos" diagnosticados ainda há sete dias pós-nascimento e que as genitoras realizaram pré-natal, porém o perfil epidemiológico oscila conforme macrorregião brasileira. Em relação à sífilis gestacional, houve destaque para etnia "pardas", idade de 20 a 39 anos, ensino fundamental e diagnóstico de sífilis primária ou latente<sup>(15)</sup>.

Informações semelhantes foram observadas em um estudo ecológico e de séries temporais, que incluiu todos os casos e óbitos por sífilis congênita registrados no SINAN no período de 2013 e 2019; assim foram notificados 183.171 casos e 2.401 óbitos por sífilis congênita no Brasil, com o maior evidencia de

casos na região Sudeste (n=82.612 [45,1%]). Conferiu-se que somente 21,1% das sífilis maternas obtiveram tratamento oportuno. Houve inclinação para acréscimo nas taxas de sífilis congênita entre genitoras de 20 a 29 anos (variação percentual anual média [AAPC] 1,4 [intervalo de confiança de 95% {IC} 1,0 a 1,7]) e com ensino fundamental incompleto/completo (AAPC 6,6 [IC 95% 5,3 a 7,9]). O cluster espaço-temporal primário agregou 338 municípios da Região Sudeste (risco relativo 3,06, p<0,001) e realizado entre 2017 e 2019<sup>(15)</sup>.

Desta forma as diferenças socioeconômicas associadas ao perfil socioepidemiológico, assim como a flexibilidade de recursos humanos e a aproximação aos serviços de saúde, estão conectadas com o arranjo espacial da sífilis gestacional e/ou congênita no Brasil. Aplicações em políticas sociais e consolidação da atenção primária em saúde são elementares para o manejo destas duas formas de sífilis<sup>(16)</sup>.

Quanto ao diagnóstico da sífilis, podem ser usadas diversos métodos, consoante fase da infecção. A forma de reconhecimento direto do agente etiológico é coletada diretamente da lesão primária da sífilis, ao tempo em que, a sorologia é a técnica recomendada em outras etapas da doença, conseguindo empregar testes imunológicos treponêmicos e não treponêmicos. No presente momento, aconselha-se principiar os exames por um teste treponêmico (TT), como o teste rápido ou a quimioluminescência, atestando com teste não treponêmico (TNT), assim como o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL)<sup>(17)</sup>.

Caso haja confirmação de reagente entre os dois testes, o diagnóstico de sífilis é constatado, sendo mandatória a análise cautelosa dos achados clínicos, exames laboratoriais, histórico de infecções anteriores e apuração de mostra recente. A agrupamento dessas informações concede um diagnóstico preciso e o alcance do tratamento pertinente. Essa aproximação só pode ser referenciada como concluída com o acertado manejo do tratamento, conforme preconizado no protocolo específico do tratamento dessa infecção<sup>(18)</sup>.

Corroborando com este estudo, foi contemplado em uma pesquisa realizada no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater, 2020, composta por 2.675 puérperas e seus bebês assistidos na referida maternidade, assim foram retiradas 49 participantes que exibiram resultado treponêmico reagente e treponêmico não reagente ainda do decurso do parto, levando em consideração memória sorológica. Portanto, avaliou-se informações de 2.626 binômio, mãe/bebê. Perante o total de análises, 2.554 (97,26%) eram puérperas que, no momento do parto, apresentaram exame treponêmico não reagente, e 72 (2,74%) manifestaram respostas tanto treponêmico quanto não treponêmico, indicando taxa de sororreatividade para sífilis de 2,74%<sup>(19)</sup>.

Também, foi observado em um estudo conduzido em uma capital do nordeste (Brasil), de constituído de 222 parturientes, em que 17 participantes da pesquisa (7,7%) mostraram VDRL positivo. Deste modo essa investigação notou crescente predomínio de sífilis em parturientes da citada região, evidenciando como causa deste evento dados sociodemográficas, comportamentais e institucionais<sup>(20)</sup>.

Quanto ao tratamento do binômio, parceiro-gestante, foi observado no estudo cujo objetivo foi calcular a dominância de SG e causas relacionadas à infecção por sífilis em uma instituição de saúde situada no Sul do Brasil no período de 2018, o qual revelou que, entre os casos de gestantes tidas como tratadas conforme protocolo do Ministério da saúde, não existia anotação no prontuário relativo a terapêutica atribuída aos companheiros em 17,4% dos casos, e simultaneamente, entre os casos de gestantes classificadas com tratamento incorreto, a falta de dados sobre seus companheiros/parceiros no prontuário ocorreu em 60,2% dos casos<sup>(21)</sup>.

Também foi detectado na pesquisa intitulada, “sífilis na gestação e aspectos atrelados à SC em Belo Horizonte MG, no período de 2010-2013” que exibiu erro quanto a informações sobre o tratamento da gestante e companheiro, atestando que 28% das gestantes e 81,1% dos parceiros, não tinham informações atinente a administração da medicação específica, penicilina<sup>(22)</sup>.

Portanto comprehende-se que a sífilis gestacional pode evoluir para sífilis congênita, e esse fato decorre quando a infecção é emitida da mãe via conceito, em geral pertinente à ausência de tratamento apropriado ao longo do pré-natal. A contatação prévio da doença é importante para deter distúrbios como abortamento espontâneo, prematuridade, morte perinatal e graves implicações no recém-nascido. Essa transmissão pode decorrer por via transplacentária durante o período gestatório ou no período do parto<sup>(23)</sup>. Em tratando-se de sífilis primária e secundária, a taxa de transmissão vertical pode atingir de 75 a 100%, no tempo que na sífilis latentes, esse índice é discreto, mesmo assim bastante relevante<sup>(24)</sup>.

De certa forma, esse contexto mostra que a relação da sífilis atracado as condições socioeconômicas desfavoráveis e cuidado pré-natal ineficaz propõe que o refinamento da situação de vida da população e o

acesso equânime a serviços de saúde de qualidade sejam capazes de promover um grande avanço na diminuição da sífilis gestacional e congênita<sup>(25)</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações pertinentes as fichas de notificações que alimentam o renomado banco de dados, em tratando-se das variáveis ignorado/branco, seriam muito úteis, se estas descrevessem o significado que elas representam visto que destacam-se em valor numérico bastante significativo.

## CONCLUSÃO

Conforme os resultados apresentados neste estudo, conclui-se que, apesar das contribuições científicas por meio da informação fundamentada, a sífilis gestacional e congênita permanecem como um grave problema de saúde pública no contexto mundial, há necessidades de políticas de saúde relevantes associadas as populações mais desfavorecidas economicamente, visto que embora testes e tratamento ofertados para gestantes e parceiros/companheiros, esta infecção progride essencialmente em países menos desenvolvidos economicamente. Todavia inúmeras instigações suprimem a efetividade no enfrentamento da sífilis, desde adversidade de empreender políticas de saúde conforme características socioeconômicas, até a inadimplências do binômio, gestante/parceiro ao acompanhamento pré-natal. Entendimentos como a insipiência, os obstáculos socioeconômicos, epidemiológicos e a fragmentação de uma assistência completa e alcançável robustecem a necessidade de melhorias na conduta e assistência disponibilizada.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico -Sífilis 2020 –Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [citado 10 de out de 2025]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/sifilis/boletim\\_sifilis\\_2020.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/sifilis/boletim_sifilis_2020.pdf)/view.
2. Salomè S, Cambriglia MD, Montesano G, Capasso L, Raimondi F. Congenital Syphilis: A Re-Emerging but Preventable Infection. Pathogens. 2024 Jun 6;13(6):481. doi: 10.3390/pathogens13060481. PMID: 38921779; PMCID: PMC11206692.
3. WHO. Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030 | report on progress and gaps 2024 [Internet]. [citado 10 de out de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094925>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis -Número Especial | Out. 2022 - Ministério da Saúde [Internet]. [citado 10 de out de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Out. 2024 . Ministério da Saúde [internet]. [citado 10 de out de 2025]; (especial): 1-44. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2024/boletim-sifilis-2024>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Panorama das cidades brasileiras.2025. IBGE [internet].[citado 10 de out de 2025]. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: MS; c2008 [citado 10 de out de 2025]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
8. Silva BPB., Matozinhos FP., Schreck RSC., Ferreira FM., Bezerra CP., Camargo, BTS, et al. (2025). Tendência temporal da taxa de incidência de sífilis gestacional e congênita em São Paulo, 2011-2023. Epidemiol e Serv de Saúde, 33, e2024637.

9. Silva ÂAO, Leony LM, Souza WV, Freitas NEM, Daltro RT, Santos EF, et al. Spatiotemporal distribution analysis of syphilis in Brazil: Cases of congenital and syphilis in pregnant women from 2001-2017. *PLoS One.* 2022 Oct 6;17(10):e0275731. doi: 10.1371/journal.pone.0275731. PMID: 36201505; PMCID: PMC9536537.
10. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health.* 2023 Jun;28(6):442-453. doi: 10.1111/tmi.13881. Epub 2023 May 8. PMID: 37156513.
11. Anugulruengkitt S, Yodkitudomying C, Sirisabya A, Chitsinchayakul T, Jantarabenjakul W, Chaithongwongwatthana S, et al. Gaps in the elimination of congenital syphilis in a tertiary care center in Thailand. *Pediatr Int.* 2020 Mar;62(3):330-336. doi: 10.1111/ped.14132. Epub 2020 Mar 17. PMID: 31886919.
12. Torres PMA, Reis ARP, Santos ASTD, Negrinho NBDS, Menegueti MG, Gir E. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2022 Sep 9;75(6):e20210965. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0965. PMID: 36102473; PMCID: PMC9728816.
13. Silva BPBE, Matozinhos FP, Schreck RSC, Ferreira FM, Bezerra CP, Camargo BTS, et al. Temporal trends of the incidence rate of syphilis during pregnancy and congenital syphilis in São Paulo, Brazil, 2011-2023. *Epidemiol Serv Saude.* 2025; 27;33:e2024637. doi: 10.1590/S2237-96222024v33e2024637.
14. Sales MCV, Gomes AV, Amorim FCM, Magalhães JM, Gonçalves MER, Lira RCM. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita e gestacional no Estado do Piauí, Brasil. *Rev. Mundo Saúde.* 2022; 46: 357-368. doi: 10.15343/0104-7809.202246357368I.
15. Dalazen CE, de Souza AS, Ribeiro CJN, Marques Dos Santos M, Probst LF, Theobald MR, et al. Space-time risk cluster and time trends of congenital syphilis in Brazil: an ecological study. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2022; 10;116(9):822-831. doi: 10.1093/trstmh/trac014.
16. Dantas JC, Marinho CDSR, Pinheiro YT, Fernandes Ferreira MÂ, Rosendo da Silva RA. Spatial Distribution of Gestational Syphilis in Brazil: Socioeconomic and Health Services Inequalities. *Am J Trop Med Hyg.* 2023; 15;109(1):42-49. doi: 10.4269/ajtmh.22-0449.
17. Reis ARP, Duarte G, Menegueti MG, Reis RK, Silva ACR, Gir E. Reactive treponemal and non-treponemal tests in pregnant women and associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20220146.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0146en.
18. Sousa SS de, Silva YB, Silva IML da, Oliveira HFC, Castro AG dos S, Filho ACA de A. Aspectos clínico-epidemiológicos da sífilis gestacional no nordeste do Brasil. *Rev Ciênc Plur.* 2022;8(1):e22522-e22522.
19. Reis ARDP, Duarte G, Menegueti MG, Reis RK, Silva ACR, Gir E. Testes treponêmicos e não treponêmicos reagentes em gestantes e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2022; 56, e20220146.doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0146en.
20. Araújo MAL, de Freitas SCR, De Moura HJ, Gondim APS, Da Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. *BMC Public Health.* 2013; 13, 1-6.doi: 10.1186/1471-2458-13-206.
21. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina.[Internet]2021[acesso 2025 july 06]; 49(2), 102-8.*disponible en: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/2124-revista-femina-2025-vol-53-n-4>.
22. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. . *Epidemiol Serv Saúde[Internet].* 2015; 24(4), 681-694.doi:10.5123/S1679-

49742015000400010.

23. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita Cad Saude. 2020; 23;36(3):e00074519. doi: 10.1590/0102-311X00074519.
24. Costa IB, Pimenta IDSF, Aiquoc KM, Oliveira ÂGRDC. Congenital syphilis, syphilis in pregnancy and prenatal care in Brazil: An ecological study. PLoS One. 2024; 25;19(6):e0306120. doi: 10.1371/journal.pone.0306120.
25. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. Trop Med Int Health. 2023;28(6):442-453. doi: 10.1111/tmi.13881.

## CONTRIBUIÇÕES DE AUTORIA

Concepção ou desenho do estudo: Ribeiro JF, Silva JB, Silva LR. Coleta de dados: Bezerra ABNN, Teixeira MGS. Análise e interpretação dos dados: Ribeiro JF, Galvão TCCP. Redação ou revisão crítica do artigo: Alves VRC, Ribeiro JF, Galvão TCCP. Aprovação final da versão a ser publicada: Ribeiro JF, Silva JB, Silva LR, Galvão TCCP.

## APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Estudo baseado em informações de um banco de dados de domínio público.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.