



Revista Prevenção de Infecção e Saúde

The Official Journal of the Human Exposome and Infectious Diseases Network




ARTIGO ORIGINAL

DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v8i1.2654>

Transição do perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Estado de Goiás (2009-2018): uma análise retrospectiva

Transition of the epidemiological profile of maternal and congenital syphilis in the State of Goiás (2009-2018): a retrospective analysis

Transición del perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en el Estado de Goiás (2009-2018): un análisis retrospectivo

Lorena Rocha Lobo e Silva Mamede¹ , Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva¹ , Rogério José de Almeida¹ 

Como citar este artigo:

Mamede LRLS, Silva AMTC, Almeida RJ. Transição do perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Estado de Goiás (2009-2018): uma análise retrospectiva. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2022;8:2654. Disponível em: <http://periodicos.ufpi.br/index.php/repis/article/view/2654>. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v8i1.2654>

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Escola de Ciências Médicas e da Vida. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde. Departamento de Medicina. Goiânia, Goiás, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a bacterial infection transmitted sexually and transplacental. In Brazil, in the last decade, there has been an increase in notifications of maternal (MS) and congenital (SC) syphilis. **Aim:** To analyze the epidemiological profile of reported cases of GS and CS in the historical series, from 2009 to 2018, in the state of Goiás. **Outlining:** Epidemiological, cross-sectional, and analytical retrospective study that describes and analyses the data on MS and CS available in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN). Contingency tables, descriptive and inferential statistics were presented, with the application of the G Test and significance level ≤ 0.05 . **Results:** The results highlighted epidemiological changes in the sociodemographic profile and in the data of the care of pregnant women with syphilis. **Implications:** The evidenced epidemiological transition shows that there was an improvement in prenatal care in the state of Goiás, requiring health policy measures for specific risk groups. It is fundamental to plan and implement strategic actions with the redefinition of priorities in relation to the epidemiologically affected groups.

DESCRIPTORS

Prenatal Care; Syphilis; Women's Health; Public Health.

Autor correspondente

Lorena Rocha Lobo e Silva Mamede
Endereço: Av. Universitária n. 1440, Área 4, Bloco K, Setor Universitário, Goiânia/GO.
CEP: 74605-010 - Goiânia, Goiás, Brasil.
Telefone: (62) 3946-1486
E-mail: lorennarochalobo@gmail.com

Submetido: 2022-05-18

Aceito: 2022-06-08

Publicado: 2023-02-05

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) estão entre as condições agudas mais comuns no mundo. Há mais de 30 infecções que podem ser transmitidas sexualmente e estas podem levar a complicações graves e sequelas de longo prazo. As IST's ainda resultam em estigma, estereótipos, vulnerabilidade e vergonha. Têm sido associadas com a violência de gênero, violência doméstica e perda de relacionamentos.¹⁻²

Uma IST que deve ser enfrentada e, cuja prevalência vem aumentando de forma considerável, é a sífilis. Este aumento vem ocorrendo de forma considerável em todo mundo, sendo importante o enfrentamento e o entendimento epidemiológico dessa IST. Trata-se de uma infecção bacteriana, de evolução crônica, causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão pode ocorrer por via sexual correspondendo a sífilis gestacional (SG), ou verticalmente durante a gestação correspondendo a sífilis congênita (SC).³⁻⁴

No Brasil, na última década, especialmente a partir do ano de 2010, observou-se um aumento de notificações de casos de tanto de SG quanto de SC. No ano de 2017, em todo território brasileiro foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 193.479 casos de SG, além de 206 óbitos por SC em todo território brasileiro.⁵

No estado de Goiás, nos últimos cinco anos, observou-se um aumento de notificação no SINAN de casos de SG e SC. De 2016 para 2017 identificou-se um aumento de mais de 30% nos casos de SG e de 2% nos casos de SC.⁶

A assistência pré-natal inadequada é responsável pela elevada incidência da SC em todo o mundo, pois envolve agravos e óbitos preveníveis. Portanto, a SC pode ser considerada um indicador da qualidade da assistência pré-natal.⁷⁻⁹

Estudos brasileiros vêm sendo desenvolvidos com o intuito de traçar um perfil epidemiológico da

sífilis e, em especial, da SC. Foram realizados estudos, por exemplo, em Palmas/TO,⁷ em Belo Horizonte/MG⁹ e em estudo nacional de base hospitalar.¹⁰

Nesse sentido, o objetivo principal desse estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de SG e de SC na série histórica, 2009 a 2018, no estado de Goiás, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo seccional, de corte retrospectivo e analítico que buscou descrever e analisar os dados referentes às notificações de casos confirmados de SG e SC, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2009 a 2018 no estado de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil. A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2020, com acesso ao site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS, acesso em <https://datasus.saude.gov.br>), base de dados do Ministério da Saúde, que é de domínio público, ou seja, qualquer pessoa pode acessar via internet.

O período selecionado para estudo foi de 10 anos com a finalidade de representar uma série histórica do agravo no estado de Goiás. Os critérios de inclusão para este estudo foram todos os casos notificados e registrados no SINAN de SG e SC, no período de 2009 a 2018 no estado de Goiás.

As variáveis analisadas para SG foram: faixa etária, escolaridade, raça/cor, idade gestacional e classificação clínica. Para SC, foram analisados os dados de idade da criança, faixa etária da mãe, escolaridade, raça/cor, realização do pré-natal, período do diagnóstico da sífilis materna, tratamento materno e do parceiro e desfecho final da SC.

Os dados coletados no DATASUS foram cuidadosamente revisados pela equipe de pesquisa, codificados e digitados em um banco de dados, utilizando o aplicativo Microsoft Excel. Posteriormente, foram apresentadas tabelas de

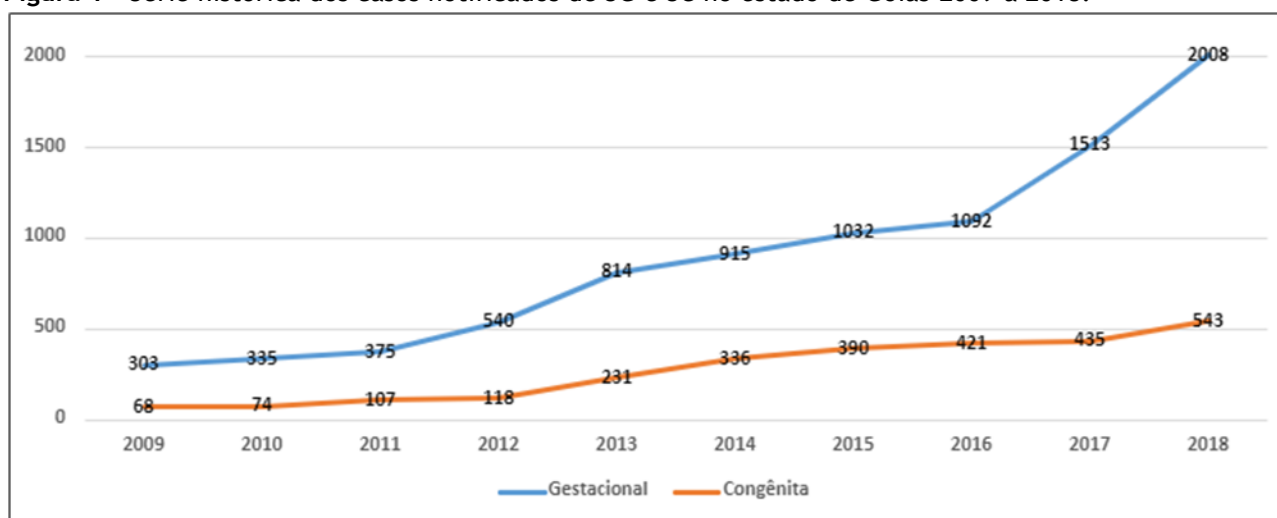
contingência e os dados analisados por estatística descritiva e inferencial. Os valores absolutos e relativos foram calculados para cada variável investigada.

Para a estatística inferencial, foi realizado um recorte temporal de 5 em 5 anos, dividindo os dados do estudo em dois grupos para comparação e melhor análise da série histórica: Grupo A (2009 a 2013) e Grupo B (2014 a 2018). Para cada variável agrupada, foram calculados o valor absoluto e o valor relativo. As comparações entre as variáveis foram analisadas pelo *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 23.0, para realização de estatística inferencial e aplicação do Teste G, com nível de significância menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

No período de 2009 a 2018, foram registrados 8.927 casos de SG e 2.723 casos de SC no estado de Goiás. Identifica-se a ocorrência de um aumento nos números de casos, de forma progressiva. Observou-se que o maior número de SG foi em 2018, com 2.008 casos, e uma tendência de crescimento no decorrer da série histórica, com expressivo aumento a partir de 2016. Os casos de SC no estado de Goiás elevaram-se a partir de 2013, sendo registrados, em 2018, 543 casos (Figura 1).

Figura 1 - Série histórica dos casos notificados de SG e SC no estado de Goiás-2009 a 2018.



Fonte: DATASUS.

Identificou-se com significância estatística uma alteração epidemiológica dos casos de SG em relação à faixa etária notificada. No grupo A, 18,8% das gestantes diagnosticadas com sífilis apresentavam idade na faixa etária de 15 a 19 anos, aumentando para 26,1% no grupo B. Houve uma redução de gestantes com sífilis na faixa etária de 30 a 39 anos no grupo A (24,3%) para B (17,7%). Sendo assim, evidencia-se um aumento do agravo entre adolescentes e uma queda entre mulheres com mais de 30 anos ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Em relação à escolaridade das gestantes diagnosticadas com SG, observa-se na série histórica que no grupo A, 0,7% das gestantes eram analfabetas, reduzindo para 0,3% no grupo B. Houve redução também nos níveis de escolaridade 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa e 5ª a 8ª série incompleta. Por outro lado, as categorias de escolaridade médio incompleto e completo, superior incompleto e completo, tiveram aumento em relação aos grupos analisados. No grupo A 0,5% das gestantes com SG tinha ensino superior completo, aumentando para 1,3%, no grupo B ($p < 0,001$) (Tabela 1).

No grupo A, as mulheres de cor branca somaram 26,0%, reduzindo para 19,7% no grupo B. Já as gestantes de cor parda, aumentaram de 48,2% no grupo A para 60,2% no grupo B. A frequência de mulheres indígenas com SG triplicou do grupo A para

o grupo B. As gestantes pretas reduziram de 10,8% para 9,5% nos grupos A e B, respectivamente ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise comparativa entre os cinco primeiros e cinco últimos anos da série histórica referente aos dados sociodemográficos dos casos de SG no estado de Goiás, Brasil, 2009-2018.

Variáveis sociodemográficas	A - 2009-2013		B - 2014-2018		p-valor
	n	f(%)	n	f(%)	
Faixa Etária					
10 a 14 anos	30	1,3	84	1,3	
15 a 19 anos	446	18,8	1711	26,1	
20 a 29 anos	1242	52,5	3487	53,2	<0,001
30 a 39 anos	576	24,3	1164	17,7	
40 anos ou mais	73	3,1	114	1,7	
Escolaridade					
Analfabeto	16	0,7	17	0,3	
1ª a 4ª série incompleta	132	5,6	191	2,9	
4ª série completa	100	4,2	206	3,1	
5ª a 8ª série incompleta	428	18,1	1077	16,4	
Fundamental Completo	191	8,1	531	8,1	<0,001
Médio Incompleto	286	12,1	1004	15,3	
Médio Completo	279	11,8	1036	15,8	
Superior Incompleto	25	1,1	77	1,2	
Superior Completo	12	0,5	84	1,3	
Ignorado	898	37,9	2337	35,6	
Cor da Pele					
Branca	616	26,0	1295	19,7	
Preta	256	10,8	621	9,5	
Amarela	36	1,5	108	1,6	<0,001
Parda	1142	48,2	3949	60,2	
Indígena	3	0,1	21	0,3	
Ignorada	314	13,3	566	8,6	

Fonte: Pesquisa direta

Nos dados clínicos das gestantes com SG, identificou-se uma alteração epidemiológica quanto à idade gestacional do diagnóstico de sífilis. Um total de 20% aconteceu no 1º trimestre de gestação no grupo A e no grupo B aumentou para 25,3%. Já o diagnóstico no 2º trimestre de gestação no grupo A era de 40,2% diminuindo para 38,4% no grupo B ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Outro dado clínico refere-se à classificação clínica da SG, em que todas as variáveis clínicas sofreram alterações significativas nos grupos analisados. Houve redução de casos classificados como sífilis primária, no grupo A (37,7%) e no grupo B (25,5%). Os casos ignorados também reduziram de 28,6% (grupo A) para 16,6% (grupo B). Em relação à sífilis latente houve um aumento de 13,2% (grupo A) para 30,8% (grupo B) ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise comparativa entre os cinco primeiros e cinco últimos anos da série histórica referente aos dados clínicos dos casos de SG no estado de Goiás, Brasil, 2009-2018.

Variáveis clínicas	A - 2009-2013		B - 2014-2018		p-valor
	n	f(%)	n	f(%)	
Idade Gestacional					
1º Trimestre	474	20,0	1662	25,3	
2º Trimestre	952	40,2	2516	38,4	
3º Trimestre	795	33,6	2185	33,3	<0,001
Ignorada	146	6,2	197	3,0	
Classificação Clínica					
Sífilis Primária	893	37,7	1671	25,5	
Sífilis Secundária	354	15,0	1204	18,4	
Sífilis Terciária	130	5,5	572	8,7	<0,001
Sífilis Latente	312	13,2	2023	30,8	
Ignorado	678	28,6	1090	16,6	

Fonte: Pesquisa direta

O diagnóstico da SC em recém-nascidos com menos de 7 dias aumentou de 94,8% no grupo A para 96,7% no grupo B, por outro lado houve uma redução no diagnóstico de bebês com 28 a 364 dias de vida, de 3,2% a 1,3%, nos grupos analisados. Observou-se redução nas faixas etárias de 1 ano e de 5 a 12 anos e aumento na faixa etária de 2 a 4 anos ($p = 0,002$) (Tabela 3).

No que se refere aos dados das gestantes com desfecho de SC, observou-se alterações significativas nos níveis de escolaridade. Houve uma redução na categoria de analfabetos, 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta e fundamental completo no grupo A para o grupo B. Em contrapartida, os níveis de escolaridade médio completo e incompleto, superior completo e

incompleto e os dados ignorados tiveram um aumento entre os grupos analisados ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Houve alterações significativas ($p = 0,005$) nas frequências dos grupos de gestantes com desfecho de SC, em relação à cor/raça, em quase todas as raças, com exceção das gestantes indígenas (Tabela 3).

Em relação à faixa etária houve um aumento na faixa etária de adolescentes (15 a 19 anos) de 17,6% no grupo A para 23,4% no grupo B e uma redução em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 ou mais ($p = 0,004$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise comparativa entre os cinco primeiros e cinco últimos anos da série histórica referente aos dados sociodemográficos dos casos de SC no estado de Goiás, Brasil, 2009-2018.

Variáveis sociodemográficas	A - 2009-2013		B - 2014-2018		p-valor
	n	f(%)	n	f(%)	
Idade da Criança					
Menos de 7 dias	567	94,8	2055	96,7	0,002
7 a 27 dias	12	2,0	42	2,0	
28 a 364 dias	19	3,2	28	1,3	
1 ano	1	0,2	3	0,1	
2 a 4 anos	0	0,0	2	0,1	
5 a 12 anos	3	0,5	0	0,0	
Faixa Etária da Mãe					
10 a 14 anos	5	0,8	18	0,8	0,004
15 a 19 anos	105	17,6	498	23,4	
20 a 29 anos	318	53,2	1081	50,9	
30 a 39 anos	129	21,6	366	17,2	
40 anos ou mais	16	2,7	34	1,6	
Ignorado	29	4,8	133	6,3	
Escolaridade da Mãe					
Analfabeto	8	1,3	14	0,7	<0,001
1ª a 4ª série incompleta	39	6,5	68	3,2	
4ª série completa	25	4,2	46	2,2	
5ª a 8ª série incompleta	149	24,9	380	17,9	
Fundamental Completo	46	7,7	160	7,5	
Médio Incompleto	66	11,0	337	15,9	
Médio Completo	61	10,2	227	10,7	
Superior Incompleto	4	0,7	23	1,1	
Superior Completo	0	0,0	14	0,7	
Não se aplica	13	2,2	28	1,3	
Ignorado	191	31,9	833	39,2	
Cor da Mãe					
Branca	113	18,9	258	12,1	0,005
Preta	46	7,7	122	5,7	
Amarela	7	1,2	28	1,3	
Parda	330	55,2	1296	61,0	
Indígena	0	0,0	1	0,0	
Ignorada	106	17,7	425	20,0	

Fonte: Pesquisa direta.

Identificou-se diferença significativa nos grupos comparados em relação ao diagnóstico de sífilis materna. No grupo A, a frequência foi de 46,8% no diagnóstico de sífilis materna durante o pré-natal e no grupo B houve um expressivo aumento para 57,3%. Na mesma categoria, o diagnóstico após o parto reduziu de 20,9% no grupo A para 11,8% no grupo B ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Ao analisar o tratamento materno, observou-se que a frequência de tratamento inadequado foi de 47,8% no grupo A e no grupo B foi de 63,8% ($p < 0,001$). Houve uma redução em relação ao tratamento não realizado, de 38% no grupo A para 22,7% no grupo B (Tabela 4).

Nessa série histórica, houve diferenças significativas em relação ao tratamento do parceiro, nos grupos A e B. No grupo A, 14,2 % dos parceiros de gestantes com desfecho de SC receberam tratamento e no grupo B houve um aumento para 19,6% ($p = 0,002$) (Tabela 4).

Em relação ao desfecho da gestação, houve uma redução significativa tanto em SC recente, quanto em SC tardia, nos grupos analisados. Em contrapartida a frequência de abortos por sífilis dobrou do grupo A (1,0%) para o grupo B (2,0%) e natimortos por sífilis aumentou de 2,0% (grupo A) para 3,4% (grupo B) ($p = 0,021$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise comparativa entre os cinco primeiros e cinco últimos anos da série histórica referente aos dados clínicos dos casos de SC no estado de Goiás, Brasil, 2009-2018

Variáveis clínicas	A - 2009-2013		B - 2014-2018		p-valor
	n	f(%)	n	f(%)	
Diagnóstico Final					
Sífilis congênita recente	581	97,2	2014	94,8	
Sífilis congênita tardia	3	0,5	2	0,1	
Aborto por sífilis	6	1,0	42	2,0	
Natimorto por sífilis	12	2,0	72	3,4	0,021
Realização de pré-natal					
Sim	467	78,1	1590	74,8	
Não	119	19,9	388	18,3	0,712
Ignorado	16	2,7	152	7,2	
Diagnóstico da sífilis materna					
Durante o pré-natal	280	46,8	1218	57,3	
No parto/curetagem	157	26,3	572	26,9	
Após o parto	125	20,9	251	11,8	
Não realizado	11	1,8	23	1,1	<0,001
Ignorado	29	4,8	66	3,1	
Tratamento materno					
Adequado	33	5,5	100	4,7	
Inadequado	286	47,8	1355	63,8	
Não Realizado	227	38,0	483	22,7	<0,001
Ignorado	56	9,4	192	9,0	
Parceiro tratado					
Sim	85	14,2	417	19,6	
Não	408	68,2	1348	63,4	0,002

Ignorado	109	18,2	365	17,2
----------	-----	------	-----	------

Fonte: Pesquisa direta.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram analisar o perfil epidemiológico da SG e da SC no estado de Goiás (2009-2018), bem como os possíveis fatores sociodemográficos da mãe que influenciam essa prevalência e as características assistenciais maternas e neonatais relacionadas.

Os resultados da série histórica analisada apontam para a magnitude do problema da SC e para urgência em investimentos na melhoria da assistência pré-natal e ao neonato. Achados semelhantes foram evidenciados em outros estudos.^{8,10-16}

Na análise comparativa entre os grupos A e B, percebe-se uma alteração epidemiológica em relação à faixa etária das gestantes notificadas com SG. Há um aumento de casos de SG entre adolescentes, semelhante ao encontrado em estudos nacionais^{9,12,14} e estrangeiros.¹⁷⁻¹⁸ Por outro lado, vem diminuindo entre mulheres com mais de 30 anos, divergindo de um estudo no estado do Paraná, em que o agravo aumentou nesta faixa etária.¹⁹

Diversos fatores tendem a vulnerabilizar as adolescentes, associando-os a um maior risco à sífilis e outras IST's. Dentre estes, podem ser citados o início precoce da relação sexual, uso de substâncias psicoativas, práticas de sexo sem proteção, número elevado de parceiros sexuais e desconhecimento do uso adequado de métodos preventivos e das formas de contágio.²⁰⁻²¹

Os achados do presente estudo sugerem a necessidade de ampliar o desenvolvimento de ações educativas e preventivas no controle às IST's, com o objetivo de alcançar principalmente a população adolescente. A temática da sexualidade deve estar presente nas ações de informação, comunicação e educação em saúde para adolescentes, de preferência antes que aconteça a primeira relação sexual, devendo ser abordada de forma gradual e na

perspectiva do cuidado integral à saúde da mulher e do homem.⁵

Os adolescentes e jovens ainda possuem dúvidas sobre a prevenção da transmissão das IST's, mesmo com a divulgação na mídia e informação nas escolas, além de terem resistência ao uso do preservativo, tornando-se vulneráveis e aumentando as incidências das doenças.²² Para as mulheres adolescentes, a vulnerabilidade ainda é maior devido à falta de poder de negociação e controle sobre a relação, onde o machismo ainda é presente na sociedade.²³

Apesar da divulgação em mídias e nas escolas, muitos adolescentes possuem dúvidas sobre a prevenção das IST's e são resistentes ao uso de preservativos, o que os tornam vulneráveis e aumenta a incidência das IST's.²²

Em relação à etnia das mulheres com SG, observou-se uma redução entre as mulheres brancas e um aumento em gestantes indígenas e pardas, enfatizando as disparidades étnicas no fenômeno e restrições no acesso à serviços de saúde.^{12-16,24-26}

Em um estudo no Estados Unidos, foi relatado a importância em associar a raça/etnia materna de gestantes com desfecho de SC.¹⁷ Um estudo na Austrália relatou a dificuldade de acessibilidade por gestantes indígenas às unidades de saúde.²⁷

Já no Brasil, as iniquidades em saúde são peça fundamental e determinante no processo saúde-doença. A população é estratificada de acordo com a renda, educação, ocupação, gênero, cor e outros fatores que determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde.²⁸ Esses determinantes sociais de saúde culminam em desigualdades que limitam o acesso aos serviços de saúde de parte das mulheres no Brasil.

A baixa escolaridade é considerada um fator de risco para exposição às IST's, devido a um limitado entendimento da importância das medidas de

prevenção e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde.^{12,26,29-31} Nesta pesquisa, verificou-se uma alteração epidemiológica significativa nesta categoria em que o agravo está aumentando em mulheres com escolaridade superior a 8 anos (com ensino médio e superior completo ou incompleto), semelhante a um estudo em Minas Gerais.⁸

Essa evidência aponta para o fato de que a baixa escolaridade é um dos determinantes sociais envolvidos no perfil epidemiológico da sífilis, não o único. A adoção de comportamentos sexuais seguros mostra-se complexa, não dependendo unicamente dos anos de estudo, da renda ou ainda do acesso às informações, mas também dos significados sociais atribuídos à sexualidade e ao cuidado com a própria saúde.²¹

A classificação clínica da sífilis é o critério utilizado para definição da terapêutica a ser instituída e, neste estudo comparativo dos grupos da série histórica, observou-se uma diminuição significativa dos casos ignorados, refletindo uma melhora na assistência pré-natal e apresentando dados mais consistentes em relação a esta categoria.^{7,11,14-16,19}

A transição epidemiológica observada no estado de Goiás em relação à classificação clínica da SG representa uma melhora na assistência pré-natal em relação a capacitação do profissional de saúde, visto que é necessário identificar os sinais e sintomas clínicos determinantes desta IST para então classificá-la.⁷ Outra hipótese que pode ser aventada é a ampliação da testagem durante três momentos na gestação (primeiro trimestre, terceiro trimestre e parto), independente se a gestante apresenta sintomas, já que a classificação latente é assintomática.³

Normativas globais recomendam o rastreamento da sífilis na primeira consulta pré-natal, idealmente durante o primeiro trimestre. Na série histórica analisada, observou-se uma forte evidência em relação à idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, ocorrendo um

aumento de casos notificados no 1º trimestre de gestação e uma redução nos 2º e 3º trimestres e nos casos ignorados, oportunizando diagnóstico e tratamento precoces.^{7,8,10,13} Esta alteração epidemiológica evidenciada demonstra que o estado de Goiás está tendo uma melhoria na assistência pré-natal, detectando de forma mais precoce a SG e permitindo dessa forma um tratamento adequado. O rastreamento da sífilis, segundo normativas globais, deve ser realizado na primeira consulta pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação.

A SC é considerada um desfecho grave em consequência da má qualidade da assistência médica, evidenciando falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal.³²⁻³³ Na série histórica analisada, observou-se uma forte evidência no momento do diagnóstico da SG em mulheres com desfecho de SC. Houve um aumento significativo de casos diagnosticados no pré-natal e uma redução após o parto e nas categorias, não realizado e ignorado, semelhante a outros estudos realizados no Brasil.^{7,12-14,16,19,30}

Essa evidência demonstra que os serviços de assistência pré-natal no estado de Goiás estão caminhando para uma melhora no diagnóstico precoce da SG. Geralmente, é no período gestacional que até mesmo as mulheres com maior dificuldade de acesso a serviços de saúde procuram, em sua maioria, um local para seu cuidado, buscando minimizar desfechos negativos na gravidez e no parto.³⁴ As mulheres gestantes enfrentam a dificuldade de acesso a serviços de saúde para seu cuidado, minimizando assim, possíveis desfechos negativos na gravidez e no parto.³⁴

Em relação ao tratamento materno de gestantes com desfecho de SC, observou-se neste estudo comparativo uma alteração epidemiológica significativa. Houve um aumento de casos de tratamento inadequado, o que explica o aumento de casos de SC. Resultados semelhantes foram demonstrados em diferentes estudos nacionais.^{12-14,16,26}

As categorias tratamento materno adequado, ignorado e não realizado diminuíram na comparação dos grupos da série histórica analisada neste estudo, divergindo de um estudo nacional onde nos estados de Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Ceará, o tratamento gestacional da maioria dos casos foi ignorado,¹⁶ e outro, no estado do Tocantins.⁷ Dois estudos realizados nos Estados Unidos também registraram um aumento do número de gestantes com desfecho de SC cujo tratamento materno foi ignorado.^{24,35}

A recomendação do Ministério da Saúde para o tratamento das gestantes com sífilis é que: seja adequado ao estágio da doença, realizado com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, sendo importante o tratamento do parceiro concomitantemente.⁵ Segundo os resultados deste estudo, observou-se uma melhoria na classificação clínica da doença e no diagnóstico precoce das gestantes. No entanto, ficou evidente a baixa resolutividade na rede básica de saúde e na assistência pré-natal do estado de Goiás, em relação ao tratamento das gestantes. Este fato aponta como o principal preditor para o crescente aumento dos casos de SC observados na série histórica. O aumento na ocorrência de tratamento inadequado evidencia falhas referentes à adesão e ao acesso ao tratamento da gestante, uma vez que a portaria GM nº 3.161/2011 estabelece a disponibilidade da penicilina em todas as unidades de saúde do SUS.⁵

Neste estudo comparativo, demonstrou-se uma evidência estatística no tratamento do parceiro da gestante com diagnóstico de SC. Na série histórica analisada, percebe-se um aumento de parceiros sendo tratados e uma redução nas categorias não tratado e ignorado, semelhante a um estudo realizado na cidade de Itapeva, em São Paulo.³⁶

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma infecção bacteriana transmitida por via sexual e por via transplacentária. No Brasil, na última década, observou-se aumento de notificações de sífilis gestacional (SG) e congênita (SC). **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos casos notificados de SG e SC na série histórica, 2009 a 2018, no estado de Goiás. **Delineamento:** Estudo epidemiológico do tipo seccional, retrospectivo e analítico que descreve e analisa os dados disponíveis no Sistema de Informações de Agravos de Notificação acerca da SG e SC. Foram apresentadas tabelas de contingência, estatística descritiva e inferencial, com aplicação do Teste G e nível de significância $\leq 0,05$. **Resultados:** Os resultados evidenciaram alterações

Apesar desta evidência, para que se rompa a cadeia de transmissão da sífilis é fundamental que os parceiros sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. No presente estudo, a frequência de parceiros não tratados está acima de 60%, refletindo uma falha no tratamento e em reinfecções, semelhante a outro estudo no estado de Goiás.¹⁵

A OMS estabeleceu como indicador para o progresso dos países em direção à eliminação de SC uma meta de manter os natimortos por sífilis abaixo de 2% entre o total de perdas fetais. No presente estudo, semelhantes a outras pesquisas nacionais,^{8,26,36} houve um aumento de natimortos e de abortos, evidenciando a dificuldade em alcançar esta meta. A meta estabelecida pela OMS para eliminação da SC é manter os natimortos por sífilis abaixo de 2% entre o total de perdas fetais, sendo considerado assim, como um progresso dos países.

CONCLUSÃO

A prevalência de SG e congênita ainda é um desafio no estado de Goiás. Os resultados deste estudo comparativo demonstraram uma transição epidemiológica significativa em direção a uma melhora da SG e SC no estado de Goiás, tanto no perfil sociodemográfico quanto no clínico.

O presente estudo demonstra que é fundamental o planejamento e a implementação de ações estratégicas com a redefinição de prioridades em relação aos grupos epidemiologicamente afetados. Com ações coordenadas e orientadas poderá haver uma diminuição dos casos de SG e SC no estado de Goiás.

epidemiológicas significativas no perfil sociodemográfico e nos dados assistenciais das gestantes com sífilis. **Implicações:** A transição epidemiológica evidenciada mostra que houve uma melhora na assistência pré-natal no estado de Goiás, necessitando de medidas de políticas em saúde para os grupos de risco específicos. É fundamental o planejamento e a implementação de ações estratégicas com a redefinição de prioridades em relação aos grupos epidemiologicamente afetados.

DESCRITORES

Cuidado Pré-Natal; Sífilis; Saúde da Mulher; Saúde Pública.

RESUMEN

Introducción: La sífilis es una infección bacteriana de transmisión sexual y transplacentaria. En Brasil, en la última década, hubo un aumento en las notificaciones de sífilis gestacional (GS) y congénita (SC). **Objetivo:** Analizar el perfil epidemiológico de los casos notificados de GS y SC en la serie histórica, de 2009 a 2018, en el estado de Goiás. **Delineación:** Estudio epidemiológico transversal, retrospectivo y analítico que describe y analiza los datos disponibles en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria sobre GS y SC. Se presentaron tablas de contingencia, estadística descriptiva e inferencial, con la aplicación de la Prueba G y nivel de significancia $\leq 0,05$. **Resultados:** los resultados mostraron cambios epidemiológicos significativos en el perfil sociodemográfico y en los datos de atención de las gestantes con sífilis. **Implicaciones:** La transición epidemiológica evidenciada muestra que hubo una mejora en la atención prenatal en el estado de Goiás, requiriendo medidas de política de salud para grupos de riesgo específicos. Es fundamental planificar e implementar acciones estratégicas con la redefinición de prioridades en relación a los grupos epidemiológicamente afectados.

DESCRIPTORES

Atención Prenatal; Sífilis; Salud de la Mujer; Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. PLoS One. [Internet] 2015 Dec [cited 2020 Set 15];10(12):e0143304. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143304>
2. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat Rev Dis Primers. [Internet] 2017 Oct [cited 2020 Set 15];3(17073):1-21. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73>
3. São Paulo. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. 112p. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015764/guiadebolsodasifilis-2edicao2016.pdf>
4. Stamm LV. Syphilis: re-emergence of an old foe. Microb Cell. [Internet] 2016 Set [cited 2020 Oct 15];3(9):363-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354565/>
5. Brasil. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Available from: https://issuu.com/paulkraaijer/docs/boletim_hiv_aids2018
6. Goiás. Boletim Epidemiológico Sífilis Goiás. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2018. Available from: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/2019/03/boletim-epidemiologicosifilis-2018.pdf
7. Cavalcante PAM., Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet] 2017 Jun [cited 2020 Set 20];26(2):255-64. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200003>
8. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev. bras. epidemiol. [Internet] 2016 Mar [cited 2020 Set 21];19(1):63-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
9. 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 Dez [cited 2020 Out 20];24(4):681-694. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=is
10. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nacer no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2016 Jun [cited 2020 Set 20];32(6):e00082415. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
11. Bampi JVB, Correa ME, Bet GMDS, Marchioro SB, Simionatto S. Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. Rev Soc Bras Med Trop. [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Oct 10];52:e20180026. Available from: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0026-2018>
12. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2018 Fev [cited 2020 Set 22];23(2):563-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>

13. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J. Health Biol Sci.* [Internet] 2017 Fev [cited 2020 Oct 20];5(1):56-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1012.p56-61.2017>
14. Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2018 Aug [cited 2020 Set 15];26:e3019. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
15. Rezende EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Rev. APS.* [Internet] 2015 Jun [cited 2020 Oct 15];18(2):220-32. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15536/8153>
16. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* [Internet] 2017 Mar [cited 2020 Set 10];8(41):e44. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33998/v41a442017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Su JR, Brooks LC, Davis DW, Torrone EA, Weinstock HS, Kamb ML. Congenital syphilis: trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet] 2016 Oct [cited 2020 Oct 15];214(3):381.e1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.007>
18. Suzuki S, Sekizawa A, Tanaka M, Okai T, Kinoshita K, Kitamura T. Current status of syphilis in pregnant women in Japan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* [Internet] 2017 Dec [cited 2020 Nov 12];30(23):2881-3. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1266477>
19. Signor M, Spagnolo LML, Tomberg JO, Gabatto M, Stofel NS. Spatial distribution and characterization of cases of congenital syphilis. *J Nurs UFPE online.* [Internet] 2018 Feb [cited 2020 Set 15];12(2):398-406. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230522>
20. Guerra F, Otaviano R, Ramos R, Damião M, Zanini E. Comportamento sexual de estudantes universitários: um estudo de revisão. *FJH* [Internet]. 2020 Jun [cited 2021 Jan 10];2(2):300-6. Available from: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.175>
21. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev. Saúde Pública* [Internet] 2017 Aug [cited 2020 Set 15];51(78):1-12. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>
22. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev. bras. epidemiol.* [Internet] 2014 Jun [cited 2020 Oct 20];17(suppl 1):116-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050010>
23. Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Differences between female and male adolescents regarding individual vulnerability to HIV. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2012 Aug [cited 2020 Oct 9];46(4):829-37. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48094>
24. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis - United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 Oct 10];64(44):1241-5. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>
25. Diorio D, Kroeger K, Ross A. Social vulnerability in congenital syphilis case mothers: qualitative assessment of cases in Indiana, 2014 to 2016. *Sex Transm Dis.* [Internet] 2018 Jul [cited 2020 Set 21];45(7):447-51. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000783>
26. Muricy CL, Pinto Júnior VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet] 2015 Apr [cited 2020 Set 15];48(2):216-9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0168-2014>
27. Mcleod C, Su JY, Francis JR, Ishwar A, Ryder N. Notification and management of congenital syphilis in the Northern Territory 2009 to 2014. *Commun Dis Intell Q Rep.* [Internet] 2015 Set [cited 2020 Set 15];39(3):e323-e8. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-cdi3903b.htm>
28. Garbois JA, Sodr e F, Dalbello-Araujo M. Da no a de determina a social   de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate.* [Internet] 2017 Fev [cited 2020 Set 21];41(112):63-76. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
29. Alves WA, Cavalcanti GR, Nunes FA, Teodoro WR, Carvalho LM, Domingos RS. Sífilis Cong nita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. *Rev. Portal: Saúde e Sociedade* [Internet]. 2020 Nov [cited 2021 Jan 10];1(1):27-41. Available from: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2375>
30. Barbosa D, Almeida M, Silva A, Araújo A, Santos A. Epidemiological profile of cases of gestational syphilis. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Oct 9];11(5):1867-1874. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23335>
31. Punguyire D, Mahama E, Letsa T, Akweongo P, Sarfo B. Factors associated with syphilis screening uptake among pregnant women in health facilities in Brong Ahafo Region of Ghana. *Matern Health Neonatol Perinatol.* [Internet] 2015 Mar [cited 2020 Oct 15];1(7):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40748-015-0009-2>

32. Chinazzo LK, Leon CA. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. Bol Cient Pediatr. [Internet] 2015 Jun [cited 2020 Set 20];4(3):65-9. Available from: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234110bcped_v4_n3_a4.pdf
33. Umapathi KK, Thavamani A, Chotikanatis K. Incidence trends, risk factors, mortality and healthcare utilization in congenital syphilis-related hospitalizations in the United States: a nationwide population analysis. Pediatr Infect Dis J. [Internet] 2019 Nov [cited 2020 Nov 12];38(11):1126-30. Available from: <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000002445>
34. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet] 2015 Mar [cited 2020 Set 20];15(1):91-104. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>
35. Biswas HH, Chew RA, Murray EL, Chow JM, Stoltey JE, Watt JP, et al. Characteristics associated with delivery of an infant with congenital syphilis and missed opportunities for prevention-California, 2012 to 2014. Sex Transm Dis. [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Oct 10];45(7):435-41. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000782>
36. Silva Neto SE, Silva SSBE, Sartori AMC. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet] 2018 Dec [cited 2020 Set 15];51(6):819-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0377-2017>

COLABORAÇÕES

LRLSM, AMTCS e RJA: contribuições substanciais na concepção e no planejamento da pesquisa, na coleta, análise e interpretação dos dados, e da redação e da revisão final. **Todos os autores concordam e são responsáveis pelo conteúdo desta versão do manuscrito a ser publicado.**

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

Não se aplica.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Bolsa de mestrado concedida à Lorena Rocha Lobo e Silva Mamede pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesses a declarar.