

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico de Sífilis Gestacional na 20ª Regional de Saúde no Período de 2019 a 2023

Tamires Fruet¹, Bruna Letícia Konrad¹, Jacqueline Ramos da Silva¹, Daniela Munarini Almeida¹,
Silviane Galvan Pereira¹

¹Faculdade UNIGUAÇU, São Miguel do Iguaçu, PR, Brasil

Recebido em: 21 de Maio de 2025; Aceito em: 9 de Junho de 2025.

Correspondência: Tamires Fruet, tamiresfruet@gmail.com

Como citar

Fruet T, Konrad BL, Silva JR, Almeida DM, Pereira SG. Perfil epidemiológico de Sífilis Gestacional na 20ª Regional de Saúde no Período de 2019 a 2023. Enferm Bras. 2025;24(3):2429-2442 doi:[10.62827/eb.v24i3.4065](https://doi.org/10.62827/eb.v24i3.4065)

Resumo

Introdução: A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum* e pode ser transmitida por relações sexuais ou de mãe para filho. A infecção ocorre em duas formas: adquirida, por meio de contato sexual, e congênita, quando a mãe infectada transmite a bactéria ao feto. A sífilis apresenta três fases: primária (com lesão cancro duro), secundária (erupções cutâneas) e terciária (complicações graves). A transmissão vertical é alta nas fases iniciais e pode resultar em complicações sérias para o feto. O tratamento eficaz para a sífilis gestacional é a benzilpenicilina, que deve ser iniciado o quanto antes durante a gestação. O diagnóstico e tratamento adequados são essenciais para evitar a sífilis congênita, que pode ter manifestações clínicas precoces ou tardias. O enfermeiro tem um papel crucial na triagem, diagnóstico e acompanhamento das gestantes. A análise do perfil epidemiológico das gestantes com sífilis é importante para planejar ações que reduzam a transmissão vertical e as desigualdades no acesso à saúde materno-infantil. **Objetivo:** Analisou-se o perfil epidemiológico da sífilis gestacional na 20ª Regional em Saúde no período de 2019 a 2023. **Métodos:** Pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva, com abordagem quantitativa e indireta. Os dados foram coletados a partir dos casos confirmados de sífilis gestacional por intermédio do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), abrangendo o período de 2019 a 2023 na 20ª Regional em Saúde do Paraná. **Resultados:** Apresentou-se 649 casos de sífilis gestacional, com predominância em mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos. Entre as gestantes, 49,61% (322)

eram brancas, 32,51% (211) possuíam ensino médio completo, e 47,61% (309) eram residentes de Toledo. A classificação “ignorados/branco” foi observada em 44,53% (289) dos casos, indicando falhas no preenchimento das notificações. Os testes treponêmicos apresentaram resultado positivo em 96,61% (627) dos casos, enquanto 74,26% (482) das gestantes tiveram resultados reagentes nos testes não treponêmicos, evidenciando a presença de infecção ativa e necessidade de controle eficaz. *Conclusão:* A sífilis gestacional apresentou predomínio em gestantes entre 20 a 39 anos, brancas, com ensino médio completo e residentes no município de Toledo, Paraná. A alta subnotificação e falhas na classificação clínica evidenciam a necessidade de aprimorar a vigilância epidemiológica e a capacitação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Serviços de Vigilância Epidemiológica; Gestantes; Sífilis.

Abstract

Epidemiological Profile of Gestational Syphilis in the 20th Health Region From 2019 to 2023

Introduction: Syphilis is a Sexually Transmitted Infection (STI) caused by the bacterium *Treponema pallidum* and can be transmitted through sexual contact or from mother to child. The infection occurs in two forms: acquired, through sexual contact, and congenital, when the infected mother transmits the bacterium to the fetus. Syphilis progresses through three stages: primary (with a hard chancre lesion), secondary (skin rashes), and tertiary (serious complications). Vertical transmission is high in the early stages and can result in severe complications for the fetus. The effective treatment for gestational syphilis is benzylpenicillin, which should be initiated as early as possible during pregnancy. Proper diagnosis and treatment are essential to prevent congenital syphilis, which can have early or late clinical manifestations. Nurses play a crucial role in the screening, diagnosis, and follow-up of pregnant women. Analyzing the epidemiological profile of pregnant women with syphilis is important for planning actions to reduce vertical transmission and address inequalities in access to maternal and child healthcare. *Objective:* To analyze the epidemiological profile of gestational syphilis in the 20th Health Region during the period from 2019 to 2023. *Methods:* This is a descriptive, exploratory, and retrospective study, with a quantitative and indirect approach. Data were collected from confirmed cases of gestational syphilis through the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), covering the period from 2019 to 2023 in the 20th Health Region of Paraná. *Results:* A total of 649 cases of gestational syphilis were reported, with a predominance among women aged 20 to 39 years. Among the pregnant women, 49.61% (322) were white, 32.51% (211) had completed high school, and 47.61% (309) were residents of Toledo. The “ignored/blank” classification was observed in 44.53% (289) of cases, indicating deficiencies in notification reporting. Treponemal tests were positive in 96.61% (627) of cases, while 74.26% (482) of the pregnant women had reactive results in non-treponemal tests, indicating active infection and the need for effective control. *Conclusion:* Gestational syphilis predominantly affected pregnant women aged 20 to 39 years, white, with a high school education, and residing in the municipality of Toledo, Paraná. The high rate of underreporting and failures in clinical classification highlight the need to improve epidemiological surveillance and the training of healthcare professionals.

Keywords: Epidemiologic Surveillance Services; Pregnant People; Syphilis.

Resumen

Perfil epidemiológico de la sífilis gestacional en la 20ª Región Sanitaria durante el período de 2019 a 2023

Introducción: La sífilis es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) causada por la bacteria *Treponema pallidum*, y puede transmitirse por relaciones sexuales o de madre a hijo. La infección ocurre en dos formas: adquirida, por contacto sexual, y congénita, cuando la madre infectada transmite la bacteria al feto. La sífilis presenta tres fases: primaria (con lesión de chancro duro), secundaria (erupciones cutáneas) y terciaria (complicaciones graves). La transmisión vertical es alta en las fases iniciales y puede resultar en complicaciones serias para el feto. El tratamiento eficaz para la sífilis gestacional es la benzilpenicilina, que debe iniciarse lo antes posible durante el embarazo. El diagnóstico y tratamiento adecuados son esenciales para prevenir la sífilis congénita, que puede presentar manifestaciones clínicas tempranas o tardías. El profesional de enfermería tiene un papel crucial en el tamizaje, diagnóstico y seguimiento de las gestantes. El análisis del perfil epidemiológico de las embarazadas con sífilis es importante para planificar acciones que reduzcan la transmisión vertical y las desigualdades en el acceso a la salud materno-infantil. **Objetivo:** Se analizó el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional en la 20ª Región de Salud durante el período de 2019 a 2023. **Métodos:** Investigación descriptiva, exploratoria y retrospectiva, con un enfoque cuantitativo e indirecto. Los datos fueron recolectados a partir de los casos confirmados de sífilis gestacional mediante el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN), abarcando el período de 2019 a 2023 en la 20ª Región de Salud del estado de Paraná. **Resultados:** Se presentaron 649 casos de sífilis gestacional, con predominio en mujeres entre 20 y 39 años. Entre las gestantes, el 49,61% (322) eran blancas, el 32,51% (211) tenían educación secundaria completa y el 47,61% (309) residían en el municipio de Toledo. La clasificación "ignorados/blanco" fue observada en el 44,53% (289) de los casos, lo que indica fallas en el llenado de las notificaciones. Las pruebas treponémicas resultaron positivas en el 96,61% (627) de los casos, mientras que el 74,26% (482) de las gestantes tuvieron resultados reactivos en las pruebas no treponémicas, evidenciando la presencia de infección activa y la necesidad de un control eficaz. **Conclusión:** La sífilis gestacional mostró un predominio en gestantes entre 20 y 39 años, blancas, con educación secundaria completa y residentes en el municipio de Toledo, Paraná. La alta subnotificación y las fallas en la clasificación clínica evidencian la necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica y la capacitación de los profesionales de salud.

Palabras-clave: Servicios de Vigilancia Epidemiológica; Personas Embarazadas; Sífilis.

Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, pertencente à família *Treponemataceae* [1]. A transmissão pode ocorrer de duas formas: diretamente, por meio de relações sexuais ou da mãe para o filho (transmissão vertical), e indiretamente, por objetos contaminados (como agulhas) ou por transfusão de sangue [2].

A sífilis adquirida é proveniente da infecção por via sexual. Já a sífilis congênita ocorre quando a bactéria é transmitida da mãe infectada para o feto, por via transplacentária ou pelo contato direto com lesões sífilíticas durante o parto. Há ainda a possibilidade de transmissão pelo aleitamento materno, caso existam lesões no mamilo, aréola ou tecido mamário [3].

Quando não tratada, a sífilis apresenta períodos sintomáticos e assintomáticos, divididos em três fases: primária, secundária e terciária. Na ausência de tratamento após a fase secundária, a infecção pode evoluir para um período de latência — recente (menos de um ano) ou tardia (mais de um ano) [4].

A sífilis primária caracteriza-se por um período de incubação entre 10 e 90 dias, com surgimento de uma lesão única, o cancro duro — indolor, com base endurecida e secreção serosa contendo treponemas que pode regredir espontaneamente em até duas semanas. A fase secundária manifesta-se com erupções cutâneas, máculas, pápulas ou condiloma lata, principalmente em áreas úmidas, resultantes da disseminação da bactéria. Já na fase latente, os sinais clínicos desaparecem, e a infecção persiste de forma silenciosa. A fase terciária pode ocorrer anos após a infecção, caracterizando-se por inflamações e destruição de tecidos, com manifestações graves como sífilis cardiovascular e neurosífilis [4].

A taxa de transmissão vertical é elevada nas fases primária e secundária, podendo variar entre 70% e 100% em gestantes sem tratamento ou com tratamento inadequado. Essa infecção pode causar aborto espontâneo, malformações congênitas, natimorto ou morte perinatal em até 40% dos casos [5].

A sífilis congênita é uma condição evitável, desde que a gestante seja diagnosticada e tratada de forma oportuna e adequada. As manifestações clínicas podem ser assintomáticas ao nascimento ou, se sintomáticas, dividem-se em precoces e tardias. As precoces incluem hepatoesplenomegalia, icterícia, pênfigo sífilítico (principalmente palmo-plantar), e alterações esqueléticas; já as manifestações tardias decorrem da infecção precoce não tratada, podendo incluir ceratite intersticial, gomas sífilíticas e articulações de Clutton [6].

Na Atenção Básica, o enfermeiro é o profissional habilitado para realizar a triagem da sífilis gestacional por meio de teste rápido treponêmico e do exame não treponêmico VDRL, são realizados no primeiro e no terceiro trimestres do pré-natal, além da admissão hospitalar para parto ou curetagem [7].

Para o tratamento da sífilis gestacional, a benzilpenicilina é a única opção eficaz e segura. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, especialmente até a 28ª semana de gestação, e considerado adequado quando completo e finalizado com pelo menos 30 dias de antecedência do parto. O esquema padrão consiste em três doses de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina, com intervalo de sete a nove dias entre as aplicações. Caso haja falhas no intervalo, o esquema deve ser reiniciado [8].

A notificação de sífilis congênita é obrigatória no Brasil desde 1986. Posteriormente, a sífilis na gestação passou a ser notificada conforme a Portaria nº 33, de julho de 2005, e a sífilis adquirida, pela Portaria nº 2.472, de 2010 [9]. Além da notificação compulsória, estratégias como a Rede Cegonha foram criadas para ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento das ISTs no pré-natal [10].

A triagem sorológica regular, a testagem e o tratamento do parceiro são estratégias essenciais no controle da infecção. A ausência ou inadequação do pré-natal está diretamente relacionada ao aumento da sífilis congênita [11].

Nos casos positivos de sífilis gestacional, o enfermeiro tem papel fundamental no diagnóstico, administração do tratamento, acompanhamento clínico e orientação da gestante. Ele é responsável por garantir o uso correto da penicilina benzatina, realizar o monitoramento sorológico e assegurar o seguimento adequado do pré-natal. Também cabe

a esse profissional educar e aconselhar a gestante e o(s) parceiro(s) quanto à importância da adesão ao tratamento e às medidas preventivas [12].

A ausência ou inadequação do pré-natal está diretamente relacionada ao aumento dos casos de sífilis congênita, considerada evitável em quase 100% dos casos quando as medidas de prevenção são corretamente implementadas [13]. Apesar dos avanços, a sífilis ainda representa um desafio relevante para a saúde pública no

Métodos

Este é um estudo de natureza quantitativa, descritiva, exploratória e retrospectiva, realizado por meio da análise de dados secundários referentes aos casos de sífilis gestacional notificados na 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no período de 2019 a 2023.

A 20ª Regional de Saúde do Paraná contempla 18 municípios: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.

A fonte dos dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acessado por meio do banco de dados da Vigilância Epidemiológica da 20ª Regional de Saúde. Foram

Resultados

O presente estudo traçou o perfil epidemiológico das gestantes diagnosticadas com sífilis na 20ª Regional de Saúde do Paraná, no período de 2019 a 2023, totalizando casos 649 notificados.

Brasil, exigindo esforços contínuos em educação em saúde, qualificação profissional, vigilância epidemiológica e melhoria da assistência pré-natal [14].

Diante desse cenário, a análise do perfil epidemiológico de gestantes diagnosticadas com sífilis contribui significativamente para o planejamento de ações direcionadas, visando à eliminação da transmissão vertical e à redução das desigualdades no acesso à atenção materno-infantil.

incluídos todos os casos confirmados de sífilis em gestantes residentes nos municípios que compõem a referida regional, registrados no período delimitado.

As variáveis analisadas compreenderam dados sociodemográficos (idade, raça/cor, escolaridade), clínicos (classificação da sífilis) e epidemiológicos (município de residência). Os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel*® e analisados de forma estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas (%), permitindo a caracterização do perfil das gestantes acometidas pela infecção. O procedimento relacionado à coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário UNIVEL, segundo o parecer consubstanciado do CEP número 7.418.844, CAAE 86722724.7.0000.0231.

A maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis estava na faixa etária entre 20 a 39 anos 80,43% (522), com destaque para o grupo 15-19 anos 16,17% (105). Essa predominância entre

mulheres jovens reflete a vulnerabilidade desse público, frequentemente associada a múltiplos fatores como baixa escolaridade, início precoce da vida sexual e falhas na proteção durante relações sexuais. A sífilis gestacional em adolescentes merece atenção especial, pois os riscos de transmissão vertical são elevados, especialmente quando o diagnóstico e tratamento não são oportunos.

Quanto à raça/cor, 49,61% (322) das gestantes foram classificadas como brancas, seguidas de 39,13% (254) pardas e 7,7% (50) pretas. Essa distribuição pode refletir o perfil populacional da região, mas também é necessário considerar que mulheres negras e pardas enfrentam maiores

barreiras de acesso a serviços de saúde, resultando em atrasos no diagnóstico e no início do tratamento.

No que se refere à escolaridade, observou-se que a maior parte das gestantes tinha ensino médio completo 32,51% (211) ou incompleto 20,49% (133). Apenas 3,23% (21) tinham ensino superior completo. A baixa escolaridade está associada a menor compreensão dos riscos da infecção, menor adesão ao pré-natal e maior chance de comportamentos de risco. Além disso, 13,25% (86) das notificações estavam com escolaridade ignorada ou em branco, o que limita análises mais detalhadas.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos casos de gestantes com sífilis no período de 2019 a 2023

Características	n (%)
Idade	
10-14 anos	13 (2,00)
15-19 anos	105 (16,17)
20-39 anos	522 (80,43)
40-59 anos	11 (1,69)
Raça/Cor	
Ign/Branco	7 (1,07)
Branca	322 (49,61)
Preta	50 (7,70)
Amarela	4 (0,61)
Parda	254 (39,13)
Indígena	14 (2,15)

Escolaridade

Ign/Branco	86 (13,25)
Analfabeto	5 (0,77)
1ª a 4ª série incompleta do EF	22 (3,38)
4ª série completa do EF	9 (1,38)
5ª a 8ª série do EF	71 (10,93)
Ensino fundamental completo	69 (10,63)
Ensino médio incompleto	133 (20,49)
Ensino médio completo	211 (32,51)
Educação superior incompleta	22 (3,38)
Educação superior completa	21 (3,23)

Em relação à classificação clínica, observa-se que 44,53% (289) dos casos foram registrados como ignorados ou em branco, demonstrando significativa fragilidade nos registros e lacunas na avaliação clínica. Dentre os casos classificados, a forma primária foi a mais prevalente 30,81% (200), seguida pela forma latente 16,64% (108). As formas secundárias 3,08% (20) e terciária 4,93% (32) apresentaram menor ocorrência, o que é esperado devido ao rastreio precoce realizado durante o pré-natal. A elevada proporção de registros sem classificação impede uma análise mais precisa do estágio da doença, comprometendo estratégias de controle e indicando a necessidade de qualificação contínua das equipes de saúde. A forma latente representa um risco silencioso de transmissão vertical e está associada à falta de diagnóstico precoce no pré-natal.

Os testes treponêmicos, como o teste rápido ou FTA-Abs, foram realizados na maioria das gestantes, com 627 resultados reagentes (96,61%), indicando diagnóstico confirmado. Apenas 10 gestantes não foram testadas, e outras 10 apresentaram resultado não reativo. Esses exames são fundamentais para o diagnóstico da sífilis gestacional, e sua disponibilidade em unidades básicas de saúde deve ser garantida de forma universal e rápida.

No caso dos testes não treponêmicos, como o VDRL, que são essenciais para o acompanhamento da atividade da infecção e resposta ao tratamento, 482 gestantes (74,26%) apresentaram resultados reagentes. No entanto, houve 69 não reagentes (10,63%) e 66 testes não realizados (10,16%), o que evidencia falhas na abordagem clínica, especialmente no seguimento e confirmação terapêutica da infecção. A ausência do teste impede a avaliação adequada do estágio da sífilis e dificulta o controle da transmissão vertical.

Tabela 2 – Distribuição da classificação clínica e resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos em gestantes com sífilis. 20^a Regional de Saúde do Paraná, 2019 a 2023

Classificação clínica	n (%)
Ign/Branco	289 (44,53)
Primária	200 (30,81)
Secundária	20 (3,08)
Terciária	32 (4,93)
Latente	108 (16,64)

Teste treponêmico

Ign/Branco	2 (0,30)
Reativo	627 (96,61)
Não reativo	10 (1,54)
Não realizado	10 (1,54)

Teste não treponêmico

Ign/Branco	32 (4,93)
Reativo	482 (74,26)
Não reativo	69 (10,63)
Não realizado	66 (10,16)

Em termos de distribuição geográfica, Toledo foi o município com maior número absoluto de casos 47,61% (309), o que pode ser justificado por sua maior população e a presença de boa capacidade de notificação quanto a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção e controle local. Outros municípios com número relevante de notificações incluem Santa Helena 8,16% (53), Guaíra 8,01% (52), Palotina 8,01% (52) e

Marechal Cândido Rondon 7,85% (51). o que mostra que a sífilis gestacional não está restrita a grandes centros urbanos, sendo um desafio regionalizado. Por outro lado, municípios como Mercedes e São José das Palmeiras não apresentaram registros no período analisado, o que pode indicar subnotificação ou deficiência na identificação e registro de casos.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de sífilis gestacional por município de residência. 20ª Regional de Saúde do Paraná, 2019 a 2023

Procedência	n (%)
Assis Chateaubriand	42 (6,47)
Diamante do Oeste	4 (0,61)
Entre Rios do Oeste	2 (0,30)
Guaíra	52 (8,01)
Marechal Cândido Rondon	51 (7,85)
Maripá	7 (1,07)
Mercedes	0 (0)
Nova Santa Rosa	3 (0,46)
Ouro Verde do Oeste	17 (2,61)
Palotina	52 (8,01)
Pato Bragado	10 (1,54)
Quatro Pontes	5 (0,77)
Santa Helena	53 (8,16)
São José das Palmeiras	0 (0)
São Pedro do Iguaçu	11 (1,69)
Terra Roxa	25 (3,85)
Toledo	309 (47,61)
Tupâssi	6 (0,92)

A heterogeneidade na distribuição territorial aponta para a importância de estratégias regionalizadas de combate à sífilis, com foco na ampliação do diagnóstico, tratamento oportuno e vigilância contínua. Além disso, a elevada concentração de

casos em determinados municípios sugere a necessidade de ações educativas, monitoramento sistemático e fortalecimento do pré-natal nessas localidades.

Discussão

Primeiramente, a predominância de gestantes na faixa etária de 20 a 39 anos, junto com o destaque para o grupo de 15 a 19 anos, evidencia uma vulnerabilidade significativa entre as jovens. Essa faixa etária é muitas vezes marcada por uma maior exposição a riscos, como mencionado. Fatores como baixa escolaridade e início precoce da vida sexual são cruciais e podem estar interligados; a falta de educação sexual adequada contribui para a desinformação sobre prevenção e tratamento [15]. Portanto, programas de educação sexual nas escolas e comunidades podem ser uma estratégia eficaz para reduzir esses índices.

A questão racial também merece atenção. O fato de que quase metade das gestantes diagnosticadas são brancas, enquanto uma parte significativa é parda ou preta, pode indicar desigualdades no acesso aos serviços de saúde [16]. Mulheres negras e pardas frequentemente enfrentam barreiras estruturais que dificultam o acesso a cuidados adequados. Isso é particularmente preocupante no contexto da sífilis gestacional, onde o diagnóstico precoce e o tratamento são essenciais para evitar a transmissão vertical da infecção. A implementação de políticas públicas que priorizem o acesso à saúde para essas populações pode ser um passo importante para mitigar essas desigualdades.

Além disso, a baixa escolaridade das gestantes é um fator alarmante. A maioria delas possui apenas ensino médio completo ou incompleto, e a minoria alcança o ensino superior [17]. Essa realidade está intimamente ligada à compreensão limitada dos riscos associados à sífilis e à adesão ao pré-natal. A inclusão de informações sobre sífilis nas orientações do pré-natal e campanhas educativas pode ajudar a melhorar a conscientização e, conseqüentemente, os resultados em saúde.

Por fim, a alta porcentagem de notificações com

escolaridade ignorada ou em branco limita análises mais profundas e destaca a necessidade de melhorar os sistemas de coleta de dados [18]. Informações mais completas poderiam permitir uma análise mais robusta das correlações entre escolaridade, raça/cor e incidência de sífilis entre gestantes.

A sífilis gestacional permanece como um grave desafio de saúde pública no Brasil, principalmente por sua estreita relação com a transmissão vertical e suas consequências adversas ao binômio mãe-bebê. Apesar da expansão do acesso ao pré-natal e da obrigatoriedade de testagem sorológica durante a gestação, muitos casos continuam sendo identificados tardiamente, o que limita a efetividade das medidas de prevenção da sífilis congênita [19].

No estudo analisado, evidencia-se uma fragilidade na classificação clínica dos casos e na realização de testes não treponêmicos, refletindo deficiências na qualificação das equipes de atenção básica. Essa realidade é corroborada por pesquisas nacionais recentes, que apontam falhas na condução do protocolo de manejo da sífilis gestacional, mesmo em contextos com elevada cobertura do pré-natal [20,21]. A repetição da testagem nos três momentos recomendados início do pré-natal, terceiro trimestre e internamento para parto ainda não ocorre de maneira sistemática em diversas regiões do país [22].

Além disso, o tratamento adequado da gestante, que depende exclusivamente da administração de penicilina benzatina, enfrenta entraves tanto pela ausência ocasional da medicação nas unidades quanto pelo despreparo de profissionais para sua aplicação, principalmente no que se refere ao manejo de reações adversas [23]. Essa situação é agravada pela descontinuidade na capacitação das equipes e pela rotatividade de profissionais nos serviços de atenção primária [24].

Outro fator crítico é o manejo do parceiro sexual.

A reinfecção materna após tratamento adequado é uma realidade frequente, geralmente causada pela não abordagem dos parceiros no processo de cuidado [25]. Dados recentes indicam que a baixa adesão dos parceiros está relacionada à falta de ações educativas específicas, ao estigma associado às ISTs e ao modelo assistencial ainda centrado na mulher, que desconsidera a saúde sexual dos homens [26]. Isso compromete diretamente a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção da sífilis congênita.

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde também influencia significativamente o desfecho dos casos. Gestantes com menor escolaridade, pertencentes a grupos étnico-raciais marginalizados ou residentes em áreas de difícil acesso enfrentam maiores barreiras ao diagnóstico e ao tratamento, como demonstrado por estudos conduzidos em diferentes regiões do Brasil [27,28]. A atuação intersetorial e a implementação de políticas públicas equitativas são essenciais para enfrentar esses determinantes sociais da saúde.

Portanto, a eliminação da transmissão vertical da sífilis exige um conjunto de medidas integradas,

Conclusão

Diante dos dados analisados, conclui-se que a sífilis gestacional permanece como um importante desafio de saúde pública na 20ª Regional de Saúde do Paraná entre 2019 e 2023. Observou-se maior prevalência entre mulheres jovens, majoritariamente nas faixas etárias de 10 a 39 anos, com predominância das raças branca e parda, além de uma proporção significativa com ensino médio incompleto ou completo. A elevada frequência de resultados reativos nos testes treponêmicos e não treponêmicos evidencia a detecção de infecções ativas, muitas vezes em estágio primário. A presença expressiva de registros com dados ignorados ou em

que vão além da simples disponibilização de testes e medicamentos. É necessário fortalecer a vigilância epidemiológica, qualificar continuamente os profissionais de saúde, desenvolver estratégias educativas adaptadas às realidades locais e envolver ativamente os parceiros sexuais no cuidado. A experiência de municípios que conseguiram reduzir drasticamente os casos de sífilis congênita reforça que intervenções sistematizadas, com base em protocolos bem executados e gestão comprometida, são eficazes [29].

Em suma, essa discussão aponta para a necessidade urgente de estratégias regionais mais robustas no combate à sífilis gestacional. As ações devem incluir não apenas o fortalecimento das capacidades locais de notificação e tratamento, mas também campanhas educativas para aumentar a conscientização sobre a sífilis gestacional em todas as comunidades. Somente com uma abordagem integrada e adaptada às especificidades locais será possível enfrentar eficazmente esse desafio de saúde pública.

branco compromete a completude das informações e limita a eficácia das estratégias de vigilância. A concentração de casos em municípios como Toledo reforça a necessidade de intervenções locais mais intensivas, com foco na prevenção, rastreamento precoce e ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento. Tais achados reforçam a importância de ações coordenadas na atenção básica, associadas à qualificação dos sistemas de notificação e ao fortalecimento da educação em saúde para gestantes.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de

qualquer natureza.

Fontes de financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Fruet T, Konradt BL, Silva JR; Coleta de dados: Fruet T, Konradt BL; Análise e interpretação dos dados: Fruet T, Konradt BL; Análise estatística: Fruet T, Konradt BL; Redação do manuscrito: Fruet T, Konradt BL, Silva JR, Pereira SG; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Fruet T, Konradt BL, Silva JR, Pereira SG, Almeida DM.

Referências

1. Freitas BD, Oliveira RG, Fernandes DR, Guimarães FJ, Rodrigues JF, Souza LC. Sífilis congênita no Brasil: panorama atualizado da incidência e fatores de influência. RUC [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun. 10];23(2):1–16. Available from: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4503>. doi: 10.46551/ruc.v23n2a02
2. Silva AKM, Sousa CS, Andrade RA, Costa MGC, Freitas FB. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil: uma revisão integrativa. RSD [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun. 10];11(1):e24511124891. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24891>. doi: 10.33448/rsd-v11i1.24891
3. Abrão RM, Mendes ETC, Pinheiro DIA, Albani PPS, Cimini CCR. Análise epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil entre 2019 – 2022. Rev Med (São Paulo) [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun. 10];103(4): e-226709. Available from: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/226709>. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v103i4e-226709
4. Brasil. Sífilis: estratégia para diagnóstico no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2018. 100 p.
5. Conceição HN, Camara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde Debate [Internet]. 2019[cited 2025 Jun. 10];43(123):1145–58. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?lang=pt>. Doi: 10.1590/0103-1104201912313
6. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DC das N, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2021[cited 2025 Jun. 10];30:e2020597. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/>. doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1
7. Figueiredo DCMM, Domingues RMSM, Leal MC. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020[cited 2025 Jun. 10];36(3):e00074519. Available from: <https://www.scielo.br/j/cs-p/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/>. doi: 10.1590/0102-311X00074519
8. Brasil. NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-DATHI/SVSA/MS. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. 2023.

9. Brasil. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2021. 70 p
10. Brasil. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. 2017.
11. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016[cited 2025 Jun. 10];32(6):44–57. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
12. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2020. 218 p.
13. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol* [Internet]. 2018[cited 2025 Jun. 10];42(3):176–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29627075/>. doi: 10.1053/j.semperi.2018.02.005
14. Brasil. Sífilis 2023: Boletim Epidemiológico. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2023. 56 p.
15. Gaspar PC, Bigolin A, Alonso Neto JB, Pereira EDS, Bazzo ML. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun. 10]; 30(esp1): e2020630. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500006&lng=pt. doi: 10.1590/s1679-4974202100006.esp1
16. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EDAC, Soares IDJ, Rodrigues QP, Santo, CADST, Nunes IM. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2022[cited 2025 Jun. 10]; 27(10): 3881-3890. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n10/3881-3890/>. Doi: 10.1590/1413-812320222710.01282022
17. Holand BL, Fonseca SG, Drehmer M, Bosa VL. Adequacy of prenatal care considering nutritional assistance in Southern Brazil: Maternal Cohort Study. *Cad Saúde Pública* [Internet], 2021 [cited 2025 Jun. 10];37, e00130320. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n6/e00130320/>. doi: 10.1590/0102-311X00130320
18. Soares RS. Prevalência e fatores de risco associados à sífilis na gravidez: revisão integrativa. *Revi. Científica Integrada* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun. 10];6(1):e-202302. Available from: <https://revistas.unaerp.br/rci/article/view/3002>. Doi: 10.59464/2359-4632.2023.3002
19. Ramos Jr. AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun. 10];38(5):PT069022. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HHKTNLdmXsxZwNYmPKsQkpC/>. doi: 10.1590/0102-311XPT069022

20. Carvalho ADS, Aquino GFD. Sífilis gestacional: um grande desafio para saúde pública no Brasil [Trabalho de Conclusão de Curso]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Escola de Ciências Médicas e da Vida. 2023. 15 p.
21. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Sífilis 2023. Brasília: MS; 2023.
22. Paula MAD, Simões LA, Mendes JC, Vieira EW, Matozinhos FP, Silva TMRD. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2022[cited 2025 Jun. 10]; 27, 3331-3340. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n8/3331-3340/pt/>. doi: 10.1590/1413-81232022278.05022022
23. Santos AAA, Araújo FAG, Guimarães TMM. Quality of prenatal care associated with the incidence of congenital syphilis: integrative review. RSD [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun. 10];11(14):e541111436854. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36854>. doi: 10.33448/rsd-v11i14.36854
24. Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO, Albuquerque IMN. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun. 10]; 29:85-92. Available from: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6409> doi: 10.5020/18061230.2016.sup.p85
25. Torres PMA, Reis ARP, Santos AST, Negrinho NBS, Meneguetti MG, Gir E. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun. 10];75(6):e20210965. Available from: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/M7LhhZh5b56pLCgYBFRYRWx/>. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0965 ;74(1):e20200077.
26. Souza N, Moraes CAS. Determinantes sociais da Saúde e sífilis gestacional: estudo realizado no Programa Municipal IST/Aids, no Norte Fluminense. SOCDEB [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun. 10];27(3):197-212. Available from: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2960>. doi: 10.47208/sd.v27i3.2960
27. Munerato BOS, Salaro IG, Gonçalves ERG, Zutin TLM, Barbosa PMK, Barbosa VB de A. Estratégias em saúde para a redução da sífilis congênita na atenção primária: uma revisão de literatura. Rev. Foco [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun. 10];16(5):e1911. Available from: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1911>. doi: 10.54751/revistafoco.v16n5-090
28. Beck EQ, Souza MHT. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun. 10];10(Especial):19-24. Available from: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7596>. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.19-24



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.