



Sífilis gestacional: uma análise socioeconômica do aumento das taxas no Brasil

Gestational syphilis: a socioeconomic analysis of the increase in rates in Brazil

10.56238/isevmjv3n2-035

Recebimento dos originais: 12/04/2024

Aceitação para publicação: 02/05/2024

Alice Silva Valentini

Lattes: 5782576592942711

Graduanda em medicina, Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP Ribeirão Preto

E-mail: alicesv21@icloud.com

Ana Carolina Dias Pereira

Lattes: 4878599581097369

Graduanda em Medicina, Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP Ribeirão Preto

E-mail: cdiaass29@gmail.com

Luiza Toller Silva de Noronha

Lattes: 3635138039720734

Graduanda em Medicina, Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP Ribeirão Preto

E-mail: luiza.noronha@sou.unaerp.edu.br

Julia Bernardes Rattis Batista

Lattes: 6700105922264464

Bacharel em Relações Internacionais, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Graduanda em Medicina, Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP Ribeirão Preto

Mestranda em Saúde Pública, Universidade de São Paulo - USP Ribeirão Preto

E-mail: bernardes.julia@usp.br

José Eduardo Chufalo

Lattes: 5524459315940868

Médico pela Universidade Severino Sombra, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela

FEBRASGO e AMB

Especialista em Medicina Fetal pela FEBRASGO e AMB e Doutor em

Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de São Paulo

E-mail: jchufalo@unaerp.br

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) conhecida desde o século XV. Essa patologia, que tem como agente etiológico o *Treponema Pallidum*, pode ser classificada em: adquirida, gestacional ou congênita, uma vez que a transmissibilidade pode ser via sexual ou vertical, da mãe para o feto. Nos últimos anos, a sífilis gestacional teve um aumento progressivo e considerável no número de casos detectados no Brasil. Dessa forma, sabendo que essa doença põe em risco a vida não só da gestante, mas a do feto que pode adquirir a infecção via transplacentária, é de extrema importância entender os fatores envolvidos no acréscimo do número de casos detectados de sífilis gestacional, sendo este o objetivo principal desta pesquisa. Na ótica socioeconômica, o artigo discute a correlação dos aumentos dos casos com os fatores de desigualdade social nas áreas do Brasil, entendendo como as particularidades de cada região se



espelha na gestão da saúde, a partir da incidência da doença. Como metodologia, prevemos a realização de uma revisão bibliográfica com base em livros e artigos científicos catalogados publicados em bases de dados indexadas on-line, como a Scientific Library Online (SciELO) e Pubmed. Além disso, também será realizada uma análise dos dados na plataforma DATASUS, também do Censo de 2010. Como resultados esperados, acreditamos que o aumento na taxa de sífilis gestacional está intimamente relacionado com fatores socioeconômicos e acesso a um pré-natal adequado.

Palavras-chave: Sífilis gestacional, Brasil, Pré-natal, Fatores socioeconômicos.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que apresenta cerca de seis milhões de casos novos ao ano no mundo (SILVA et al., 2021). Tem caráter sistêmico e se não tratada, pode evoluir cronicamente e provocar danos irreversíveis ao indivíduo acometido (MENEZES et al., 2023). No Brasil, entre os anos de 2018 a 2021, foram notificados 217.813 casos de sífilis gestacional e 84.698 casos de sífilis congênita (SINAN, 2024). A ocorrência dessa doença em mulheres está intimamente relacionada com fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde (MACEDO et al., 2017).

Considerada um grave problema de saúde pública devido às elevadas taxas de prevalência em várias partes do mundo, pode ser transmitida tanto sexualmente, através de contato direto com lesões, quanto verticalmente durante a gestação, ocasionando consequências graves para o feto. A sífilis congênita é um agravo totalmente prevenível, que resulta da sífilis gestacional não tratada ou tratada inadequadamente (OLIVEIRA et al. 2021). É uma doença infecciosa causada pelo *Treponema Pallidum* e transmitida da gestante para o concepto, podendo ocasionar o aborto, a prematuridade além de sequelas tardias que comprometem o pleno desenvolvimento infantil (DE PAULA et al., 2022). Deve-se considerar a sífilis na gestação como uma emergência fetal, devido à elevada proporção de mortes fetais precoces ou tardias relacionadas à falta de tratamento (DOMINGUES et al. 2020).

A saber, no Brasil, o último estudo sobre gestantes com sífilis em serviços de saúde públicos e privados, realizado em 2012, estimou uma prevalência de 1,02%. Nos anos subsequentes, ocorreu aumento das notificações da sífilis gestacional, apesar de persistirem maiores registros de casos de sífilis congênita (MACEDO et al. 2020). Nos dias atuais, olhando para as notificações dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita entre os anos de 2018 e 2021, o número de casos da primeira supera em, aproximadamente 134 mil, a segunda - mostrando uma mudança no cenário de alguns anos atrás (SINAN, 2024).



A taxa de detecção da sífilis adquirida no Brasil está aumentando, e essa tendência é observada pelo aumento no número de casos de sífilis gestacional (BENZAKEN et al. 2020). Em 2022, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 32,4 casos de sífilis em gestantes por 1.000 NV, o que representou um aumento de 15,5% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2023). Por isso, o objetivo deste estudo é compreender os fatores envolvidos no aumento exponencial dos casos de sífilis gestacional no Brasil.

A incidência socioeconômica de doenças é um campo vasto de estudo que examina como fatores sociais e econômicos afetam a saúde das populações. Uma análise crítica dessa questão, segundo Gouveia e Silva (2019) revela uma série de interações complexas entre diversos elementos, como acesso a cuidados de saúde, condições de vida, educação, renda, e até mesmo políticas públicas.

Primeiramente, é importante reconhecer que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946 já tinha relatado que saúde é muito mais do que a ausência de doença; ela está intrinsecamente ligada ao bem-estar social e econômico. Populações economicamente desfavorecidas geralmente enfrentam uma série de desafios que impactam sua saúde de maneira significativa. A saber, essas comunidades podem ter acesso limitado a alimentos saudáveis, moradia inadequada, exposição a ambientes poluídos, acesso restrito a cuidados médicos de qualidade e maior probabilidade de enfrentar estresse crônico devido a preocupações financeiras. Esses fatores aumentam sua suscetibilidade a uma série de doenças, desde doenças crônicas como diabetes e hipertensão até doenças infecciosas como a própria sífilis, bem como HIV/AIDS (GARCIA e HENNINGTON. 2022)

Além disso, as disparidades socioeconômicas também se refletem na capacidade das pessoas de buscar tratamento e prevenção, onde indivíduos de baixa renda podem enfrentar barreiras financeiras, o acesso a Unidades Básicas de Saúde, o conhecimento para manutenção e uso de medicamentos, dentre outras dificuldades que são específicas de cada área geográfica brasileira (GOUVEIA e SILVA. 2019) lembrando o país como o quinto país mais extenso do mundo e que, portanto, tem características inatas de cada área de território e onde a mobilidade urbana é uma barreira concreta. Essas barreiras muitas vezes resultam em atrasos no diagnóstico e tratamento, levando a resultados de saúde mais e taxas de morbidade e mortalidade mais altas nessas populações.

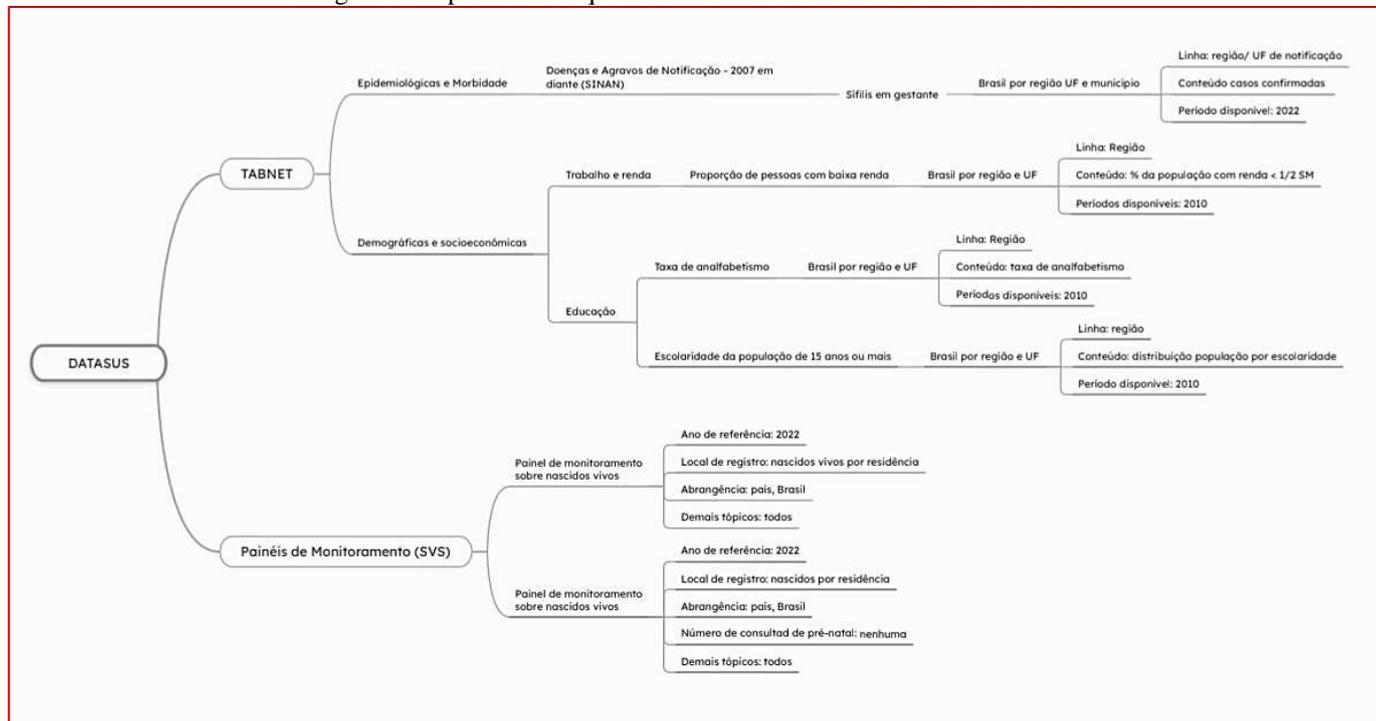
Outro aspecto importante é o papel das políticas públicas na determinação socioeconômica na saúde, podendo citar programas sociais, como seguridade social, políticas de emprego e educação, e acesso universal aos cuidados de saúde, desempenham um papel crucial na redução

das disparidades de saúde (GARCIA e HENNINGTON. 2022). No entanto, a falta de investimento nessas áreas pode exacerbar as desigualdades existentes e perpetuar o ciclo de pobreza, tornando a saúde um direito desigual, contrariando a Constituição de 1988. Uma análise crítica também deve abordar a questão da equidade em saúde. Não basta apenas fornecer serviços de saúde; é essencial garantir que esses serviços sejam acessíveis a todos, independentemente de sua origem socioeconômica, etnia, gênero ou localização geográfica (BRASIL, 1988). Isso envolve não apenas o acesso físico aos serviços, mas também a qualidade e a adequação cultural dos cuidados fornecidos.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos científicos catalogados publicados em bases de dados indexadas on-line, como a Scientific Library Online (SciELO) e Pubmed. Além disso, também foi feita uma análise dos dados apresentados sobre sífilis em gestantes pelo SINAN - Doenças e Agravos de Notificação de 2007 em diante, na aba “Epidemiologia e Morbidade” do sistema TABNET do DATASUS.

Imagem 1: mapa mental esquemático da consulta de dados no DATASUS





2.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Essa pesquisa baseou-se em uma revisão bibliográfica de artigos publicados nas bases de literatura: Scientific Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (Pubmed).

Foi realizada busca pelos descritores: sífilis, gestação e sífilis gestacional.

Também, foi realizada uma coleta de dados presentes no DATASUS, a partir do esquema apresentado na Imagem 1.

2.2 ESTRATÉGIA DE SELEÇÃO

Para a seleção dos artigos, as seguintes etapas foram seguidas: (I) busca de artigos pertinentes em bases de dados catalogadas; (II) leitura do título e resumo, analisando a compatibilidade e elegibilidade do conteúdo; (III) análise dos textos completos dos trabalhos encontrados, incluindo nesta revisão apenas aqueles elegíveis e que estivessem dentro dos critérios de inclusão e fora dos critérios de exclusão.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os trabalhos analisados tornavam-se elegíveis se:

(I) Tivessem sido publicados depois de 2017, além do Censo de 2010; (II) tivessem dados importantes sobre mulheres gestantes; (III) apresentassem dados interessantes sobre sífilis gestacional.

2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos artigos que:

(I) Foram publicados antes de 2017; (II) duplicados; (III) que apresentam dados sobre demais tipos de sífilis que não a gestacional; (IV) não tinham dados importantes sobre sífilis gestacional; (V) não tinham relação direta com os casos de sífilis gestacional.

3 RESULTADOS

Para confirmar o aumento da taxa de sífilis gestacional no Brasil, foi realizado uma análise dos dados presentes no Boletim epidemiológico de Sífilis, publicado em outubro de 2023 pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, com



dados referentes à sífilis de 2012 a 2022. O presente estudo analisou o número de mulheres, gestantes, portadoras de sífilis, por todo o Brasil.

No período de 2005 a junho de 2023 foram notificados no SINAN 624.273 casos de sífilis gestacional, sendo que 83.034 casos foram notificados em 2022. O número de casos de 2022 representa 13,3% dos casos notificados em 18 anos, expondo o aumento exponencial dos casos de sífilis nos últimos anos.

O aumento nessas taxas tem relação direta com o aumento na detecção de gestantes com sífilis, uma vez que em 2022 essa taxa foi de 32,4 casos por 1.000 nascidos vivos, o que representa incremento de 15,5% em relação ao ano anterior. Essa taxa vem mantendo um aumento tendência crescente, e entre 2020 e 2022 teve um incremento, se elevando em 33,8%.

Seguindo nessa análise da taxa de detecção de sífilis, podemos discorrer sobre a diferença entre as regiões brasileiras. Enquanto a região Sudeste, 38.355 casos, e a região Nordeste, 17.025 casos, têm uma taxa maior de detecção de sífilis gestacional, as regiões Sul, 12.150, Norte, 8.759, e Centro-Oeste, 6.745, apresentam as menores taxas. Todavia, quando feita uma porcentagem entre os casos detectados em cada região e o número de nascidos vivos nessa região no mesmo período, os resultados mudam: Sudeste (46,2%) e Sul (14,6%) representam as regiões com maior porcentagem de detecção entre o total de nascidos vivos, seguidos por Norte (10,6%), Centro-Oeste (8,1%) e Nordeste (20,5%) - nesta ordem (Tabela 1).

Tabela 1 - comparação da detecção de casos de sífilis gestacional, com a porcentagem de detecção em cada região entre os casos, com a porcentagem de detecção em cada região entre os nascidos em 2022.

	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Norte	Centro-oeste
Total de casos detectados	83.034	38.355	12.150	17.025	8.759	6.745
Porcentagem de detecção entre os casos no Brasil nesse período	100%	46,2%	14,6%	20,5%	10,6%	8,1%
Porcentagem de detecção entre o total de nascidos vivos na região, nesse período	3,24%	3,91%	3,37%	2,40%	3,02%	3,01%

Em uma outra visão, olhando para dados demográficos e socioeconômicos do Censo 2010, podemos constatar que, as regiões Sul (19,19%) e Sudeste (23,74%) apresentam a menor porcentagem da população com renda menor que um salário mínimo, seguidas por Centro-Oeste (25,92%), Norte (52,79%) e Nordeste (56,10%), respectivamente - sendo o último com maior porcentagem. (Tabela 2)

Tabela 2 - porcentagem da população com renda inferior a ½ salário mínimo.

Região	% população com renda < ½ SM
Brasil	34,67
Norte	52,79
Nordeste	56,10
Sudeste	23,74
Sul	19,19
Centro-oeste	25,92

O salário mínimo do último ano para o qual a série está sendo calculada torna-se a referência para toda a série. Esse valor é corrigido para todos com base no INPC de julho de 2010, alterando o valor da linha de pobreza e conseqüentemente a proporção de pobres. Nesta tabela, o valor de referência, salário mínimo de 2010, é de R\$ 510,00.

Seguindo essa análise dos dados sociodemográficos, a taxa de analfabetismo no Nordeste (18,5%) é superior às demais regiões, seguida por Norte (11,1%), Centro-Oeste (7%), Sudeste (5,3%) e Sul (5%). (Tabela 3).

Tabela 3 - Taxa de analfabetismo segundo Região.

Região	Taxa de analfabetismo
Brasil	7,4
Norte	11,1
Nordeste	18,5
Sudeste	5,3
Sul	5,0
Centro- Oeste	7,0

Outro dado de possível análise é a distribuição da população de 15 anos ou mais, por nível de escolaridade, em cada região brasileira. Nesse dado, o Nordeste tem maior porção da população sem instrução ou com o primeiro ciclo fundamental incompleto e menor porção de pessoas com o segundo ciclo fundamental completo ou mais, quando comparado às demais regiões brasileiras (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da população por escolaridade segundo região.

Região	Sem instrução ou 1º ciclo fundamental incompleto	1º ciclo fundamental completo/ 2º ciclo incompleto	2º ciclo fundamental completo ou mais	Não determinada
Brasil	23,36	13,32	53,95	9,37
Norte	26,97	13,44	48,95	10,64
Nordeste	31,72	13,55	45,20	9,53
Sudeste	19,19	12,83	59,13	8,85
Sul	19,78	14,42	55,80	10,00
Centro-oeste	20,84	13,05	56,88	9,23

Tendo em vista que um dos fatores de risco para a não detecção da sífilis gestacional é o número reduzido de consultas de pré-natal, foi feita uma análise, a partir dos dados de nascidos vivos, do número e da porcentagem de gestantes, por região, que não fizeram consultas de pré-natal. Esses dados mostram que a região Nordeste (12.978) e a região Sudeste (9.881), que também são as mais populosas, lideram em número bruto a maior quantidade de gestantes sem realizar pré-natal. Porém, fazendo uma porcentagem entre o número total de nascidos vivos na região, isto é, o total de gestantes que realizaram de nenhuma à mais de 7 consultas de pré-natal, a região Norte (3,19%) lidera, seguida da região Nordeste (1,83%), Centro-Oeste (1,25%), Sudeste (1,01%) e Sul (0,91%).

Tabela 5 - Número de gestantes que não realizaram pré-natal no Brasil por região e porcentagem entre o total de nascidos vivos.

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Número de gestantes que não realizaram pré-natal	38.208	9.243	12.978	9.881	3.301	2.805
Porcentagem entre o total de nascidos vivos	1,49%	3,19%	1,83%	1,01%	0,91%	1,25%



4 DISCUSSÃO

A sífilis é uma enfermidade infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, cuja transmissão ocorre predominantemente por meio de contato sexual desprotegido, embora também possa ocorrer de maneira vertical da mãe para o feto durante a gestação, resultando na sífilis congênita. Esta patologia se desenvolve em estágios claramente definidos e se manifesta por uma variedade de sintomas, os quais variam conforme o estágio da infecção (FREITAS *et al.*, 2021).

O quadro clínico da sífilis apresenta variações de acordo com a fase da doença. Após aproximadamente três semanas da infecção, surge uma lesão no local da inoculação conhecida como cancro duro ou protossifiloma, geralmente única, indolor e desprovida de manifestações inflamatórias e linfonodos regionais aumentados em tamanho e número (Sífilis Primária). Posteriormente à fase inicial, há um período de latência de seis a oito semanas, seguido pelo reaparecimento dos sintomas, como lesões cutâneo-mucosas, micropoliadenopatia, linfadenopatia generalizada, sinais constitucionais e quadros neurológicos, oculares e hepáticos (Sífilis Secundária). As lesões sifilíticas na pele surgem na forma de máculas de coloração eritematosa, principalmente nas regiões nasal e oral, além de acometerem as palmas das mãos e plantas dos pés. Adicionalmente, na Sífilis Secundária, manifesta-se sintomas leves de mal-estar, astenia, anorexia, febre discreta, cefaléia, meningismo, artralgias, mialgias, periostite, faringite, rouquidão, entre outros (FREITAS *et al.*, 2021).

Após o estágio secundário, a sífilis pode ingressar em um período latente, no qual não há sintomas evidentes, embora a bactéria continue a se multiplicar no organismo. Essa fase pode persistir por anos e é categorizada em latente precoce (até um ano e meio após a infecção) ou latente tardio (mais de um ano após a infecção). Em casos de recidiva da doença, os pacientes desenvolvem lesões locais na pele e mucosas (Sífilis Terciária). Tais lesões são descritas como granulomas destrutivos. Ainda, nesta fase, há manifestações ósseas, como periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares, cardiovasculares, como estenose de coronárias, aortite e aneurisma de aorta, e neurológicas, como meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, entre outras (FREITAS *et al.*, 2021).

A sífilis congênita é resultante da transmissão da doença de uma gestante infectada pelo *Treponema pallidum* para o feto por meio da transmissão vertical, ocorrendo via transplacentária. Tal transmissão pode ocorrer, em qualquer estágio da gestação, incluindo após, durante o parto e amamentação, se houver contato do recém-nascido com lesões maternas. Esta, é de grande preocupação para as autoridades nacionais, visto que é a doença com maior taxa de transmissão dentre as doenças transmissíveis no ciclo grávido-puerperal. (VASCONCELOS *et al.*, 2023)



O diagnóstico laboratorial da sífilis é feito através de (1) provas diretas, que demonstram a presença do *T. pallidum*, podendo ser por meio de um exame em campo escuro, pesquisa direta com material corado ou por imunofluorescência direta, (2) testes não treponêmicos, que incluem o venereal disease research laboratory (VDRL), rapid plasma reagin (RPR), toluidine red unheated serum test (TRUST) e unheated-serum reagin (USR), (3) por testes treponêmicos, que incluem o teste rápido, teste de imunofluorescência indireta, ensaios imunoenzimáticos e testes de hemaglutinação, e (4) exame de líquido (FREITAS *et al.*, 2021).

O tratamento da sífilis recente (primária) é feito com penicilina benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única. Já o da sífilis recente (secundária ou latente recente - com menos de um ano) se dá através de penicilina benzatina 4.800.000 UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000 UI. A sífilis tardia (terciária, latente tardia - com mais de um ano, ou latente de tempo desconhecido) é tratada com penicilina benzatina 7.200.000 UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000 UI (FREITAS *et al.*, 2021).

As gestantes devem ser testadas para sífilis, idealmente, no primeiro trimestre, coincidindo com a primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto se for caso de aborto, natimortalidade, história de exposição de risco ou violência sexual. Deve ser feito um monitoramento com teste não treponêmico durante a gestação e, após o parto, esse seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (FREITAS *et al.*, 2021).

Este estudo mostra que o aumento na taxa de detecção de sífilis gestacional nos últimos anos tem relação com as questões sociodemográficas. Fazendo uma análise minuciosa, é possível perceber que, a região Sudeste é a região com maior detecção de casos de sífilis gestacional entre os casos totais do país, sendo superior também quando olhamos pela perspectiva do número total de nascidos vivos nesta região. Voltando o olhar para a região Nordeste, apesar de ser a segunda região com maior detecção de casos de sífilis gestacional entre os casos totais do país, quando analisamos a detecção entre o número total de gestantes somente dessa região e nesse período, a detecção cai para a menor entre as demais regiões - mostrando uma possível influência do grande número populacional na primeira análise que considera todo o país.

Essa pesquisa também percebeu que as variáveis socioeconômicas da região Nordeste mostraram a maior porcentagem da população com renda inferior à um salário mínimo no país, maior taxa de analfabetismo, e maior distribuição da população com baixa escolaridade, quando comparada às demais regiões.

Em consonância com esses dados, existe um estudo de caso-controle feito com mulheres admitidas em sete maternidades do município de Recife, que analisou os fatores de risco de sífilis



gestacional realizado por Macedo et al., em 2017. Neste estudo foi constatado que alguns dos fatores determinantes para a sífilis gestacional são o nível de escolaridade fundamental incompleto ou analfabetismo e ausência de acesso ao telefone.

Todavia, é necessário considerar os dados obtidos de uma pesquisa feita por De Paula *et al.* em 2022, que avaliou as condições dos serviços de atenção básica quanto à disponibilidade de testes rápidos para o diagnóstico precoce. Nessa pesquisa foi concluído que a região Centro-Oeste é a região com maior probabilidade de oferecer serviços com condições inadequadas, seguida pela região Norte e posteriormente Nordeste - mostrando que, por mais que exista uma grande probabilidade de uma condição inadequada no serviço para o diagnóstico de sífilis, não é a maior do país.

Em contrapartida, um outro estudo, realizado por Benzaken et al. em 2020, constatou que algumas capitais do Nordeste apresentam taxas de incidência de sífilis congênita mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis gestacional, o que pode refletir na falta de detecção e tratamento inadequado.

Adicionalmente à estas pesquisas, este estudo constatou que a porcentagem de gestantes que não realizaram pré-natal, é maior nas mesmas regiões citadas como tratamento inadequado, todavia, a região Norte lidera, seguida pela região Nordeste e, posteriormente, Centro- Oeste - que foi apontada como a região com maior taxa de tratamento inadequado para a sífilis. Benzaken et al., também constatou, em 2020, que existe uma disparidade entre as regiões brasileiras em relação ao cuidado pré-natal.

Assim, fica claro o papel de acesso à saúde nas diferentes regiões brasileiras, sendo no diagnóstico precoce da doença, quanto no tratamento e manutenção da sífilis para a prevenção do estágio congênito. O papel das políticas públicas e do SUS nesse contexto se torna inexorável e sua manutenção com os princípios de: Universalização, Equidade e Integralidade (BRASIL, 1990) são de extrema urgência para a diminuição da propagação da doença.

5 CONCLUSÃO

Em síntese, a sífilis continua a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo o Brasil. Seja pela sua complexidade de diagnóstico, pelas suas ramificações negativas na saúde materna e fetal ou pelo seu potencial impacto nas comunidades mais vulneráveis, portanto, a necessidade de abordar efetivamente esta doença persiste como uma prioridade no meio da saúde.



A avaliação do aumento dos casos de sífilis gestacional representa uma temática de relevância primordial no âmbito de saúde pública, e o presente estudo visa elucidar as diversas variáveis envolvidas nesse aumento. É inegável que o aumento no número de casos relaciona-se diretamente com o aumento na taxa de detecção, todavia também é importante ter em vista os casos não detectados, que conseqüentemente não são tratados e por sua vez são transmitidos, aumentando o número de casos - que, quando detectados, colaboram para o aumento global dos casos.

Este estudo demonstrou que esses casos não detectados, quando analisados nas regiões do Brasil, se concentram em regiões que já apresentam outros fatores de risco para a sífilis gestacional, tais como baixos índices de alfabetização, níveis reduzidos de escolaridade, insuficiência de recursos financeiros, falta de acesso a serviços médicos adequados para diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, bem como a ausência do acompanhamento pré-natal.

Assim sendo, diante do panorama que evidencia um aumento progressivo nas taxas de sífilis gestacional ao longo dos últimos anos, é fundamental ressaltar a importância primordial do acompanhamento pré-natal adequado e da disponibilidade de serviços de saúde apropriados em todo o território nacional.



REFERÊNCIAS

- BENZAKEN, A. S. et al.. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 1, p. e00057219, 2020.
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2010). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/>. Acesso em 8 fev. 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis - 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. spe1, 2021.
- FREITAS, F. L. S. *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. spe1, 2021.
- GARCIA, I. F. da S., & HENNINGTON, É. A.. (2022). Movimentos sociais e políticas públicas - atuação da ONG HTL Vida. *Saúde E Sociedade*, 31(4), e211004pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022211004pt>
- GOUVEIA, E. A. H., SILVA, R. de O., & Pessoa, B. H. S.. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 43(1), 82–90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
- MACÊDO, V. C. DE . et al.. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 518–528, out. 2020.



MACÊDO, V. C. DE et al. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 1 jan. 2017.

MENEZES, G. R. DE.; ROSA FILHO, A. M.; QUEIROZ, A. P. D. DE G. E. Sífilis congênita e recusa terapêutica da gestante: análise jurídica e bioética. *Revista Bioética*, v. 31, p. e3010PT, 2023.

OLIVEIRA, I. M. DE; OLIVEIRA, R. P. B.; ALVES, R. R. F. Diagnóstico, tratamento e notificação da sífilis durante a gestação em Goiás, de 2007 a 2017. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 68, 29 out. 2021

OMS. 1946. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: <policy.who.int/cgi-bin/on_isapi.dll?hitsper-heading=on&infobase=basicdoc&redord{C88}&softpage=Document42>. Acesso em: 20 abr. 2024.

PAULA, M. A. DE. *et al.* Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 8, p. 3331–3340, ago. 2022.

SILVA, G. M. DA *et al.* Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. *Saúde e pesquisa*. (Impr.), p. 369–382, 2021.

VASCONCELOS, M. N. DE; *et al.* Análise epidemiológica e espacial da sífilis congênita em uma região de saúde do nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. e31030149, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030149>. Acesso em 29 abr 2024.