

Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019

Epidemiological and clinical profile of gestational and congenital syphilis in the state of Bahia in the period 2010-2019

Laís Barreto Cerqueira¹ Tainá Andrade de Jesus² Anna Carollina de Menezes Andrade³ Mirella Cardoso dos Santos Oliveira⁴ Cristina Aires Brasil⁵ 

¹Autora para correspondência. União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME). Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. laisbarreto_91@hotmail.com

²⁻⁵União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME). Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. taina_andrade15@hotmail.com, annacarollina75@outlook.com, mirella.med@outlook.com, tinaabrasil@hotmail.com

RESUMO | OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010 a 2019. **METODOLOGIA:** Estudo ecológico, exploratório, com a utilização de dados secundários obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, selecionando todos os casos diagnosticados de sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período estipulado. **RESULTADOS:** As maiores frequências de sífilis gestacional e sífilis congênita foram observadas em 2018 (4.375 e 1.902 casos, respectivamente). As gestantes apresentavam faixa etária de 19 a 27 anos (49,8%) e significativo número de casos foram registrados durante o 3º trimestre da gestação (34,8%). Quanto a epidemiologia da sífilis congênita e a taxa de mortalidade, destacaram-se: crianças do sexo feminino (47,9%), pardas (60,8%), com 0 a 27 dias de vida (97%) e taxa de 15/1.000 nascidos vivos (em 2014). **CONCLUSÃO:** Encontrou-se elevada frequência da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia. Os achados podem sugerir falha na assistência pré-natal e no tratamento das gestantes e dos parceiros, indicando uma necessidade de atenção específica à gestante, com estratégias para reduzir suas ocorrências, principalmente, da sífilis congênita.

DESCRITORES: Sífilis. Gestação. Sífilis congênita. Epidemiologia. Mortalidade.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To describe the epidemiological and clinical profile of gestational and congenital syphilis in the state of Bahia from 2010 to 2019. **METHODOLOGY:** Ecological, exploratory study, using secondary data obtained from the Informatics Department of the Unified Health System and the Superintendence of Health Surveillance and Protection, selecting all diagnosed cases of gestational and congenital syphilis in the state of Bahia within the stipulated period. **RESULTS:** The highest frequencies of gestational syphilis and congenital syphilis were observed in 2018 (4,375 and 1,902 cases, respectively). The pregnant women were aged between 19 and 27 years (49.8%) and a significant number of cases were registered during the 3rd trimester of pregnancy (34.8%). As for the epidemiology of congenital syphilis and the mortality rate, the following stood out: female children (47.9%), brown (60.8%), aged between 0 and 27 days (97%) and a rate of 15 /1,000 live births (in 2014). **CONCLUSION:** A high frequency of gestational and congenital syphilis was found in the state of Bahia. The findings may suggest failure in prenatal care and in the treatment of pregnant women and partners, indicating a need for specific attention to the pregnant woman, with strategies to reduce its occurrences, especially of congenital syphilis.

DESCRIPTORS: Syphilis. Gestation. Congenital syphilis. Epidemiology. Mortality.

Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que apresenta cerca de seis milhões de casos novos ao ano no mundo.¹ No Brasil, entre 2010 e 2017, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos, sendo a região Nordeste responsável por 16% dos casos registrados em 2017.²

Algumas condições vêm sendo associadas ao alto número de gestantes acometidas por essa patologia, sendo elas: fatores socioeconômicos, comportamentais, demográficos e relacionados à assistência à saúde. A maior taxa de incidência de sífilis se concentra nas Américas, sendo responsável por até 25% dos casos que ocorrem no mundo anualmente.²

Entre as consequências da sífilis não tratada em gestantes, estima-se que 40% resultarão em aborto espontâneo, 11% terão como desfecho a morte fetal a termo e 13% implicarão partos prematuros ou baixo peso ao nascer. Cerca de 20% dos recém-nascidos (RN) irão apresentar-se sintomáticos ao nascimento. As gestantes tratadas adequadamente durante o pré-natal (PN) apresentam o diagnóstico de infecção congênita em apenas 1 a 2% dos casos, enquanto aquelas não tratadas adequadamente totalizam 70 a 100% das ocorrências de sífilis congênita (SC).¹

Vale salientar, portanto, que a sífilis caracteriza-se como morbidade infectocontagiosa, que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. Trata-se de uma bactéria transmitida à mãe via sexual, por hemotransfusão, pelo contato com lesões mucocutâneas e, ao feto, por via transplacentária, no caso da sífilis congênita (SC).³

A infecção pelo *Treponema* é polimórfica que alterna períodos sintomáticos e assintomáticos em que o único achado é a sorologia positiva.⁴ A detecção, consequentemente, é feita por meio da triagem sorológica da gestante com testes não treponêmicos, comumente o *venereal disease research laboratory* (VDRL) e o teste rápido (*rapid plasm reagin*). Apesar de a quase totalidade das gestantes brasileiras (98%) começar o pré-natal, estima-se que pelo menos 10% delas não realizam um único teste sorológico para sífilis.⁵

A doença, nas formas congênita e na gestante, é de notificação compulsória, sendo obrigatória sua realização por profissionais da área, sendo que sua inobservância confere infração à legislação de saúde.⁶ Quando detectada, o tratamento com penicilina G benzatina, tanto da progenitora como de seu parceiro sexual, é o melhor método de prevenção da sífilis congênita, que é considerada, em termos epidemiológicos, indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma população.²

Entretanto, estudos nacionais apontaram que a atenção pré-natal no país não dispõe de qualidade satisfatória, considerando a quantidade de consultas pré-natal e o início do acompanhamento, bem como os critérios de realização de exames de rotina e as orientações sobre parto e aleitamento. Ao se avaliar a estrutura das unidades de saúde e os processos no desenvolvimento das ações prestadas no pré-natal, também se verificaram inadequações nessa assistência, com problemas no acesso, na realização das ações de promoção da saúde e na qualidade do cuidado individual e coletivo ofertado à gestante.⁷

Conforme o Boletim Epidemiológico de Sífilis, proposto pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB8, no período de 2012 a 2018, foram notificados 17.057 casos de sífilis gestacional no estado, enquanto em 2019, dados preliminares, demonstraram notificação de 2.814 casos de sífilis em gestantes. Ademais, os dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), demonstraram que só no ano de 2013, o Brasil apresentou 4.877 casos confirmados de sífilis congênita, sendo a Bahia o Estado com a representatividade de 258 casos.⁹

Na Bahia, a quantidade de estudos que unem o perfil epidemiológico e clínico da sífilis em gestantes e na forma congênita, é relativamente escassa e a relação de cada uma delas com os fatores que as influenciam ainda são limitados, apesar da epidemiologia local ser significativa. Dessa forma, o conhecimento sobre a realização, a efetividade, o acompanhamento pré-natal e o tratamento adequado para sífilis no contexto sociodemográfico das mulheres, além de fatores como idade da gestante e da criança atingida, raça/cor, nível de escolaridade, e outros elementos que contribuem direta e indiretamente, podem contribuir para o estabelecimento de estratégias para o seu enfrentamento.

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010 a 2019.

Método

Trata-se de um estudo ecológico exploratório, cujos dados foram obtidos por meio do acesso às bases de dados Tabnet (Informações em Saúde), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e Suvisa (Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde), nos endereços eletrônicos (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>) e (<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/>), respectivamente, os quais foram acessados em 18/09/2020, 22/09/2020 e 24/09/2020.

Através do Tabnet, o acesso foi feito seguindo a ordem de pesquisa: informações em saúde, informações epidemiológicas e morbidade, doenças e agravos de notificação – 2007 em diante (SINAN) e selecionada as opções de forma individualizada, de sífilis gestacional e sífilis congênita, além da abrangência na Bahia.

A população do estudo corresponde a todos os casos de sífilis gestacional diagnosticados e registrados no período de 2010-2019 e, todas as notificações de sífilis congênita no período de 2010-2019, na Bahia. Esse intervalo de tempo estipulado para a pesquisa equivale ao período anterior ao início deste projeto, em associação à disponibilidade dos dados anexados aos sistemas.

As informações foram sistematizadas de acordo com a epidemiologia da sífilis congênita, quanto ao sexo, faixa etária da criança, que abrange os primeiros anos de vida (0- 1 ano), raça/ cor, a sífilis materna e o tratamento do parceiro. Do mesmo modo, as variáveis epidemiológicas da sífilis gestacional, corresponde à faixa etária da gestante, raça/cor, nível de escolaridade, período da gravidez e parceiro tratado.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: sífilis adquirida, sem associação com o período gestacional e idade > 1 ano para sífilis congênita.

Para o cálculo da taxa de detecção de sífilis em gestantes foi utilizado o número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de notificação e local, multiplicado por mil e dividido pelo número total de nascidos vivos, residentes no mesmo local e no mesmo ano. Ademais, foi calculado a taxa de mortalidade por sífilis congênita, sendo a razão entre o número de óbitos por sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos, no espaço geográfico em um determinado período. As informações para esses cálculos foram obtidas no Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

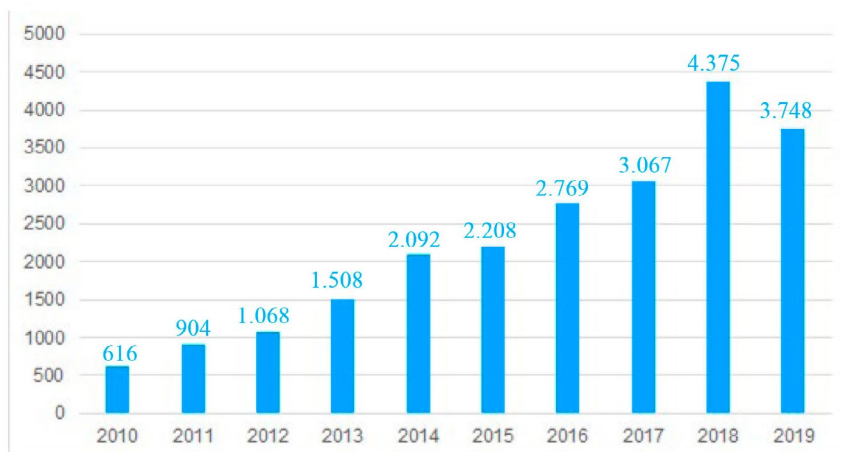
Os dados demonstrados foram configurados através da plataforma Microsoft Office Excel 2016, e assim, foi realizada uma análise estatística descritiva, a fim de identificar as características gerais e específicas da amostra estudada. Os resultados foram representados através de tabelas e figuras, também formuladas pelo Microsoft Office Excel 2016. Não houve realização de análises inferenciais.

Foram utilizados dados secundários abertos, no qual é dispensado um encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Dentre os casos notificados, notou-se 22.407 registros de sífilis gestacional na Bahia, no período de 2010-2019. De acordo com a Figura 1, observa-se um aumento proporcional entre os números de casos por local residência e os anos de diagnóstico, exceto no ano de 2018, quando se obtém uma maior frequência de casos.

Figura 1. Total de casos de Sífilis Gestacional notificados na Bahia, 2010-2019



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Na Tabela 1, tem-se um total de 17.439 ocorrências de gestantes com Sífilis na Bahia, entre 2010-2019, com valores em progressão tanto dos casos quanto dos anos. Nota-se aumento de frequência e da taxa de detecção em 2018 e decréscimo de casos em 2019, se comparado com os anos entre 2013-2018.

Tabela 1. Casos e taxa de detecção de Sífilis em gestantes na Bahia, 2010-2019

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casos de Sífilis em Gestantes	523	786	957	1.317	1.747	1.977	2.495	2.808	3.866	963
Taxa de Detecção	2,5	3,7	4,6	6,5	8,6	9,6	12,5	13,8	18,9	-

Taxa de detecção: por 1.000 nascidos vivos

Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A Tabela 2 demonstra as principais características epidemiológicas da população com sífilis gestacional na Bahia, encontradas no Suvisa e no DATASUS, no período de 2010-2019. Em relação à faixa etária, nota-se uma maior prevalência de sífilis gestacional entre 19 e 27 anos de idade, com 11.161 (49,9%) casos notificados. De acordo com a raça/cor, verifica-se uma maior prevalência entre os pardos, com 13.509 casos registrados (60,3%) e uma menor prevalência entre a raça indígena, equivalente a 91 casos (0,4%) na Bahia, no período analisado. Ao analisar a escolaridade da mãe, observa-se um valor mais elevado de casos de sífilis gestacional notificados, correspondente a 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, com 4.601 casos (20,5%). Em relação à idade gestacional, nota-se uma maior detecção de casos durante o 3º trimestre, com 6.411 notificações (34,8%) e quanto ao parceiro tratado, observou-se um maior número de parceiros não tratados, com 9.739 casos (43,5%).

Tabela 2. Características epidemiológicas da população com sífilis gestacional na Bahia entre 2010-2019

Variáveis	N (22.407)	%
Faixa etária		
10 a 18 anos	4.158	18,5
19 a 27 anos	11.161	49,8
28 a 35 anos	5.272	23,5
36 a 49 anos	1.811	8,0
Raça/cor		
Branca	1.473	6,6
Preta	4.614	20,6
Amarela	211	0,9
Parda	13.509	60,3
Indígena	91	0,4
Ign/Branco	2.509	11,2
Escolaridade		
Analfabeto	225	1,0
1ª a 4ª série incompleta do EF	1.582	7,1
4ª série completa do EF	941	4,2
5ª a 8ª série incompleta do EF	4.601	20,5
Ensino fundamental completo	1.445	6,4
Ensino médio incompleto	2.356	10,5
Ensino médio completo	2.842	12,7
Educação superior incompleta	187	0,8
Educação superior completa	110	0,5
Ign/Branco	8.115	36,2
Idade gestacional		
1º Trimestre	3.876	21,0
2º Trimestre	6.038	32,8
3º Trimestre	6.411	34,8
Idade Gestacional Ignorada	2.111	11,4
Parceiro tratado		
Sim	5.931	26,5
Não	9.739	43,5
Ign/Branco	6.737	30,0

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVIP/SIVAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação MS/SVS/DCCI – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Entre 2010-2019, na Bahia, também foram notificados 12.183 casos de sífilis congênita, com maior pico no ano de 2018, equivalente a 1.902 casos registrados e taxa de mortalidade de 8,93/1.000 nascidos vivos neste período, havendo maior índice no ano de 2014 (15/1.000 nascidos vivos) (Tabela 3).

Tabela 3. Total de casos de Sífilis Congênita e taxa de mortalidade por Sífilis Congênita na Bahia 2010-2019

Ano	Número de casos	Taxa de mortalidade (1000 nascidos vivos)
2010	403	2,48
2011	559	12,5
2012	679	11,7
2013	934	6,42
2014	1.199	15,0
2015	1.484	9,43
2016	1.808	7,19
2017	1.779	7,86
2018	1.902	8,93
2019	1.433	3,48

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVIP/SIVAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

A tabela 4 apresenta os dados sobre as características epidemiológicas da população em relação a sífilis congênita obtidos no Suvisa e no DATASUS, no período de 2010-2018, na Bahia. Entre os anos de 2010-2018, os casos notificados de sífilis congênita, demonstraram predominância de gênero feminino, com 4.179 casos (47,9%), enquanto o sexo masculino apresentou 3.763 notificações (43,1%). Já em relação à faixa etária, observa-se maior ocorrência no período de 0 a 27 dias de vida, com 8.459 casos (97%). Quanto a raça/cor, à predominância ocorreu na raça parda com 5.300 casos (60,8%). Além disso, notou-se que a sífilis materna, apresentou maior detecção da doença durante o pré-natal, com 3.967 registros (45,5%), seguido por detecção no momento do parto, com 2.737 casos notificados (31,4%). Por fim, houve predomínio da ausência de tratamento do parceiro, registrando 4.880 casos (56%).

Tabela 4. Características epidemiológicas da população em relação a sífilis congênita na Bahia entre 2010-2018

Variável	N (8.714)	%
Sexo		
Masculino	3.763	43,1
Feminino	4.179	47,9
Ign/Branco	772	8,85
Faixa etária		
0 a 27 dias	8.459	97,0
28 a 364 dias	235	2,69
Raça/cor		
Branca	385	4,41
Preta	595	6,82
Parda	5.300	60,8
Amarela	33	0,37
Indígena	12	0,13
Ign/Branco	2.389	27,4
Diagnóstico de sífilis materna		
Durante o pré-natal	3.967	45,5
No momento do parto	2.737	31,4
Após o parto	1.253	14,37
Não realizado	54	0,61
Ign/Branco	703	8,06
Tratamento parceiro		
Sim	1.303	14,95
Não	4.880	56,0
Ign/Branco	2.533	29,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Discussão

O estudo apresenta dados que correlacionam a sífilis gestacional e a sífilis congênita no estado da Bahia, revelando o quanto ainda representa um importante problema de saúde pública, a necessidade da assistência pré-natal com devido tratamento de parceiros infectados, bem como a importância da capacitação dos profissionais de saúde na abordagem correta da infecção desde a gestação, a fim de prevenir complicações, como a evolução para a sífilis congênita e um possível óbito.

Os resultados da pesquisa demonstraram aumento progressivo das notificações de sífilis em gestantes atendidas no estado da Bahia no período estipulado; os achados não tiveram relação direta com a idade das mulheres, mas evidenciou-se elevada frequência na faixa etária de 19 a 27 anos, em mulheres pardas e que não completaram o ensino fundamental. Padrão semelhante foi encontrado em outros estados, como Maranhão, em que se verifica a maior prevalência da infecção em gestantes jovens (20 a 24 anos), pardas, com baixa escolaridade e donas de casa¹⁰ salientando, ainda, que gestantes com escolaridade declarada possuíam entre 4 e 7 anos de estudo, equivalente aos cursos de 1ª a 4ª série incompletos.¹¹ Em contrapartida, um estudo apontou que gestantes com idade inferior a 20 anos apresentaram maior risco de adquirir a infecção na gestação, o que pode ser explicado pela vulnerabilidade da população adolescente, mais exposta às doenças sexualmente transmissíveis, visto que é uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais.¹²

Desta forma, estes dados epidemiológicos, sugerem o quanto o contexto social, econômico e educacional, podem influenciar no acesso à saúde, ao conhecimento e a prevenção contra a doença. Contudo, não se pode afirmar que a sífilis seja uma condição de risco exclusivamente de populações mais carentes, ao contrário, independentemente da condição social ou econômica, todos podem adquirir a infecção, porém, o risco é maior em populações mais vulneráveis.¹²

Quanto a variável, idade gestacional, demonstrou-se maior número de registros de sífilis no terceiro trimestre. Semelhante aos achados desta pesquisa, o estudo de Conceição, Câmara e Pereira¹⁰, também identificou uma elevada frequência de diagnósticos da sífilis no terceiro trimestre de gestação. Este diagnóstico, entretanto, é considerado tardio e pode estar relacionado ao início tardio do pré-natal nas gestantes. Pesquisa conduzida na China observou que mulheres com menos escolaridade, tiveram sua primeira consulta pré-natal com 28 semanas de gestação ou mais tarde, e ainda que a incidência de sífilis congênita entre mulheres que receberam o tratamento antes de 28 semanas foi significativamente menor em comparação com as que tiveram o tratamento somente após 28 semanas ou nenhum tratamento.¹³

Deve-se salientar esta pesquisa verificou uma maior prevalência de parceiros não tratados. Este achado é importante a medida em que situação pode contribuir para casos de reinfecção da gestante, reforçando a importância da realização do diagnóstico e tratamento do parceiro sexual durante o pré-natal da mulher. Em conformidade aos resultados apresentados, um ensaio clínico randomizado, concluiu que apenas 18,3% dos parceiros de gestantes com testes positivos para sífilis receberam tratamento, sendo que as parceiras dos homens que não compareceram para o teste, apresentaram péssimos resultados de parto. Contudo, observou-se também, uma subestimação do número de homens atendidos para tratamento, visto que 15% deles compareceram para tratamento sem notificar sua parceira; sendo assim, podem existir várias razões para a baixa frequência destes, incluindo mães que não informaram aos homens, parceiro informado, mas que não compareceu e parceiro que comparece, mas não conta à mulher.¹⁴

Ressalta-se, portanto, que o tratamento do parceiro é fundamental para evitar a reinfecção da gestante, sendo a não realização deste tratamento, ou a realização de tratamento inadequado, um dos critérios

adotados pelo Ministério da Saúde para a definição de caso de sífilis congênita.¹⁵

No presente estudo, também foi apontado um crescente número de casos de sífilis congênita na Bahia, entre 2010-2018, com maiores notificações em crianças do sexo feminino, na faixa etária de 0 a 27 dias de vida, pardas e com mães que tiveram o diagnóstico ainda no pré-natal. Este último dado, gera uma dúvida em relação a realização correta do pré-natal e à condução para o tratamento da gestante. Nesta perspectiva, Conceição, Câmara e Pereira¹⁰, refere predomínio da sífilis congênita em crianças filhas de mães que realizaram o acompanhamento pré-natal, mas que o diagnóstico da infecção materna ocorreu, sobretudo, durante o parto ou a curetagem, o que se mostrou tardio e configurou uma falha na assistência pré-natal para o manejo correto da infecção.

Ademais, crianças com sífilis congênita na Bahia, no período de 2010-2013, tinham até 6 dias de vida (94,7%), 52 (3,3%) tinham de 7-27 dias e 33 (2,1%) tinham entre 28 dias e <1 ano⁹ e, em conformidade com as notificações de sífilis congênita, 45,63% dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional não realizaram o tratamento e em 8,74% das notificações não foi informado a realização do tratamento, indicando um acréscimo no número de indivíduos não tratados.³

Entretanto, esses dados estão bem distantes do que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) preconiza como meta para a eliminação da sífilis congênita nas Américas, definida como a ocorrência de menos de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos; e para que se alcancem esses objetivos, a OMS determina assegurar o empenho político e promoção sustentáveis, aumentar o acesso e a qualidade aos serviços de saúde para as mães e para os recém-nascidos, detectar e tratar as mulheres grávidas e seus parceiros, além de estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação.¹⁶

Quanto as complicações da sífilis congênita e a taxa de mortalidade, análises de pesquisa nos Estados Unidos, evidenciaram um alto risco contínuo de complicações da sífilis congênita, sendo que em 2016, as mortes causadas por ela (incluindo natimortos) excederam as mortes por sífilis entre adultos, embora os casos em adultos excedessem os casos congênitos por um fator de 100.¹⁷ De modo igual, dados obtidos de estudos brasileiros, demonstraram que as taxas

médias de mortalidade infantil, aborto espontâneo, natimortos por ano e região, aumentaram durante o período de avaliação (2010-2015), sendo detectada diferenças significativas na morte infantil por sífilis congênita em comparação com a taxa de mortalidade média para crianças < 1 ano de idade¹⁸, assim como, bebês nascidos de mães não tratadas com sífilis tiveram 10% mais mortes do que aqueles nascidos por mães sem sífilis.

Os dados supracitados sugerem que uma carga considerável de mortalidade é atualmente negligenciada devido aos curtos períodos de acompanhamento.¹⁹ Entretanto, ainda é restrito na literatura, informações a respeito da mortalidade por sífilis congênita, e segundo Saraceni et al.²⁰, no Brasil, apenas alguns Estados da Federação disponibilizam informação sobre a mortalidade perinatal, e assim sendo, pouco se conhece sobre a magnitude da mortalidade fetal tardia.

As limitações encontradas no nosso estudo, relacionam-se a utilização de dados secundários, o que torna passível a falhas de preenchimento ou dados incompletos nas fichas de notificação, com probabilidade de sub-registro e subnotificações e, consequentemente, baixa qualidade das informações registradas. Assim como, a utilização de um sistema de banco de dados para analisar a magnitude da mortalidade por sífilis congênita não é suficiente, devido à ausência de uniformidade nos registros de óbitos entre o SIM e o SINAN. Vale salientar também, que são poucos os estudos com enfoque na sífilis congênita no estado da Bahia.

Conclusão

Em suma, evidenciou-se um crescimento significativo de sífilis gestacional e de sífilis congênita até o ano de 2018, caracterizando a infecção em gestantes jovens, de baixa escolaridade, que realizam o pré-natal tardiamente, e que os parceiros não são tratados, revelando a fragilidade da assistência pré-natal prestada às gestantes, a qual é essencial para prevenir a transmissão vertical. Quanto a prevalência da sífilis congênita, houve predominância em crianças no pe-

ríodo neonatal, do sexo feminino e pardas, as quais a maioria das mães tinham realizado o pré-natal.

Com base nestes dados, torna-se imprescindível a adoção de medidas, a fim de qualificar a vigilância da sífilis gestacional e congênita e melhorar a assistência, visando melhorar o conhecimento e práticas de autocuidado precoce destas gestantes, o rastreamento e o tratamento correto, não somente dela como do parceiro, caso este esteja infectado, promovendo assim um acompanhamento efetivo desde o pré-natal até o momento do parto; desta forma, evita-se a transmissão vertical e promove-se a redução das taxas de mortalidade por sífilis congênita.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por conceder sabedoria, saúde e oportunidades ao longo da vida e na trajetória acadêmica; a cada integrante do grupo, pela dedicação, esforço e empatia durante a construção da pesquisa; a orientadora, Cristina Brasil, e demais professores, pela transmissão de conhecimento e apoio na confecção do estudo; e a todos que direta ou indiretamente contribuíram com conhecimentos, dicas e palavras de incentivo nesse processo.

Contribuições dos autores

Cerqueira LB participou da concepção, delineamento, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados, redação, revisão e encaminhamento do artigo científico. Andrade ACM participou da concepção, delineamento, estruturação da introdução e da metodologia e formatação do artigo científico. Oliveira MCS participou da concepção, delineamento, busca e análise estatística dos dados da pesquisa e interpretação dos resultados do artigo científico. Jesus TA participou da concepção, delineamento, estruturação da introdução e da metodologia, redação e revisão do artigo científico. Brasil CA participou da orientação de todas as etapas de construção do artigo científico.

Conflito de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Silva GM, Silva MAP, Martins DC, Pesce GB, Mendonça RR, Fernandes CAM. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. *Saud Pesq*. 2021;14(2):369–82. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n2e8837>
2. Silva NCP, Carvalho KBS, Chaves KZC. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. *Femina* [Internet]. 2021;49(1):58-64. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146935>
3. Favero MLDC, Ribas KAW, Costa MCD, Bonafé SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arq Health Sci*. 2019;26(1):2-8. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137>
4. Bernardi LE, Ramos MC, Silva MSN, Rossetti MLR. Pilot Evaluation of a rapid immunochromatographic test for the diagnosis of gestational syphilis. *DST-J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2017;29(3):106–9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879139>
5. Cesar JA, Camerini AV, Paulitsch RG, Terlan RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200012. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200012>
6. Lafeté KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63–74. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
7. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00209520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209520>
8. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Brasil). Boletim Epidemiológico de Sífilis. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf
9. Oliveira JS, Santos JV. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia no período de 2010 a 2013. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde* [Internet]. 2015;2(2). Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/article/perfil-epidemiologico-da-sifilis-congenita-no-estado-da-bahia-no-periodo-de-2010-a-2013-v-2-n-2/>
10. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1145–58. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>
11. Santos GC, Borges-Paluch LR, Cerqueira TPS, Passos NCR. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas pelo SUS em município da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015;39(3):529–41. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n3.a1758>
12. Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am*. 2018;26:e3019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
13. Hong FC, Wu XB, Yang F, Lan LN, Guan Y, Zhang CL, et al. Risk of Congenital Syphilis (CS) Following Treatment of Maternal Syphilis: Results of a CS Control Program in China. *Clin*. 2017;65(4):588–94. <https://doi.org/10.1093/cid/cix371>
14. Parkes-Ratanshi R, Kimeze JM, Nakku-Joloba E, Hamill MM, Namaweje M, Kiragga A, et al. Low male partner attendance after syphilis screening in pregnant women leads to worse birth outcomes: The Syphilis Treatment of Partners (STOP) randomised control trial. *J Sex Health*. 2020;17(3):214–22. <https://doi.org/10.1071/SH19092>
15. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: Dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6):e00082415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
16. Sousa OC, Matos PVC, Aguiar DG, Rodrigues RL, Cordeiro DSM, Ferreira MCS. Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia. *Braz. J. Health Rev.* [Internet]. 2019;2(2):1356–76. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1352>
17. Peterman TA, Kidd SE. Trends in deaths due to syphilis, United States, 1968-2015. *Sex Transm Dis*. 2019;46(1):37–40. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000899>
18. Bezerra MLMB, Fernandes FECV, Nunes JPO, Baltar SLSMA, Randau KP. Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. *Emerging Infect Dis*. 2019;25(8):1469–76. <https://doi.org/10.3201/eid2508.180298>
19. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2013;91:217–26. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2013.v91n3/217-226/en>
20. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MMT, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1244-50. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400027>