UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

RANI FERREIRA GOMES

SÍFILIS EM GESTANTES E (NÃO) TRATAMENTO DO PARCEIRO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro
2024

RANI FERREIRA GOMES

SÍFILIS EM GESTANTES E (NÃO) TRATAMENTO DO PARCEIRO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia.

Orientadora: Prof.ª Dra. Adriana de Araujo Pinho

Rio de Janeiro

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

RANI FERREIRA GOMES

SÍFILIS EM GESTANTES E (NÃO) TRATAMENTO DO PARCEIRO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia.

Aprovada em: 19 de dezembro de 2024.

_____

Prof.ª Dra. Adriana de Araujo Pinho (Orientadora)

IESC/UFRJ

_____

MD. Mariana de Almeida Jorge de Azevedo

Hospital-Maternidade Carmela Dutra – SMS-RJ

_____

Dra. Erika Fonseca Camargo Marsico

HUCFF/UFRJ e CIEVS Rio/ SMS

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter me fortalecido em todo o tempo para que fosse possível concluir o curso.

Agradeço aos meus pais por todo o incentivo.

Agradeço à minha orientadora, a professora Dra. Adriana de Araujo Pinho, obrigada por todo ensinamento, por todo empenho e dedicação na construção desse trabalho.

A nossa monitora Juliana Cavalcanti Figueiredo, por todo o carinho e toda a sua disposição para nos ajudar.

Por fim, a todos os meus colegas de curso, muito obrigada.

RESUMO

GOMES, Rani Ferreira. **Sífilis em gestantes e (não) tratamento do parceiro no município do Rio de Janeiro**. Monografia (Especialização em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: A sífilis congênita é um agravo evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente. A adesão do parceiro ao tratamento da sífilis é um fator essencial para o controle da infecção, pois a transmissão contínua entre os parceiros pode levar à reinfecção da gestante, comprometendo a eficácia do tratamento. **Objetivo:** Analisar o perfil de gestantes com sífilis segundo o registro de (não) tratamento do parceiro notificadas na rede de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) no período de 2013 a 2023. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com dados retrospectivos dos casos de sífilis em gestantes e informações sobre o tratamento da parceria sexual, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2023. **Resultados:** Identificou-se que a taxa de tratamento de parceiros foi de 35,7%, com queda ao longo dos anos. Os períodos pandêmicos apresentaram as menores proporções no registro de tratamento dos parceiros e foram frequentes, nesses anos, os motivos referidos relacionados à recusa do parceiro após convocação e a não convocação que pode estar relacionada à pandemia. As mulheres negras e com baixa escolaridade, além de serem as que mais são diagnosticadas com sífilis, também são aquelas com maiores proporções de não tratamento do parceiro, revelando novamente a vulnerabilidade deste segmento populacional para se ter garantidos seus direitos ao acesso e tratamento adequado em saúde. **Conclusão**: Os achados destacam a necessidade de intervenções específicas para melhorar a adesão ao tratamento por parte dos parceiros e, consequentemente, o manejo da sífilis gestacional, especialmente em gestantes mais jovens, negras e com baixa escolaridade.

Palavras-chave: sífilis; gestantes; tratamento parceiro; infecções sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

GOMES, Rani Ferreira. **Sífilis em gestantes e (não) tratamento do parceiro no município do Rio de Janeiro**. Monografia (Especialização em Vigilância em Saúde com Ênfase em Epidemiologia) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introduction: Congenital syphilis is a preventable condition, provided that gestational syphilis is diagnosed and treated promptly. Partner adherence to syphilis treatment is an essential factor in controlling the infection, since continuous transmission between partners can lead to reinfection of the pregnant woman, compromising the effectiveness of the treatment. **Objective**: To analyze the profile of pregnant women with syphilis according to the record of (non) treatment of the partner notified in the health network of the Municipality of Rio de Janeiro (MRJ) in the period from 2013 to 2023. **Method**: This is an observational, descriptive study, with retrospective data on syphilis cases in pregnant women and information on the treatment of the sexual partner, notified in the Information System for Compulsory Notifiable Diseases (SINAN) in the period from January 2013 to December 2023. **Results**: It was identified that the treatment rate of partners was 35.7%, with a decrease over the years. Pandemic periods presented the lowest proportions in the registration of treatment of partners and, in those years, the reasons mentioned related to the partner's refusal after summons and non-summons that may be related to the pandemic were frequent. Black women with low levels of education, in addition to being the most frequently diagnosed with syphilis, are also those with the highest rates of non-treatment of their partners, once again revealing the vulnerability of this population segment to ensuring their rights to access and adequate treatment in health care. **Conclusion**: The findings highlight the need for specific interventions to improve adherence to treatment by partners and, consequently, the management of gestational syphilis, especially in younger, black pregnant women with low levels of education.

Keywords: syphilis; pregnant women; partner treatment; sexually transmitted diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxas de detecção de sífilis em gestantes segundo a Área de Planejamento do MR, 2013 a 2023 18
Figura 2 - Proporção de parceiros de gestantes com sífilis tratados por ano, MRJ (2013- 2023) 23
Figura 3 - Proporção de parceiros tratados e dados ignorados por área de planejamento do MRJ (2013-2023) 24
Figura 4 - Motivos para não tratamento do parceiro segundo período, MRJ (2013-2023) 27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas das gestantes, MRJ (2013-2023).....19
Tabela 2 - Características diagnósticas e terapêuticas das gestantes, MRJ (2013-2023).....21
Tabela 3 - Características sociodemográficas e diagnósticas-terapêuticas das gestantes segundo tratamento do parceiro, MRJ (2013-2023).....25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área de Planejamento
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MRJ	Município do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação MS: Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
VDRL	*Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 JUSTIFICATIVA 13
3 OBJETIVOS 14
3.1 OBJETIVO GERAL 14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 14
4 MÉTODOS 15
4.1 DEFINIÇÃO DE CASO 15
4.2 FONTE DE DADOS 15
4.1.1 Variáveis Utilizadas 16
4.1.2 Análise dos Dados 16
4.3 QUESTÕES ÉTICAS 17
5 RESULTADOS 18
5.1 SÍFILIS EM GESTANTES 18
5.2 (NÃO) TRATAMENTO DO PARCEIRO 22
5.3 MOTIVOS PARA NÃO TRATAMENTO DOS PARCEIROS 26
6 DISCUSSÃO 28
7 CONCLUSÕES 34
REFERÊNCIAS 35
ANEXO 38
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE 39

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença crônica causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, curável, exclusiva do ser humano e tem o tratamento garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e está na lista de agravos e doenças de notificação compulsória semanal (Rio de Janeiro, 2023). Sua transmissão ocorre principalmente pelo contato sexual; entretanto, também pode ser transmitida verticalmente para o feto de uma pessoa gestante não tratada ou tratada de forma inadequada (Brasil, 2022).

Por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível (IST), atinge potencialmente a vida de milhões de pessoas, especialmente a saúde reprodutiva e infantil, ocasionando graves consequências como infertilidade, complicações na gravidez e no parto, perdas fetais, aumento da mortalidade infantil e agravos à saúde da criança, tendo, assim, um grande impacto na saúde pública (Brasil, 2021).

A sífilis está entre as infecções sexualmente transmissíveis mais comuns, com grande potencial de risco à saúde e à vida das pessoas, sendo um relevante problema de saúde pública em todo o mundo, no Brasil e também no município do Rio de Janeiro (MRJ) (Rio de Janeiro, 2023). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o panorama da sífilis no Brasil não diverge de outros países. Os números de casos são preocupantes, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção (Brasil, 2022).

A sífilis gestacional é uma infecção sexualmente transmissível que, quando não tratada adequadamente durante a gravidez, pode levar à transmissão do *Treponema pallidum* para o feto, resultando em sífilis congênita. A infecção pode causar sérios danos à saúde do recém-nascido, incluindo retardamento do crescimento, danos ao sistema nervoso central, malformações ósseas e outras complicações graves, além da morte do feto (Brasil, 2019).

O Brasil tem observado um aumento significativo no número de casos de sífilis gestacional e congênita nos últimos anos, refletindo a falha na implementação eficaz de políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2019) indicam que, embora o país tenha uma política nacional de rastreamento de sífilis durante o pré-natal, o número de casos de sífilis congênita ainda é alarmante. Isso se deve a fatores como falta de adesão ao tratamento, o subdiagnóstico e a falta de informação sobre a doença, além da insuficiente cobertura de testes rápidos de sífilis durante o pré-natal.

A vigilância epidemiológica e a assistência à sífilis são fundamentais para o controle da doença. No Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é a principal ferramenta para monitorar os casos de sífilis. A obrigatoriedade da notificação de

sífilis em gestantes foi instituída pela portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. O Ministério da Saúde recomenda a realização de testes rápidos de sífilis no início do pré-natal e, se necessário, durante o terceiro trimestre. A assistência adequada inclui o tratamento da gestante com penicilina e a notificação dos parceiros para garantir o tratamento simultâneo, interrompendo o ciclo de transmissão e prevenindo a sífilis congênita (Laurentino *et al*., 2024).

O rastreamento da sífilis na gestação é importante para o diagnóstico precoce durante o pré-natal, possibilitando o tratamento em tempo oportuno e evitando a transmissão vertical da sífilis para o feto e suas complicações. No Brasil, no período de 2005 a 30 de junho de 2024, o país registrou um total de 713.167 casos de sífilis em gestantes. A taxa de detecção nacional cresceu ao longo deste período, alcançando 34,0 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2023, a maior numa série histórica de 10 anos (2013-2023). Em 2023, a taxa de incidência de sífilis congênita alcançou 9,9 casos por 1.000 NV e o coeficiente de mortalidade infantil específica por sífilis congênita foi de 7,7 óbitos por 100.000 NV (Brasil, 2024). No Estado do Rio de Janeiro (ERJ), a situação epidemiológica de sífilis gestacional e congênita reflete um quadro semelhante ao nacional. Em 2023, o estado registrou a maior taxa de detecção de sífilis em gestantes e a maior incidência de sífilis congênita, com 69,5 casos em gestantes por 1.000 NV e 18,5 casos de sífilis congênita por 1.000 NV, respectivamente (Brasil, 2024). O percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis em gestantes no ERJ foi de 26,6%.

A sífilis congênita é um agravo evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente. O tratamento adequado da mãe é crucial para prevenir a transmissão vertical da sífilis para o recém-nascido e é um critério para definir e notificar casos de sífilis congênita (Brasil, 2023). O tratamento adequado da gestante deve ser com benzilpenicilina benzatina, um tratamento altamente eficaz e com eficácia comprovada durante a gestação e que também deve ser estendido ao parceiro sexual da gestante. No entanto, a falta de adesão ao tratamento, especialmente por parte do parceiro, tem sido um desafio contínuo.

A adesão do parceiro ao tratamento da sífilis é um fator essencial para o controle da infecção, pois a transmissão contínua entre os parceiros pode levar à reinfecção da gestante, comprometendo a eficácia do tratamento e prolongando o ciclo de infecção (Brasil, 2016). Estudos indicam que a falta de adesão do parceiro ao tratamento está relacionada a uma série de fatores, como a falta de informação sobre os riscos da infecção, o estigma social em torno da sífilis e a dificuldade de acesso ao tratamento (Monteiro, 2015; Moses; Brandt, 2024). A

ausência de políticas públicas focadas na conscientização e no tratamento simultâneo de ambos os parceiros contribui para o aumento da sífilis gestacional e congênita.

Este trabalho visa analisar o registro de tratamento ou não do parceiro da gestante com sífilis notificada no Município do Rio de Janeiro no período compreendido entre 2013 a 2023, e se há possíveis diferenças no perfil de gestantes segundo o registro de tratamento ou não e os motivos registrados nas fichas de notificação para que os parceiros não tenham sido tratados. A compreensão dos fatores ao tratamento serão fundamentais para a proposição de estratégias de saúde públicas mais eficazes.

2 JUSTIFICATIVA

A sífilis gestacional representa um problema significativo de saúde pública no Brasil e em diversas partes do mundo. Sua transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto, pode ocasionar complicações graves, como a sífilis congênita, que é uma das principais causas de morte neonatal evitável (Brasil, 2019). A infecção, quando não tratada adequadamente durante a gestação, pode resultar em prematuridade, aborto espontâneo, malformações congênitas e até a morte fetal, impactando diretamente a saúde da gestante e do recém-nascido (Brasil, 2010).

A eficácia do tratamento da sífilis gestacional está fortemente vinculada à adesão da gestante e de seu parceiro ao tratamento (Brasil, 2016). Embora a gestante receba atenção durante o pré-natal e tenha acesso ao tratamento com penicilina, a falta de adesão do parceiro ao tratamento é uma das principais barreiras para o controle da transmissão da doença (Monteiro, 2015; Torres *et al*., 2022). Quando o parceiro não se trata, a reinfecção pode ocorrer, perpetuando o ciclo de transmissão e colocando em risco a saúde da mulher e do bebê, além de dificultar os esforços para erradicar a sífilis congênita.

Diversos fatores contribuem para a não adesão do parceiro ao tratamento, como a falta de conscientização sobre a gravidade da doença, a resistência ao tratamento, o estigma associado à sífilis e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2016). A ausência de uma abordagem conjunta no tratamento da sífilis, que envolve tanto a gestante quanto o parceiro, compromete a eficácia das estratégias de controle da infecção. Nesse sentido, políticas públicas de saúde que incluam o tratamento do parceiro e a educação em saúde sobre a importância dessa adesão são fundamentais para reduzir a incidência da sífilis gestacional e congênita.

O presente trabalho se justifica pela necessidade urgente de se investigar as razões que levam ao não tratamento do parceiro da gestante com sífilis. Poucos estudos têm tratado sobre a questão de tratamento dos parceiros sexuais de gestantes no Brasil, como mostra revisão de Laurentino *et al*. (2024). Entender os aspectos sociais, culturais e de acesso à saúde que influenciam esse comportamento é essencial para a implementação de estratégias de prevenção mais eficazes, que promovam a inclusão do parceiro no processo de tratamento da sífilis, como parte de um modelo de atenção integral à saúde da gestante e da família. A reflexão sobre essa temática é de extrema relevância, considerando os elevados índices de sífilis gestacional e congênita no Brasil e a importância do tratamento completo e integrado para a eliminação da doença (Brasil, 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil de gestantes com sífilis segundo o registro de (não) tratamento do parceiro notificadas na rede de saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) no período de 2013 a 2023 e os motivos registrados para o não tratamento do parceiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as taxas de detecção de sífilis na gestação no MRJ segundo ano de diagnóstico e conforme as divisões administrativas do MRJ (Áreas de Planejamento
- - AP);
- Descrever o perfil sociodemográfico e gestacional das gestantes com diagnóstico de sífilis no MRJ no período de 2013 a 2023;
- Descrever a realização do tratamento do parceiro segundo ano e as áreas de planejamento (AP) do Município do Rio de Janeiro (MRJ);
- Comparar o perfil sociodemográfico e relacionado à gestação entre as gestantes com parceiros tratados e não tratados;
- Descrever os motivos de não tratamento dos parceiros.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com dados retrospectivos dos casos de sífilis em gestantes e informações sobre o tratamento da parceria sexual, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2023.

4.1 DEFINIÇÃO DE CASO

Serão considerados casos de sífilis em gestantes as seguintes situações:

Situação 1- Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal o parto e/ou o puerpério,apresente pelo menos um teste reagente treponêmico/OU não treponêmico,com qualquer titulação,sem registro de tratamento prévio.

Situação 2- Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico,com qualquer titulação. a Para mais informações sobre as sintomatologia sífilis,consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3- Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

4.2 FONTE DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio do TabNet Municipal, uma ferramenta do Sistema Único de Saúde (SUS) que reúne informações epidemiológicas sobre agravos de saúde pública, incluindo sífilis. Essa plataforma foi escolhida por ser uma fonte oficial, atualizada e confiável, permitindo acesso a dados anonimizados sobre notificações de sífilis e o manejo clínico relacionado. Os dados foram extraídos do TabNet Municipal em 09 de março de 2025 referentes ao período de janeiro de 2013 a dezembro de 2023 e organizados em planilhas do Google.

4.1.1 Variáveis Utilizadas

As variáveis analisadas foram aquelas presentes na Ficha de Notificação (FN) da Gestante com sífilis (ANEXO A) e divididas em cinco grupos principais:

- **Sociodemográficas**: Idade, escolaridade e raça/cor;
- **Relacionadas à gestação**: Trimestre da gestação no diagnóstico;
- **Notificação e manejo clínico**: Estágio da sífilis, teste treponêmico e não treponêmico realizado durante o pré-natal, esquema de tratamento prescrito da gestante, realização do tratamento do parceiro, motivo para não tratamento do parceiro;

4.1.2 Análise dos Dados

Os dados foram analisados com auxílio das planilhas do Google. As etapas de análise incluíram:

- Cálculo das taxas de detecção de sífilis em gestantes residentes no MRJ definida como o número de casos notificados por 1.000 nascidos vivos. Para o denominador, foram utilizados dados do SINASC para se obter o número de nascidos vivos para cada ano analisado de residentes do MRJ. Calculou-se a taxa de detecção de sífilis para cada ano e segundo a Área de Planejamento do MRJ
- Descrição das características das gestantes notificadas com sífilis comparando os períodos: 2013-2016, 2017-2019, 2020-2021 e 2022-2023;
- Cálculo da proporção de parceiros tratados entre as gestantes notificadas segundo ano de notificação e Área de Planejamento do MRJ;
- Análise da distribuição das características sociodemográficas e relacionadas à gestação segundo a realização ou não do tratamento do parceiro;
- Descrição dos motivos registrados na ficha de notificação para não tratamento do parceiro.

Analisou-se também os atributos de completude, com a descrição da proporção de dados ignorados para as variáveis selecionadas.

Os resultados foram apresentados em forma de tabela, com a distribuição da frequência absoluta e relativa, e gráficos de linha e barras, além de textualmente.

4.3 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo utilizou dados secundários, anonimizados e provenientes de sistemas oficiais de saúde pública de acesso público, garantindo a confidencialidade das informações e dispensando a necessidade de aprovação por comitê de ética, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

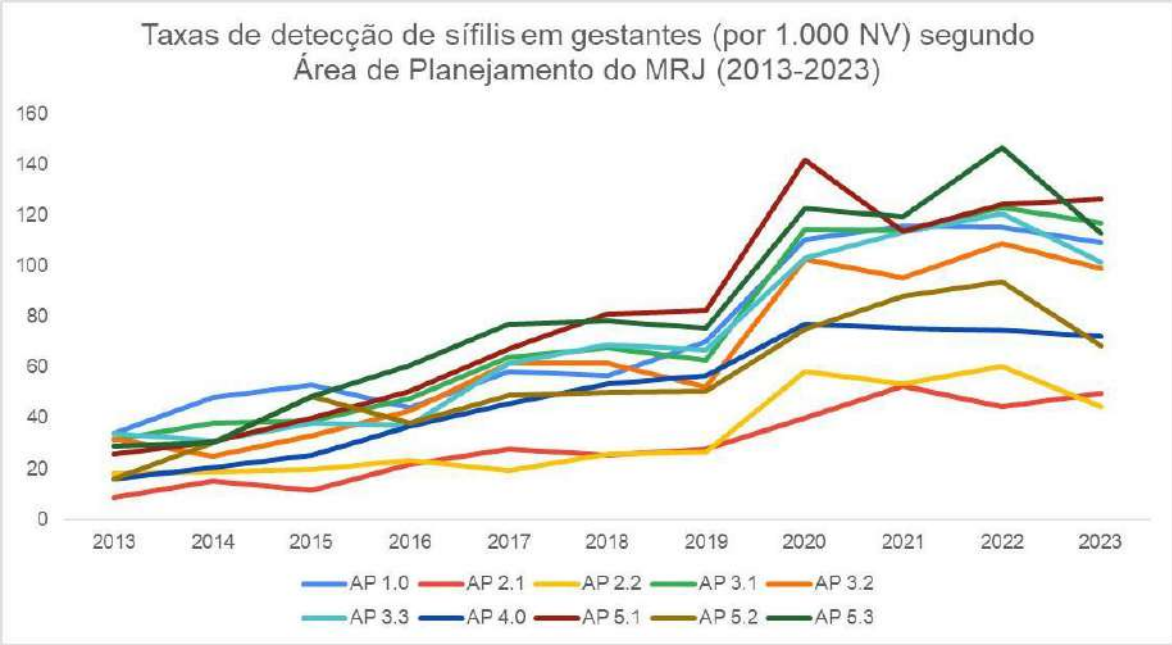
5 RESULTADOS

5.1 SÍFILIS EM GESTANTES

No período analisado, de 2013 a 2023, foram notificados 41.992 casos de sífilis em gestantes residentes no MRJ, correspondendo a uma taxa de detecção global de 48,5 casos por 1.000 nascidos vivos. Observa-se nesse período de 10 anos, um crescimento das taxas em todas as Áreas de Planejamento do MRJ, particularmente para os períodos pandêmicos (2020-2022) que apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis gestacional no MRJ (Figura 1). A Área de Planejamento da 5.1 apresentou a maior taxa de detecção de sífilis em gestante no período, atingindo seu maior valor no ano de 2020. As Áreas de Planejamento

2.1 e 2.2 apresentam as menores taxas de detecção de sífilis em gestante. A partir de 2020, ano em que se iniciou a pandemia, ambas apresentaram um aumento da taxa de detecção.

Figura 1 - Taxas de detecção de sífilis em gestantes segundo a Área de Planejamento do MR, 2013 a 2023



Fonte: Tabnet – outubro/2024.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas das gestantes diagnosticadas com sífilis no Município do Rio de Janeiro (MRJ) no período de 2013 a 2023, distribuídas segundo o período de análise.

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas das gestantes, MRJ (2013-2023)

Variáveis	2013-2016		2017-2019		2020-2021		2022-2023	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária								
15-24	6.753	61,1	8.675	62,2	7.922	59,6	6.870	54,3
25-34	3.428	31,0	4.217	30,2	4.388	33,0	4.786	37,8
35-44	859	7,8	1.047	7,5	952	7,2	970	7,7
45+	17	0,1	15	0,1	28	0,21	19	0,1
Raça/cor								
Branca	475	20,7	2778	22,3	2.363	21,4	1.863	23,8
Preta	461	20,0	2.996	24,1	2.720	24,7	1.955	24,9
Parda	919	39,9	5.862	47,1	5.432	49,3	3.654	46,7
Ign./Branco	444	19,3	817	6,5	508	4,6	359	4,6
Escolaridade								
Até a quarta série	824	8,1	1.181	9,3	297	2,6	208	2,6
Ensino fundamental completo/incompleto	3.426	33,9	3.912	30,9	3.735	33,2	2.179	27,3
Ensino médio completo/incompleto	2.817	27,8	4.645	36,7	5.149	45,8	4.130	51,8
Ensino superior completo/incompleto	135	1,3	273	2,2	332	2,9	263	3,3
Ign./Branco	2.906	28,7	2.657	20,9	1.729	15,4	1.194	14,9
Classificação clínica								
Primária	1.654	24,9	1.822	17,3	1.910	18,9	1.288	18,1
Secundária	237	3,6	312	2,9	271	2,7	207	2,9
Terciária	1.925	29,1	2.756	26,2	2.259	22,4	1.503	21,1
Latente	2.804	56,5	5.627	67,9	5.656	73,3	4.122	57,9
Ign./branco	3.996	34,64	2.592	19,77	1.747	14,75	1.506	17,0
Total	**10.616**	**100,0**	**13.109**	**100,0**	**11.843**	**100,0**	**8.626**	**100,0**

Nota: Os dados foram extraídos diretamente do tabnet e há diferenças identificadas nos totais das variáveis devido, provavelmente, a inconsistências não corrigidas no manejo da base original.
Fonte: Tabnet – outubro/2024.

Observa-se na tabela 1 que para todos os períodos, a faixa etária predominante das gestantes diagnosticadas com sífilis foi entre 15 e 24 anos. A faixa de 25 a 34 anos apresentou aumento gradual na proporção de casos, passando de 31,0% (2013-2016) para 37,8% (2022-

2023), sugerindo uma transição no perfil etário das gestantes com sífilis. As faixas etárias de 35-44 anos e 45 anos ou mais mantiveram proporções pequenas e relativamente estáveis ao longo dos períodos.

Em relação à raça/cor, pode-se observar que as gestantes pardas foram o grupo predominante em todos os períodos, com aumento proporcional de 39,9% (2013-2016) para 49,3% (2020-2021), reduzindo levemente para 46,6% no período mais recente. Seguida das gestantes de cor preta que representou o segundo maior grupo, e apresentou um aumento de 20,0%, entre 2013 a 2016 para 24,7% nos dois últimos anos (2022-2023), evidenciando que a população negra tem sido a mais cometida pela IST. Houve também uma melhora no registro deste quesito na ficha de notificação, passando de 19,3% de dados ignorados sobre cor/raça entre 2013-2016 para 4,6 no período pandêmico (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, parece ter havido mudanças significativas ao longo dos períodos. Gestantes com ensino médio completo ou incompleto apresentaram aumento substancial, de 27,8% (2013-2016) para 51,8% (2022-2023), enquanto aquelas com ensino fundamental completo/incompleto diminuíram de 33,9% para 27,3% no mesmo intervalo. A proporção de gestantes com ensino superior também aumentou discretamente, de 1,3% para 3,3%. Os registros com escolaridade ignorada ou não se aplica reduziram consideravelmente, de 28,7% para 14,9%, refletindo melhorias na qualidade dos dados registrados.

A sífilis latente foi a forma clínica mais frequente, à época do diagnóstico e notificação em todos os períodos, com proporções crescentes até 2020-2021 (73,3%), seguidas de uma leve redução para 57,9% em 2022-2023. A sífilis terciária, a segunda classificação mais comum, diminuiu gradualmente de 29,1% (2013-2016) para 21,1% (2022-2023). A sífilis primária e secundária apresentaram proporções menores e relativamente estáveis, ambas representando menos de 20% dos casos em todos os períodos analisados. Observou-se também melhora no preenchimento deste campo, com redução da proporção de dados ignorados ao longo dos períodos analisados.

Quanto ao trimestre de diagnóstico, o primeiro trimestre concentrou a maior parte dos diagnósticos, aumentando de 46,8% (2013-2016) para 60,3% (2022-2023). O segundo trimestre apresentou proporções menores, variando entre 18,8% e 26,4%. Já os diagnósticos realizados no terceiro trimestre oscilaram entre 18,8% e 26,7%, sem uma tendência clara, mas indicando que casos tardios ainda são uma preocupação relevante. Não parece que a pandemia mudou o padrão no período gestacional de diagnóstico da sífilis.

Quando se analisa os dados sobre testagem e tratamento (tabela 2), observa-se que o teste treponêmico não foi realizado em 17,1% das gestantes no primeiro período (2013-

2016), aumentando significativamente sua realização nos períodos seguintes, para mais que 80%. Os dados ignorados ou em branco também reduziram de 10,3% (2013-2016) para 8,9% (2022-2023).

Na análise do teste não treponêmico, a categoria reagente expõe resultados em queda, principalmente de 64,8% (2013-2016) para 37,5% (2017-2019) e aumento com certa regularidade nos anos posteriores de 40,3% (2020-2021) para 40,6% (2022-2023). Destaca- se que aumentou a proporção de testes não treponêmicos registrados como não realizados do primeiro quadriênio para os períodos posteriores. No grupo em que a informação foi classificada como ignorada ou em branco, a proporção apresentou uma média de 12%.

Para o esquema de tratamento prescrito, as maiores proporções encontradas foram de penicilina G benzatina 7.200.000 UI com variações correspondendo a 88,5% (2013-2016), pequeno acréscimo nos anos posteriores e com maior proporção de 91,1% ocorrida em 2022-2023. A prescrição de penicilina G benzatina 2.400.000 UI (dose única) apresentou menores proporções, cerca de 6% nos três últimos períodos, podendo indicar que o caso se referia à sífilis recente (primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução). Outro esquema de tratamento prescrito obteve variações de 0,6% (2013-2016) a 0,2% no período de 2022-2023. Chama a atenção que, para todo o período analisado, 783 gestantes tiveram o registro de tratamento não realizado.

Tabela 2 - Características diagnósticas e terapêuticas das gestantes, MRJ (2013-2023)

2013-2016			**2017-2019**		**2020-2021**		**2022-2023**	
Variáveis	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Trimestre da gestação								
1º trimestre	4.960	46,8	8.281	60,4	7.716	58,4	7.561	60,3
2º trimestre	2.800	26,4	2.848	20,7	2.483	18,8	2.605	20,8
3º trimestre	2.836	26,7	2.587	18,8	3.071	22,8	2.364	18,8
Ign./branco	85	0,80	749	5,18	442	3,24	182	1,43
Teste treponêmico durante PN								
Reagente	7.962	68,8	11.757	80,0	11.016	79,1	10.134	78,1
Não reagente	449	3,8	575	3,9	679	4,9	736	5,7
Não realizado	1.976	17,1	999	6,8	848	6,1	934	7,2
Ign./branco	1.188	10,3	1.361	9,3	1.384	9,9	1.166	8,9

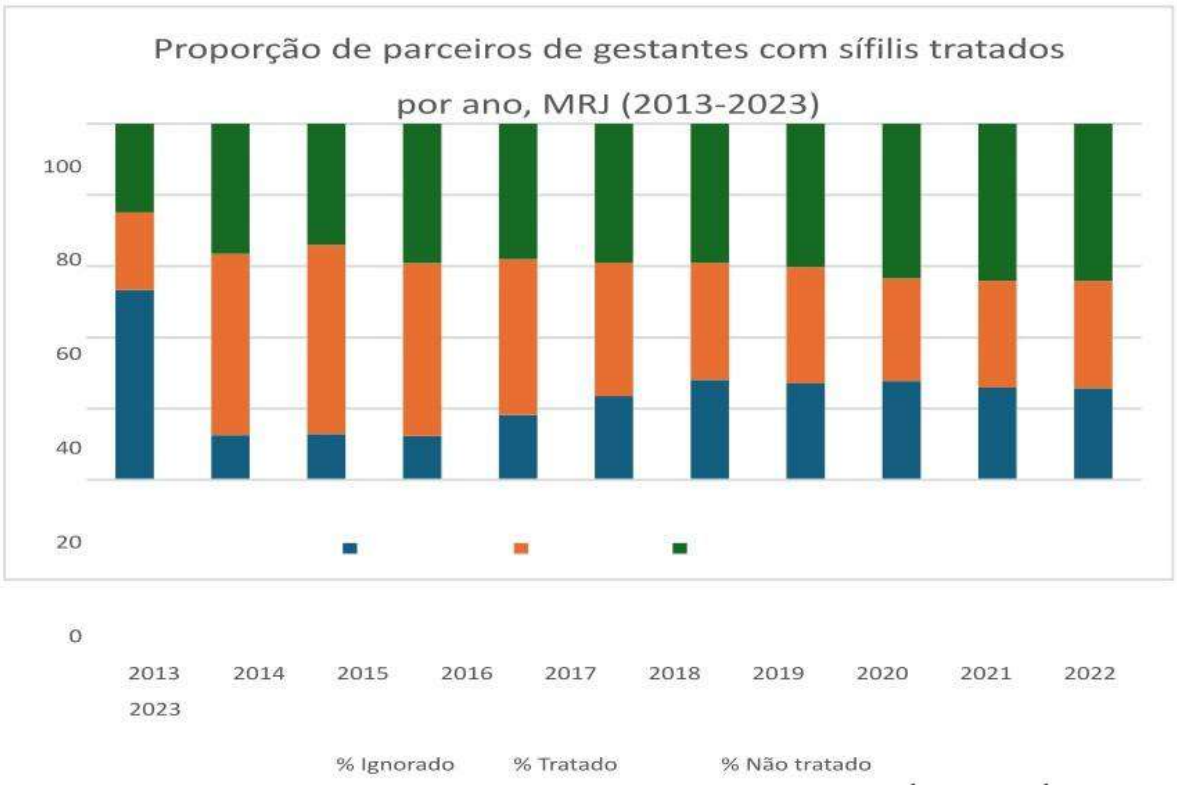
Teste Não treponêmico durante PN								
Reagente	7.496	64,8	5.578	37,5	5.619	40,3	5.263	40,6
Não reagente	362	3,1	703	4,8	560	4,0	362	2,8
Não realizado	2.656	22,9	6.444	43,8	5.957	42,8	5.762	44,4
Ign./branco	1.061	9,2	1.967	13,4	1.791	12,9	1.583	12,2
Esquema de tratamento Prescrito da gestante								
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	564	4,9	846	5,8	896	6,4	788	6,2
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	93	0,8	63	0,4	75	0,5	64	0,5
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	10.246	88,5	13.238	90,1	12.453	89,4	11.816	91,1
Outro esquema	70	0,6	59	0,4	43	0,3	26	0,2
Não realizado	335	2,9	187	1,3	146	1,0	115	0,9
Ign./branco	267	2,3	299	2,0	314	2,3	150	1,2
Total	**11.575**	**100,0**	**14.692**	**100,0**	**13.927**	**100,0**	**12.959**	**100,0**

Nota: Os dados foram extraídos diretamente do tabnet e há diferenças identificadas nos totais das variáveis devido, provavelmente, a inconsistências não corrigidas no manejo da base original.
Fonte: Tabnet – outubro/2024.

5.2 (NÃO) TRATAMENTO DO PARCEIRO

A proporção global de tratamento de parceiros entre 2013 e 2023 foi de 35,7%. A proporção de registro de tratamento dos parceiros variou ao longo dos anos, com picos em 2014 e 2015, onde a proporção alcançou 50,9% e 53,1%, respectivamente. Entretanto, observou-se uma tendência de queda nos anos subsequentes. Com a proporção caindo para 30,1 % em 2023. Os períodos pandêmicos apresentaram as menores proporções no registro de tratamento dos parceiros (Figura 2).

Figura 2 - Proporção de parceiros de gestantes com sífilis tratados por ano, MRJ (2013-2023)



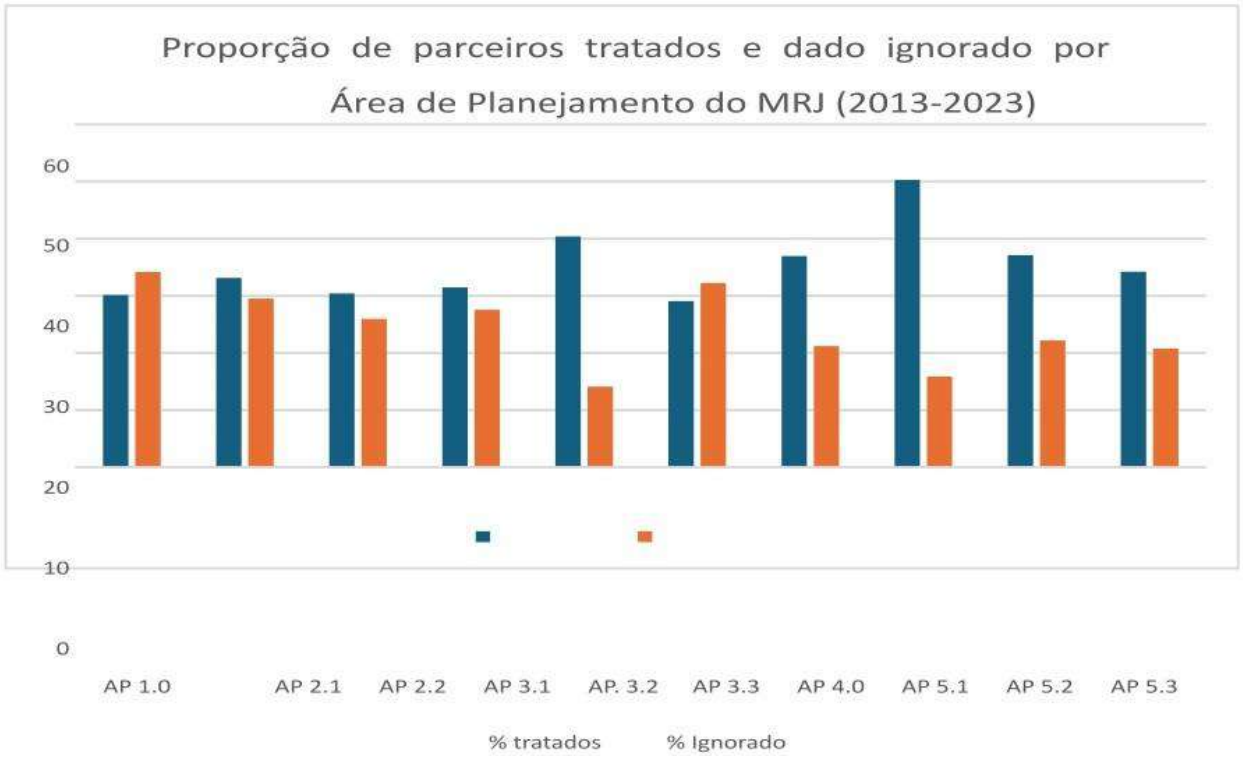
Fonte: Tabnet – outubro/2024.

Com exceção do ano de 2013, que teve a maior proporção de dados ignorados em relação ao registro do tratamento do parceiro, até o ano de 2016, a proporção de ignorados ficou em torno de 12%, aumentando a partir de 2017 com uma média de 26% de dados ignorados.

Na análise da proporção de parceria tratada segundo as Áreas de Planejamento, há variações nas proporções de tratamento entre as diferentes AP (Figura 3). Por exemplo, a AP 5.1 se destacou com a maior proporção de tratamento (50,3%), indicando uma possível efetividade em suas práticas de saúde, enquanto a AP 3.3 apresentou a menor proporção (29,1%) em todo o período.

A presença significativa de casos com informações ignoradas ou em branco (13.219 no total) sugere uma falha na coleta ou no registro de dados. Essa taxa de registros incompletos é alarmante, pois indica que muitas notificações não apresentam informações essenciais sobre o tratamento dos parceiros.

Figura 3 - Proporção de parceiros tratados e dados ignorados por área de planejamento do MRJ (2013-2023)



Fonte: Tabnet – outubro/2024.

É válido ressaltar a alta proporção de incompletude para as AP 1.0 e a AP 3.3, em que a proporção de dados ignorados foi maior do que a de parceiros tratados.

Ao analisar as características sociodemográficas e diagnóstico-terapêuticas segundo o registro de tratamento do parceiro (tabela 3), não parece haver diferenças significativas entre as gestantes em diferentes faixas etárias, mas há uma proporção relativamente mais elevada de não tratamento do parceiro para as faixas extremas, ou seja, as mais jovens (15 a 24 anos) e as mais velhas com 45 anos ou mais, ainda que estas representem apenas 0,1% dos casos. Este grupo também apresenta a maior proporção de dados ignorados referentes ao tratamento do parceiro.

Em relação à raça/cor das gestantes cujo parceiro não tratou, as gestantes pretas e pardas respondem pela maioria dos casos, 41,6% e 40,3%, respectivamente. A proporção de informação ignorada sobre o tratamento do parceiro foi maior entre aquelas gestantes cuja cor também era ignorada (37,7%).

Quanto à escolaridade, o registro de não tratamento do parceiro foi proporcionalmente maior entre as gestantes com baixa escolaridade (até o ensino fundamental completo (43,5%), comparativamente às gestantes com maior escolaridade (Tabela 3). As gestantes com o

quesito escolaridade ignorado também tiveram uma maior proporção de dados ignorados para a situação de tratamento do parceiro.

Aparentemente, o registro de tratamento do parceiro é maior quando o diagnóstico ocorre no primeiro trimestre. Nos diagnósticos realizados no segundo trimestre, 44,2% dos parceiros não fizeram tratamento.

As gestantes com sífilis terciária e latente (maioria dos casos), aparentemente apresentaram uma proporção um pouco maior de parceiros não tratados do que as gestantes com sífilis primária ou secundária (Tabela 3).

A maioria dos parceiros não tratados foram de gestantes também não tratadas. Cabe apontar que 34 gestantes em todo o período analisado não fizeram o tratamento, mas tiveram o registro de tratamento do parceiro na ficha de notificação.

Tabela 3 - Características sociodemográficas e diagnósticas-terapêuticas das gestantes segundo tratamento do parceiro, MRJ (2013-2023)

	Ign/Branco		**Sim**		**Não**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária								
15-24	7.670	24,7	10.921	35,2	12.413	40,0	31.004	100,0
25-34	4.454	25,8	6.235	36,1	6.602	38,2	17.291	100,0
35-44	1.065	27,0	1.400	35,5	1.482	37,5	3.947	100,0
45+	30	34,9	27	31,4	35	40,7	86	100,0
Raça/cor								
Branca	2.662	23,2	4.444	38,7	4.379	38,1	11.485	100,0
Preta	3.147	25,1	4.175	33,3	5.220	41,6	12.542	100,0
Parda	6.076	24,7	8.629	35,0	9.944	40,3	24.649	100,0
Ign/Branco	1.444	37,7	1.298	33,9	1.085	28,4	3.827	100,0
Escolaridade								
Até a quarta série	537	18,5	1.108	38,1	1.265	43,5	2.910	100,0
Ensino Fundamental completo/incompleto	3.744	23,1	5.403	33,4	7.040	43,5	16.187	100,0
Ensino médio completo/incompleto	4.826	23,0	8.043	38,4	8.081	38,6	20.950	100,0
Ensino superior completo/incompleto	249	20,0	566	45,4	433	34,7	1.248	100,0

Ign./Branco	2.947	34,6	2.625	30,8	2.945	34,6	8.517	100,0
Trimestre de diagnóstico								
1º Trimestre	6.073	21,3	11.406	39,9	11.094	38,8	28.573	100,0
2º Trimestre	2.280	21,2	3.731	34,6	4.759	44,2	10.770	100,0
3º Trimestre	3.884	35,6	2.786	25,5	4.240	38,9	10.910	100,0
Ign./Branco	611	41,9	471	32,3	376	25,1	1.458	100,0
Classificação Clínica								
Primária	2.157	24,8	3.209	36,9	3.336	38,3	8.702	100,0
Secundária	528	33,6	475	30,2	569	36,2	1.572	100,0
Terciária	2.077	20,2	3.794	36,8	4.435	43,0	10.306	100,0
Latente	5.273	23,1	8.090	35,4	9.492	41,5	22.855	100,0
Ign./Branco	672	88,5	19	2,5	68	9,0	759	100,0
Esquema de tratamento prescrito à gestante								
Penicilina G benz. 2.400.000 UI	1.339	42,6	726	23,1	1.078	34,3	3.143	100,0
Penicilina G benz. 4.800.000 UI	113	37,8	66	22,1	120	40,1	299	100,0
Penicilina G benz. 7.200.000 UI	10.749	22,4	17.963	37,5	19.190	40,1	47.902	100,0
Outro esquema	79	39,3	59	29,4	63	31,3	201	100,0
Não realizado	327	41,5	34	4,3	427	54,2	788	100,0
Total	**12.607**		**18.848**		**20.878**		**52.333**	

Nota: Os dados foram extraídos diretamente do tabnet e há diferenças identificadas nos totais das variáveis devido, provavelmente, a inconsistências não corrigidas no manejo da base original.
Fonte: Tabnet – outubro/2024.

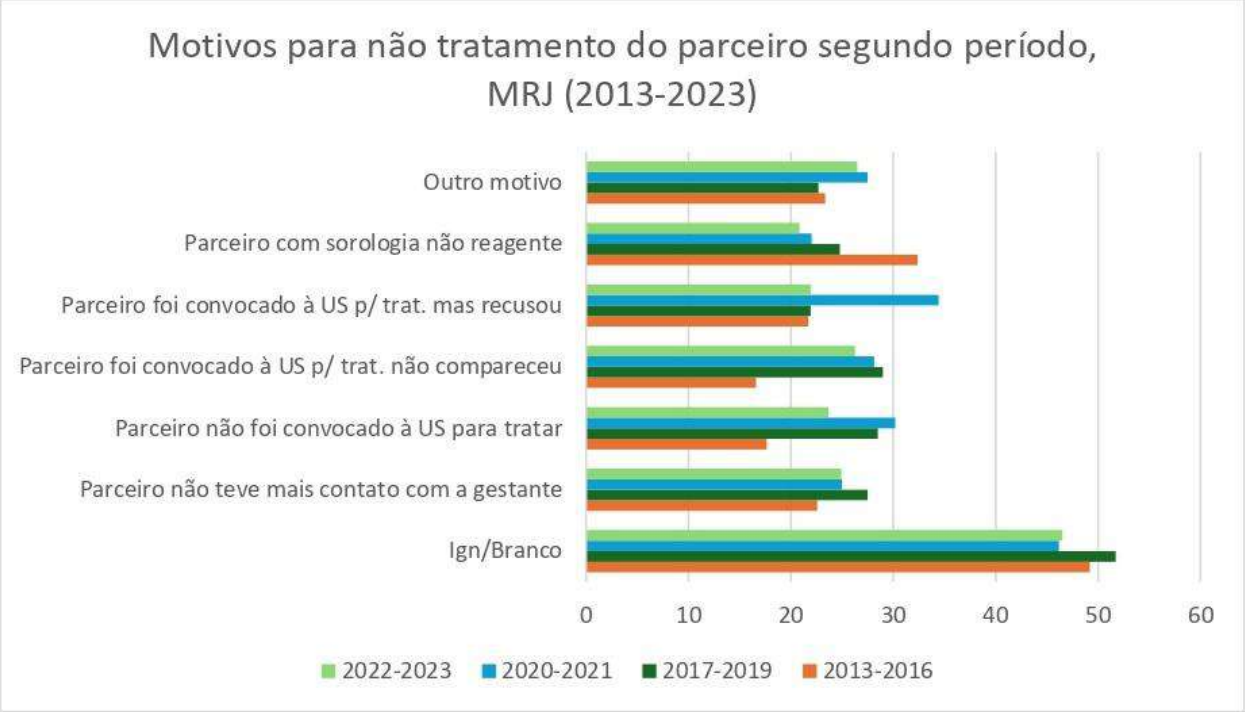
5.3 MOTIVOS PARA NÃO TRATAMENTO DOS PARCEIROS

A proporção de dados ignorados para este campo foi alta para todo o período (48,4%); a maior proporção de ignorados foi para o período de 2017 a 2019. Os anos pandêmicos, embora apresentassem menores proporções de dados ignorados, ainda foram elevados, cerca de 46%. O registro de “outros motivos diversos” compôs 17,5% dos casos de não tratamento, “parceiro não teve mais contato com a gestante”, 12,4%, “parceiro foi convocado à unidade de saúde, mas não compareceu”, 12,0%, “parceiro não foi convocado à UBS para tratar, 4,5%; em 2,6% dos casos se registro que o “Parceiro foi convocado à unidade de saúde para tratamento, mas recusou”, e 2,5% de registros que o parceiro tinha sorologia não reagente.

Os motivos em relação ao não tratamento dos parceiros sexuais segundo o período

(Figura 4) foram diversos, e o motivo que mais predominou no período de 2013-2016, excetuando os dados ignorados, foi a do parceiro com sorologia não reagente (32,4%). De 2017-2019, os motivos mais recorrentes foram o não comparecimento para realizar o tratamento, mesmo sendo convocado à unidade de saúde (29,0%) e não foi convocado para comparecer à unidade de saúde (28,5%). De 2020-2021, período da pandemia de COVID- 19, os motivos mais frequentes foram a recusa do parceiro para realizar o tratamento (34,4%) e "parceiro não foi convocado para tratar (30,2%). Já no período seguinte (2022-2023), o motivo predominante ao longo do período foi "outro motivo", dificultando uma análise mais específica.

Figura 4 - Motivos para não tratamento do parceiro segundo período, MRJ (2013-2023)



Fonte: Tabnet – outubro/2024.

6 DISCUSSÃO

Esta análise mostrou que ao longo de 10 anos as taxas de detecção da sífilis em gestantes aumentaram, particularmente nos anos pandêmicos. Várias razões podem explicar este dado, como o aparente aumento na oferta de testagem rápida como ação estratégica para redução da sífilis gestacional e congênita, a maior sensibilidade na definição do caso, e para os anos pandêmicos, também deve-se considerar que houve uma redução no número de nascimentos o que poderia explicar parte da taxa maior observada (Rio de Janeiro SMS, 2023). Embora no período tenha ocorrido a pandemia de COVID-19 e haver a evidência de redução da realização de testagem nos primeiros sete meses da pandemia (Oliveira *et al*., 2022), o impacto pode ter sido menor considerando este segmento populacional de gestantes que pode ter tido a atenção à saúde mais diligente por também ter sido o segmento de maior risco durante a pandemia.

Observaram-se diferenças nas taxas segundo as Áreas de Planejamento do MRJ; tais diferenças no caso da AP 5.1, que é localizada na zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, com uma população de cerca de 671.041 habitantes, com a presença de bairros vulneráveis e do Complexo Prisional de Gericinó. É uma área também em que houve expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o que pode ter aumentado o diagnóstico de sífilis gestacional. Já as APS 2.1 e 2.2, ambas localizadas na zona sul do Rio de Janeiro, região com melhores indicadores socioeconômicos, apresentaram as menores taxas de detecção de sífilis em gestante. Mas, a partir de 2020, ano que iniciou a pandemia de covid-19, ambas apresentaram um aumento da taxa de detecção.

As mulheres jovens (15 a 24 anos) e negras foram as mais acometidas por sífilis gestacional em todo o período. Este dado é corroborado pela revisão sistemática e meta-análise conduzida por Oliveira *et al*. (2024) que mostraram que mulheres negras, de baixa escolaridade, com presença de conflitos no relacionamento, parceiros com história prévia de IST, além de condições de vida desfavoráveis influenciam significativamente as taxas de infecção por sífilis durante a gestação. Considerando que a maioria dos nascimentos ocorrem na faixa etária de 25 a 34 anos, é preocupante que sejam os adolescentes e jovens (15 a 24 anos) que estão se expondo a um risco maior de IST e com maior vulnerabilidade social, revelando as desigualdades em saúde que este segmento enfrenta. Para a grande maioria, a sífilis pode ter sido diagnosticada em sua primeira gestação, revelando a falta de acesso a serviços de prevenção sexual e contraceptiva.

Permanece, ao longo do período analisado, grandes proporções de dados ignorados

referentes particularmente à escolaridade das gestantes, mas parece ter havido uma melhora no preenchimento do quesito cor/raça. Houve também uma melhora no registro da classificação clínica da sífilis.

Um dado positivo é que a maioria do diagnóstico ocorreu no primeiro trimestre da gestação, possibilitando que a gestante seja tratada o mais precocemente. Ainda assim, cabe ressaltar que nos três últimos períodos analisados, entre 18,8% e 23% das gestantes são diagnosticadas apenas no terceiro trimestre da gestação. No Brasil, em 2023, 27,6% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas apenas no terceiro trimestre ou no momento do parto (Brasil, 2024).

Segundo a Nota Técnica n° 14/2023-DATHI/SVSA/MS, o tratamento de sífilis em gestante deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente até a 28° semana de gestação. Considerando como tratamento adequado, aquele realizado com benzilpenicilina benzatina iniciado até 30 dias antes do parto e concluído também antes do parto (Brasil, 2023). Mas chamou a atenção a grande proporção de exames VDRL não realizados ao longo do período, uma vez que se recomenda que após um teste treponêmico reagente, se realize o teste não treponêmico. Além disso, cerca de 150 gestantes nos três últimos períodos analisados não tiveram tratamento prescrito.

Ao analisar os dados sobre o (não) tratamento do parceiro sexuais de gestantes, observa-se que foi grande a proporção de parceiros não tratados ao longo do período analisado, particularmente nos anos pandêmicos, e foram frequentes, nesses anos, os motivos referidos relacionados à recusa do parceiro após convocação e a não convocação que pode estar relacionada à pandemia.

Observaram-se também diferenças nas taxas de detecção por área de planejamento, com áreas como a AP 5.1 com maior taxa de detecção, o que explicaria também a maior proporção de parceiros tratados, comparativamente às demais áreas de planejamento. Mas as diferenças observadas também podem ser atribuídas a maior presença, por exemplo, de ações para busca ativa dos parceiros e adesão deles ao tratamento. A variabilidade entre as AP destaca a importância de direcionar esforços e recursos para as áreas com menor proporção de tratamento.

Foi alta também a proporção de dados registrados como ignorados ou em branco relacionados ao tratamento do parceiro, totalizando 13.219 registros. Essa ausência de registro é alarmante, pois indica que muitas notificações não apresentam informações essenciais sobre o tratamento dos parceiros. A abordagem da sífilis em gestantes, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, enfatiza o tratamento simultâneo da gestante e de seu parceiro (Brasil,

2021). O tratamento precoce é fundamental para evitar a transmissão vertical e proteger a saúde do bebê (Brasil, 2017). O aconselhamento e a educação em saúde são componentes essenciais para conscientizar os casais sobre a importância da prevenção e do tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Silva *et al*., 2020). Dessa forma, a abordagem integral e o envolvimento dos parceiros são cruciais para o controle da sífilis na gestação.

Os resultados destacam diferenças importantes nas características das gestantes associadas ao tratamento ou não tratamento dos parceiros, indicando desigualdades no acesso ao tratamento, e reforçando a necessidade de intervenções para melhorar a adesão ao tratamento. Uma proporção relativamente menor de parceiros tratados foi observada entre gestantes mais jovens e acima de 40 anos. Embora não se conheça a faixa etária dos seus parceiros, pode-se pressupor que haja algum grau de homofobia etária entre os casais e que os parceiros que não se tratam possam estar nos extremos etários. Interessante observar que em estudo com universitários adolescentes, Carvalho e Araújo (2020), observaram que os adolescentes do sexo masculino eram os que apresentaram menor conhecimento sobre sífilis. Mas cabe destacar também que, embora não apresentado, entre as gestantes mais novas cujos parceiros não trataram, o motivo mais referido foi o de que a gestante perdeu o contato com o parceiro, em primeiro lugar e, em segundo, que o parceiro foi convocado, mas não compareceu.

Esses dados podem revelar, primeiro, as dificuldades que uma gestação na adolescência pode trazer, incluindo a não assunção da paternidade pelo homem; interessante apontar que o Brasil registrou um aumento de registros de nascimentos apenas com o nome da mãe em 2022, segundo a Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais. Segundo, expressa a própria dinâmica cultural dos homens procuram menos os serviços de saúde (Palmeira *et al*., 2022). E terceiro, revela também a dificuldade dos serviços de saúde para aumentar a adesão ao tratamento pelos parceiros que, no geral, são mais resistentes no quesito assistência à saúde. E essa fragilidade está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, devido à deficiência na promoção da saúde no manejo das infecções sexualmente transmissíveis, entre elas as sífilis (Barbosa *et al*., 2017).

A justificativa de que o parceiro foi convocado para tratamento, mas não compareceu mostra que, mesmo com a convocação, há uma resistência ou dificuldades que impedem a presença do parceiro na unidade de saúde. O motivo foi que o parceiro foi convocado à unidade de saúde para tratamento, mas recusou, embora menos frequente, indica uma resistência ao tratamento que pode ser influenciada por fatores culturais ou de percepção da saúde. Mas cabe apontar que no período pandêmico esses motivos foram comuns, devido à

restrição de circulação como uma medida de controle da pandemia. De todo modo, a convocação é essencial para garantir que o parceiro tenha acesso ao tratamento, e o risco de reinfecção para a gestante diminua.

Segundo as diretrizes nacionais para o tratamento de sífilis, o parceiro sexual da gestante com sífilis deve ser imediatamente convidado a realizar testes para sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). O diagnóstico precoce é essencial e o tratamento deve ser realizado simultaneamente à gestante. Se o parceiro for diagnosticado com sífilis, deve ser tratado imediatamente, preferencialmente com penicilina benzatina, com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer a data de infecção (Brasil, 2015). Alguns estudos, porém, têm mostrado a dificuldade dos profissionais de saúde em abordarem a parceria sexual para o tratamento, deixando para as mulheres gestantes esta tarefa que pode, por vezes, trazer riscos para seus relacionamentos, incluindo a ocorrência de violência doméstica (Campos *et al*., 2012; Rocha *et al*., 2019).

A equipe de saúde deve oferecer orientações claras e realizar aconselhamento sobre a importância do tratamento, incentivando a realização de testes e a utilização de métodos de barreira durante as relações sexuais até que ambos estejam devidamente tratados (Oliveira; Santos, 2019). Dessa forma, a abordagem integral do casal é crucial para reduzir a incidência de sífilis congênita e promover a saúde materno-infantil. Por isso, essa informação deve ser compartilhada com a pessoa diagnosticada com IST, fornecendo-lhe também os meios necessários para comunicar seus parceiros, além de oferecer todo o apoio necessário até a conclusão do tratamento. A pessoa com IST nunca é isolada em termos de transmissão, pois envolve uma rede de parcerias sexuais que também podem estar infectadas (Brasil, 2022).

As mulheres negras e com baixa escolaridade, além de serem as que mais são diagnosticadas com sífilis, também são aquelas com maiores proporções de não tratamento do parceiro, revelando novamente a vulnerabilidade deste segmento populacional para se ter garantidos seus direitos ao acesso e tratamento adequado em saúde. A baixa escolaridade pode se relacionar também à dificuldade de compreensão sobre a necessidade de tratamento do parceiro ou limitações para explicar ao parceiro sobre tal necessidade. Estudo realizado em Fortaleza por Campos *et al*. (2012) com parturientes em cinco maternidades públicas, a maioria da comunicação do parceiro foi feita pela própria mulher e em 5% dos casos, as gestantes mencionaram que após revelarem o diagnóstico sofreram violência dos seus parceiros.

Mas, independentemente da escolaridade, a questão racial, particularmente o racismo institucional e estrutural, continua sendo um importante marcador das desigualdades sociais

observadas nas taxas de detecção e de tratamento do parceiro. Como observado em estudo realizado por Paixão *et al*. (2023) com dados nacionais provenientes do SINASC e do SINAN, mesmo para as mulheres do segmento educacional mais favorecido, o risco de sífilis gestacional e congênita poderia se reduzir para mais da metade se as mulheres negras tivessem a mesma oportunidade em saúde que mulheres brancas. E que independentemente do nível educacional, as mulheres negras apresentaram o maior risco atribuível para sífilis gestacional e congênita, alcançando cerca de 96% para aqueles com poucos anos de educação. Neste mesmo estudo, as mulheres negras foram mais prováveis de serem inadequadamente tratadas ou não tratadas para sífilis materna, mais prováveis de serem diagnosticadas durante ou após o parto e de seus parceiros, à semelhança da análise realizada aqui com dados do MRJ, serem menos prováveis de terem sido tratados para sífilis, comparados com as mulheres brancas.

Ou seja, as elevadas taxas de detecção de sífilis em gestantes negras e da falta de tratamento de seus parceiros deve-se não apenas a falhas na organização da assistência em saúde para implementar ações já normatizadas para prevenção de sífilis gestacional e congênita, mas que tais falhas são persuadidas pelo racismo e atos discriminatórios na atenção em saúde.

Deve-se também mencionar o papel não apenas dos profissionais que acompanharão o tratamento das gestantes e de seus parceiros, visando o tratamento adequado e mitigando o risco de transmissão vertical da sífilis, mas da equipe de vigilância epidemiológica na rede territorializada em saúde. O fluxo de vigilância deve incluir o monitoramento e acompanhamento da gestante após o tratamento. Isto envolve a realização de novos testes sorológicos para verificar a cura e assegurar que não houve reinfecção. O acompanhamento deve ser realizado até o parto, com orientações sobre a importância de manter consultas regulares e a utilização de preservativos durante a relação sexual (Brasil, 2021). O papel da equipe de saúde é fundamental, pois deve proporcionar educação em saúde, esclarecendo sobre a sífilis, seus efeitos e a importância da prevenção. A notificação de casos de sífilis na gestação deve ser realizada assim que o diagnóstico for confirmado, preferencialmente durante a primeira consulta de pré-natal.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a notificação é uma ferramenta essencial para monitorar a incidência da doença e implementar estratégias de controle (Brasil, 2023). O tempo de notificação é crucial, pois quanto mais rápido forem registradas as informações, mais efetivas podem ser as intervenções para tratar a gestante e seu parceiro, além de prevenir a transmissão vertical (Silva *et al*., 2020). A recomendação é que as

unidades de saúde cumpram esse prazo imediatamente após o diagnóstico, garantindo que os dados sejam atualizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o que contribui para a elaboração de políticas de saúde pública eficazes (Brasil, 2022). Assim, a notificação em tempo hábil não apenas melhora o acompanhamento clínico, mas também fortalece a vigilância epidemiológica da sífilis na gestação. Além disso, maior ênfase no treinamento dos profissionais para o correto e completo preenchimento das fichas de notificação é essencial para se garantir a produção mais fidedigna das informações em saúde para que possam subsidiar ações dirigidas aos segmentos que mais são afetados pela condição analisada.

Por fim, algumas limitações precisam ser mencionadas, como, por exemplo, a grande quantidade de dados ignorados sobre o tratamento do parceiro, características sociodemográficas e sobre os motivos de não tratamento, impedindo uma análise mais precisa sobre a situação. O fato de não ter informações colhidas diretamente dos parceiros compreendendo melhor os motivos alegados por eles é um fator limitante que impede um olhar mais aprofundado sobre esta importante problemática. Estudos dirigidos aos parceiros de gestantes poderiam revelar aspectos importantes para se delinear ações mais apropriadas para este segmento.

7 CONCLUSÕES

Os achados destacam a necessidade de intervenções específicas para melhorar a adesão ao tratamento por parte dos parceiros e, consequentemente, o manejo da sífilis gestacional, especialmente em gestantes mais jovens, negras e com baixa escolaridade.

A análise da sífilis gestacional no contexto atual revela desafios significativos para a saúde pública, especialmente com relação à adesão ao tratamento pelos parceiros das gestantes. Os dados demonstram um aumento preocupante nas taxas de detecção de sífilis em gestantes no Brasil e no Município do Rio de Janeiro, refletindo falhas nas políticas de prevenção e conscientização. A proporção de parceiros tratados, embora tenha apresentado picos em anos anteriores, mostra uma tendência de queda, indicando a necessidade urgente de intervenções que promovam a adesão ao tratamento.

É fundamental que as políticas públicas não apenas garantam o tratamento da gestante, mas também incluam estratégias centradas na educação e conscientização dos parceiros. A implementação de campanhas que abordem o estigma associado à sífilis e a importância do tratamento conjunto pode ser um passo crucial na interrupção do ciclo de transmissão.

Por fim, este estudo reforça a relevância de uma abordagem integrada que considere a saúde da gestante e do parceiro, promovendo um cuidado mais eficaz e, consequentemente, reduzindo a incidência de sífilis congênita e suas complicações. É imperativo que continuemos a investigar e a desenvolver estratégias de saúde pública que assegurem o tratamento e a saúde tanto da mãe quanto do bebê, garantindo melhores desfechos para as futuras gerações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Atenção à saúde de mulheres e homens na prevenção e tratamento de sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 3 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV /AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Técnica n° 14/2023 - DATHI/SVSA/MS**. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf/view. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde**: volume 2. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2024**, Brasília, n. esp., out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view. Acesso em: 20 nov. 2024.

BVS ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. Como proceder com gestante positiva e parceiro negativo para sífilis? **Telessaúde Mato Grosso do Sul**, 19 nov. 2021. Disponível em: https://aps-repo.bvs.br/aps/como-proceder-com-gestante-positiva-e-parceiro-negativo-para-sifilis/. Acesso em: 3 dez. 2024.

CAMPOS, A. L. A. *et al*. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002.

CARVALHO, R. X. C.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimentos, atitudes e práticas de adolescentes universitários sobre sífilis: estudo transversal no Nordeste. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002381.

FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Sífilis**: diagnóstico e tratamento na Gestação. Rio de Janeiro: Focruz, 2023.

FURLAM, T. O. *et al*. Efeito colateral da pandemia de Covid-19 no Brasil sobre o número de procedimentos diagnósticos e de tratamento da sífilis. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 39, 2022. DOI: 10.20947/S0102- 3098a0184.

LAURENTINO, A. C. N. *et al*. Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis 1 gestacional e seus filhos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, e12162023, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.1216 2023.

MASCARENHAS, L. E. F.; ARAÚJO, M. S. S.; GRAMACHO, R. C. C. V. **Desafios no tratamento da sífilis gestacional**. 2016. 11 f. Monografia (Trabalho de Revisão Narrativa) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2016. Disponível em: https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/735/1/DESAFIOS%20NO%20TRATAMENTO%20DA%20S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

MONTEIRO, P. S. **Dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento de sífilis gestacional, no Brasil**: uma revisão integrativa. 2015. 12 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/8843/1/21132402.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

MOSES, J. D.; BRANDT, A. M. Stigma and the return of syphilis. **STAT News**, [*s. l.*], May 30, 2024. Disponível em: https://www.statnews.com/2024/05/30/syphilis-rates-climbing-stigma/. Acesso em: 20 nov. 2024.

OLIVEIRA, I. M. *et al*. Prevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Brazil: systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 46, e-rbgo 28, 2024. DOI: 10.61622/rbgo/2024rbgo28.

PETERMAN, T. A.; CHA, S. Context-appropriate interventions to prevent syphilis: a narrative review. **Sexually Transmitted Diseases.** Philadelphia, v. 45, n. 9, suppl. 1, p. S65-S71, set. 2018. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000804.

PAIXÃO, E. S. *et al*. Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. **The Lancet Global Health**, London, v. 11, n. 11, p. e1734–e1742, 2023. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00405-9.

PALMEIRA, N. C. *et al*. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 3, dez. 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, Rio de Janeiro, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio). Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS). Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE). **Boletim Epidemiológico - Sífilis no Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2023.

ROCHA, A. F. B. *et al*. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, 65, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-019-3910-y.

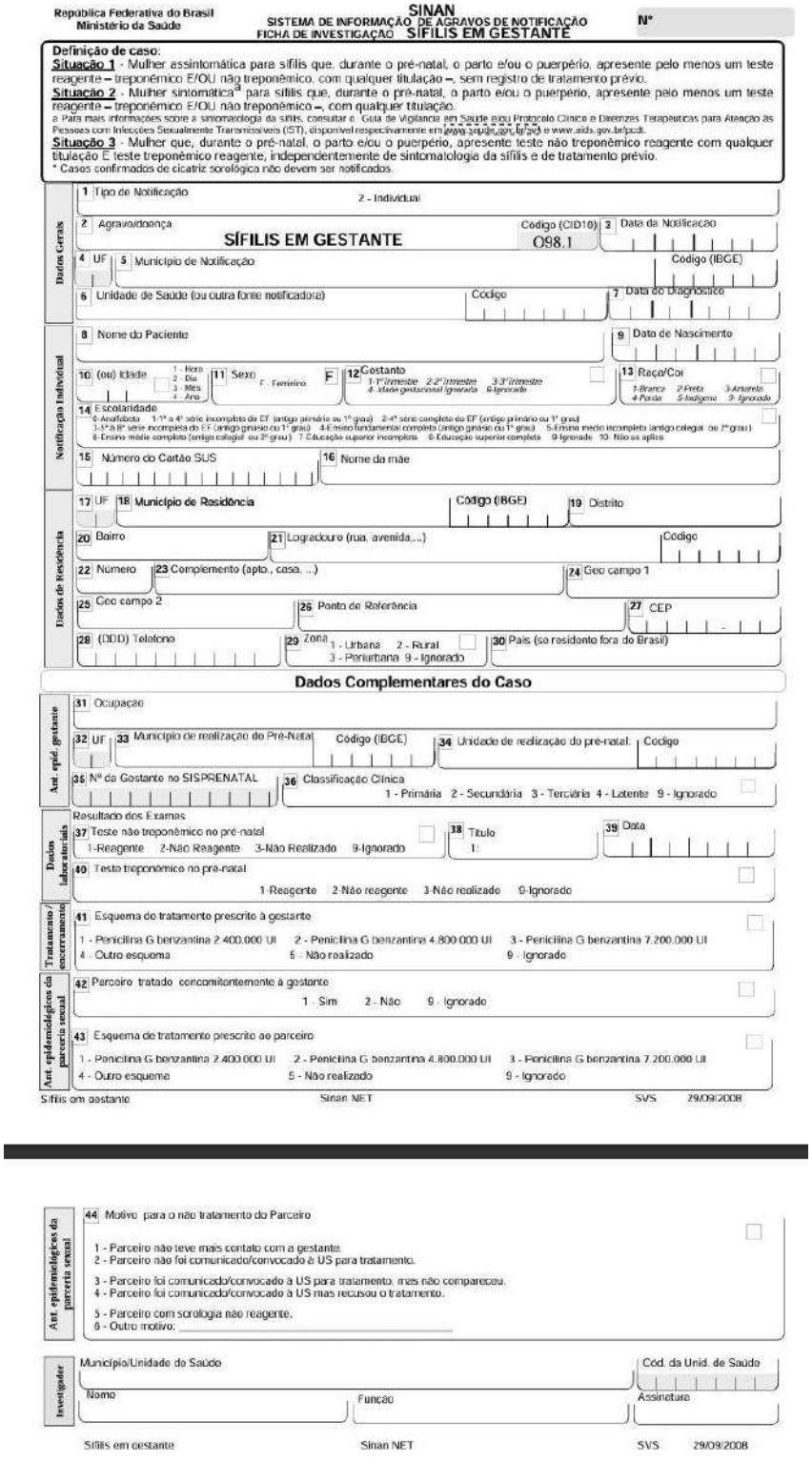
SILVA, P. G. *et al*. Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería**, Madrid, v. 10, n. 1, p. 38-46, 2020. Disponível em: https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/322/sifilis-adquirida-dificuldades-para-adesao-ao-tratamento/. Acesso em: 20 nov. 2024.

TORRES, P. M. A *et al*. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 6, e20210965, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0965pt.

UNITED STATES. Behavioral Counseling to Prevent Sexually Transmitted Infections Recommendation Statement. **U.S. Preventive Services Task Force**, Rockville, MD, August 18, 2020. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/sexually-transmitted-infections-behavioral-counseling. Acesso em: 20 nov. 2024.

ANEXO

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso:
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.
Situação 2 - Mulher sintomática[a] para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.
a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais
1 Tipo de Notificação — 2 - Individual
2 Agravo/doença — SÍFILIS EM GESTANTE — Código (CID10) O98.1 — 3 Data da Notificação
4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual
8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo — F - Feminino — F — 12 Gestante — 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4-Idade gestacional ignorada 9-Ignorado — 13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-1ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica
15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência
17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito
20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1
25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP
28 (DDD) Telefone — 29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Ant. epid. gestante
31 Ocupação
32 UF — 33 Município de realização do Pré-Natal — Código (IBGE) — 34 Unidade de realização do pré-natal — Código
35 Nº da Gestante no SISPRENATAL — 36 Classificação Clínica — 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados laboratoriais
Resultado dos Exames
37 Teste não treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado — 38 Título — 1: — 39 Data
40 Teste treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Tratamento / encerramento
41 Esquema de tratamento prescrito à gestante
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Ant. epidemiológicos da parceria sexual
42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Sífilis em gestante — Sinan NET — SVS — 29/09/2008

Ant. epidemiológicos da parceria sexual
44 Motivo para o não tratamento do Parceiro
1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
5 - Parceiro com sorologia não reagente.
6 - Outro motivo: _____

Investigador
Município/Unidade de Saúde — Cód. da Unid. de Saúde
Nome — Função — Assinatura

Sífilis em gestante — Sinan NET — SVS — 29/09/2008