



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

VALESCA LEITE SANTOS CORREIA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE SÍFILIS GESTACIONAL E
CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

VALESCA LEITE SANTOS CORREIA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Claudia Regina Andrade Arrais Rosa.

Imperatriz, Maranhão

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Leite Santos Correia, Valesca.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO / Valesca Leite Santos Correia. - 2022.
34 f.

Orientador(a): Claudia Regina Andrade Arrais Rosa.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2022.

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Perfil
epidemiológico. 3. Sífilis. 4. Sífilis Congênita. I.
Regina Andrade Arrais Rosa, Claudia. II. Título.

VALESCA LEITE SANTOS CORREIA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Orientador: Prof(a) Dra. Claudia Regina Andrade Arrais Rosa
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 07/10/2022, considerou

Aprovado (X)

Reprovado ()

Banca examinadora:

Examinador (a):

Nome: Prof. Dra. Claudia Regina Andrade Arrais Rosa

Instituição: Universidade Federal do Maranhão - Imperatriz

Examinador (a):

Nome: Esp. João Gabriel Soares de Araújo

Instituição: Centro de Testagem e Acolhimento – CTA do Programa de IST/AIDS –
Imperatriz

Examinador (a):

Nome: Prof. Me. Arlane Silva Carvalho Chaves

Instituição: Universidade Federal do Maranhão - Imperatriz

Imperatriz-MA, 01 de novembro de 2022

SUMÁRIO

1. RESUMO	6
2. ABSTRACT	7
3. RESUMEN.....	8
CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	9
4. INTRODUÇÃO	10
5. MATERIAIS E MÉTODOS	12
6. RESULTADOS.....	14
7. DISCUSSÃO.....	22
8. REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE	28
ANEXO	31

Título: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Autores: Valesca Leite Santos Correia, Claudia Regina Andrade Arrais Rosa

Status: Submetido

Revista: Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)

ISSN: 2237-9622

Fator de Impacto: Qualis B2

DOI:

1. RESUMO

Objetivo: Determinar perfil sociodemográfico e clínico da sífilis gestacional e congênita em Imperatriz - MA. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, a partir de dados disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde — DCCI/SVS/MS, de 2011 a 2020. **Resultados:** Dos 391 casos de sífilis gestacional, 53,5% eram mulheres de 20 a 29 anos, pardas (78,5%), com ensino médio completo (30%), cujo principal diagnóstico foi de sífilis latente. Quanto à sífilis congênita, houve 447 casos, todos de classificação recente, e 3,2/1000 nascidos vivos como a menor taxa de detecção. Sobre as mães, sobressaiu-se as de 20 a 29 anos (51,5%), pardas (86,6%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (36,5%). **Conclusão:** Frente a um perfil materno bem delimitado, a perpetuação da alta taxa de incidência de sífilis congênita deve-se à precariedade da assistência pré-natal fornecida às gestantes.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis congênita. Perfil epidemiológico. Doenças sexualmente transmissíveis.

2. ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and clinical profile of gestational and congenital syphilis in Imperatriz - MA. **Methods:** Epidemiological, descriptive and retrospective study, from data made available by the Department of Chronic Conditions Diseases and Sexually Transmitted Infections of the Ministry of Health - DCCI/SVS/MS, from 2011 to 2020. **Results:** Of the 391 cases of gestational syphilis, 53.5% were women aged 20 to 29 years, brown (78.5%), with complete high school education (30%), whose main diagnosis was latent syphilis. As for congenital syphilis, there were 447 cases, all of recent classification, and 3.2/1000 live births as the lowest detection rate. About the mothers, it stood out those aged 20 to 29 years (51.5%), brown (86.6%), with incomplete elementary school education (36.5%). **Conclusion:** Faced with a well-defined maternal profile, the perpetuation of the high incidence rate of congenital syphilis is due to the precariousness of prenatal care provided to pregnant women.

Keywords: Syphilis. Congenital syphilis. Epidemiological profile. Sexually transmitted diseases.

3. RESUMEN

Objetivo: Determinar perfil sociodemográfico y clínico de la sífilis gestacional y congénita en Imperatriz - MA. **Métodos:** Estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo, basado en los datos dispuestos por el Departamento de Enfermedades de Condiciones Crónicas e Infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud - DCCI/SVS/MS, desde 2011 hasta 2020. **Resultados:** De 391 casos de sífilis gestacional, el 53,5% eran mujeres de 20 a 29 años, morenas (78,5%), con estudios secundarios completos (30%), cuyo diagnóstico principal era la sífilis latente. Cuanto a la sífilis congénita, hubo 447 casos, todos de clasificación reciente, y 3,2/1000 nacidos vivos como tasa de detección más baja. Cuanto a las mujeres, son de 20 a 29 años (51,5%), pardas (86,6%), con escolaridad fundamental incompleta (36,5%). **Conclusión:** Frente a un perfil materno bien delimitado, la perpetuación de la alta tasa de incidencia de sífilis congénita debe estar condicionada por la asistencia prenatal proporcionada a las gestantes.

Palabras clave: Sífilis. Sífilis congénita. Perfil epidemiológico. Enfermedades de transmisión sexual.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo delimitou o perfil sociodemográfico e clínico de sífilis gestacional e congênita no município de Imperatriz – MA, mostrando elevados índices dessa doença nos anos atuais.

Os achados da pesquisa visam à melhoria dos serviços de saúde no que se refere ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado da sífilis para as gestantes, a fim de reduzir os índices de transmissão vertical.

Espera-se que haja melhorias no fornecimento dos dados públicos, uma vez que muitos dados ainda se encontram preenchidos de maneira inadequada, prejudicando a realização de pesquisas cujo objetivo é alertar os serviços de saúde a respeito de doenças prevalentes na sociedade.

4. INTRODUÇÃO

A sífilis caracteriza-se como uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua disseminação ocorre, principalmente, pela via sexual (oral, vaginal ou anal). Além disso, pode ser transmitida verticalmente, isto é, da gestante para o feto no intraútero ou durante o parto, em casos que não há o tratamento adequado, apresentando uma elevada taxa de mortalidade¹.

Clinicamente, pode ser classificada em diferentes estágios (sífilis primária, secundária, terciária e latente)². A sífilis primária é caracterizada pelo aparecimento de uma ferida, geralmente única, na qual é indolor, não coça, não arde e não tem pus, ao passo que na secundária, podem ocorrer manchas e ínguas no corpo, além de sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar e dor de cabeça. Na sífilis terciária, há a presença de lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte. Ademais, há também a fase latente, na qual não há o aparecimento de sinais ou sintomas, podendo ser dividida em recente (menos de dois anos de infecção) e tardia (mais de dois anos de infecção)³.

No que se refere à sífilis congênita, a maior parte dos casos decorre ou de falhas na testagem durante o pré-natal, ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna. A transmissão da mãe para o feto pode ocorrer durante o nascimento, por contato direto com as lesões no canal de parto, sendo mais frequente nos estágios recentes: primária, secundária e latente recente².

Aproximadamente dois terços dos neonatos infectados nascem assintomáticos, desenvolvendo sintomas nas semanas seguintes. Durante os primeiros dois anos de vida (sífilis congênita recente), os sintomas geralmente são osteocondrais e cutâneos. Já após os dois anos, em uma fase tardia

(sífilis congênita tardia), há a presença de lesões inflamatórias crônicas e manifestações múltiplas, como ceratite, surdez, artropatia recorrente nos joelhos, entre outras⁴.

No cenário brasileiro, por se tratar de um país em desenvolvimento e com grande desigualdade social, na qual boa parte da população não tem acesso a informações sobre a sífilis e muitas gestantes não realizam a assistência pré-natal de maneira adequada, destaca-se uma elevada incidência de sífilis gestacional e congênita³. A nível dos estados da região Nordeste, esses apresentam dados expressivos a respeito da sífilis, sendo a região com maiores índices dessa doença⁵. No caso do Maranhão, observou-se elevação das taxas de incidência de sífilis gestacional e congênita entre os anos de 2014 a 2018⁵.

Com uma extensão territorial de 1.369,039 km² e uma população estimada em 259.980 pessoas⁶, Imperatriz é a segunda maior cidade do Maranhão. Em 2019, apresentou uma taxa de detecção de 19,6 casos por 1000 nascidos vivos no que se refere à sífilis gestacional. Quanto à sífilis congênita, houve um aumento de cerca de 57% dos casos, ao comparar os anos de 2018 e 2019⁷. Tendo em vista a elevada prevalência da sífilis em Imperatriz - MA, faz-se fundamental compreender seus aspectos clínicos e epidemiológicos nesta população.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes acometidos por sífilis gestacional e congênita no município de Imperatriz - MA no período de 2011 a 2020.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa.

A pesquisa utilizou dados secundários de domínio público divulgados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde — DCCI/SVS/MS, dispostos online para consulta pública no Painel de Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros.

Foram considerados, na composição da amostra do estudo, todos os casos de sífilis gestacional e congênita residentes no município de Imperatriz – MA entre janeiro de 2011 e dezembro de 2020. Empregou-se, como critérios de inclusão, os pacientes diagnosticados e residentes em Imperatriz- MA com os tipos de sífilis escolhidas como escopo da pesquisa: sífilis gestacional e sífilis congênita. Foram excluídos da amostra os dados que foram notificados de maneira incompleta e os referentes à sífilis adquirida. No período analisado, encontrou-se 838 casos, sendo essa a amostra final do estudo, dos quais 391 se tratavam de casos de sífilis em gestantes e 447 de sífilis congênita.

As variáveis consideradas quanto à sífilis gestacional foram: idade da gestante, escolaridade, raça, idade gestacional no momento do diagnóstico e classificação clínica da doença. Em relação à sífilis congênita, analisou-se variáveis referentes às mães (idade, escolaridade, cor da pele, realização do pré-natal, momento do diagnóstico da doença e realização do tratamento adequado ou não) e aos neonatos (a idade em dias, e o diagnóstico final da doença).

Ademais, foram calculadas a taxa de prevalência, separadamente por faixa etária, escolaridade e raça, e a taxa de incidência de sífilis congênita. Para isso, utilizou-se, respectivamente, as fórmulas a seguir:

- a) Taxa de prevalência – número de casos notificados dividido pelo número total da população, multiplicado por 100.000.
- b) Taxa de detecção – número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade dividido pelo total de nascidos vivos, multiplicado por 1 mil.

No cálculo da taxa de prevalência, para obtenção do número total da população, segundo faixa etária, escolaridade e raça, empregou-se o censo de 2010 realizado pelo IBGE⁸.

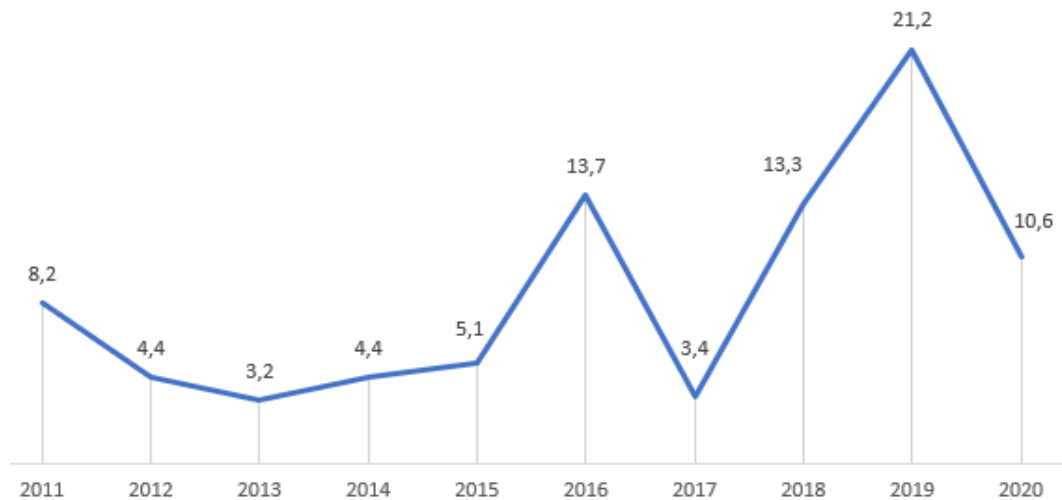
Por se tratar de uma pesquisa que se utilizou dados secundários obtidos a partir de uma plataforma de domínio público, disponibilizada de forma online e gratuita, sem a identificação dos indivíduos, fez-se dispensável a análise de um Comitê de Ética em Pesquisa, segundo Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil nº. 510, de 07 de abril de 2016.

6. RESULTADOS

Ao longo do período temporal estudado, foram notificados, em Imperatriz - MA, 391 novos casos de sífilis gestacional e 447 novos casos de sífilis congênita.

A figura 01 ilustra a taxa de detecção de sífilis congênita a cada 1000 nascidos vivos, ao longo dos anos. Pôde-se observar que o ano de 2019 se destaca por apresentar a maior taxa de detecção: 21,2/1000, enquanto no ano de 2013 houve a taxa mais baixa: 3,2/1000 nascidos vivos.

Figura 1. Taxa de detecção de sífilis congênita por 1000 habitantes, segundo local de residência, em Imperatriz - MA, de 2011 a 2020.



Fonte: autoria própria (2022)

No que tange ao perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis, é possível observar que, em números absolutos, a maior parte pertence à faixa etária de 20 a 29 anos de idade, um total de 209 gestantes, o que perfaz 53,5% da amostra. Entretanto, ao avaliar a taxa de prevalência, há um destaque da faixa etária de 15 a 19 anos de idade, apresentando 16,3 casos a cada 100.000 habitantes. Quanto à escolaridade, 28,6% dos indivíduos (n=112) afirmaram possuir

5ª a 8ª série incompleta e 30% (n=117) o ensino médio completo. De acordo com a taxa de prevalência, avaliando em conjunto os níveis de escolaridade, que são assim apresentados pelo Censo IBGE, há que o ensino fundamental completo, juntamente com o ensino médio incompleto apresentam uma taxa de 30/100.000 habitantes (Tabela 01).

Ademais, referente à cor da pele, 78,5% dos pacientes (n=307) se autodeclararam mulheres pardas. Ao analisar a taxa de prevalência, a população parda também se destaca com 6,8 casos a cada 100.000 habitantes, seguida pela cor amarela, com 6,3 casos. Além disso, a respeito da idade gestacional, 71,1% das mães (n=278) se encontravam no terceiro trimestre da gestação (Tabela 01).

Tabela 1. Distribuição de casos de sífilis em gestantes segundo variáveis sociodemográficas, classificação clínica e local de residência, em número absoluto e taxa de indivíduos por 100.000 habitantes, em Imperatriz – MA de 2011 a 2020.

Variáveis (n=391)	n	%	/100.000 hab
Faixa etária			
10 a 14 anos	6	1,5	0,8
15 a 19 anos	111	28,4	16,3
20 a 29 anos	209	53,5	1,6
30 a 39 anos	57	14,6	6,3
40 anos ou mais	8	2	1,2
Ignorado	-	-	-
Escolaridade*			
Analfabeto	-	-	-
1ª a 4ª série incompleta	12	3,1	6,6

4ª série completa	6	1,5	6,6
5ª a 8ª série incompleta	112	28,6	6,6
Fundamental Completo	47	12	30
Médio Incompleto	68	17,4	30
Médio Completo	117	30	18,3
Superior Incompleto	6	1,5	18,3
Superior Completo	4	1	2,3
Não se aplica	-	-	-
Ignorado	19	4,9	-
Raça ou cor			
Branca	52	13,3	4,3
Preta	20	5,1	2,6
Amarela	5	1,3	6,3
Parda	307	78,5	6,8
Indígena	1	0,3	-
Ignorada	6	1,5	-
Idade gestacional			
1º Trimestre	38	9,7	-
2º Trimestre	62	15,9	-
3º Trimestre	278	71,1	-
Idade gestacional ignorada	13	3,3	-
Classificação clínica			
Sífilis Primária	95	24,3	-

Sífilis Secundária	9	2,3	-
Sífilis Terciária	8	2,1	-
Sífilis Latente	243	62,1	-
Ignorado	36	9,2	-

*O censo do IBGE aborda a escolaridade como: sem instrução, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo e ensino superior incompleto/completo.

Fonte: autoria própria (2022)

Acerca da classificação clínica da sífilis gestacional, 62,1% das gestantes (n=243) apresentaram sífilis latente. Além disso, 24,3% das pacientes (n=95) foram diagnosticadas com sífilis na sua forma primária. Faz-se mister destacar o expressivo número de casos em que o preenchimento dessa informação foi ignorado: 9,2% (36 casos). (Tabela 01).

Quanto ao perfil sociodemográfico materno, obtido a partir dos dados coletados a respeito de sífilis congênita, foram encontrados índices correlatos à idade, nível de escolaridade e autodeclaração racial. No tocante à idade em números absolutos, 51,5% das mães (n=230) possuíam entre 20 a 29 anos de idade e 24,4% (n=109) pertenciam à faixa etária de 15 a 19 anos. Ao analisar a taxa de prevalência, também se observa o mesmo cenário, com a faixa etária de 20 a 29 anos apresentando 18,3 casos a cada 100.000 habitantes. Quanto à escolaridade, os níveis que mais se destacaram foram de '5ª a 8ª série incompleta' com 36,5% da amostra (n=163) e 'ensino médio completo' com 26,6% (n=119). Já em taxas, houve predomínio de ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, com 30,8 casos a cada 100.000 habitantes. Por fim, no que diz respeito à cor de pele, em 86,6% dos casos (n=387), as genitoras se autodeclararam de cor parda, um total de 8,6/100.000 hab. (Tabela 02).

Tabela 2. Distribuição das características maternas dos casos notificados de sífilis congênita, segundo local de residência, em número absoluto e taxa de indivíduos por 100.000 habitantes, em Imperatriz – MA, de 2011 a 2020.

Variáveis (n=447)	n	%	/100.000 hab
Idade da mãe			
10 a 14 anos	6	1,3	0,8
15 a 19 anos	109	24,4	16
20 a 29 anos	230	51,5	18,3
30 a 39 anos	78	17,5	8,6
40 anos ou mais	10	2,2	1,5
Ignorado	14	3,1	-
Escolaridade da mãe*			
Analfabeto	4	0,9	9,1
1ª a 4ª série incompleta	7	1,6	9,1
4ª série completa	5	1,1	9,1
5ª a 8ª série incompleta	163	36,5	9,1
Fundamental Completo	57	12,8	30,8
Médio Incompleto	61	13,6	30,8
Médio Completo	119	26,6	18,5
Superior Incompleto	5	1,1	18,5
Superior Completo	4	0,9	2,3
Não se aplica	2	0,4	-

Ignorado	20	4,5	-
Raça ou cor da mãe			
Branca	45	10	3,7
Preta	12	2,7	1,5
Amarela	1	0,2	1,2
Parada	387	86,6	8,6
Indígena	-	-	-
Ignorada	2	0,5	-

*O censo do IBGE aborda a escolaridade como: sem instrução, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo e ensino superior incompleto/completo.

Fonte: autoria própria (2022)

Ao analisar a assistência pré-natal, observou-se que 87,5% (n=391) das gestantes cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita realizaram acompanhamento pré-natal considerado de maneira eficaz pelos serviços de saúde. Porém, 75,2% (n=336) fizeram o tratamento da doença de maneira inadequada. Quanto ao momento do diagnóstico da doença, 46,8% (n=209) foram diagnosticadas durante o pré-natal e 20,2% (n=135) receberam o diagnóstico apenas no momento do parto. Cabe ressaltar ainda que 9,4% dos dados (n=42) apresentavam o esquema de tratamento como 'ignorado' (Tabela 03).

Tabela 3. Distribuição das características maternas dos casos notificados de sífilis congênita, segundo local de residência, em Imperatriz – MA, de 2011 a 2020.

Variáveis (n=447)	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	391	87,5
Não	44	9,8
Ignorado	12	2,7
Momento do diagnóstico		
Durante o pré-natal	209	46,8
No momento do parto/curetagem	135	30,2
Após o parto	81	18,1
Não realizado	6	1,3
Ignorado	16	3,6
Esquema do tratamento		
Adequado	1	0,2
Inadequado	336	75,2
Não Realizado	68	15,2
Ignorado	42	9,4

Fonte: autoria própria (2022)

Por fim, ao observar o perfil clínico da sífilis congênita traçado em nossos achados, nota-se que 443 neonatos foram diagnosticados com menos de 7 dias de vida, 02 foram diagnosticadas entre 7 a 27 dias e 02 entre 28 a 364 dias. Dentro da amostra, 439 crianças apresentaram diagnóstico final de sífilis congênita recente e 7 crianças foram consideradas natimortos por sífilis. É imperioso

pontuar que nenhum infante foi diagnosticado com sífilis congênita tardia e houve apenas 01 caso relatado de aborto causado por sífilis. (Tabela 04).

Tabela 4. Distribuição das características dos neonatos diagnosticados com sífilis congênita, segundo local de residência, em Imperatriz – MA, de 2011 a 2020.

Variáveis (n=447)	n	%
Idade da criança		
Menos de 7 dias	443	99,1
7 a 27 dias	2	0,4
28 a 364 dias	2	0,4
1 ano	-	-
2 a 4 anos	-	-
5 a 12 anos	-	-
Ignorado	-	-
Diagnóstico final		
Sífilis congênita recente	439	98,2
Sífilis congênita tardia	-	-
Aborto por sífilis	1	0,2
Natimorto por sífilis	7	1,6

Fonte: autoria própria (2022)

7. DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou uma elevada taxa de incidência de sífilis congênita, entre 2011 e 2020, no município de Imperatriz - MA. Mesmo a menor taxa observada (3,2/1000 nascidos vivos, em 2013) fora substancialmente maior que a taxa mínima e o valor definido como parâmetro nacional de referência para os municípios, estados e regiões do Brasil (< 0,5/1000 nascidos vivos), como preconiza o Ministério da Saúde⁹. Em consonância, segundo o DCCI/SVS/MS (2022), ao analisar o estado do Maranhão e a região Nordeste, observa-se que a taxa mínima de incidência no período estudado também se encontra acima do parâmetro preconizado, no qual em ambos foi de 3,8/1000 nascidos vivos.

No que tange à caracterização da amostra correspondente à sífilis gestacional, sobressaiu-se a faixa etária correspondente a 20 a 29 anos de idade, o que corrobora o estudo realizado por dos Santos *et al.* em 2017, em Teresina - PI, no qual as gestantes correspondentes a essa faixa totalizaram 52% da amostra total¹⁰. Tais resultados justificam-se pelo fato da faixa etária de 20 a 29 anos compreender o maior número de mulheres grávidas, devido ao ápice da idade fértil¹¹. Já ao analisar a taxa de prevalência, para 100.000 habitantes, referente à idade, foi possível observar um predomínio da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Isso pode ser explicado devido a uma maior vulnerabilidade de exposição às ISTs, quando se compara a faixa etária com outras, uma vez que não há conhecimento a respeito das doenças¹¹, ou não há uma preocupação significativa com a prevenção quanto ao contágio.

A respeito da escolaridade, a maioria das gestantes afirmou possuir o ensino médio completo, seguida pelas que possuíam da '5ª a 8ª série incompleta'. Tais resultados estão de acordo com uma pesquisa realizada por De Almeida *et al.*, no município de Botucatu - SP, em que 58,9% das gestantes analisadas apresentaram uma escolaridade superior a 9 anos¹². Entretanto, em estudo

feito por da Cunha *et al.*, em Maceió – AL, 43% possuíam até o ensino fundamental incompleto, sendo incluídas nesse grupo as analfabetas e as gestantes que não finalizaram a 8ª série¹³. Essas divergências literárias demonstram que o perfil da doença quanto à escolaridade não se apresenta limitado a apenas uma parcela populacional.

Em relação à etnia, houve maior frequência de mulheres com autodeclaração de cor parda. Ao analisar o estudo de Bottura *et al.*, no qual comparou o perfil das gestantes com sífilis no município e estado de São Paulo e no Brasil, evidenciou-se um predomínio da cor parda na capital (42,6%) e no país (46,9%). Entretanto, ao analisar o estado, a cor branca passou a predominar (45,2%)¹⁴. Essa diferença nos resultados pode ser explicada pela miscigenação presente no Brasil, em que, de acordo com o censo realizado pelo IBGE (2010), cerca de 70% da população do Maranhão é composta por pessoas pardas, já no estado de São Paulo a maioria da população se autodeclara branca⁸. Dessa maneira, ao analisar números absolutos e taxa de prevalência em Imperatriz – MA, há uma predominância de casos em gestantes pardas.

Quanto à idade gestacional, a maioria das gestantes com sífilis encontravam-se no terceiro trimestre da gestação, achado equivalente ao estudo realizado por Silva *et al.*, entre 2015 e 2017, no município de Vitória - ES, no qual 75,5% da amostra apresentava-se no mesmo trimestre supracitado¹⁵. Esses resultados evidenciam a fragilidade da assistência pré-natal no Brasil, tendo em vista que se trata de uma doença na qual o diagnóstico deve ser realizado no primeiro trimestre da gestação, desde que as consultas sejam realizadas de maneira adequada^{16,17}. Desse modo, o elevado número de gestantes no terceiro trimestre da gravidez denota a existência de um diagnóstico tardio de sífilis, principal aspecto a dificultar seu controle durante a gestação.

Sobre a classificação clínica da doença, grande parte das gestantes foram diagnosticadas com sífilis latente. Tal achado está em consonância com um estudo realizado por Ferreira *et al.* na

região Nordeste entre 2015 e 2019, uma vez que a maioria das gestantes receberam o mesmo diagnóstico clínico¹⁸. No entanto, contraria estudo feito por Padovani *et al.*, na região Sul do Brasil, em que a maioria das gestantes (61,1%) apresentaram diagnóstico de sífilis primária¹⁹. Essa contradição evidencia um provável desconhecimento dos profissionais de saúde acerca da classificação clínica da sífilis²⁰. Sob esta ótica, se destaca que muitas das gestantes apresentavam a classificação clínica, no banco de dados, como ‘ignorada’, seja por desconhecimento dos profissionais, seja por omissão da informação. A falta de uma classificação clínica correta acarreta no tratamento inadequado e na consequente transmissão vertical da doença.

Ao analisar a qualidade da assistência pré-natal no município de Imperatriz - MA, verificou-se que grande parcela das gestantes realizou o acompanhamento de maneira adequada, porém a maioria fez o tratamento da doença de forma incorreta. Essa diferença nos dois parâmetros foi vista também por Barbosa *et al.*, no município de Maceió - AL, em um estudo realizado entre 2014 e 2019, no qual evidenciou a realização de pré-natal na maioria dos casos, porém com tratamento feito de maneira inadequada²¹. A situação ilustrada em ambos municípios retrata a ineficácia da atenção pré-natal às gestantes no que se refere à transmissão vertical, visto que não há o correto manejo da paciente²².

Quanto ao perfil sociodemográfico das mães cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita, observou-se um maior número de casos em mulheres jovens de 20 a 29 anos de idade, seguido por mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos. Esses achados estão em concordância com um estudo mexicano que mostrou a correlação existente entre sífilis congênita e idade das mulheres, principalmente, nas faixas etárias supracitadas²³. No que concerne à escolaridade materna, a amostra foi composta em sua maioria por mulheres que afirmaram possuir de ‘5ª a 8ª série incompleta’, fato que se repete em outros estudos realizados a nível de cidade, estado e região

no Nordeste brasileiro^{20,24,25}. Conclui-se, dessa forma, que a baixa escolaridade é considerada um fator de risco para a transmissão dessa doença, pois está diretamente relacionada ao conhecimento da população acerca dos métodos de tratamento e de prevenção.

Quanto ao perfil clínico da sífilis congênita, quase a totalidade dos neonatos foram diagnosticados com menos de 7 dias de vida, sendo, portanto, classificadas como sífilis congênita recente. Esse resultado converge com os achados de Amaral *et al.*, nos quais 93,6% dos casos na Região Nordeste foram diagnosticados com idade inferior a sete dias²⁶. No tocante ao diagnóstico da sífilis congênita, trata-se de um processo dificultoso para ser estabelecido de forma precoce, porém é uma medida de ampla relevância²⁷, realizada de maneira efetiva no município de Imperatriz - MA.

Em conclusão, foi possível determinar o perfil sociodemográfico e clínico na população estudada. Quanto à sífilis gestacional, houve predomínio de mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, com ensino médio completo, de cor parda e no terceiro trimestre da gestação, se destacando a sífilis latente como principal diagnóstico. No que se refere à sífilis congênita, todos os neonatos foram diagnosticados com sífilis congênita recente. Além disso, sobre o perfil sociodemográfico das mães, observou-se predomínio de mulheres de 20 a 29 anos, pardas e com escolaridade da '5ª a 8ª série incompleta'. Ademais, observou-se que as taxas de incidência de sífilis congênita não satisfazem o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde, reflexo da precariedade da assistência pré-natal fornecida às gestantes e da sua perpetuação como problema a ser solucionado pela Administração Pública em conjunto com os profissionais de saúde. Recomenda-se, portanto, mais pesquisas acerca do objeto desse estudo e das medidas exequíveis que visem proporcionar tratamento adequado àquelas gestantes acometidas pela doença, a fim de reduzir, consequentemente, a transmissão vertical.

8. REFERÊNCIAS

1. Freitas F., et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. v. 30, 2021.
2. Domingues C., et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. v. 30, 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Número Especial. Out. 2020.
4. Lasagabaster L., et al. Syphilis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clínica*. v. 37. p. 398-404, 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Número Especial. Out. 2021.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). [Internet]. 2021. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/imperatriz.html>
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamentos de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet]. 2021. Available from: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Conceitos e Métodos Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015, v. 1, p. 73, 2013.
10. Dos Santos, V. et al. Perfil epidemiológico de casos de sífilis em gestantes em uma maternidade pública. *Cultura de los Cuidados (edición digital)*, 23 (54). 2018.
11. De Oliveira, T. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em alagoas (2008-2017). *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, v. 8, p. 237–247, 2019.
12. De Almeida, A. S. et al. Syphilis in pregnancy, factors associated with congenital syphilis and newborn conditions at birth. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 30, p. 1–13, 2021.
13. Da Cunha, M. R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional em uma cidade do nordeste brasileiro: clínica e evolução de 2014 a 2019. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 3, 2021.
14. Bottura, B. R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 64, n. 2, p. 69, 2019.
15. Silva, B. L. et al. Caracterização epidemiológica da sífilis em gestantes e recém-nascidos em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 22, n. 3, p. 131-139, 2020.
16. Sousa, S. et al. Aspectos clínico-epidemiológicos da sífilis gestacional no nordeste do brasil. *Revista Ciência Plural*, v. 5, n. 1, p. 89–101, 2019.
17. Machado I., et al. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: Desafio para enfermeiras?. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 2, p. 249-255, 2018.
18. Ferreira, A. K., et al. Perfil epidemiológico de sífilis gestacional no Nordeste Brasileiro. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, 2021.
19. Padovani, C.; De Oliveira, R. R.; peloso, S. M. Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Revista Latino-*

- Americana de Enfermagem, v. 26, 2018.
20. Da Conceição, H. N.; câmara, J. T.; pereira, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 1145–1158, 2019.
 21. Barbosa, R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em gestantes no município de Maceió Epidemiological profile of congenital syphilis in pregnant women in the municipality of Maceió. v. 12, n. 11, p. 1–9, 2019.
 22. Soares, M. A. S.; Aquino, R. Association between the incidence rates for gestational syphilis and congenital syphilis and prenatal care coverage in the State of Bahia, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 37, n. 7, 2021.
 23. García-Cisneros, S. et al. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010–2019: an ecological study. *BMC Infectious Diseases*, v. 21, n. 1, p. 1–8, 2021.
 24. Sousa, O. C. et al. Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia/Congenital syphilis: the reflex of pre natal care in Bahia. *Brazilian Journal of Health*, v. 1, n. 2, p. 477–484, 2018.
 25. Oliveira, E.; Holanda, E. C.; Conceição, L. Avaliação epidemiológica da sífilis congênita na região Nordeste do Brasil. v. 2021, p. 1–8, 2021.
 26. Amaral, J. et al. Análise da sífilis congênita no nordeste brasileiro. *Revista do Departamento de Ciências da Vida da Universidade de Santa Cruz do Sul*, v. 1, n. 69, p. 5–24, 2020.
 27. Guimarães, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Archive Health Science (Online)*, v. 25, n. 2, p. 24–30, 2018.

APÊNDICE**DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)****Pesquisador Responsável:** Valesca Leite Santos Correia**Orientadora:** Claudia Regina Andrade Arrais Rosa**Endereço:** Centro de Ciências de Imperatriz - Av. da Universidade, S/N Dom Afonso Felipe
Gregory - CEP: 65915-240**Fone:** (86) 99999-4855**E-mail:** valesca.correia@discente.ufma.br

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO”, pois, trata-se de uma pesquisa longitudinal retrospectiva no qual a unidade de análise serão os dados de pacientes diagnosticados com sífilis registrados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS), disponibilizados pelo Ministério da Saúde e residentes de Imperatriz, no estado do Maranhão, compreendido entre os anos de 2011 e 2020.

Declaro:


- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Assegurar a não utilização as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para fins científicos;
- g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguarda seus direitos.

Imperatriz, 30 de junho de 2021

Valésca Leite Santos Correia

Assinatura do Pesquisador

Documento assinado digitalmente
 CLAUDIA REGINA DE ANDRADE ARRAIS ROS
Data: 25/08/2022 18:09:22-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Assinatura do Orientador

ANEXO

Estrutura dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE ([versão em inglês](#) e [versão em português](#)).

A estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no [website](#) da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>. A seguir, são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS.

- Estudos observacionais: [STROBE](#) (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)
- Revisões sistemáticas: [PRISMA](#) (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), versões em [inglês](#) e [português](#)
- Estimativas em saúde: [GATHER](#) (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting) versões em [inglês](#) e [português](#)
- Estudos de bases secundárias: [RECORD](#) (Conducted using Observational Routinely-collected health Data)
- Relato de sexo e gênero: [SAGER](#) (Sex and Gender Equity in Research) , versões em [inglês](#) e [português](#).

Somente serão aceitos manuscritos que estiverem de acordo com o modelo disponível no Modelo de Submissão. Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa, com formatação em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format), DOC ou DOCX (documento do Word). Não são aceitas notas de rodapé no texto. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

1. a) modalidade do manuscrito;
2. b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
3. c) título resumido em português;
4. d) nome completo, [ORCID](#) (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail* de cada um dos autores;
5. e) instituição de afiliação (até dois níveis hierárquicos; cidade, estado, país), enumerada abaixo da lista de autores com algarismos sobrescritos; incluir somente uma instituição por autor;
6. e) correspondência com nome do autor, logradouro, número, cidade, estado, país, CEP e e-mail
7. f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho, ano de defesa e instituição;
8. h) Financiamento, ou suporte, com a declaração de todas as fontes, institucionais ou privadas, que contribuíram para a realização do estudo; citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Resumo/Abstract/Resumen

Deverá ser redigido em parágrafo único, nos idiomas português, inglês e espanhol, com até 150 palavras, e estruturado com as seguintes seções: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o formato estruturado é opcional.

-

Palavras-chave/Keywords/Palabras clave

-

Deverão ser selecionadas quatro a seis, umas delas relacionada ao delineamento do estudo, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponível em: <http://decs.bvs.br>) e apresentadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Contribuições do estudo

Os autores devem informar as principais contribuições do estudo que serão apresentadas em destaque no manuscrito diagramado, em caso de publicação. Devem ser incluídos os seguintes tópicos, com até 250 caracteres com espaço para cada tópico:

1. a) Principais resultados: descrever, de forma sucinta, a resposta ao objetivo do estudo;
2. b) Implicações para os serviços: discutir como os achados do estudo podem repercutir nos serviços e/ou ser apropriados por eles.
3. c) Perspectivas: apresentar um "olhar para o futuro" e refletir sobre quais seriam os próximos passos para a área/tema estudado e/ou o que seria necessário para a implementação dos achados.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, obrigatoriamente, as seguintes seções, nesta ordem: introdução, métodos, resultados, discussão, contribuição dos autores e referências. Tabelas, quadros e figuras deverão ser referidos nos "resultados" e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável). O conteúdo das seções deverá contemplar os seguintes aspectos:

1. a) Introdução: apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem;
 2. b) Métodos: descrever o delineamento do estudo, a população estudada, os métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem e os procedimentos de coleta dos dados ou fonte, local e data de acesso aos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, contemplar as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos);
 3. c) Resultados: apresentar a síntese dos resultados encontrados; é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas.
 4. d) Discussão: apresentar síntese dos principais resultados, sem repetir valores numéricos, suas implicações e limitações; confrontar os resultados com outras publicações relevantes para o tema; no último parágrafo da seção, incluir as conclusões a partir dos resultados da pesquisa e implicações destes para os serviços ou políticas de saúde;
 5. e) Contribuição dos autores: incluir parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores, de acordo com as recomendações do ICMJE.
 6. f) Agradecimentos: quando houver, devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável; nomeiam-se as pessoas que colaboraram com o estudo e preencheram os critérios de autoria; os autores são responsáveis pela obtenção da autorização, por escrito, das pessoas nomeadas, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo; agradecimentos impessoais – por exemplo, “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho” – devem ser evitados;
 7. g) Referências: o formato deverá seguir as Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do [ICMJE](#) e do [Manual de citações e referências na área da medicina](#) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, com adaptações definidas pelos editores.
- No texto, utilizar o sistema numérico, segundo a ordem de citação no texto, com os números grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação (e a pontuação, quando presente), separados entre si por vírgulas; se números sequenciais, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16).
 - Para referência com mais de seis autores, listar os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.” para os demais;
 - Títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada, de acordo com o estilo usado no [Index Medicus](#) ou no [Portal de Revistas Científicas de Saúde](#);
 - Títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso;
 - Sempre que possível, incluir o DOI (Digital Object Identifier) do documento citado.

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. O [Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde](#) ou o Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.) podem ser consultados.