

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

Sabrina Silveira Leite<sup>1</sup>, Fabine Santos Karam<sup>2</sup>, Juraci Almeida Cesar<sup>3</sup>  
Patrícia Martinez Echevengúá<sup>4</sup>, Sibeleschaun<sup>5</sup>, Fernanda Duarte Avila<sup>6</sup>  
Carla Vitola Gonçalves<sup>7</sup>

**Destaques:** (1) Taxa de detecção de sífilis elevada, de 57,4 casos por 1.000 nascidos vivos. (2) Prevalência de sífilis de 5,8%. (3) Mulheres sem companheiro, com 20 a 29 anos tiveram maior prevalência de sífilis.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.17130>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Escola de Enfermagem. Rio Grande/RS, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5912-365X>

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3138-111X>

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Faculdade de Medicina. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0864-0486>

<sup>4</sup> Prefeitura Municipal do Rio Grande. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2354-1072>

<sup>5</sup> Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8985-6144>

<sup>6</sup> Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8188-2698>

<sup>7</sup> Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Faculdade de Medicina. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6580-6417>

**Como citar:**

Leite SS, Karam FS, Cesar JA, Echevengúá PM, Schaun S, Avila FD. et al. Prevalência e fatores associados ao desfecho da sífilis gestacional. Prevalência e fatores associados ao desfecho da sífilis gestacional. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e17130

**RESUMO**

**Objetivo:** Estimar a prevalência e fatores associados à sífilis gestacional. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado em duas maternidades de um município do Rio Grande do Sul, incluindo 2.292 puérperas no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2019, com análise ajustada por meio da regressão de Poisson, utilizando-se um modelo hierárquico de três níveis, contemplando variáveis demográficas, socioeconômicas, histórico reprodutivo e gestacional. **Resultados:** Observou-se uma prevalência de sífilis gestacional de 5,8% (n=132). Na análise ajustada, a ocorrência de sífilis na gestação apresentou associação estatisticamente significativa com a idade materna ( $p \leq 0,001$ ; IC<sub>95%</sub>: 1,10-2,99), viver com companheiro ( $p \leq 0,001$ ; IC<sub>95%</sub>: 1,50-3,14) e escolaridade materna ( $p \leq 0,001$ ; IC<sub>95%</sub>: 2,01-11,46). **Conclusão:** O estudo identificou uma alta ocorrência de sífilis na gestação no município, sendo influenciada por fatores sociodemográficos, especialmente idade materna, ausência de companheiro e baixa escolaridade. Esses achados evidenciam a necessidade de estratégias de saúde pública voltadas à redução das desigualdades sociais, ao fortalecimento da atenção pré-natal e à ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, visando a prevenção da sífilis gestacional.

**Palavras-chave:** Infecções Sexualmente Transmissíveis; Sífilis; Gravidez; Saúde Materno-Infantil. Prevalência.

**INTRODUÇÃO**

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica e curável, sexualmente transmissível, causada pelo *Treponema pallidum*. Durante a gestação, a ausência de tratamento ou o tratamento inadequado acarretam alto risco de transmissão vertical, caracterizada pela passagem da infecção da gestante para o feto, resultando no desenvolvimento da sífilis congênita (SC), definida como a infecção do concepto decorrente dessa transmissão. A SC constitui o principal desfecho da transmissão vertical e está associada

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

a importantes agravos materno-infantis, como abortamento, natimortalidade, óbito neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer<sup>1-3</sup>.

Apesar de a Sífilis Gestacional (SG) ser evitável e com tratamento de baixo custo, a doença ainda representa um grande desafio de saúde pública. Estima-se que 390 mil casos de resultados adversos na gravidez sejam atribuídos à sífilis no mundo, sendo ainda considerada a segunda causa mais comum de natimorto no mundo<sup>1-10,18</sup>.

O diagnóstico de sífilis é realizado a partir da correlação entre achados clínicos, resultados de exames laboratoriais, história de infecções anteriores e investigação de exposição recente. O tratamento das gestantes e de suas parcerias sexuais deve ser realizado com penicilina benzatina. Tanto o diagnóstico quanto o tratamento são considerados de simples execução, podendo ser realizado na Atenção Primária a Saúde (APS)<sup>1</sup>.

Embora se observe tendência crescente dos casos de sífilis em gestantes entre 2014 e 2024, a partir de 2023 verificou-se desaceleração desse crescimento, com aumento médio anual de 3,2%. A taxa de detecção nacional de sífilis em gestantes no ano de 2024 foi de 35,4 casos por 1.000 nascidos vivos<sup>4</sup>. A SG apresenta distribuição desigual na população, estando fortemente associada a determinantes sociais da saúde, como condições socioeconômicas desfavoráveis, desigualdades raciais e limitações no acesso e na qualidade da atenção pré-natal. Estudos evidenciam maior ocorrência da infecção entre mulheres jovens, negras ou pardas e com menor escolaridade, o que reflete processos estruturais de vulnerabilidade social e iniquidades no cuidado em saúde<sup>8,9,11-16</sup>.

Estudos internacionais recentes demonstram que uma parcela expressiva de gestantes diagnosticadas com sífilis não recebe tratamento adequado durante a gravidez. Em uma coorte retrospectiva conduzida na China, Liu et al. identificaram que fatores sociodemográficos, como condição migratória, menor escolaridade, estado civil e diagnóstico tardio, estiveram associados à não realização ou à inadequação do tratamento da sífilis na gestação<sup>19</sup>. De forma semelhante, estudo internacional mais recente evidenciou que o diagnóstico tardio da infecção e estágios clínicos mais avançados da sífilis foram preditores importantes de tratamento inadequado, reforçando o papel do acesso oportuno ao pré-natal e do manejo clínico adequado na prevenção da transmissão vertical<sup>20</sup>.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm reforçado as recomendações para a eliminação da transmissão vertical desta infecção através de ações na assistência pré-natal<sup>4,10,17</sup>. Entretanto, são necessárias medidas

que além de garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, estejam direcionadas à prevenção da infecção por sífilis durante a gravidez<sup>2,17</sup>. O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência da sífilis na gestação e os fatores associados, em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, ao considerar a sífilis gestacional e congênita como agravos evitáveis e relevantes para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

## MÉTODO

Os dados deste estudo são resultado de uma pesquisa realizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu em um inquérito transversal realizado no município de Rio Grande com a intenção de avaliar a assistência à gestação e ao parto. O inquérito incluiu todas as 2.292 mulheres que tiveram parto no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019 nas duas maternidades do município. Os critérios de inclusão foram: mães que deveriam residir no município, os recém-nascidos deveriam pesar 500 gramas ou mais e nascer com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Foram excluídas mulheres com déficit cognitivo ou dificuldade de entender e responder as perguntas.

As participantes foram entrevistadas uma única vez na maternidade, no período de até 48 horas após o parto, mediante a aplicação de um formulário único, padronizado e pré-codificado, composto predominantemente por questões fechadas, por entrevistadoras previamente treinadas. Para a identificação dos casos de sífilis na gestação, compondo a avaliação do desfecho do estudo, foram utilizadas as seguintes perguntas: “A Sra. fez teste rápido para sífilis na gestação?”; “Quantos foram positivos?”; “A Sra. fez algum outro exame para sífilis durante a gravidez?”; “Quantos foram positivos?”; e “A Sra. chegou a fazer tratamento para sífilis?”. Foram considerados casos de sífilis na gestação aqueles em que as mulheres relataram resultado positivo para sífilis durante a gravidez e a realização de tratamento para a infecção. Os casos em que houve relato de exame positivo, porém sem referência à realização de tratamento, foram classificados como casos potenciais de sífilis na gestação, sendo essas participantes incluídas na segunda etapa do estudo. A confirmação dos casos ocorreu por meio da verificação, em prontuário, do registro de testes treponêmicos e não treponêmicos reagentes durante a gestação ou da anotação diagnóstica de sífilis na gestação.

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

A busca pelas parturientes foi realizada diariamente, por meio da consulta ao livro de registros de nascimentos, seguida de visitas às enfermarias das duas maternidades. Após a identificação de uma puérpera, a pesquisadora estabelecia contato direto no leito, confirmava o local de residência e, sendo este o município de Rio Grande, procedia-se à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do termo, o formulário de coleta de dados era aplicado.

A entrada de dados foi feita em simultâneo com a entrevista, com *tablets* e o aplicativo *Research Electronic Data Capture*. Ao final de cada dia, os questionários eram descarregados no servidor da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e revisados. No fim do processo, todas as variáveis e suas categorias foram rotuladas.

Na segunda etapa da pesquisa, as puérperas que tinham relatado ter tido exame positivo para sífilis, porém sem tratamento durante a gestação, tiveram seus prontuários hospitalares do período de internação na maternidade consultados para confirmação ou exclusão dos potenciais casos de sífilis na gestação.

As variáveis independentes para fins de análise foram: idade materna, cor da pele autorreferida, se vive com companheiro, escolaridade materna em anos completos de estudo, renda familiar mensal, número de gestações anteriores, história de aborto, história de natimorto, gravidez atual planejada, trimestre gestacional da primeira consulta, número de consultas realizadas.

Considerando a identificação de 2.292 puérperas nas duas maternidades durante o período de coleta, uma prevalência do desfecho “sífilis na gestação” entre 5% e 7% e um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), o estudo apresentou poder estatístico estimado de 80%, suficiente para detectar associações entre as variáveis independentes e o desfecho de interesse, garantindo a confiabilidade das análises realizadas.

A análise bruta consistiu na obtenção de medidas de prevalência tanto das exposições quanto do desfecho. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalência (RP), o intervalo de confiança de 95% e o *p* valor. Para as variáveis categóricas ordinais, foi reportado o *p* do teste de tendência linear, enquanto para as demais variáveis se usou o teste de *Wald* para heterogeneidade. A análise ajustada foi obtida por meio de regressão de *Poisson* e seguiu um modelo hierárquico elaborado para fins de controle de fatores de confusão, constituído de três níveis. No primeiro nível, características demográficas (idade, cor da pele, situação conjugal) e socioeconômicas (escolaridade, renda familiar); no segundo nível, características

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

reprodutivas (número de gestações anteriores, aborto prévio, natimorto prévio); no terceiro nível, características da gestação (se planejou a gravidez, trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natal). No modelo de regressão, as variáveis foram controladas para aquelas do mesmo nível ou de níveis anteriores, sendo estabelecido  $p \leq 0,20$  para a manutenção das variáveis no modelo de análise proposto. O nível de significância adotado foi de 95% para testes bicaudais. Todas as análises foram realizadas por meio do *software* estatístico *Stata* 14.0.

A duas etapas da pesquisa foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, protocolo nº 278/2018 e da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, protocolo nº 016/2018.

### RESULTADOS

O estudo incluiu 2.292 puérperas, 132 foram consideradas como casos de sífilis na gestação, o que corresponde a uma taxa de detecção de 57,4 casos por 1.000 nascidos vivos.

Na tabela 1 estão descritas as características das mulheres que apresentaram sífilis na gestação, a maioria tinha entre 20-29 anos de idade (69%), era de cor da pele branca (69,7%), vivia com o companheiro (67,4%), tinha até oito anos de estudo (48,5%) e apresentava como renda familiar mensal até um salário-mínimo (63,8%). 73,5% tinham até duas gestações prévias, não apresentavam história de aborto e natimorto 73,4% e 92,4%. Em relação a gestação atual, a maioria não foi planejada (55,3%), 74,6% iniciaram o pré-natal durante o primeiro trimestre gestacional, 86,1% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

A prevalência de sífilis nas puérperas foi de 5,8% (IC95%:4,8-6,8). Sendo que as mulheres com idade de 20-29 anos tiveram 80% mais sífilis do que aquelas com 19 anos ou menos (RP:1,81; IC<sub>95%</sub>:1,10-2,99;  $p=0,049$ ). As mulheres que viviam sem companheiro tiveram duas vezes mais sífilis, quando comparadas àquelas com companheiro (RP:2,17; IC<sub>95%</sub>:1,50-3,14;  $p \leq 0,001$ ). Em relação à escolaridade materna, foi identificado que quanto menos anos de estudo, maior a probabilidade de apresentar sífilis na gestação. Mulheres com nove a 11 anos de estudo apresentaram aproximadamente quatro vezes mais chance de ter sífilis (RP:3,65; IC<sub>95%</sub>:1,57-8,48;  $p \leq 0,001$ ), assim como aquelas com até oito anos de estudo, a chance de infecção por sífilis na gestação foi praticamente cinco vezes maior (RP:4,80;

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

IC<sub>95%</sub>:2,01-11,46;  $p \leq 0,001$ ), quando comparadas àquelas que tinham estudado 12 anos ou mais de estudo (Tabela 2).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas residentes no município de Rio Grande/RS que tiveram parto no município no ano de 2019 e dos casos de sífilis na gestação. (N= 2.292 e n=132)

| <b>Variáveis</b>                          | <b>Geral<br/>(N=2.292)<br/>n (%)</b> | <b>Sífilis na Gestação n=132<br/>(5,8%)<br/>n (%)</b> |
|---|--------------------------------------|---|
| <b>Idade materna (anos)</b>               |                                      |   |
| até-19                                    | 301 (13,1)                           | 19 (14,4)   |
| 20-29                                     | 1.159 (50,6)                         | 91 (69,0)   |
| 30 ou mais                                | 832 (36,3)                           | 22 (16,6)   |
| <b>Cor da pele (autorreferida)</b>        |                                      |   |
| Branca                                    | 1.750 (76,3)                         | 92 (69,7)   |
| Preta ou parda                            | 542 (23,7)                           | 40 (30,3)   |
| <b>Vive com companheiro</b>               |                                      |   |
| Não                                       | 341 (14,9)                           | 43 (32,6)   |
| Sim                                       | 1.951 (85,1)                         | 89 (67,4)   |
| <b>Escolaridade materna (anos estudo)</b> |                                      |   |
| até 8                                     | 719 (31,4)                           | 64 (48,5)   |
| 9-11                                      | 1.078 (47,0)                         | 61 (46,2)   |
| 12 ou mais                                | 495 (21,6)                           | 7 (5,3)   |
| <b>Renda familiar mensal</b>              | <b>N= 2.232</b>                      | <b>N= 127</b>   |
| Até 1 SM                                  | 990 (44,4)                           | 81 (63,8)   |
| 2 ou mais SM                              | 1.242 (55,6)                         | 46 (36,2)   |
| <b>Número gestações prévias</b>           |                                      |   |
| Até 2                                     | 1.576 (68,8)                         | 97 (73,5)   |
| 3 ou mais                                 | 716 (31,2)                           | 35 (26,5)   |
| <b>História de Aborto</b>                 | <b>N= 1.422</b>                      | <b>N= 79</b>  |
| Não                                       | 1.059 (74,5)                         | 58 (73,4)   |
| Sim                                       | 363 (25,5)                           | 21 (26,6)   |
| <b>História de natimorto</b>              | <b>N= 1.422</b>                      | <b>N= 79</b>  |
| Não                                       | 1.373 (96,6)                         | 73 (92,4)   |
| Sim                                       | 49 (3,4)                             | 6 (7,6)   |
| <b>Gravidez atual planejada</b>           |                                      |   |
| Sim                                       | 1.235 (53,9)                         | 59 (44,7)   |
| Não                                       | 1.057 (46,1)                         | 73(55,3)  |
| <b>Início do pré-natal</b>                | <b>N= 2.216</b>                      | <b>N= 122</b>   |
| 1º trimestre                              | 1.806 (81,5)                         | 91 (74,5)   |
| 2º trimestre                              | 361(16,3)                            | 25 (20,5)   |
| 3º trimestre                              | 49 (2,2)                             | 6 (5,0)   |
| <b>Nº consultas pré-natal</b>             | <b>N= 2.216</b>                      | <b>N= 122</b>   |
| Até 5                                     | 250 (11,3)                           | 17 (13,9)   |
| ≥ 6                                       | 1.966 (88,7)                         | 105 (86,1)  |

Fonte: Autores do estudo.

Legenda: SM

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

**Tabela 2.** Prevalência da sífilis gestacional, análise bruta e ajustada entre puérperas no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2019. (N=2.292)

| Variáveis                                 | SG (%) | Análise Bruta     |                | Análise Ajustada  |                |
|---|--------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
|   |        | RP (IC 95%)       | Valor p        | RP (IC 95%)       | Valor p        |
| <b>Idade materna</b>                      |        |                   | $\leq 0,001^*$ |                   | 0,049*         |
| 13 – 19 anos                              | 6,31   | 1                 |                | 1                 |                |
| 20 - 29 anos                              | 7,85   | 1,24 (0,77–2,00)  |                | 1,81 (1,10–2,99)  |                |
| 30 anos ou mais                           | 2,64   | 0,41(0,22–0,76)   |                | 0,71 (0,37–1,33)  |                |
| <b>Cor da pele (referida)</b>             |        |                   | 0,063          |                   | 0,926          |
| Branca                                    | 5,26   | 1                 |                | 1                 |                |
| Preta ou parda                            | 7,38   | 1,40 (0,98–2,00)  |                | 0,98 (0,67–1,43)  |                |
| <b>Vive com companheiro</b>               |        |                   | $\leq 0,001$   |                   | $\leq 0,001$   |
| Sim                                       | 4,56   | 1                 |                | 1                 |                |
| Não                                       | 12,61  | 2,76 (1,95–3,90)  |                | 2,17 (1,50–3,14)  |                |
| <b>Escolaridade materna (anos estudo)</b> |        |                   | $\leq 0,001^*$ |                   | $\leq 0,001^*$ |
| 12 ou mais                                | 1,41   | 1                 |                | 1                 |                |
| 9 - 11                                    | 5,66   | 4,00 (1,89–8,68)  |                | 3,65 (1,57–8,48)  |                |
| Até 8                                     | 8,90   | 6,29 (2,90–13,62) |                | 4,80 (2,01–11,46) |                |
| <b>Renda familiar mensal</b>              |        |                   | $\leq 0,001$   |                   | 0,095          |
| Até 1 SM                                  | 8,18   | 2,20 (1,55–3,14)  |                | 1,39 (0,94–2,06)  |                |
| 2 ou mais SM                              | 3,70   | 1                 |                | 1                 |                |
| <b>Número gestações prévias</b>           |        |                   | 0,230          |                   | 0,106          |
| Até 2                                     | 6,15   | 1                 |                | 1                 |                |
| 3 ou mais                                 | 4,89   | 0,79 (0,54–1,15)  |                | 0,65 (0,39–1,09)  |                |
| <b>História de Aborto</b>                 |        |                   | 0,824          |                   | 0,191          |
| Não                                       | 5,48   | 1                 |                | 1                 |                |
| Sim                                       | 5,79   | 1,05 (0,65–1,71)  |                | 1,40 (0,84–2,33)  |                |
| <b>História de natimorto</b>              |        |                   | 0,036          |                   | 0,054          |
| Não                                       | 5,32   | 1                 |                | 1                 |                |
| Sim                                       | 12,24  | 2,30 (1,05–5,03)  |                | 2,14 (0,98–4,68)  |                |
| <b>Gravidez atual planejada</b>           |        |                   | 0,030          |                   | 0,946          |
| Sim                                       | 4,78   | 1                 |                | 1                 |                |
| Não                                       | 6,91   | 1,44 (1,03–2,01)  |                | 0,97 (0,61–1,54)  |                |
| <b>Início do pré-natal</b>                |        |                   | 0,017*         |                   | 0,872*         |
| 1° trimestre                              | 5,04   | 1                 |                | 1                 |                |
| 2° trimestre                              | 6,93   | 1,37 (0,89–2,10)  |                | 0,88 (0,49–1,57)  |                |
| 3° trimestre                              | 12,24  | 2,40 (1,11–5,28)  |                | 1,40 (0,41–4,72)  |                |
| <b>N° consultas pré-natal</b>             |        |                   | 0,339          |                   | 0,988          |
| Até 5                                     | 6,80   | 1                 |                | 1                 |                |
| $\geq 6$                                  | 5,34   | 0,78 (0,47–1,28)  |                | 1,03 (0,57–1,86)  |                |

Legenda:\* valor p de tendência linear, RP, valor de p

Fonte: Autores do estudo.

## DISCUSSÃO

O estudo evidenciou uma elevada prevalência de sífilis durante a gestação, indicando que o agravo representa um problema relevante de saúde pública no contexto analisado. A análise do perfil das gestantes indicou maior ocorrência da infecção entre mulheres na faixa etária jovem-adulta, sem vínculo conjugal e com menor nível de escolaridade, evidenciando a associação da sífilis gestacional com determinantes sociodemográficos de vulnerabilidade.

Estudo realizado na capital do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, entre os anos de 2013 e 2018 observou um aumento acentuado e contínuo na taxa de detecção de sífilis gestacional, com taxa de detecção acumulada para o período de 174,3/1.000 nascidos vivos<sup>21</sup>. No município de Itapeva, no estado de São Paulo, foi observado um aumento na taxa de detecção de sífilis na gestação no período de 2010 a 2014, passando de 17,2 para 31,4 casos por 1.000 nascidos vivos<sup>8</sup>. Na cidade de Cariri, no Ceará, também ocorreu aumento na taxa de detecção de sífilis em gestantes no período de 2015 a 2021, passando de 5,4 casos em 2015, para 12,3 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2017, mantendo-se estável desde então<sup>22</sup>.

Rio Grande apresentou taxas semelhantes à de Porto Alegre (POA) que é a capital nacional com a maior taxa de sífilis em gestante<sup>4</sup>. Os dados oficiais, publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil, com referência ao ano de realização deste estudo, demonstram uma taxa de detecção de sífilis em gestante de 22,7 casos por 1.000 nascidos vivos no país. No estado do Rio Grande do Sul, a taxa de sífilis em gestante é de 34,5 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que na capital chega 70 casos/1000 nascimentos. O referido estado apresenta números crescentes de infecção por sífilis na gestação nos últimos anos, assim como taxas de detecção acima da média nacional<sup>4</sup>. Talvez essa associação do presente estudo com relação a dados de POA se dê pelo perfil das duas cidades como universitárias e com grande fluxo de pessoas passando por elas, seja na capital ou em Rio grande como cidade portuária.

Em relação a prevalência, dados de dois estudos nacionais realizados no período de 2011 e 2014, um com mulheres livres e o outro com mulheres privadas de liberdade, identificaram 1,4% de sífilis gestacional entre as mulheres livres e 8,7% entre as privadas de liberdade<sup>17</sup>. No estado do Paraná, o laboratório municipal de Guarapuava identificou uma prevalência de 1,4% de casos de sífilis na gestação entre as 2.868 gestantes que realizaram exames no ano de 2014<sup>13</sup>. Entre as gestantes internadas em uma maternidade de Florianópolis, Santa Catarina, no ano de 2018, foi observada uma prevalência de 3,6% de sífilis gestacional<sup>9</sup>.

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL**

Entre 399 puérperas que participaram de um estudo em Juiz de Fora, Minas Gerais, no ano de 2018 foi encontrada uma prevalência de 9,61% de sífilis na gestação<sup>23</sup>.

Neste estudo, a faixa etária de 20-29 anos se apresenta como a de maior proporção dos casos de infecção por sífilis na gestação, assim como na maioria dos artigos que tratam do assunto e informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, apresentam<sup>8,9,11-14</sup>. Essa é a faixa etária considerada de maior risco para várias infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o que deve ser considerado um sinal de alerta ao atendimento dessas pacientes. Quando este grupo buscar o serviço de saúde independente do motivo da consulta o profissional deve ofertar os exames para ISTs<sup>1,13,14</sup>.

Em relação a situação conjugal, não viver com companheiro também esteve associado a maior ocorrência sífilis na gestação, bem como em estudo nacional de base hospitalar, realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012<sup>15</sup>, além de ser o único fator associado em estudo realizado no ano de 2020 em uma maternidade de Ribeirão Preto, São Paulo<sup>24</sup>. À luz desses achados, observa-se que a presença de parceiro fixo não elimina o risco de ISTs, reforçando a necessidade de intensificar a testagem sorológica e as orientações quanto ao uso de preservativos durante a gestação, com especial atenção às gestantes sem companheiro. Ademais, destaca-se a importância de alertar sobre o risco de aquisição de ISTs na gestação e na amamentação e sobre as possibilidades de transmissão vertical, bem como de incentivar a adesão ao tratamento adequado da gestante e de seus parceiros.

Neste estudo, a probabilidade de apresentar sífilis na gestação foi maior quanto menor a escolaridade das mulheres. Pesquisa de base hospitalar, com dados nacionais também identificou que mulheres com menor escolaridade eram mais propensas a apresentar sífilis na gestação<sup>15</sup>. Sugere-se que as mulheres de menor escolaridade, provavelmente são mais dependentes economicamente de seus companheiros e com isso possuem menor subsídio para cobrar o uso de preservativos por eles.

Sugere-se algumas medidas com a intenção de contribuir com a prevenção da infecção por sífilis durante o período gestacional. Reforçar as orientações sobre a prevenção de IST, durante o atendimento pré-natal, principalmente entre as gestantes com idade de 20 a 29 anos, com menos de 12 anos de estudo e que não vivem com companheiro. Entre os gestores, sensibilizar os profissionais de saúde a partir da divulgação da magnitude do problema. Entre os profissionais de saúde, desenvolver ações de educação continuada sobre sífilis e seus possíveis desfechos na gestação, com ênfase na prática baseada em evidências científicas.

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DESFECHO DA SÍFILIS GESTACIONAL

Neste estudo, possíveis limitações devem ser consideradas quando interpretado os resultados, a primeira faz referência ao delineamento transversal utilizado, onde os dados de exposição e desfecho são coletados no mesmo momento, negando a possibilidade de inferir causalidade; a segunda, está relacionada ao fato das informações serem fornecidas a partir do relato materno, o que pode acarretar uma subestimativa do desfecho. No entanto, as limitações não invalidam os dados aqui apresentados, uma vez que os fatores associados ao desfecho identificados estariam minimamente sujeitos a alterações caso os dados fossem coletados de forma longitudinal.

### CONCLUSÃO

A alta prevalência de SG, associada de forma significativa à idade materna, condição conjugal, escolaridade, cor parda ou preta, baixa renda, histórico de natimorto, ausência de planejamento gestacional e início tardio do pré-natal, explicita a persistência de profundas desigualdades sociais e graves falhas sistêmicas na atenção à saúde da mulher. Esses resultados evidenciam que a SG não decorre prioritariamente de fatores individuais, mas da incapacidade do sistema de saúde em assegurar um pré-natal oportuno, acessível e resolutivo, especialmente para populações socialmente vulnerabilizadas. Por tratar-se de um agravo evitável, de fácil diagnóstico e tratamento amplamente disponível, sua permanência em níveis elevados configura um indicador de insuficiência das políticas públicas vigentes. Dessa forma, torna-se imperativa a implementação de ações que enfrentem as deficiências críticas do pré-natal, assegurem equidade no acesso e na qualidade do cuidado e rompam com a naturalização das iniquidades sociais que sustentam a ocorrência desse agravo.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2025 fev 13]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf)
2. Costa IB, Pimenta IDSF, Aiquoc KM, Oliveira ÂGRDC. Congenital syphilis, syphilis in pregnancy and prenatal care in Brazil: an ecological study. *PLoS One*. 2024;19(6):e0306120. doi:10.1371/journal.pone.0306120

3. de Voux A, Maruma W, Morifi M, Maduma M, Ebonwu J, Sheikh K, et al. Gaps in the prevention of vertical transmission of syphilis: review of reported cases, South Africa, January 2020 to June 2022. *J Trop Pediatr*. 2024;70(3):fmae010. doi:10.1093/tropej/fmae010
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2025 [Internet]. Número especial. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 out [citado 2026 jan <sup>04</sup>]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids>
5. Li Z, Wang Q, Qiao Y, Wang X, Jin X, Wang A. Incidence and associated predictors of adverse pregnancy outcomes of maternal syphilis in China, 2016–2019: a Cox regression analysis. *BJOG*. 2021;128(6):994-1002. doi:10.1111/1471-0528.16554
6. Gomes NL, Lopes CS. Panorama of risky sexual behaviors in the Brazilian adult population – PNS 2019. *Rev Saude Publica*. 2022;56:e202205600. doi:10.11606/s1518-8787.202205600
7. Zhang YW, Liu MY, Yu XH, He XY, Song W, Liu X, et al. Prediction of adverse pregnancy outcomes in pregnant women with syphilis based on a logistic regression model: a retrospective study. *Front Public Health*. 2023;11:1201162. doi:10.3389/fpubh.2023.1201162
8. Silva Neto SED, Silva S, Sartori AMC. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010–2014. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2018;51(6):819-26. doi:10.1590/0037-8682-0377-2017
9. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HHR, Sguario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2021;49(2):102-8.
10. Olarte NM, Valderrama IA, Castellanos JE, Raba AM, Jiménez JM, Mojica JA. Effect of positive deviation on the diagnosis and treatment of gestational syphilis and prevention of congenital syphilis: a cohort study. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2024;75(4):4198. doi:10.18597/rcog.4198
11. Oliveira IM, Oliveira RPB, Alves RRF. Diagnosis, treatment, and notification of syphilis during pregnancy in the state of Goiás, Brazil, 2007–2017. *Rev Saude Publica*. 2021;55:68. doi:10.11606/s1518-8787.2021055003122
12. Oliveira IM, Santos RC, Silva RA, Alves RR, Martins BC, Soares LR. Prevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Brazil: systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46:e-rbgo28. doi:10.61622/rbgo/2024rbgo28
13. Soares LG, Zarpellon B, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(4):791-9.
14. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MDS, Frota MA, Melo SP. Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):563-74. doi:10.1590/1413-81232018232.01772016
15. Domingues RMSM, Leal MDC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouzé B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and incidence of

- congenital syphilis in prison births in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(11):e00183616. doi:10.1590/0102-311X00183616
16. Benítez J, Yépez MA, Hernández-Carrillo M, Martínez DM, Cubides-Munevar A, Holguín-Ruiz JA, et al. Sociodemographic and clinical characteristics of gestational syphilis in Cali, 2018. *Biomedica*. 2021;41(2):140-52. doi:10.7705/biomedica.6003
  17. Organização Pan-Americana da Saúde. Casos de sífilis aumentam nas Américas [Internet]. OPAS; 2024 [citado 2025 mar 2]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-05-2024-casos-sifilis-aumentam-nas-americas>
  18. World Health Organization. Mother-to-child transmission of syphilis [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2026 Jan 4]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>
  19. Liu H, Chen N, Tang W, Shen S, Yu J, Xiao H, et al. Factors influencing treatment status of syphilis among pregnant women: a retrospective cohort study in Guangzhou, China. *Int J Equity Health*. 2023;22:63. doi:10.1186/s12939-023-01866-x.
  20. Swayze EJ, Liske E, DeCarr K, Wendel P, Swales A, VanDillen M, Nakahara A. Stop the spread: predictors of inadequate syphilis treatment in pregnancy. *Sex Transm Infect*. 2025. doi:10.1136/sextrans-2025-056601.
  21. Pires CP, Mareto LK, Medeiros MJ, Oliveira EF. Associated factors, incidence, and management of gestational and congenital syphilis in a Brazilian state capital: a cross-sectional study. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2024;66:e21. doi:10.1590/S1678-9946202466021
  22. Rocha FC, Araújo MAL, Almeida RLF, Rocha AFB, Canto SVE, Silva APA. Trends in detection rates of syphilis in pregnant women and incidence of congenital syphilis in Ceará, Brazil, 2015–2021. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26:e230052. doi:10.1590/1980-549720230052.2
  23. Guedes AIL, Guimarães DCS, Sarkis DJ, Gabriel TT, Delgado CS, Campos AAL, et al. Factors associated with women diagnosed with syphilis who underwent prenatal care in a primary health unit. *Einstein (Sao Paulo)*. 2023;31:eAO0046. doi:10.31744/einstein\_journal/2023AO0046
  24. Reis ARP, Duarte G, Meneguetti MG, Reis RK, Silva ACRE, Gir E. Reactive treponemal and non-treponemal tests in pregnant women and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220146. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0146

Submetido em: 31/3/2025

Aceito em: 15/1/2026

Publicado em: 25/6/2026

### Contribuições dos autores

Sabrina Silveira Leite: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

Fabine Santos Karam: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

Juraci Almeida Cesar: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

Patrícia Martinez Echevengua: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

Sibele Schaun: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de

Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

Fernanda Duarte Avila: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

Carla Vitola Gonçalves: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração do Projeto; Disponibilização de Ferramentas; Desenvolvimento, implementação e teste de software; Supervisão; Validação dos dados e experimentos; Design de apresentação de dados; Redação do manuscrito original; Redação-revisão e edição.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse.

**Financiamento:** Não possui financiamento

**Autor correspondente:** Fabine Santos Karam  
 Universidade Federal do Rio Grande – FURG  
 Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde  
 Faculdade de Medicina  
 R. Gen. Osório, S/N - Centro, Rio Grande - RS, CEP 96200-400. Brasil.  
[karamfabine29@gmail.com](mailto:karamfabine29@gmail.com)

**Editor:** Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

*Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.*

