



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ

ANDRESSA CAMARGO DA SILVA

Perfil epidemiológico e manejo da sífilis gestacional em jovens no município de Campo Grande -
MS

CAMPO GRANDE - MS

2025

ANDRESSA CAMARGO DA SILVA

Perfil epidemiológico e manejo da sífilis gestacional em jovens no município de Campo Grande - MS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Marcia Torres
Coorientadora: Audrey Fischer

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

CAMPO GRANDE - MS

2025

Laboratório de Inovação na Atenção Primária de Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

Epidemiological Profile and Management of Gestational Syphilis in Young Women in the Municipality of Campo Grande, MS

ABSTRACT:

Objective: To analyze the epidemiological profile and clinical management of reported cases of gestational syphilis in the municipality of Campo Grande, MS, Brazil. **Methods:** This is an ecological, descriptive, and retrospective study based on secondary data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Primary Care Health Information System (SISAB). The population consisted of pregnant women notified with syphilis in the municipality. **Results:** A total of 2,522 cases were analyzed, with an incidence rate of 2.8%. There was a predominance of pregnant women aged 20 to 39 years (75.9%), those self-identified as mixed race (54.9%), and those with complete or incomplete high school education (40.4%). Notably, 22.4% of cases occurred among adolescents. Regarding clinical management, a high prevalence of late diagnoses was observed, with 70.4% classified as latent syphilis and 14.11% as tertiary syphilis. The non-treponemal test was not performed in 18.63% of pregnant women, revealing gaps in follow-up. **Conclusion:** Gestational syphilis remains a serious public health concern in Campo Grande, predominantly affecting young, mixed-race women with medium educational levels. The high rates of diagnoses in latent stages and the absence of mandatory testing indicate weaknesses in prenatal care delivered by Primary Health Care, highlighting the urgent need for team training and strengthening of screening and early treatment strategies.

KEYWORDS: Gestational Syphilis; Prenatal Care; Epidemiology; Public Health; Primary Health Care.

Perfil epidemiológico y manejo de la sífilis gestacional en mujeres jóvenes en el municipio de Campo Grande, MS

RESUMEN:

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico y el manejo clínico de los casos notificados de sífilis gestacional en el municipio de Campo Grande, MS, Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio ecológico, descriptivo y retrospectivo, realizado a partir de datos secundarios del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (SINAN) y del Sistema de Información en Salud para la Atención Básica (SISAB). La población estuvo conformada por gestantes notificadas con sífilis en el municipio. **Resultados:** Se analizaron 2.522 casos, con una tasa de incidencia del 2,8%. Predominaron gestantes de 20 a 39 años (75,9%), de raza/color parda (54,9%) y con educación secundaria completa o incompleta (40,4%). Se destaca que el 22,4% de los casos ocurrió en adolescentes. En cuanto al manejo clínico, se observó una alta prevalencia de diagnósticos tardíos, siendo 70,4% sífilis latente y 14,11% sífilis terciaria. La prueba no treponémica no se realizó en el

18,63% de las gestantes, evidenciando fallas en el seguimiento. Conclusión: La sífilis gestacional persiste como un grave problema de salud pública en Campo Grande, afectando principalmente a mujeres jóvenes, pardas y con nivel educativo medio. Las altas tasas de diagnósticos en fases latentes y la ausencia de pruebas obligatorias indican fragilidades en la atención prenatal brindada por la Atención Primaria, señalando la necesidad urgente de capacitar a los equipos y fortalecer las estrategias de tamizaje y tratamiento temprano.

PALABRAS CLAVE: Sífilis Gestacional; Atención Prenatal; Epidemiología; Salud Pública; Atención Primaria de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis gestacional permanece como um dos principais indicadores de fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, refletindo não apenas vulnerabilidades individuais, mas também deficiências estruturais no rastreamento, diagnóstico e tratamento oportuno durante o pré-natal (Domingues & Levy, 2016; Brasil, 2022).

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a infecção apresenta elevada capacidade de transmissão vertical, podendo resultar em aborto, natimortalidade, parto prematuro, baixo peso ao nascer e sífilis congênita — agravo considerado quase totalmente evitável segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016).

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou aumento expressivo dos casos de sífilis em gestantes, impulsionado por falhas no sistema de vigilância, testagem insuficiente, subdiagnóstico e barreiras no tratamento de parceiros sexuais (Brasil, 2019; Macêdo et al., 2020). Entre 2010 e 2022, o Ministério da Saúde reconheceu a sífilis como epidemia de relevância nacional, com impacto desproporcional sobre populações jovens, racializadas e socialmente vulneráveis (Leal et al., 2018; Silva & Oliveira, 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A sífilis gestacional no contexto global e nacional

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, reconhecida por sua elevada capacidade de transmissão vertical, sobretudo nas fases primária e secundária da infecção. Na ausência de diagnóstico e tratamento adequados durante a gestação, as taxas de transmissão podem se aproximar de 100% (OMS, 2016; Brasil, 2022). A infecção materna não tratada está associada a

desfechos adversos relevantes, como aborto espontâneo, natimortalidade, parto prematuro, baixo peso ao nascer e ocorrência de sífilis congênita.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que, anualmente, mais de 1 milhão de gestantes sejam acometidas pela sífilis em nível global, resultando em cerca de 350 mil desfechos perinatais adversos potencialmente evitáveis. Esse cenário confere à sífilis congênita o status de evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal (OMS, 2016). Apesar da existência de métodos diagnósticos acessíveis e de tratamento eficaz e de baixo custo, a persistência desses desfechos evidencia fragilidades importantes nos sistemas de saúde, especialmente em países de média e baixa renda.

No contexto brasileiro, observa-se crescimento sustentado dos casos de sífilis em gestantes desde 2010, culminando no reconhecimento da infecção como epidemia pelo Ministério da Saúde entre 2016 e 2018 (Brasil, 2019). Embora tenham sido ampliadas a oferta de testes rápidos e a disponibilidade de penicilina G benzatina, as taxas de sífilis congênita permanecem elevadas. Esse fato aponta para falhas estruturais relacionadas ao início tardio do pré-natal, à testagem incompleta, ao manejo clínico inadequado e à baixa incorporação da abordagem do parceiro sexual nas rotinas assistenciais (Domingues & Levy, 2016; Macêdo et al., 2020).

2.2 Determinantes sociais e vulnerabilidades

A literatura nacional evidencia que a sífilis gestacional não se distribui de forma homogênea na população, acometendo com maior frequência mulheres jovens, pardas ou pretas, com menor escolaridade e em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Barros et al., 2018; Guimarães et al., 2018). Esse padrão reflete desigualdades estruturais históricas que impactam diretamente o acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde.

Mulheres inseridas nesses contextos tendem a iniciar o acompanhamento pré-natal de maneira tardia, apresentam menor adesão às consultas e enfrentam barreiras relacionadas à renda, dificuldades de transporte, estigmatização social, fragilidade do vínculo com as equipes de saúde e baixa resolutividade dos serviços ofertados (Campos et al., 2020). Soma-se a isso a menor autonomia para negociação do uso de preservativos, além da maior exposição a situações de violência e instabilidade conjugal.

No grupo das adolescentes, essas vulnerabilidades se apresentam de forma ainda mais intensa. Estudos apontam associação entre sífilis gestacional nessa faixa etária e fatores como educação sexual insuficiente, evasão escolar, violência sexual e dificuldades de acesso a serviços de saúde acolhedores e resolutivos (Miranda et al., 2021). Tais condições contribuem para o diagnóstico tardio e ampliam o risco de desfechos adversos, reforçando a necessidade de estratégias intersetoriais e de ações específicas voltadas a esse grupo populacional.

2.3 Testagem, diagnóstico e limitações no pré-natal

O diagnóstico da sífilis gestacional baseia-se na associação entre testes treponêmicos e não treponêmicos (VDRL ou RPR), sendo essa combinação fundamental para a correta classificação clínica da infecção e para o monitoramento da resposta ao tratamento (Brasil, 2022). A Organização Mundial da Saúde recomenda a testagem universal no primeiro contato da gestante com o serviço de saúde, com repetição no terceiro trimestre e no momento do parto, especialmente em contextos de maior prevalência.

O Ministério da Saúde adota diretrizes semelhantes, preconizando a testagem no primeiro e terceiro trimestres da gestação, além da realização do exame no momento do parto ou diante de situações de risco (Brasil, 2022). Apesar disso, estudos brasileiros demonstram fragilidades persistentes na execução dessas recomendações, como atraso entre a testagem e o início do tratamento, ausência da testagem de repetição, falhas no registro das informações e não realização do teste não treponêmico (Leal et al., 2018; Macêdo et al., 2020).

Essas limitações comprometem a adequada classificação clínica da sífilis, dificultam o seguimento da gestante e favorecem o diagnóstico tardio. Como consequência, observa-se aumento da proporção de casos classificados como sífilis latente e manutenção da infecção ativa por períodos prolongados, elevando o risco de transmissão vertical e de desfechos perinatais evitáveis.

2.4 Tratamento, reinfecção e papel do parceiro

A penicilina G benzatina permanece como o único tratamento capaz de prevenir efetivamente a transmissão vertical da sífilis, sendo considerada segura, eficaz e de baixo custo (Brasil, 2022). Quando administrada de forma adequada e em tempo oportuno,

apresenta elevada capacidade de redução dos desfechos adversos perinatais. Contudo, a efetividade do tratamento não depende exclusivamente da adesão da gestante, mas também da abordagem simultânea do parceiro sexual.

A reinfecção após o tratamento é um evento frequente e está fortemente associada à não testagem e ao não tratamento do parceiro. Evidências indicam que até metade dos parceiros de gestantes com sífilis não recebem avaliação ou tratamento adequados, seja por resistência em buscar atendimento, ausência de estratégias de busca ativa ou inexistência de fluxos assistenciais bem definidos nas unidades de saúde (Costa et al., 2020; Arandia & Leite, 2023).

A não abordagem do parceiro contribui para a manutenção da cadeia de transmissão, favorece a reinfecção materna e impacta diretamente na persistência de elevadas taxas de sífilis congênita. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento de estratégias de cuidado centradas na família e no território, alinhadas aos princípios da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família.

2.5 Sífilis gestacional como marcador da qualidade do sistema de saúde

A Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde classificam a sífilis congênita como agravo sentinela, uma vez que sua ocorrência revela falhas evitáveis ao longo da linha de cuidado, incluindo captação tardia da gestante, acompanhamento pré-natal insuficiente, testagem incompleta, tratamento inadequado ou tardio e vigilância epidemiológica fragilizada (OMS, 2016; OPAS, 2017).

Nesse sentido, a análise do perfil epidemiológico da sífilis gestacional configura-se como importante ferramenta para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde e da efetividade das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil. A persistência de casos de sífilis congênita sinaliza não apenas problemas clínicos individuais, mas também limitações estruturais e organizacionais dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de ações integradas, monitoramento contínuo e qualificação permanente das equipes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico e os aspectos assistenciais relacionados aos casos notificados de sífilis gestacional no município de Campo Grande – MS, com ênfase nas gestantes jovens, no diagnóstico, no manejo clínico e na vigilância epidemiológica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico, racial, educacional e clínico das gestantes notificadas com sífilis gestacional no município de Campo Grande – MS.
2. Avaliar a adequação da testagem treponêmica e não treponêmica e da classificação clínica da sífilis gestacional em relação aos protocolos vigentes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.
3. Identificar fragilidades no manejo clínico e no seguimento pré-natal, incluindo diagnóstico tardio, falhas na testagem complementar, abordagem do parceiro e qualidade dos registros de notificação.
4. Analisar a participação proporcional de gestantes jovens nos casos notificados, considerando sua relevância epidemiológica e vulnerabilidade no contexto da Atenção Primária à Saúde.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de base populacional, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de dados secundários provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no município de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul, que dispõe de 72 unidades de Atenção Primária à Saúde. Foram incluídas notificações referentes ao período de 2020 a 2024, contemplando gestantes acompanhadas na rede municipal de saúde.

4.3 População do Estudo

A população do estudo foi constituída por gestantes notificadas com sífilis gestacional no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), residentes no município de Campo Grande – MS. A análise abrangeu todas as faixas etárias notificadas; contudo, foi conferida ênfase analítica às gestantes jovens, considerando sua elevada representatividade epidemiológica e maior vulnerabilidade descrita na literatura científica.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão:

- Notificações de sífilis gestacional registradas no SINAN;
- Gestantes residentes no município de Campo Grande – MS;
- Registros contendo, no mínimo, informações essenciais relacionadas à testagem e à classificação clínica da infecção.

Critérios de Exclusão:

- Registros duplicados;
- Notificações provenientes de outros municípios;
- Dados incompatíveis, inconsistentes ou incompletos que inviabilizassem a análise.

4.5 Fonte e Extração de Dados

Os dados foram obtidos a partir das bases do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O SINAN foi utilizado para a identificação e caracterização epidemiológica e clínica dos casos de sífilis gestacional, enquanto o SISAB subsidiou informações relacionadas ao acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde. A extração dos dados seguiu critérios padronizados, considerando ano de notificação, faixa etária e categoria do agravo. As informações foram organizadas em planilha única por coorte anual (2020–2024). Os registros classificados como ignorados ou em branco foram mantidos na análise, por refletirem a qualidade das notificações e do sistema de vigilância.

4.6 Variáveis Analisadas

Foram analisadas as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: faixa etária, raça/cor e escolaridade;
- Clínicas: classificação da sífilis gestacional e tipo de teste realizado (treponêmico e não treponêmico);
- Qualidade dos dados: proporção de campos ignorados ou em branco.

As definições adotadas seguiram os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde.

4.7 Análise dos Dados

Realizou-se análise estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. Foi conduzida análise exploratória temporal da distribuição dos casos de sífilis gestacional ao longo do período de 2020 a 2024. Adicionalmente, realizou-se análise exploratória espacial por regiões administrativas do município, com representação cartográfica simples, a fim de identificar áreas com maior concentração de notificações. Os dados foram organizados e analisados utilizando os softwares Microsoft Excel e Google Sheets.

4.8 Vieses e Limitações

Reconhecem-se limitações inerentes ao uso de dados secundários, incluindo subnotificação, preenchimento incompleto de variáveis, viés de classificação decorrente da ausência de exames laboratoriais e heterogeneidade no registro das informações entre as unidades de saúde.

4.9 Aspectos Éticos

Por se tratar de estudo desenvolvido exclusivamente com dados secundários, públicos e não identificáveis, esta pesquisa se enquadra na dispensa de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

5. RESULTADOS

Foram analisados 2.522 casos de sífilis gestacional notificados no município de Campo Grande – MS no período de 2020 a 2024, correspondendo a uma incidência aparente de 2,8% em relação ao total de gestantes acompanhadas no período. Observou-se distribuição heterogênea dos casos ao longo dos anos analisados, com tendência de manutenção de elevada carga da doença no município.

5.1 Análise temporal dos casos (2020–2024)

A análise exploratória da distribuição anual dos casos evidenciou persistência da sífilis gestacional ao longo de todo o período estudado, sem redução sustentada dos registros, indicando fragilidade das estratégias de controle implementadas. Observou-se variação no número absoluto de notificações entre os anos, com maior concentração de casos nos anos mais recentes do período analisado, sugerindo melhora na detecção associada à ampliação da testagem, mas sem impacto proporcional na redução da transmissão.

Apesar das oscilações anuais, a manutenção de altos números de casos reforça que a sífilis gestacional permanece como um problema endêmico no município, não sendo observada tendência clara de queda, o que evidencia limitações na efetividade das ações preventivas e assistenciais na Atenção Primária à Saúde.

5.2 Perfil sociodemográfico das gestantes

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis em Campo Grande-MS.

Variável	Categoria	% (Frequência Relativa)
Faixa Etária		
	20 a 39 anos	75,9%
	15 a 19 anos	22,4%
	10 a 14 anos	0,67%
Raça/Cor		
	Parda	54,9%
	Branca	32,6%

Preta	6,7%
Amarela	2,06%
Indígena	0,87%
Ignorado/Branco	2,8%

Escolaridade

Ensino Médio (Completo/Incompleto)	40,4%
5ª a 8ª série do Fundamental	15,5%
Ensino Fundamental (Completo/Incompleto)	9,8%
Ensino Superior (Completo/Incompleto)	4,9%
Ignorado/Branco	22,6%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Em relação à faixa etária, observou-se predominância de gestantes entre 20 e 39 anos (75,9%), seguida por adolescentes de 15 a 19 anos (22,4%), destacando-se ainda a presença de casos em gestantes entre 10 e 14 anos (0,67%), o que evidencia vulnerabilidade precoce e falhas na prevenção primária.

Quanto à raça/cor, houve predominância de mulheres pardas (54,9%), seguidas por brancas (32,6%) e pretas (6,7%), padrão compatível com desigualdades raciais descritas na literatura nacional. Em relação à escolaridade, observou-se maior concentração entre gestantes com ensino médio completo ou incompleto (40,4%), porém com percentual

expressivo de registros ignorados (22,6%), refletindo fragilidades na qualidade da informação.

5.3 Diagnóstico laboratorial e manejo clínico

O teste treponêmico apresentou resultado reativo em 88,34% das gestantes, enquanto o teste não treponêmico (VDRL/RPR) não foi realizado em 18,63% dos casos, além de 6,05% de registros ignorados. Esses achados evidenciam falhas relevantes na linha de cuidado pré-natal, comprometendo a adequada classificação clínica da infecção e o monitoramento terapêutico.

Quanto à classificação clínica, observou-se predominância da sífilis latente (70,4%), seguida da sífilis terciária (14,11%), primária (10,7%) e secundária (1,7%). A elevada proporção de formas tardias reforça a ocorrência de diagnóstico tardio, incompatível com a realização adequada do pré-natal e com as diretrizes nacionais vigentes.

5.4 Distribuição espacial agregada da sífilis congênita no município de Campo Grande – MS

A Figura 1 apresenta a distribuição espacial anual da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, no período de 2020 a 2024, considerando o município como uma única unidade geográfica. A representação desagregada por ano permite a visualização da variação temporal do agravo ao longo do período estudado.

Figura 1A. Distribuição espacial da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, 2020. Fonte: SINAN

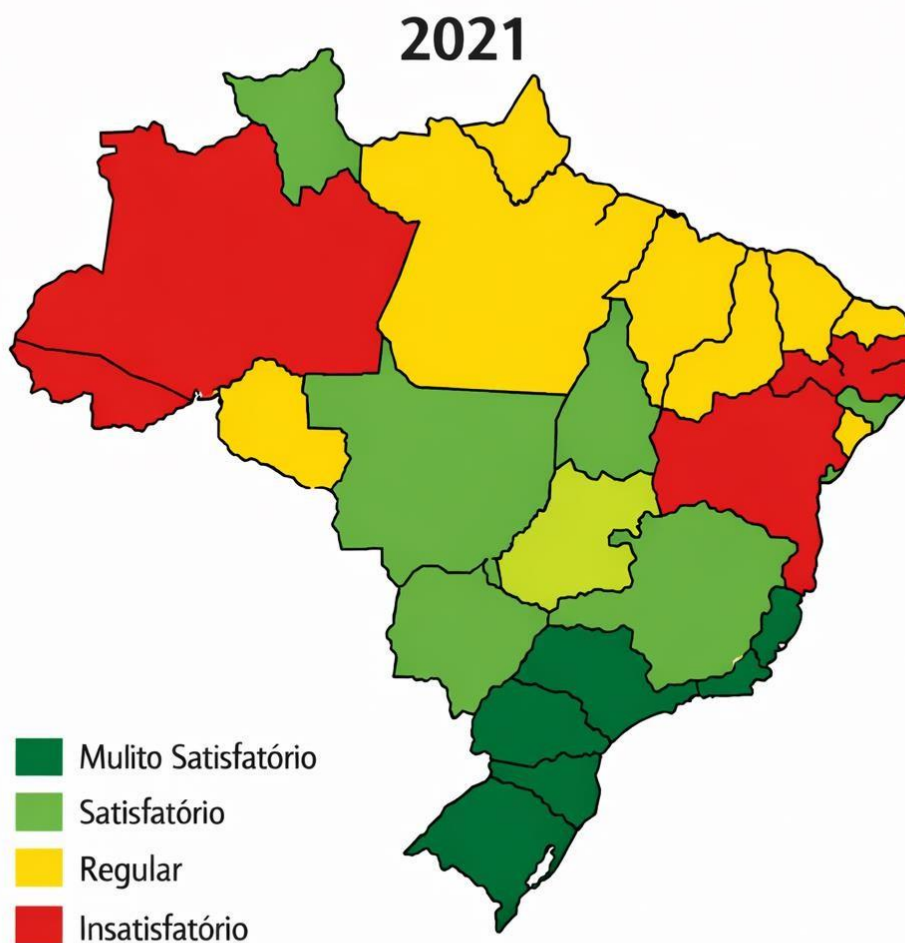
Figura 1A – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens, Campo Grande – MS, 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Elaboração própria.

Figura 1B. Distribuição espacial da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, 2021. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração

Figura 1B – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens, Campo Grande – MS, 2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Elaboração própria.

própria.

Figura 1C. Distribuição espacial da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, 2022. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 1C – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens, Campo Grande – MS, 2022



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Elaboração própria.

Figura 1D. Distribuição espacial da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, **2023**. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 1D – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens, Campo Grande – MS, 2023



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Elaboração própria.

Figura 1E. Distribuição espacial da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, 2024. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 1E – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens, Campo Grande – MS, 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Elaboração própria.

Observa-se que o município de Campo Grande apresenta taxa de sífilis congênita superior ao parâmetro preconizado pela Organização Mundial da Saúde para eliminação da transmissão vertical, estabelecido em até 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos, evidenciando a persistência da sífilis congênita como relevante problema de saúde pública no município.

5.5 Análise espacial exploratória por distritos sanitários

Com o objetivo de explorar a distribuição espacial dos casos de sífilis congênita no município de Campo Grande – MS, foi realizada uma análise espacial exploratória de caráter ilustrativo, com desagregação anual, considerando a divisão do município por distritos sanitários. A representação anual foi adotada em virtude da indisponibilidade de dados oficiais georreferenciados por unidade notificadora, permitindo a visualização de padrões espaciais e variações temporais ao longo do período de 2020 a 2024.

Figura 2A. Distribuição espacial simulada/exploratória da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, segundo distritos sanitários, 2020. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 2A – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens por distrito sanitário, Campo Grande – MS, 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Elaboração própria.

Figura 2B. Distribuição espacial simulada/exploratória da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, segundo distritos sanitários, 2021. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 2B – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens por distrito sanitário, Campo Grande – MS, 2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Elaboração própria.

Figura 2C. Distribuição espacial simulada/exploratória da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, segundo distritos sanitários, 2022. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 2C – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens por distrito sanitário, Campo Grande – MS, 2022



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Elaboração própria.

Figura 2D. Distribuição espacial simulada/exploratória da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, segundo distritos sanitários, 2023. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 2D – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens por distrito sanitário, Campo Grande – MS, 2023



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
 Elaboração própria.

Figura 2E. Distribuição espacial simulada/exploratória da taxa de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Campo Grande – MS, segundo distritos sanitários, 2024. Fonte: SINAN/SINASC. Elaboração própria.

Figura 2E – Distribuição espacial das notificações de sífilis gestacional entre jovens por distrito sanitário, Campo Grande – MS, 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Elaboração própria.

Observa-se, de forma exploratória, heterogeneidade na distribuição espacial das taxas simuladas de sífilis congênita entre os distritos sanitários do município. As áreas com maiores taxas simuladas concentram-se predominantemente nos distritos de maior densidade populacional e maior vulnerabilidade social, achado compatível com a

literatura, que associa a ocorrência da sífilis congênita a barreiras no acesso ao pré-natal, diagnóstico tardio e tratamento inadequado das gestantes e de seus parceiros.

6 DISCUSSÃO

A análise dos 2.522 casos de sífilis gestacional em Campo Grande – MS revela um cenário epidemiológico que acompanha a tendência nacional de crescimento da doença, mas também evidencia fragilidades persistentes na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no rastreamento, no diagnóstico precoce e no manejo clínico adequado (Brasil, 2019; Domingues & Levy, 2016). Embora a prevalência observada seja compatível com padrões nacionais, a magnitude dos casos e o perfil das gestantes afetadas indicam que as estratégias atualmente implementadas não têm sido suficientes para conter a transmissão vertical — desfecho considerado amplamente evitável quando a assistência pré-natal é ofertada com qualidade (OMS, 2016; OPAS, 2017).

Os dados sociodemográficos confirmam padrão já consolidado na literatura, com maior acometimento de mulheres jovens, pardas e com escolaridade intermediária (Barros et al., 2018; Guimarães et al., 2018). Entretanto, a elevada proporção de adolescentes (22,4%) e a presença de casos em gestantes entre 10 e 14 anos apontam para falhas ainda mais graves, relacionadas à incapacidade do sistema de saúde em identificar e intervir precocemente em vulnerabilidades intersetoriais, como educação sexual insuficiente, violência sexual e evasão escolar (Miranda et al., 2021). O fato de essas jovens acessarem o sistema já com infecção instalada sugere que o pré-natal tem operado de forma predominantemente reativa, e não preventiva.

O recorte racial reforça a influência das desigualdades estruturais na determinação da sífilis gestacional. A predominância de mulheres pardas e pretas corrobora achados de estudos nacionais que associam maior carga da doença à discriminação histórica, piores condições socioeconômicas e barreiras de acesso aos serviços de saúde (Silva & Oliveira, 2020; Barros et al., 2018). A persistência desse padrão vai de encontro às diretrizes do Sistema Único de Saúde e às metas da OPAS para eliminação da sífilis congênita, que enfatizam a equidade como eixo central das políticas de saúde (OPAS, 2017).

Entre os achados do estudo, os dados laboratoriais se destacam como um dos aspectos mais críticos. A não realização do teste não treponêmico em 18,63% das gestantes,

somada ao percentual de registros ignorados (6,05%), configura falha relevante na linha de cuidado. Esses valores ultrapassam o aceitável e contrariam diretamente o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, que estabelece a realização da testagem completa no primeiro e no terceiro trimestre da gestação (Brasil, 2022). A ausência desse exame compromete a correta classificação clínica da sífilis, dificulta o monitoramento da resposta terapêutica e favorece reinfecções, caracterizando inadequação da qualidade do pré-natal (Leal et al., 2018; Macêdo et al., 2020).

A predominância da sífilis latente (70,4%) e o percentual expressivo de sífilis terciária (14,11%) reforçam o diagnóstico tardio. A ocorrência de sífilis terciária em gestantes é considerada inaceitável do ponto de vista epidemiológico e sugere falhas prolongadas no acesso, na detecção precoce e na continuidade do cuidado (Domingues & Levy, 2016). Esse achado contrasta com diretrizes internacionais que preconizam a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública quando a incidência é inferior a 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos — meta ainda distante do cenário observado (OMS, 2016).

Outro fator amplamente descrito na literatura diz respeito à abordagem do parceiro sexual. A ausência de testagem e tratamento do parceiro constitui um dos principais entraves no controle da sífilis gestacional, perpetuando a cadeia de transmissão e favorecendo reinfecções (Costa et al., 2020; Arandia & Leite, 2023). A centralização do cuidado exclusivamente na gestante revela atuação fragmentada da APS, em desacordo com os princípios da Estratégia Saúde da Família, que pressupõe abordagem familiar e territorial.

Adicionalmente, devem ser consideradas as limitações inerentes ao uso de dados secundários. O percentual elevado de informações ignoradas, especialmente em variáveis essenciais como escolaridade e testagem, compromete a qualidade dos indicadores e pode subestimar as fragilidades reais do sistema de saúde. Estudos apontam que registros incompletos impactam negativamente a vigilância epidemiológica e a formulação de políticas públicas eficazes (Brasil, 2019; Macêdo et al., 2020).

Por fim, os resultados evidenciam falhas estruturais que extrapolam a esfera individual das unidades de saúde, incluindo ausência de padronização de processos, fragilidades no cuidado pré-natal, insuficiência de busca ativa, baixa adesão a protocolos clínicos e inconsistências nos registros. Esses fatores comprometem a capacidade do município de

reduzir a sífilis congênita, reconhecida pelo Ministério da Saúde como agravo sentinela da qualidade da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2022).

Embora o mapa apresentado tenha caráter exploratório, ele contribui para a visualização de possíveis padrões territoriais na ocorrência da sífilis congênita no município de Campo Grande, permitindo a identificação de áreas potencialmente mais vulneráveis. Além disso, reforça a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, com a inclusão de variáveis geográficas mais detalhadas e padronizadas, a fim de viabilizar análises espaciais mais robustas e precisas. Tais aprimoramentos são fundamentais para subsidiar o planejamento de ações estratégicas direcionadas, fortalecer a atenção pré-natal e orientar a implementação de intervenções mais eficazes para a prevenção e o controle da sífilis congênita no contexto municipal.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo — 2.522 casos de sífilis gestacional em Campo Grande -MS, prevalência aparente de 2,8% no universo analisado e padrões consistentes de diagnóstico tardio, testagem incompleta e registros incompletos — confirmam que a sífilis gestacional deixou de ser apenas um problema clínico pontual para se configurar como um indicador sensível das fragilidades estruturais da Atenção Primária à Saúde (APS) no município.

A distribuição dos casos entre mulheres jovens, especialmente adolescentes, e a sobrerrepresentação de mulheres pardas reforçam que determinantes sociais — como desigualdade socioeconômica, barreiras de acesso aos serviços de saúde, limitações educacionais e fragilidade de ações intersetoriais — continuam sendo fatores centrais de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em conclusão, a sífilis gestacional em Campo Grande constitui simultaneamente um agravo clínico tratável e um marcador sensível das falhas do sistema local de saúde. Embora as ferramentas para controle e eliminação da transmissão vertical sejam conhecidas, eficazes e de baixo custo, o principal desafio permanece operacional. Este estudo oferece evidência local robusta para subsidiar decisões imediatas e orientar a priorização de investimentos capazes de reduzir o sofrimento materno-infantil e aproximar o município das metas de eliminação da sífilis congênita propostas por organismos nacionais e internacionais.

A análise temporal e espacial reforçou a persistência da sífilis gestacional no município e evidenciou desigualdades territoriais que demandam estratégias focalizadas de intervenção na Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. ARANDIA, J. C.; LEITE, J. C. R. A. P. Sífilis na gestação e fatores que dificultam o tratamento na Atenção Primária: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 23, n. 1, e11557, 2023.
2. BARROS, F. C. et al. Desigualdades raciais e saúde materno-infantil no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2018.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

5. CAMPOS, A. L. et al. Sífilis gestacional: fatores associados e desfechos. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020.
6. COSTA, C. C. et al. A importância do tratamento do parceiro no controle da sífilis gestacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020.
7. DOMINGUES, R. M. S.; LEVY, R. A. Atenção pré-natal e desafios para o controle da sífilis gestacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016.
8. GUIMARÃES, W. S. G. et al. Escolaridade e adesão ao pré-natal: determinantes sociais da sífilis gestacional. *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, 2018.
9. LEAL, M. C. et al. Diagnóstico tardio da sífilis gestacional e suas repercussões. *Revista de Saúde Pública*, 2018.
10. MACÊDO, V. C. et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 518–528, 2020.
11. MIRANDA, A. E. et al. Vulnerabilidade de adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Journal of Pediatrics*, 2021.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021*. Geneva: World Health Organization, 2016.
13. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis nas Américas: estratégias e avanços*. Washington, DC: OPAS, 2017.
14. SILVA, L. M.; OLIVEIRA, M. L. A influência das desigualdades raciais na sífilis gestacional. *Saúde em Debate*, 2020.

ANEXO A

I - Normas de submissão de artigos para a Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR

- **Quantidade máxima de autores** (8 autores);
- **Quantidade máxima de páginas** (20 páginas, incluindo referências);

II - Apresentação dos originais

Os artigos devem ser digitados, utilizando-se o programa MS-Word, com fonte TNR 12, espaço 1,5, em folha tamanho A4, com margens de 2 cm superior e inferior e 3 cm esquerda e direita, indicando número de página no rodapé direito conforme (**Template**). Os originais não devem exceder 20 páginas, incluindo texto, ilustrações e referências.

A primeira página deve conter o título do trabalho, dados dos autores enviados, abaixo do título, conforme modelo: Nome completo, graduação mais alta, instituição (máximo duas, caso tenha mais de um vínculo), e-mail e ORCID. Na segunda página deve constar o título completo do trabalho, o resumo e as palavras-chave, em português, em inglês e em espanhol, omitindo-se o (s) nomes (s) do (s) autor (es).

As figuras, quadros e/ou tabelas devem ser numerados sequencialmente, apresentados no corpo do trabalho e com título apropriado. Nas figuras o título deve aparecer abaixo das mesmas e, nos quadros ou tabelas, acima. Todas as figuras devem apresentar resolução mínima de 300 dpi, com extensão .jpg.

Todas as informações contidas nos manuscritos são de inteira responsabilidade de seus autores. Todo trabalho que utilize de investigação humana e/ou pesquisa animal deve indicar a seção MATERIAL E MÉTODO, sua expressa concordância com os padrões éticos, acompanhado da cópia do certificado de aprovação de Comissão de Ética em Pesquisa registrada pela CONEP, de acordo com o recomendado pela Declaração de Helsink de 1975, revisada em 2000 e com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals), bem como o cumprimento das instruções oficiais brasileiras que regulamentam pesquisas com animais (Leis 6.638/79, 9.605/98, Decreto 24.665/34) e os princípios éticos do COBEA (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal).

III - Citações:

Todas as citações presentes no texto devem fazer parte das referências e seguir o sistema autor-data (NBR 10520, jul. 2023). Nas citações onde o sobrenome do autor estiver fora de parênteses, escrever-se-á com a primeira letra maiúscula e o restante minúscula e, quando dentro de parênteses, somente primeira maiúscula e o restante minúsculo, da forma que segue:

Citação direta com até três linhas - o texto deve estar entre aspas. Ex.: Segundo Uchimura *et al.* (2004, p. 65) “ o risco de morrer por câncer de cérvix uterina está aumentado a partir dos 40 anos ”.

Citação direta com mais de 3 linhas - deve ser feito recuo de 4 cm, letra menor que o texto, sem aspas. Ex.:

Citação indireta - o nome do autor é seguido pelo ano entre parênteses. Ex.: Para Lianza (2001), as DORT frequentemente são causas de incapacidade laborativa temporária ou permanente.

Citação de citação - utiliza-se a expressão *apud.*, e a obra original a que o autor consultado está se referindo deve vir em nota de rodapé.

Citação com até três autores deve aparecer com ponto e vírgula entre os autores, exemplo: (Silva; Camargo; Rodrigues)

A citação com mais de três autores deve aparecer o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

IV – REFERÊNCIAS

As REFERÊNCIAS devem ser apresentadas em ordem alfabética de sobrenome e todos os autores incluídos no texto deverão ser listados.

As referências devem ser efetuadas conforme os exemplos abaixo, baseados na NBR 6023, nov. 2018. Para trabalhos com até três autores, citar o nome de todos; acima de três, citar o primeiro seguido da expressão *et al.*