

## Fatores associados à sífilis gestacional na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso-controle

Carolina Matteussi Lino <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6686-3296>

José Leopoldo Ferreira Antunes <sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3972-9723>

Sayuri Tanaka Maeda <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6571-6523>

Marília Jesus Batista <sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0379-3742>

Maria da Luz Rosário Sousa <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0346-5060>

<sup>1,3</sup> Faculdade de Odontologia. Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira, 901. Areião. Piracicaba, SP, Brasil. CEP: 13.414-903.

E-mail: carolina.matteussi@gmail.com

<sup>2</sup> Escola de Enfermagem. Universidade Estadual de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Faculdade de Medicina de Jundiaí. Jundiaí, SP, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* analisar os fatores associados à ocorrência de sífilis em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde.

*Métodos:* estudo de caso-controle conduzido com mulheres que realizaram o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Foram selecionados três controles para cada caso (48 casos e 144 controles) a partir do resultado de testes sorológicos para sífilis. Realizou-se análise bivariada e, em seguida, regressão logística condicional ordenada por pares a partir do menor valor de *p*.

*Resultados:* nos grupos controle e caso houve predomínio de, respectivamente: mulheres de 20 a 34 anos (52,1%; 21,4%), solteiras (48,4%; 21,4%), pretas ou pardas (46,9%; 16,1%), com nove ou mais anos de estudo (47,4%; 12,5%). Os fatores associados foram o histórico de consumo de substâncias ilícitas (OR = 3,42 IC95% = 1,18 – 9,90) e o diagnóstico anterior de Infecção Sexualmente Transmissível (OR = 6,63 IC95% = 2,18 – 20,16).

*Conclusão:* o consumo de substâncias ilícitas e a presença de Infecção Sexualmente Transmissível anterior foram fatores associados à sífilis na gestação. Os achados reforçam a importância do planejamento e reorganização de ações, durante o pré-natal, direcionadas à identificação e ao manejo de fatores subjetivos, para que os serviços de saúde possam adotar medidas eficazes no acompanhamento e prevenção de novos casos de sífilis em gestantes.

**Palavras-chave** Infecções sexualmente transmissíveis, Gestantes, Saúde materno-infantil.



## Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que afeta aproximadamente um milhão de gestantes em todo o mundo.<sup>1,2</sup> No Brasil, em 2023, foram notificados 86.111 novos casos de sífilis na gestação, sendo 46,2% no Estado de São Paulo.<sup>3</sup> Apesar dos avanços, a infecção continua representando um desafio para a saúde pública devido ao risco de transmissão vertical e desfechos adversos (abortos, natimortalidade, prematuridade e sífilis congênita).<sup>2,4</sup>

Dentre os fatores de risco para a sífilis gestacional presentes na literatura encontram-se a vulnerabilidade social, baixa escolaridade, ausência do uso de preservativo, múltiplos parceiros, consumo de álcool ou substâncias ilícitas, histórico de IST e número reduzido de consultas de pré-natal.<sup>5-8</sup> Tais achados, oriundos de estudos realizados no ambiente hospitalar, destacam a importância de investigações na atenção primária que possam explorar aspectos sociais, comportamentais e a assistência dos serviços de saúde.

Visando garantir uma rede de cuidados materno-infantil e reduzir as taxas de mortalidade, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e a Rede Cegonha (RC).<sup>9</sup> A RC preconiza o acompanhamento pré-natal, a realização de rotinas com resultados em tempo oportuno, prevenção de IST/HIV/Aids, a disponibilização de testes rápidos para a gestante e seu parceiro<sup>4</sup> e a descentralização desses testes para a Atenção Primária à Saúde (APS). Desta forma, durante o pré-natal, todas as gestantes devem ser triadas para sífilis no primeiro e último trimestre de gestação<sup>4</sup> e as soropositivas devem ser tratadas e acompanhadas mensalmente até a alta-cura.

O acompanhamento pré-natal na APS constitui uma oportunidade para a promoção de uma gestação saudável e identificação precoce de patologias que comprometem a saúde materno-infantil.<sup>10</sup> A APS oferece um espaço estratégico baseado no acolhimento, na atuação interdisciplinar e na integralidade do cuidado.<sup>9</sup> Contudo, persistem desafios no diagnóstico precoce da sífilis durante o pré-natal, decorrentes de falhas na qualidade da atenção, no cumprimento das diretrizes assistenciais e na realização de testes e tratamentos adequados.<sup>6,11</sup> Tais fragilidades elevam o risco de diagnóstico tardio, com possíveis desfechos adversos.<sup>6</sup>

Considerando o potencial da APS na prevenção e controle da sífilis gestacional, estudos que investiguem fatores associados à sua ocorrência nesse nível de atenção, especialmente por meio de delineamentos como o caso-controle, são essenciais. Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar os fatores associados à ocorrência de sífilis em gestantes atendidas em unidades de saúde da APS.

## Métodos

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle de base populacional, realizado no período de outubro de 2020 a dezembro de 2022 com mulheres que fizeram o acompanhamento pré-natal em Unidades de Saúde da APS.

O estudo foi conduzido em dois municípios do Estado de São Paulo. O primeiro (município A) é equipado com 71 unidades de saúde da APS, sendo 51 Unidades de Saúde da Família (USF) e 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. O segundo (município B) dispõe de 36 unidades de saúde da APS, sendo quatro USF e 32 UBS. Destaca-se que a diferença no percentual de participantes entre os dois municípios foi consequência da facilidade de acesso às unidades de saúde no município A em relação ao B.

Para o cálculo amostral, utilizou-se programa estatístico gratuito EPI Info versão 7.2.5.0, e esta estimativa foi realizada com base em estudo de caso-controle realizado em Recife,<sup>6</sup> considerando o nível de significância, poder do teste, proporção de caso-controle e proporção de controles expostos. Assim, adotou-se um nível de significância de 5%, com poder de teste de 80%, *Odds Ratio* (OR) estimado de 4,16 e proporção de controles de 7,1%, considerando aspectos comportamentais, como o consumo de drogas. Foram selecionados três controles para cada caso de sífilis durante a gestação (3:1) e a amostra final estimada foi de 168 mulheres (42 casos e 126 controles). Esperando a possibilidade de uma perda amostral de 20%, estimou-se que seriam necessárias 200 participantes, sendo 50 casos e 150 controles.

Foram selecionadas mulheres, com faixa etária de 12 a 49 anos (idade fértil), que residiam em um dos municípios do estudo, se apresentavam em qualquer fase do período gravídico, que estavam realizando o acompanhamento pré-natal em unidades da APS e mulheres que possuíam bebês de até seis meses acompanhados nas consultas de puericultura nestas unidades. Foram excluídas mulheres que estavam na unidade para a primeira consulta para acompanhamento pré-natal, que ainda não possuíam os resultados dos testes sorológicos e que não realizavam o acompanhamento pré-natal em serviços da APS.

O grupo caso foi composto por mulheres que apresentaram resultado reagente, sob qualquer titulação, nos testes sorológicos para sífilis (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* - FTA-ABS – ou *Venereal Disease Research Laboratory* - VDRL), realizados durante o acompanhamento pré-natal do período gestacional atual. O grupo controle foi composto por mulheres que tiveram resultado não reagente nos testes sorológicos para sífilis (FTA-ABS ou VDRL), realizados durante o acompanhamento pré-natal e que não tenham apresentado diagnóstico de sífilis durante o período gestacional atual.

A seleção das participantes do grupo controle foi realizada de forma aleatória, na mesma unidade de saúde, após a identificação do caso.

O pareamento dos grupos foi realizado com base no tipo de unidade de atendimento (USF/UBS), município de atendimento (A ou B) e situação das participantes (gestante ou mulheres com bebê nascido há, no máximo, seis meses da data da coleta). A abordagem de mulheres soropositivas na gestação atual, com bebês já nascidos ocorreu devido à interrupção da coleta de dados durante a pandemia de Covid-19, sendo o pareamento entre casos e controles também realizados pela idade do bebê.

Para a coleta de dados, inicialmente foi realizado um levantamento junto à vigilância epidemiológica municipal das unidades de saúde com casos de sífilis em gestante, sem acesso ao nome dos casos notificados. As unidades com casos positivos foram incluídas no estudo e contatadas periodicamente pelos pesquisadores para abordagem presencial das possíveis participantes.

Gestantes e/ou mulheres com bebês de até seis meses presentes na unidade de saúde no dia da visita – para consultas, vacinação, grupo de gestantes – eram abordadas individualmente. A abordagem foi realizada exclusivamente nas unidades de saúde, conforme metodologia de estudo prévio,<sup>12</sup> visando preservar o sigilo do diagnóstico e evitar desconfortos associados às visitas domiciliares.

As entrevistas foram conduzidas com base em um questionário estruturado, abrangendo dados socioeconômicos, demográficos, comportamento de saúde, obstétricos e informações sobre o diagnóstico de sífilis na gestação atual. Foram abordadas 209 mulheres, sendo o tamanho amostral final composto por 192 participantes (Figura 1).

O desfecho do estudo foi a presença de sífilis durante a gestação atual. As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos: (i) socioeconômicas e demográficas (idade, estado civil, cor da pele autodeclarada, escolaridade, tipo de moradia, trabalho remunerado, participação em programas de transferência de renda e renda individual e religião); (ii) comportamentos de saúde (consumo de tabaco, álcool e substâncias ilícitas, idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais no último ano, uso de métodos contraceptivos e de preservativo) e; (iii) obstétricas (número de gestações, histórico de aborto e presença de IST prévia).

Os dados obtidos foram analisados no *software* Stata versão 14.0. Realizou-se análise descritiva com frequência, média e desvio padrão, seguida de análises bivariadas (Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher). Variáveis com  $p < 0,20$  foram incluídas no modelo de regressão logística condicional, ordenadas por pares a partir do menor valor de  $p$ . As variáveis aborto e método

contraceptivo foram mantidas no modelo por critérios de ajuste. Foram testadas as colinearidades entre as variáveis.

Para a validação, realizou-se regressão logística não condicional, com inclusão de variáveis de forma semelhante à regressão logística condicional. As associações foram expressas por *Odds ratio* (OR), com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) e nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo CAAE: 28783320.3.0000.5418).

## Resultados

Participaram deste estudo 192 gestantes e/ou mulheres com bebês de até seis meses, de 16 unidades de saúde da APS, sendo 87,5% (n=168) do município A e 12,5% (n=24) do município B.

Em ambos os grupos houve predomínio de mulheres de 20 a 34 anos, solteiras, autodeclaradas pretas ou pardas, com nove ou mais anos de estudo. Quanto à renda individual, houve um predomínio de mulheres sem renda no grupo controle e com mais de um salário-mínimo entre as participantes do grupo caso. Quanto aos fatores associados ao diagnóstico de sífilis na gestação atual, este esteve associado ao estado civil, consumo de tabaco, álcool, drogas ilícitas, idade da primeira relação sexual, uso de método contraceptivo e presença de IST anterior (Tabela 1).

Entre as entrevistadas, observou-se que a maior parte relatou não fazer uso de preservativo durante as relações sexuais, tanto do grupo caso, quanto do controle. Dentre os principais motivos descritos pelas participantes estiveram: a mulher ou parceiro não gostarem de usar, não ter o preservativo no momento da relação sexual, possuir relacionamento ou parceiro fixo e uso de métodos contraceptivos.

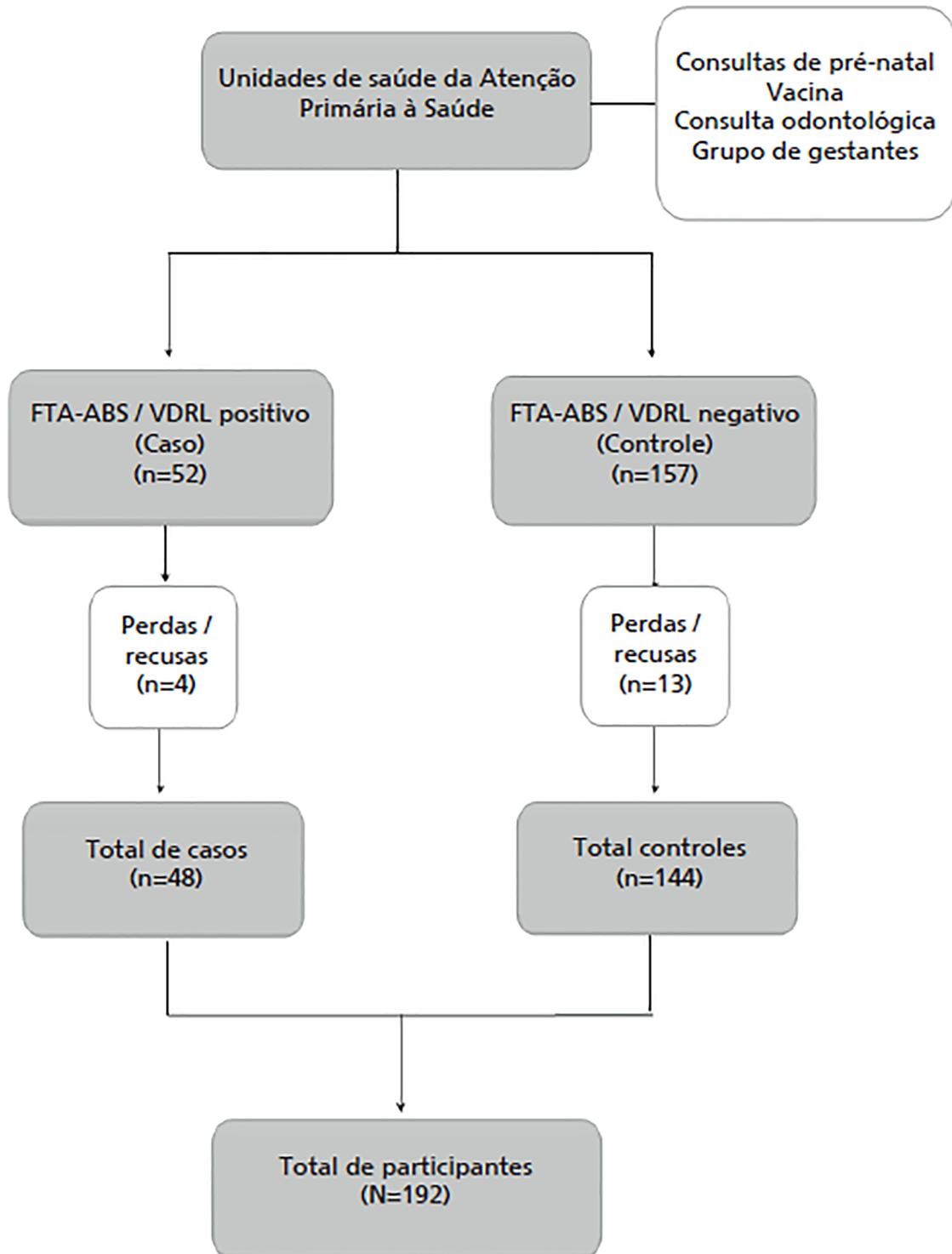
Na análise de regressão logística, o modelo não condicional realizado apresentou resultados consistentes com os registrados no modelo condicional, sendo, portanto, compatíveis com a hipótese de validade do modelo. Desta forma, o modelo ajustado mostrou que a razão de chances para a presença de sífilis na gestação foi 3,42 vezes maior entre as participantes que consumiram substâncias ilícitas (IC95%= 1,18 – 9,90) e 6,63 vezes para as gestantes que já foram diagnosticadas anteriormente com alguma IST (IC95%= 2,18 – 20,16) (Tabela 2).

## Discussão

Os achados desta pesquisa apontam que, dentre as participantes que realizaram o pré-natal nas unidades investigadas, a ocorrência de sífilis na gestação foi associada à IST prévia e histórico de consumo de drogas ilícitas.

Figura 1

Recrutamento e seleção das participantes e tamanho amostral final. São Paulo, 2023.



FTA-ABS= *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*; VDRL= *Venereal Disease Research Laboratory*.

A escolaridade e a renda são determinantes de um pré-natal adequado, afetando o acesso aos serviços e a compreensão das orientações de cuidado à saúde<sup>7,13</sup>. Apesar disso, observa-se crescente incidência de sífilis entre mulheres com maior escolaridade.<sup>14</sup> Assim, é fundamental que aspectos

socioeconômicos e demográficos sejam considerados nas consultas de pré-natal, a fim de promover inclusão, acesso a informações compreensíveis e a participação ativa da gestante, de seu parceiro e rede de apoio na prevenção, diagnóstico e tratamento de ISTs, como a sífilis.

Tabela 1

Variáveis	Controle		Caso		p
	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)					0,870 <sup>1</sup>
14 - 19	26	13,5	7	3,7	
20 - 34	100	52,1	35	18,2	
35 ou mais	18	9,4	6	3,1	
Estado civil					0,006 <sup>1</sup>
Casada	51	26,6	7	3,6	
Solteira	93	48,4	41	21,4	
Cor de pele autodeclarada					0,796 <sup>1</sup>
Branca	54	28,1	17	8,9	
Preta/Parda	90	46,9	31	16,1	
Casa que reside					0,182 <sup>1</sup>
Própria	73	38,0	19	9,9	
Alugada/Emprestada	71	37,0	29	15,1	
Segue alguma religião					0,240 <sup>1</sup>
Sim	103	53,6	30	15,6	
Não	41	21,4	18	9,4	
Escolaridade (em anos de estudo)					0,106 <sup>1</sup>
Até 8	53	27,6	24	12,5	
9 ou mais	91	47,4	24	12,5	
Tem trabalho remunerado					0,933 <sup>1</sup>
Não	76	39,6	25	13,0	
Sim	68	35,4	23	12,0	
Programa de transferência de renda <sup>a</sup>					0,077 <sup>1</sup>
Não	109	56,8	30	15,6	
Sim	35	18,2	18	9,4	
Renda individual					0,144 <sup>1</sup>
Até 1 salário-mínimo	48	25,0	16	8,3	
Mais de 1 salário-mínimo	35	18,2	18	9,4	
Sem renda	61	31,8	14	7,3	
Consumo de tabaco					0,002 <sup>1</sup>
Nunca consumiu	118	61,5	29	15,1	
Já consumiu/consome	26	13,5	19	9,9	
Tempo de consumo do tabaco					0,080 <sup>2</sup>
Até 1 ano	5	11,4	3	6,8	
De 1 a 5 anos	12	27,3	3	6,8	
Mais de 5 anos	9	20,4	12	27,3	
Consumo de álcool					0,011 <sup>1</sup>
Nunca consumiu	45	23,4	6	3,1	
Já consumiu/consome	99	51,6	42	21,9	
Consumo de substâncias ilícitas					0,000 <sup>1</sup>
Nunca consumiu	128	66,7	32	16,7	
Já consumiu/consome	16	8,3	16	8,3	
Tempo de consumo de substâncias ilícitas					0,673 <sup>2</sup>
Até 1 ano	6	23,1	2	7,7	
De 1 a 5 anos	7	26,9	5	19,2	
Mais de 5 anos	3	11,5	3	11,5	
Idade da primeira relação sexual					0,002 <sup>1</sup>
Até os 15 anos	67	37,0	34	18,8	
16 anos ou mais	69	38,1	11	6,1	

Número de parceiros no último ano					0,0132
1 parceiro	127	68,3	34	18,3	
2 parceiros ou mais	14	7,5	11	5,9	
Número de gestações					0,611 <sup>1</sup>
Primigesta	57	29,7	21	10,9	
Multigesta	87	45,3	27	14,1	
Histórico de aborto					0,113 <sup>1</sup>
Não	120	62,5	35	18,2	
Sim	24	12,5	13	6,8	
Uso de métodos contraceptivos					0,018 <sup>1</sup>
Não	53	27,6	27	14,1	
Sim	91	47,4	21	10,9	
Uso de preservativo					0,396 <sup>1</sup>
Usa Sempre/Às vezes	36	18,8	15	7,8	
Não usa/raramente	108	56,2	33	17,2	
Infecção Sexualmente Transmissível anterior					
Não	134	69,8	30	15,6	
Sim	10	5,2	18	9,4	

\* Algumas variáveis não totalizaram n=192 por apresentarem informações ignoradas; <sup>1</sup>Auxílio emergencial (Covid-19), Bolsa Família/Auxílio Brasil; <sup>2</sup>Teste de qui-quadrado independente; <sup>3</sup>Teste Exato de Fisher; (p<0,05).

Embora essas variáveis sejam reconhecidas como associadas à sífilis na gestação,<sup>6-8-15</sup> este estudo não encontrou tal relação, possivelmente devido ao aumento da escolaridade, maior acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou homogeneidade da amostra. Nesse contexto, é necessária uma abordagem que vá além dos protocolos tradicionais, como exames e número de consultas. O pré-natal deve ser um momento de troca e construção de conhecimento, e, nesse sentido, investir em atividades educativas, especialmente por meio da translação do conhecimento,<sup>17</sup> é uma estratégia prioritária.

No que concerne às variáveis de comportamento em saúde, evidenciou-se que estas foram associadas à ocorrência de sífilis em gestantes, entretanto, no modelo final, apenas o consumo de substâncias ilícitas e a presença de IST anterior foram estatisticamente significativas. Esses achados alinhados com outros estudos<sup>6,8,18</sup> reforçam a importância de ponderar essas variáveis como possíveis preditoras e ponto de atenção na assistência pré-natal.

Quanto ao consumo de álcool, este pode aumentar em três vezes as chances de soropositividade para sífilis.<sup>19,20</sup> No presente estudo, houve associação apenas na análise bivariada, perdendo significância no modelo ajustado, em consonância com estudo anterior.<sup>6</sup> Contudo, seus efeitos indiretos permanecem relevantes, dado seu uso concomitante com substâncias ilícitas e seu impacto negativo na percepção de risco e tomada de decisão, o que pode favorecer a exposição à infecção.<sup>21</sup>

O consumo de substâncias ilícitas foi identificado como associado à sífilis, indo ao encontro de estudos conduzidos no Brasil<sup>6</sup> e Estados Unidos,<sup>18</sup> que apontaram maior risco para gestantes que iniciaram o consumo antes

dos 18 anos e fator de risco para ocorrência de sífilis congênita. A transmissão de ISTs nesse contexto pode ocorrer diretamente, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas ou indiretamente, por comportamentos sexuais de risco,<sup>22</sup> como a não utilização do preservativo e a presença de múltiplos parceiros.

O desconhecimento dos efeitos do consumo de substâncias ilícitas sobre a própria saúde e da criança podem levar as gestantes a não aderirem ao pré-natal.<sup>21,23</sup> Além disso, fatores como fácil acesso à essas substâncias, contexto familiar vulnerável, medo do estigma e despreparo dos profissionais de saúde dificultam a identificação precoce do consumo e de práticas de risco, comprometendo a prevenção de danos ao binômio mãe-bebê.<sup>23,24</sup>

O histórico de ISTs prévias foi significativamente associado à sífilis na gestação, reforçando achados de outros estudos brasileiros<sup>6,25</sup> e destacando o risco de reinfeção. Isto posto, o acompanhamento pré-natal deve considerar esse histórico, especialmente em casos de sífilis com baixas titulações, para identificar recidivas, prevenir novos casos e, logo, reduzir os casos de sífilis congênita.<sup>25</sup> Além disso, ações educativas na APS são primordiais para promover autonomia, diálogo e estratégias efetivas de prevenção entre gestantes e seus parceiros.<sup>26</sup> A participação do parceiro no pré-natal é fundamental para o diagnóstico e tratamento de infecções como a sífilis, prevenindo reinfeções. Desde 2016, o MS instituiu o pré-natal do parceiro visando promover exames, testes rápidos, vacinação e orientações sobre o papel do homem nesse período.<sup>10,27</sup> Isso posto, é fundamental que a participação do parceiro seja estimulada<sup>26</sup> uma vez que a realização dos

Tabela 2

Regressão logística condicional dos fatores relacionados à sífilis em gestantes atendidas em unidades da Atenção Primária à Saúde. São Paulo, 2023.

Variáveis	Não ajustada			Ajustada*		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
<b>Estado civil</b>						
Casada	1	-	-	.	.	.
Solteira	2,99	1,28 - 7,02	0,011	.	.	.
<b>Casa que reside</b>						
Própria	1	-	-	.	.	.
Alugada/Emprestada	1,67	0,82 - 3,41	0,160	.	.	.
<b>Escolaridade (em anos)</b>						
Até 8 anos	1,68	0,88 - 3,23	0,117	.	.	.
9 anos ou mais	1	-	-	.	.	.
<b>Programa de transferência de renda</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	2,04	0,96 - 4,34	0,006	1,54	0,58 - 4,05	0,378
<b>Renda individual (salário mínimo)</b>						
Até 1	1	-	-	.	.	.
Mais de 1	1,54	0,69 - 3,57	0,317	.	.	.
Sem renda	0,67	0,28 - 1,60	0,371	.	.	.
<b>Consumo de tabaco</b>						
Nunca consumiu	1	-	-	.	.	.
Já consumiu/consome	2,84	1,39 - 5,87	0,004	.	.	.
<b>Tempo de consumo do tabaco</b>						
Até 1 ano	1	-	-	.	.	.
De 1 a 5 anos	0,42	0,06 - 2,81	0,369	.	.	.
Mais de 5 anos	2,22	0,42 - 11,83		.	.	.
<b>Consumo de álcool</b>						
Nunca consumiu	1	-	-	1	-	-
Já consumiu/consome	2,96	1,20 - 7,33	0,018	2,78	0,98 - 7,87	0,053
<b>Consumo de substâncias ilícitas</b>						
Nunca consumiu	1	-	-	1	-	-
Já consumiu/consome	4,56	1,90 - 10,92	0,001	3,42	1,18 - 9,90	0,023
<b>Idade da primeira relação sexual</b>						
Até os 15 anos	4,35	1,79 - 9,04	0,001	.	.	.
16 anos ou mais	1	-	-	.	.	.
<b>Número de parceiros nos últimos 12 meses</b>						
1 parceiro	1	-	-	.	.	.
2 parceiros ou mais	3,43	1,30 - 9,04	0,013	.	.	.
<b>Histórico de aborto</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	1,82	0,85 - 3,93	0,124	1,64	0,64 - 4,25	0,305
<b>Uso de métodos contraceptivos</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	0,45	0,23 - 0,88	0,020	0,49	0,21 - 1,13	0,095
<b>Infecção Sexualmente Transmissível anterior</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	7,82	3,07 - 19,87	0,001	6,63	2,18 - 20,16	0,001

OR=Odds ratio; Odds ratio ajustada para variáveis com  $p \leq 0,20$ ; \*Modelo final: Infecção Sexualmente Transmissível Anterior, consumo de substâncias ilícitas, consumo de álcool, Uso de métodos contraceptivos, Programa de transferência de renda e histórico de aborto.

exames de rotina possibilita o diagnóstico e tratamento das infecções, quando presentes. No entanto, no que diz respeito à soropositividade de ISTs, a literatura ainda é limitada quanto à forma como ocorre a comunicação do diagnóstico ao parceiro e sua efetividade, o que pode impactar negativamente na adesão e tratamento.<sup>28</sup>

Nesse contexto, destaca-se o papel da APS no enfrentamento da sífilis, especialmente no cuidado pré-natal. Entre 2012 a 2018, o governo federal ampliou a cobertura e incentivou a qualificação dos serviços, para melhorar o diagnóstico, manejo e tratamento da infecção.<sup>27,29</sup> Pesquisa sobre o manejo da sífilis na APS evidenciou avanços na infraestrutura e processos de trabalho, bem como revelou disparidades regionais e escassez de equipes estruturadas.<sup>29</sup> A insuficiência de recursos humanos, testes rápidos e da penicilina compromete a efetividade do cuidado integral, incluindo a adesão do parceiro ao tratamento. A qualificação da APS é fundamental com respeito à construção de vínculos entre as gestantes e seus parceiros favorecendo a identificação de riscos, rastreamento, diagnóstico, prevenção e continuidade do cuidado, que são elementos essenciais para o controle da sífilis no SUS.<sup>27</sup>

Como limitação, destaca-se o possível viés de informação por deseabilidade social, sobretudo no que diz respeito ao comportamento sexual, devido à tendência de respostas socialmente aceitáveis em temas sensíveis.<sup>29,30</sup> Para mitigar esse viés, as entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, em ambiente reservado e com garantia de privacidade; outra limitação foi a restrição da amostra a usuárias de unidades de APS, o que reduz a generalização dos resultados. Essa limitação foi minimizada pelo delineamento caso-controle e pareamento da amostra quanto à renda e escolaridade. Ressalta-se ainda que, por se tratar de estudo retrospectivo, não se considerou a possibilidade de soroconversão para sífilis no grupo controle até o fim da gestação, recomendando-se estudos prospectivos futuros para aprofundar a compreensão sobre a infecção.

Mesmo diante destas possíveis limitações, ressalta-se a importância deste estudo para a identificação dos fatores associados ao diagnóstico de sífilis na gestação, bem como a possibilidade de intervenções ainda na APS, de forma a promover o controle da infecção neste público e, também, prevenir novos casos.

Os resultados evidenciaram que o consumo de substâncias ilícitas e o histórico de IST prévia foram os principais fatores associados à sífilis na gestação entre mulheres acompanhadas na APS. Dado o papel central da APS como porta de entrada no sistema de saúde, o estudo alerta para a importância do acolhimento qualificado e da identificação precoce desses fatores pelos profissionais, possibilitando intervenções oportunas e prevenção de desfechos adversos decorrentes da soropositividade.

Reforça-se, ainda, a necessidade de ações educativas e de fortalecimento da autonomia das gestantes, além de novos estudos que abordem o acompanhamento integral, do diagnóstico à cura.

### Contribuição dos autores

Lino CM: delineamento do manuscrito, interpretação e análise dos dados, redação do manuscrito. Maeda ST e Batista MJ: planejamento, orientação e delineamento do manuscrito, interpretação e análise dos dados, revisão do manuscrito. Antunes JLF e Sousa MLR: interpretação dos dados, revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

### Disponibilidade de Dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

### Referências

1. World Health Organization (WHO). WHO guideline on Syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: WHO; 2017. [acesso em 2023 Fev 20]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259003/1/9789241550093-eng.pdf?ua=1>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2024. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. [acesso em 2025 Jun 2]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim\\_sifilis\\_2024\\_e.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view)
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. DOU, Brasília, 27 jun. 2011. Seção 1. [acesso em 2023 Fev 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
4. Rosa LGF, Santos FS, Vatam CM, Burg MR, Camargo MIB. Análise do rastreamento oportuno da sífilis no pré-natal de baixo risco. *Aletheia*. 2020, 53 (1): 133-45.
5. Pitilin EB, Gasparini VA, Silva DTR, Souza JB, Haag FB. Hospitalizations due to Congenital Syphilis in Neonates: Associated Factors from the Prenatal Care Process. *Aquichan*. 2020; 20 (40): e2048.
6. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. 2017, 51: 78.

7. Cesar JA, Camerini AV, Paulitsc RG, Terlan RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23: e200012.
8. Moura JRA, Bezerra RA, Oriá MOB, Vieira NFC, Fialho AVM, Pinheiro AKB. Epidemiology of gestational syphilis in a Brazilian state: analysis in the light of the social-ecological theory. *Rev Esc Enferm USP.* 2021; 55: e20200271.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2023 Jun 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>
10. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery.* 2021; 25 (1): e20200098.
11. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte do nordeste brasileiro. *J Health Biol Sci.* 2017; 5 (1): 56-61.
12. Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MRD, Furtado MCC. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. *Rev Bras Enferm.* 2022 Nov; 76 (1): e20220210.
13. Araújo MAL, Andrade RFV, Barros VL, Bertoncini MRP. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2019, 19 (2): 421-9.
14. Correia DM, Soares MF, Júnior JNO, Machado MF. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* 2013, 8 (3): 221-38.
15. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29 (6): 1109-20.
16. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciêns Saúde Colet.* 2018 Jun; 23 (6): 1751-62.
17. Pina-Oliveira AA, Moreira RL, Pécora RAF, Chiesa AM. Análise do processo de translação do conhecimento sobre a primeira infância no ensino de graduação. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48 (Esp): 164-71.
18. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med.* 2020 Feb 27; 382 (9): 845-54.
19. Neta ME, Silva CSDO, Silva Junior RFD, Eleutério TP, Holzmann APF, Ruas EDFG, Marques LO. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas na atenção primária à saúde de um município do sudeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2024; 24: e20230188.
20. Enbiale M, Getie A, Haile F, Tekabe B, Misekir D. Magnitude of syphilis sero-status and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Jinka town public health facilities, Southern Ethiopia, 2020. *PLoS One.* 2021; 16 (9): e0257290.
21. Neta ME, Silva CSO, Silva Junior RF, Eleutério TP, Holzmann APF, Ruas EFG, et al. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas na atenção primária à saúde de um município do sudeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2024; 24: e20230188.
22. Lin KW. Closing Primary and Prenatal Care Gaps to Prevent Congenital Syphilis. *Am Fam Physician.* 2020 Jul; 102 (2): 78-9.
23. Portela GLC, Barros LM, Frota NM, Landim APP, Caetano JÁ, Farias FLR. Percepción de la embarazada sobre el consumo de drogas ilícitas en la gestación. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.* 2013; 9 (2): 58-63.
24. Oliveira EM, Souza AG, Silva EM, Costa JBC, Aguiar CC, Rodrigues CS, et al. Implantação, desenvolvimento e desafios do observatório de saúde mental e política sobre drogas: relato de experiência. *Cid em Ação Rev Ext Cult.* 2022 6 (2).
25. Rigo FL, Romanelli RMC, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2021; 21 (1): 139-49.
26. Paiva CCN, Cardoso R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. *Esc Anna Nery.* 2020; 24 (1): e20190142.
27. Ramos Jr AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida [Editorial]. *Cad Saúde Pública.* 2022; 38 (5): PT069022.
28. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad Saúde Pública.* 2020; 36 (3): e00074519.

29. Saes MO, Duro SMS, Gonçalves CS, Tomasi E, Facchini LA. Assessment of the appropriate management of syphilis patients in primary health care in different regions of Brazil from 2012 to 2018. *Cad Saúde Pública*. 2022, 38(5): EN231921.

30. Bispo Junior JP. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2022, 56: 101.

---

Recebido em 7 de Setembro de 2023

Versão final apresentada em 5 de Junho de 2025

Aprovado em 2 de Julho de 2025

---

Editor Associado: Aurélio Costa