

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

WANDA CARVALHO LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS GESTACIONAL
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

GOIÂNIA, 2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Wanda Carvalho Lopes

3. Título do trabalho

Prevalência e fatores associados à sífilis gestacional no contexto da pandemia de COVID-19

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Janaina Valadares Guimaraes, Professor do Magistério Superior**, em 04/02/2025, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wanda Carvalho Lopes, Usuário Externo**, em 06/02/2025, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5107460** e o código CRC **E723C32D**.

WANDA CARVALHO LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS GESTACIONAL
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de concentração: A enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: Epidemiologia, prevenção e controle de doenças infecciosas.

Orientador: Prof^a Dr^a Janaina Valadares Guimarães

Coorientador: Prof^a Dr^a Flaviana Vely Mendonça Vieira

GOIÂNIA, 2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Lopes, Wanda Carvalho

Prevalência e fatores associados à sífilis gestacional no contexto da pandemia de COVID-19 [manuscrito] / Wanda Carvalho Lopes. - 2025.

LXXV, 75 f.

Orientador: Prof. Janaina Valadares Guimarães ; co-orientador Flaviana Vely Mendonça Vieira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2025.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Gestante. 2. COVID-19. 3. Sífilis. 4. Pandemia. 5. Enfermagem. I. Guimarães, Janaina Valadares, orient. II. Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA NÚMERO 3 DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE WANDA CARVALHO LOPES. Aos trinta e um dias do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e cinco, às 9h, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora, Prof^ª. Dr^ª. **Janaina Valadares Guimarães** (Orientadora - PPGENF-FEN/UFG), Prof. Dr. **Marcos André de Mattos** (Membro Interno/PPGENF-FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. **Nara Rúbia de Freitas** (Membro Externo/FEN/UFG), em sessão pública realizada por videoconferência na Faculdade de Enfermagem - FEN/UFG, para procederem à avaliação de defesa da Dissertação intitulada: “**Prevalência e fatores associados à sífilis gestacional no contexto da pandemia de COVID-19**”, de autoria de **Wanda Carvalho Lopes**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª. Dr^ª. **Janaina Valadares Guimarães**, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC n^o. 1847/2023) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC n^o. 1469/2017), a Dissertação foi: **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRA EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 60 dias. Proclamados os resultados pela Prof^ª. Dr^ª. **Janaina Valadares Guimarães**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Janaina Valadares Guimaraes, Professor do Magistério Superior**, em 14/04/2025, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3^o do art. 4^o do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Andre De Matos, Professor do Magistério Superior**, em 14/04/2025, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3^o do art. 4^o do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nara Rubia De Freitas, Enfermeiro**, em 15/04/2025, às 21:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3^o do art. 4^o do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5311059** e o código CRC **3DED3106**.

Referência: Processo nº 23070.002539/2025-31

SEI nº 5311059

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar, primeiramente, minha gratidão a Deus e a Nossa Senhora de Fátima, pelo imenso amor e cuidado com a minha vida. À minha mãe, Suely Carvalho Ribeiro, agradeço por todo o apoio incondicional que me proporcionou ao longo da minha jornada.

À minha orientadora, Dra. Janaína Valadares Guimarães, sou profundamente grata pela dedicação, paciência e orientação durante todo o processo de construção deste projeto. Seus conhecimentos e contribuições foram fundamentais para o resultado final desta dissertação.

De forma especial, agradeço à gerente de enfermagem, Luzia Helena Porfírio Berigo, e à diretora geral do Hospital Estadual da Mulher, Laryssa Barbosa Santa Cruz, pela confiança e pelo incentivo que me proporcionaram ao longo de todo o processo do mestrado.

Minha gratidão também se estende aos meus colegas de trabalho, que estiveram ao meu lado durante toda a trajetória acadêmica, oferecendo suporte e encorajamento.

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e ao corpo docente, que sempre transmitiram seus conhecimentos com excelência e profissionalismo, contribuindo de forma significativa para a minha formação.

Por fim, minha sincera gratidão aos colegas do curso, pela oportunidade de convivência e pela cooperação ao longo desses anos, que enriqueceram ainda mais essa experiência.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT	11
RESUMEN	12
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 SÍFILIS: DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA.....	18
3.1.1 Classificação, sinais e sintomas	18
3.1.2 Diagnóstico e tratamento.....	19
3.1.3 Epidemiologia da sífilis	24
3.1.4 Sífilis em gestantes.....	26
3.1.5 Atuação do enfermeiro no cuidado a sífilis gestacional	27
3.2 SARS-CoV-2 e a COVID-19	28
3.2.1 Contexto histórico.....	29
3.2.2 Patogênese	30
3.2.3 Epidemiologia geral	31
3.2.4 Transmissão.....	32
3.2.5 Sinais, sintomas e evolução clínica	33
3.2.6 Controle e prevenção	35
3.2.7 Impacto da pandemia da COVID-19 no atendimento à saúde da população	36
3.2.8 Impacto da pandemia nas gestantes com sífilis	37
4. METODOLOGIA	39
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
4.5 COLETA DE DADOS.....	41

4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO OU DE DESFECHO.....	42
4.6.1	Variável dependente.....	42
4.6.2	Variáveis independentes	42
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	44
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	44
5.	RESULTADOS.....	45
6.	DISCUSSÃO	51
7.	CONCLUSÃO	55
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES.....	65
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65
	APÊNDICE B – PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	68
	ANEXO	69
	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	69

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema de tratamento e monitoramento de sífilis.	23
Figura 2 - Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes e Notificações no Estado de Goiás: Série Histórica entre 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2024.	26
Figura 3 - Distribuição dos participantes entre os grupos	40
Figura 4 - Trajetória esquematizada da coleta de dados	42
Figura 5 - Número de casos de gestantes com sífilis gestacional atendidas no hospital de estudo entre os períodos pré-pandêmico e pandêmico. Goiânia, GO. 2024.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo os dados sociodemográficos (N = 484), Goiânia, GO, 2024	46
Tabela 2 - Distribuição dos fatores clínicos e obstétricos de gestantes com sífilis diagnosticadas durante o período pré-pandêmico e pandêmico, Goiânia, GO, 2024	47
Tabela 3 - Fatores sociodemográficos associados ao diagnóstico de sífilis gestacional durante os períodos pré-pandêmico e pandêmico, Goiânia, GO, 2024	48
Tabela 4 - Fatores clínico e obstétricos associados ao diagnóstico de sífilis gestacional durante os períodos pré-pandêmico e pandêmico, Goiânia, GO, 2024... ..	49
Tabela 5 - Análise de regressão de Poisson para a associação entre variáveis e a sífilis gestacional no contexto do período pandêmico, Goiânia, GO, 2024	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACE 2** - Enzima Conversora de Angiotensina 2
- AIDS**- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ANVISA** – Agência Nacional Vigilância Sanitária
- CID** – Coagulação Intravascular Disseminada
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- COVID-19** – Doença do Coronavírus
- CSSE** – Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas
- EUA** – Estados Unidos da América
- HIV** – Vírus Imunodeficiência Humana
- IgG/IgM** – Imunoglobulinas
- ICTV** – *International Committee on Taxonomy of Viruses*
- IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- JHU** – Universidade de *Johns Hopkins*
- MERS-CoV** – Síndrome Respiratória do Oriente Médio
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- RNA** – Ácido ribonucleico
- RT-PCR** – Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real
- RN**- Recém-nascido
- SARS-CoV-2** – Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus
- SC**- Sífilis Congênita
- SG** – Síndrome Gripal
- SINAN** – Sistema de notificação de agravos Notificáveis
- STROBE** – *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*
- TC** – Tomografia Computadorizada
- TNT** – Teste Não Treponêmico
- TT** – Teste Treponêmico
- SINASC** – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SRAG** – Síndrome Respiratória Aguda Grave

RESUMO

LOPES, W. C. **Prevalência e fatores associados à sífilis gestacional no contexto da pandemia de COVID-19**. 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2025.

INTRODUÇÃO: A pandemia de COVID-19 impactou negativamente o atendimento pré-natal, parto e pós-parto, resultando em alterações nos protocolos hospitalares e um aumento nos casos de sífilis gestacional. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência de sífilis gestacional e os fatores associados, durante os períodos pré-pandêmico e pandêmico da COVID-19. **METODOLOGIA:** Este estudo transversal foi realizado em um hospital de referência na região central do Brasil, utilizando dados secundários de prontuários de gestantes e sistemas como SPDATA, MV e SINAN NET. Foram selecionados casos de gestantes diagnosticadas com sífilis entre 2018 e 2022, abrangendo os períodos pré-pandêmico e pandêmico. A variável dependente foi a prevalência de sífilis gestacional, diagnosticada clinicamente e por meio de testes sorológicos treponêmicos e não treponêmicos. As variáveis independentes incluíram a pandemia de COVID-19, fatores sociodemográficos, acesso aos serviços de saúde e fatores clínicos e obstétricos. **RESULTADOS:** Os resultados indicaram que 62,2% das gestantes não tinham ocupação remunerada e 55,6% estavam sem companheiro. Além disso, 16,5% não realizaram o pré-natal e 54,8% fizeram seis ou menos consultas. A coinfeção por HIV foi observada em 3,1% das gestantes, e 51% relataram gestações anteriores, com uma taxa de abortos de 16,1%. A prevalência de sífilis gestacional aumentou de 0,80% no período pré-pandêmico para 1,67% durante a pandemia, representando um incremento de 108,75%. Durante a pandemia, houve uma diminuição significativa no número de partos normais ($p = 0.035$; $\text{Exp}(B) = 0,8$; IC 95%: 0.69 - 0.99). A prevalência do HIV foi maior no período pré-pandêmico, com risco 153% maior para gestantes desse período ($p = 0,009$; $\text{Exp}(B) = 2,5$; IC 95%: 1,26 - 5,00). Gestantes com sífilis no período pré-pandêmico mostraram menor propensão a ter ocupação remunerada ($p = 0,038$; $\text{Exp}(B) = 0,83$; IC 95%: 0,71 - 0,99). **CONCLUSÕES:** O estudo identificou uma maior prevalência de sífilis gestacional durante a pandemia, e complicações como abortos e coinfeções por HIV podem ter se agravado devido ao acesso inadequado ao pré-natal, com muitas gestantes sem acompanhamento adequado, além de diferenças significativas entre os grupos em relação à via de parto e à taxa de aborto, evidenciando o impacto negativo da sífilis nos desfechos obstétricos.

Palavras-chave: Gestante; COVID-19; Sífilis; Pandemia; Enfermagem.

ABSTRACT

LOPES, W. C. **Prevalence and factors associated with gestational syphilis in the context of the COVID-19 pandemic.** 2025. Dissertation (master's degree in nursing and health) – Nursing School. Federal University of Goias, Goiânia, Goiás, 2025.

INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic negatively impacted prenatal, childbirth, and postpartum care, resulting in changes in hospital protocols and an increase in gestational syphilis cases due to reduced access to prenatal care. **OBJECTIVE:** To analyze the prevalence of gestational syphilis and factors associated with it in the context of the COVID-19 pandemic. **METHODOLOGY:** This cross-sectional study was carried out in a referral hospital in central Brazil, using secondary data from pregnant women's medical records and systems such as SPDATA, MV, and SINAN NET. Cases of gestational syphilis diagnosed between 2018 and 2022, corresponding to the pre-pandemic and pandemic periods of COVID-19, were analyzed. The dependent variable was the prevalence of gestational syphilis, diagnosed clinically and through treponemal and non-treponemal serological tests. The independent variables included the COVID-19 pandemic, sociodemographic factors, access to healthcare services, and maternal and obstetric factors. **RESULTS:** The study revealed that 62.2% of the pregnant women did not have a paid job and 55.6% were without a partner. In addition, 16.5% had not undergone prenatal care and 54.8% had six or fewer appointments. HIV coinfection was observed in 3.1% of the pregnant women, and 51% reported previous pregnancies, with an abortion rate of 16.1%. The prevalence of gestational syphilis increased from 0.80% in the pre-pandemic period to 1.67% during the pandemic, representing a 108.75% increase. During the pandemic, there was a significant decrease in the number of normal births ($p = 0.035$; $\text{Exp}(B) = 0.8$; 95% CI: 0.69 - 0.99). HIV prevalence was higher in the pre-pandemic period, with a 153% higher risk for pregnant women in this period ($p = 0.009$; $\text{Exp}(B) = 2.5$; 95% CI: 1.26 - 5.00). Pregnant women with syphilis in the pre-pandemic period were significantly less likely to have a paid job ($p = 0.038$; $\text{Exp}(B) = 0.83$; 95% CI: 0.71 - 0.99). There were significant differences between the groups in terms of mode of delivery ($p=0.012$) and abortion rate ($p=0.016$). **CONCLUSIONS:** The study found a higher prevalence of gestational syphilis during the pandemic, with significant differences between the groups in terms of mode of delivery and abortion rate, highlighting the negative impact of syphilis on obstetric outcomes.

Keywords: Pregnant women; COVID-19; Syphilis; Pandemic; Nursing.

RESUMEN

LOPES, W. C. **Prevalencia y factores asociados a la sífilis gestacional en el contexto de la pandemia de COVID-19.** 2025. Disertación (Maestría en Enfermería y Salud) – Facultad de Enfermería. Universidad Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2025.

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 impactó negativamente la atención prenatal, el parto y el posparto, resultando en cambios en los protocolos hospitalarios y un aumento en los casos de sífilis gestacional debido a la reducción del acceso a la atención prenatal. **OBJETIVO:** Analizar la prevalencia y los factores asociados a la sífilis gestacional en el contexto de la pandemia de COVID-19. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio transversal en un hospital de referencia en la región central de Brasil, utilizando datos secundarios de historias clínicas y sistemas como SPDATA, MV y SINAN NET. Se analizaron los casos de sífilis gestacional diagnosticados entre 2018 y 2022, correspondientes a los períodos prepandémico y pandémico de COVID-19. La variable de desenlace fue la sífilis gestacional, diagnosticada clínicamente y mediante pruebas serológicas. Las variables de exposición incluyeron la pandemia de COVID-19, factores sociodemográficos, acceso a los servicios de salud y factores clínicos y obstétricos. **RESULTADOS:** El estudio reveló que el 62,2% de las embarazadas no tenía un trabajo remunerado y el 55,6% no tenía pareja. Además, el 16,5% no había recibido atención prenatal y el 54,8% tenía seis o menos citas. La coinfección por VIH se observó en el 3,1% de las embarazadas, y el 51% declaró haber tenido embarazos anteriores, con una tasa de abortos del 16,1%. La prevalencia de sífilis gestacional pasó del 0,80% en el periodo prepandémico al 1,67% durante la pandemia, lo que representa un aumento del 108,75%. Durante la pandemia se produjo un descenso significativo del número de partos normales ($p = 0,035$; $\text{Exp}(B) = 0,8$; IC 95%: 0,69 - 0,99). La prevalencia del VIH fue mayor en el periodo prepandémico, con un 153% más de riesgo para las mujeres embarazadas en este periodo ($p = 0,009$; $\text{Exp}(B) = 2,5$; IC 95%: 1,26 - 5,00). Las mujeres embarazadas con sífilis en el periodo prepandémico tenían menos probabilidades de tener un trabajo remunerado ($p = 0,038$; $\text{Exp}(B) = 0,83$; IC 95%: 0,71 - 0,99). **CONCLUSIONES:** El estudio identificó una mayor prevalencia de sífilis gestacional durante la pandemia, así como diferencias significativas entre los grupos en términos del modo de parto y la tasa de aborto, destacando el impacto negativo de la sífilis en los resultados obstétricos, como un aumento en los abortos y una disminución en los partos normales.

Palabras-clave: Mujeres embarazadas; COVID-19; Sífilis; Pandemia. Enfermería.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, que afeta seres humanos. Se não tratada precocemente, a doença pode evoluir para uma forma crônica, causando possíveis sequelas irreversíveis (Kraus, 1905).

A transmissão ocorre por via sexual e vertical, durante a gestação em casos de sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, além da possibilidade de transmissão por transfusão sanguínea (Fracastoro, 1530. Kraus, 1905. OMS, 2018).

Os sintomas da sífilis variam conforme o estágio da infecção, sendo classificada em quatro etapas: primária, secundária, terciária e latente (Souza; Rodrigues; Gomes, 2018). A apresentação da doença pode ou não incluir manifestações cutâneas (Ministério da Saúde, 2016).

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado através de observação clínica, análise sorológica e microscopia de campo dependendo da fase da doença (Grange *et al.*, 2012).

O tratamento da sífilis baseia-se na administração de penicilina benzatina, sendo este o medicamento de escolha e o único com eficácia comprovada durante a gestação. Não há evidências de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina, tanto no Brasil quanto em outros países (Ministério da Saúde, 2022).

A sífilis, assim como outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente aquelas com transmissão vertical, representa um problema de saúde pública, apresentando riscos para a mãe e para o recém-nascido (RN). Para garantir uma gestação livre de doença, as gestantes devem realizar os testes de triagem regulares para todas as Infecções sexualmente transmissíveis, sexo seguro e aconselhamento adequado sobre os riscos associados a sífilis (Grant *et al.*, 2020; Nyemba *et al.*, 2022).

Durante a gestação, a sífilis pode acarretar consequências graves, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte neonatal (Ministério da Saúde, 2022).

A transmissão vertical da sífilis durante a gestação pode levar a fatores de riscos comprovados para as manifestações clínicas da sífilis congênita (SC). Embora seja uma doença prevenível e tratável a baixo custo, fragilidades no atendimento pré-natal, baixa adesão do parceiro ao tratamento e o seguimento inadequado dos Recém-

nascido (RN) resultam em desfechos desfavoráveis (Andrade *et al.*, 2018; Bezerra *et al.*, 2020; Torres *et al.*, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de dois terços das gestantes com sífilis não recebem tratamento adequado, resultando em mais de 200.000 casos de SC anualmente no mundo (Ministério da Saúde, 2020b). A falta de intervenção oportuna pode levar a complicações como cegueira, surdez, danos neurológicos e morte neonatal (Arruda; Ramos, 2020).

A rápida disseminação de casos de pneumonia associada ao “*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*” (SARS-CoV-2) desencadeou uma pandemia global denominada de pandemia de COVID-19. O vírus, identificado pela primeira vez em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, espalhou-se rapidamente, infectando milhões de pessoas em todo o mundo (Lu; Stratton; Tang, 2020).

Organizações de saúde nacionais e internacionais (OMS) implementaram medidas como distanciamento social, proibições de viagens e testes generalizados para retardar a disseminação viral. Apesar dessas iniciativas, hospitais e profissionais de saúde ficaram sobrecarregados com o aumento da demanda por atendimentos (World Health Organization, 2020; Souza *et al.*, 2023).

O Brasil foi duramente atingido pela pandemia, chegando a ocupar a segunda posição em termos de total de casos confirmados, atrás apenas dos Estados Unidos da América (Ministério da Saúde, 2021a). Durante esse período, a dinâmica da oferta de serviços de saúde foi profundamente impactada, alterando a assistência materna e criando barreiras de acesso, dificuldades no acompanhamento pré-natal, parto e puerpério (Almeida *et al.*, 2023).

Modificações ambientais e comportamentais também representaram impactos na qualidade assistencial. Várias mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde foram necessárias, mas algumas, como a oferta de consultas por telemedicina, não obtiveram o êxito esperado, evidenciando retrocessos nas boas práticas de humanização da atenção ao parto e nascimento (Almeida *et al.*, 2023).

Durante a pandemia da COVID-19 as medidas para controlar a disseminação do vírus, como distanciamento social e *lockdowns*, também podem ter contribuído para a interrupção dos serviços de prevenção e tratamento de IST. Esse cenário resultou em menor acesso das gestantes aos serviços de saúde, além de atrasos na busca por atendimento para IST ou outras complicações durante a gestação (Ministério da Saúde, 2021c).

As mudanças na rotina dos enfermeiros no contexto da pandemia reforçaram desafios já existentes no manejo da sífilis em gestantes, particularmente no que se refere ao tratamento completo e oportuno das gestantes e de seus parceiros (Silva *et al.*, 2023).

O abandono frequente e a negligência em relação à importância do tratamento completo são obstáculos persistentes para o manejo adequado da doença. As unidades de saúde tiveram que adaptar suas rotinas para lidar com as novas demandas, impactando o dia a dia dos profissionais e exigindo uma revisão em seus processos de trabalho. Novas estratégias foram adotadas para o manejo da sífilis em gestantes durante esse período (Silva *et al.*, 2023; Bezerra *et al.*, 2024).

Nesse contexto, a pandemia de COVID-19 provocou grandes alterações nos sistemas de saúde no Brasil e no mundo, afetando a assistência pré-natal e o controle de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis. Ao analisar a prevalência de casos de sífilis gestacional antes e durante a pandemia, pretende-se avaliar se houve aumento ou diminuição na prevalência da doença, se ocorreram mudanças nos perfis das gestantes acometidas. Os resultados deste estudo serão inéditos e fornecerão subsídios para a implementação de estratégias de controle da sífilis gestacional mais eficazes no contexto pandêmico e pós-pandêmico, considerando as lições aprendidas e as novas realidades enfrentadas pelos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e os fatores associados à sífilis gestacional nos contextos pré-pandêmico e pandêmico de COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil das gestantes com sífilis no contexto da pandemia de COVID-19;
- Estimar a prevalência de casos de sífilis gestacional nos períodos pré-pandêmico e pandêmico de COVID-19;
- Comparar o número dos atendimentos realizados as gestantes com sífilis entre os períodos pré-pandêmicos e pandêmicos;
- Verificar em gestantes com sífilis potenciais fatores associados ao períodos pré-pandêmicos e pandêmicos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SÍFILIS: DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, exclusiva de humanos. Quando não tratada de forma precoce, pode evoluir para uma condição crônica, ocasionando sequelas irreversíveis. A transmissão ocorre predominantemente por via sexual, mas também pode ser vertical, especialmente em gestantes que não recebem tratamento adequado (Ministério da Saúde, 2016).

A transmissão vertical (TV) ocorre intraútero ou durante o parto na presença de lesões ativas, enquanto a transmissão por transfusão sanguínea, embora rara, é possível (Paes; Silva, 2022; FIOCRUZ, 2023).

3.1.1 Classificação, sinais e sintomas

A sífilis, por ser uma doença de evolução crônica, é classificada em diferentes estágios: primária, secundária, terciária e latente (Silva; Carvalho; Chaves, 2021). A manifestação dos sintomas varia conforme o estágio e a duração da infecção, resultando em uma ampla gama de achados clínicos que envolvem fatores imunológicos e histológicos (Souza; Rodrigues; Gomes, 2018). Essa classificação é essencial para o tratamento e monitoramento da doença. A sífilis recente, que inclui os estágios primário, secundário e latente recente, refere-se a uma evolução de até um ano, enquanto a sífilis tardia, que abrange os estágios latente tardio e terciário, se caracteriza por uma evolução superior a um ano (Ministério da Saúde, 2022).

Na fase primária da sífilis, apresenta cancro primário típico geralmente começa como uma pápula indolor isolada, a qual rapidamente se torna erodida e fica endurecida, com uma consistência cartilaginosa característica à palpação da borda e da base da úlcera. Conseqüentemente, a sífilis primária passa despercebida. A lesão primária pode apresentar linfadenopatia regional (geralmente inguinal) acompanha a lesão sífilítica primária, aparecendo dentro de 1 semana do início da lesão. Os gânglios são firmes, não supurativos e indolores. A linfadenopatia inguinal é bilateral e pode ocorrer com cancros anais, bem como da genitália. O cancro geralmente cicatriza dentro de 4 a 6 semanas (variação de 2-12 semanas), mas a linfadenopatia pode persistir por meses (Jamerson *et al.*, 2020).

Na fase secundária, o *Treponema pallidum* se espalha pelo corpo e os sinais são muito mais perceptíveis. Após seis semanas a seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial, começam a aparecer os sinais e sintomas da sífilis secundária, podendo ter o surgimento de lesões não pruriginosas incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, as quais possuem grande número de bactérias. Essas lesões contém um elevado número de bactérias e podem apresentar-se sob forma de: placas de cor esbranquiçada nas mucosas, máculas e pápulas de cor eritematosa (roséola sífilítica) na pele, podendo ser confundido facilmente com uma dermatite seborreica. No tegumento, as lesões são tubérculos, nódulos, gomas e placas nódulo-ulceradas ou tuberocircinadas (Silva *et al.*, 2022).

A fase terciária, apresenta depois da fase latente, todo o estágio se caracteriza por uma carga persistente contra um sistema imunológico, potente, que ao gerar resposta exacerbada se torna autodestrutivo. Existe três apresentações da sífilis terciária: neurosífilis, sífilis cardiovascular e a sífilis benigna tardia. A neurosífilis ocorre como consequência da penetração treponêmica da barreira hematoencefálica. A sífilis cardiovascular envolve o arco aórtico, principalmente a aorta ascendente, que pode levar à angina devido arterite coronariana, incompetência aórtica, e finalizando com aneurisma de aorta. A sífilis benigna tardia representa metade dos casos de sífilis terciária e apresenta-se com granulomas, gomas e placas psoriasiformes. ocorre em aproximadamente 15% a 25% dos casos não tratados, após um período variável de latência que pode durar de um a 40 anos (Ministério da Saúde, 2022; Kalil *et al.*, 2024).

A fase latente da sífilis é caracterizada por Testes sorológicos para sífilis positivos, juntamente com um exame de líquido normal e ausência de sinais ou sintomas de manifestações clínicas de sífilis, considerando assim um diagnóstico de sífilis latente em uma pessoa não tratada. A maioria dos diagnósticos de sífilis ocorre durante essa fase com a descoberta através de exames sorológicos (Jamerson *et al.*, 2020).

A taxa de transmissão da sífilis varia conforme a fase da doença: é de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente, e 10% na fase latente tardia (Arruda; Ramos, 2020).

3.1.2 Diagnóstico e tratamento

A sífilis, sendo uma doença milenar, possui métodos de diagnóstico e

tratamento bem definidos e comprovados, permitindo a interrupção precoce da cadeia de transmissão. No entanto, ainda são necessárias discussões sobre a erradicação e a redução dos casos (Santana, 2019).

A detecção de casos é uma ferramenta essencial, pois a sífilis pode ser assintomática por determinado período, sendo transmitida por meio de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de materiais como seringas, transfusão sanguínea, e de forma vertical (Kalinin *et al.*, 2015).

Os testes para diagnóstico de sífilis dividem-se em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Os exames diretos envolvem a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões. Já os testes imunológicos, mais utilizados na prática clínica, buscam anticorpos em amostras de sangue, soro ou plasma. Esses testes subdividem-se em duas classes: treponêmicos e não treponêmicos (Ministério da Saúde, 2022).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes e podem ser utilizados como teste inicial ou complementar. Esses testes utilizam lisados completos de células de *T. pallidum* ou antígenos recombinantes treponêmicos, isolados ou misturados, para detectar anticorpos específicos. Várias plataformas de testes são empregadas para a testagem sorológica treponêmica, incluindo imunofluorescência indireta, teste de aglutinação a partir de eritrócitos sensibilizados ou partículas de gelatina, ELISA (incluindo as variantes que utilizam a tecnologia de quimioluminescência e imunocromatografia) (World Health Organization, 2013).

Os testes treponêmicos, são considerados qualitativos ou quantitativos que detectam anticorpos “não específicos” para *Treponema pallidum*, mas que são encontrados em pacientes com sífilis. Por não serem específicos, resultados falso-positivos podem ocorrer, portanto, são testes que têm alta sensibilidade e baixa especificidade e precisa ser confirmado com teste treponêmico (Itapary *et al.*, 2023).

Os testes de anticorpos não treponêmicos mais usados para sífilis são os testes RPR e VDRL, são recomendados para triagem ou para quantificação de anticorpo sérico. O título reflete atividade da doença, elevandose durante a evolução da sífilis precoce, frequentemente excedendo 1:32 na sífilis secundária e declinando lentamente depois disso sem tratamento. Depois da terapia para sífilis precoce, uma queda persistente de quatro vezes ou mais (p. ex., um declínio de 1:32 para 1:8) é considerada uma resposta adequada. Os títulos de VDRL não correspondem

diretamente aos títulos de RPR, e testes quantitativos sequenciais (como para resposta à terapia) devem empregar um só método (Jamerson *et al.*, 2020).

A apresentação clínica da sífilis pode variar amplamente, com ou sem manifestações cutâneas. A escolha do método de detecção deve considerar o estágio da doença. No estágio primário, testes baseados em microscopia de campo escuro e imunofluorescência direta podem ser utilizados com amostras frescas das lesões, embora testes imunológicos não sejam recomendados, pois anticorpos só aparecem cerca de oito dias após o surgimento do protossifiloma também conhecido como o cancro duro (Kalinin; Passarelli Neto; Passarelli, 2015).

No estágio secundário, a recomendação é a realização de testes sorológicos, devido à presença das proteínas de defesa na corrente sanguínea. A microscopia de campo escuro também pode ser útil devido à abundância de treponemas em várias partes do corpo (World Health Organization, 2013).

No estágio terciário, os testes sorológicos permanecem positivos e são capazes de identificar anticorpos, com a infecção frequentemente afetando outros órgãos. Isso destaca a importância de avaliar outros parâmetros além do teste de sífilis (Ministério da Saúde, 2016). A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis em suas diferentes fases favorece a suspeita clínica, embora não haja sinais ou sintomas patognomônicos da doença. A confirmação do diagnóstico requer a solicitação de testes diagnósticos. Durante as fases sintomáticas, exames diretos podem ser realizados, enquanto testes imunológicos são aplicáveis tanto na fase sintomática quanto na fase de latência (Ministério da Saúde, 2022).

Considerando ainda que alguns indivíduos podem ser assintomáticos, o diagnóstico da infecção pelo vírus pode ser realizado através de teste sorológico (Paes; Silva, 2022).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que mulheres grávidas sejam testadas para HIV, sífilis e hepatite pelo menos uma vez durante a gravidez, preferencialmente no primeiro trimestre. Testes rápidos combinados para sífilis e HIV podem ser utilizados como teste inicial para gestantes, como parte dos cuidados pré-natais (World Health Organization, 2019). Além disso, a OMS sugere a realização de um terceiro VDRL no momento do parto para todas as gestantes e teste anti-HIV para aquelas que não foram testadas durante o pré-natal (Arruda; Ramos, 2020).

Durante a gestação, o diagnóstico da infecção frequentemente ocorre na Atenção Primária à Saúde (APS) através da triagem sorológica da mulher e do parceiro

sexual. Essa estratégia é acessível e de baixo custo, contribuindo para a redução da transmissão e possibilitando um tratamento precoce adequado (Cavalcante *et al.*, 2017). Apesar da fácil detecção, a adesão ao tratamento continua sendo um desafio significativo, tendo como barreiras as condições socioeconômicas e falta de conhecimento sobre a doença e suas consequências (Machado *et al.*, 2018).

A Penicilina Benzatina e a droga de escolha para o tratamento de sífilis e também considerado um medicamento barato e de fácil administração. O tratamento e dosagem com penicilina deve ser realizado de acordo com o a fase da doença, onde as infecções e as exibições clínicas da sífilis indicarão o formato e a escolha do tratamento tais como: (penicilina G, procaína, benzatina), dosagem, via de administração e período de cura (Martins; Andrade, 2021).

O esquema terapêutico recomendado para o tratamento da sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução) consiste na administração intramuscular de 2,4 milhões de unidades internacionais (UI) de benzilpenicilina benzatina em dose única. Esta dose é dividida em 1,2 milhão UI por glúteo. Em situações em que a penicilina não pode ser utilizada, a doxiciclina é considerada uma alternativa adequada (Ministério da Saúde, 2022).

Para sífilis tardia, latente tardia (com mais de um ano de evolução) e sífilis terciária, o tratamento envolve a administração de 2,4 milhões UI de benzilpenicilina benzatina, intramuscularmente, uma vez por semana durante três semanas, totalizando 7,2 milhões UI. A doxiciclina também pode ser empregada como opção secundária nesses casos (Ministério da Saúde, 2022, Martins; Andrade, 2021).

No tratamento da neurosífilis, recomenda-se o uso de benzilpenicilina potássica ou cristalina, administrada intravenosamente em doses diárias de 18-24 milhões UI, ou ceftriaxona 2 g, intravenosa, por um período de 10 a 14 dias (Ministério da Saúde, 2022).

Para gestantes com sífilis recente, é indicada a administração de uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, intramuscular, uma semana após a primeira dose (Figura 1). É fundamental que o intervalo entre doses não exceda 14 dias para não gestantes (Ministério da Saúde, 2022).

A Nota Técnica Nº 14/2023 (DATHI/SVSA/MS) sugere que as doses de benzilpenicilina benzatina para gestantes sejam administradas a cada sete dias, sem ultrapassar nove dias entre as doses. Se o intervalo for excedido, o esquema deve ser reiniciado.

Figura 1 - Esquema de tratamento e monitoramento de sífilis.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

As parcerias sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis devem ser tratadas presumivelmente com uma dose única de penicilina benzatina, administrada por via intramuscular, independentemente dos resultados dos testes imunológicos. Caso o teste para sífilis seja positivo, o tratamento deve seguir as diretrizes para sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção (Ministério da Saúde, 2019). Quando o parceiro não realiza o tratamento ou realiza de forma inadequada pode ocorrer a reinfecção da gestante. Pois caso a gestante siga o esquema de tratamento adequadamente e o parceiro não, ela poderá mais uma vez ser infectada pela doença após o contato sexual com o parceiro (Messias *et al.*, 2024).

O receio de reações adversas não deve impedir a administração de benzilpenicilina benzatina, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Alternativas, como doxiciclina e ceftriaxona, devem ser utilizadas apenas sob rigoroso acompanhamento clínico e laboratorial. Além disso, gestantes alérgicas à penicilina devem passar por um processo de dessensibilização em ambiente hospitalar para assegurar a segurança e eficácia do tratamento (Ministério da Saúde, 2022).

3.1.3 Epidemiologia da sífilis

Em 2022, o número global de casos de sífilis ultrapassou 8 milhões, com um aumento de mais de 1 milhão de casos em relação ao ano anterior. As Américas enfrentam a maior incidência mundial, registrando 3,37 milhões de casos, o que representa 42% de todos os novos casos, com uma taxa de 6,5 casos por 1.000 pessoas (Opas, 2024).

No Brasil, considerando todos os casos de 2005 até junho de 2023, foram notificados 624.273 casos de sífilis em gestantes através do sistema de informação Sinan. A distribuição geográfica desses casos revelou que 45,4% eram residentes na região Sudeste, 21,2% na região Nordeste, 14,6% na região Sul, 10,3% na região Norte e 8,5% na região Centro-Oeste. Em 2022, houve um registro significativo com 83.034 casos de sífilis em gestantes, resultando em uma taxa de detecção de 32,4 casos por 1.000 nascidos vivos. Além disso, foram notificados 26.468 casos de sífilis congênita, com uma taxa de incidência de 10,3 casos por 1.000 NV, e 200 óbitos por sífilis congênita, correspondendo a uma taxa de mortalidade infantil específica de 7,8 óbitos por 100.000 NV. A taxa de detecção de sífilis em gestantes tem mostrado uma tendência crescente, com um aumento de 33,8% entre 2020 e 2022. Comparativamente, entre 2013 e 2018, o aumento médio anual foi de 25%, e de 2019 para 2020, foi de 6,1% (Ministério da Saúde, 2023).

A faixa etária predominante entre as gestantes notificadas com sífilis é de 20 a 29 anos, representando 59,7% dos casos. As adolescentes (de 10 a 19 anos) também têm uma representatividade significativa, com 20,6% em 2022. Em relação à escolaridade, entre as gestantes com informações disponíveis, 25,3% tinham ensino fundamental incompleto, 33,6% haviam concluído pelo menos o ensino fundamental e 40,8% possuíam pelo menos o ensino médio completo. Quanto à cor/raça, 52,0% das gestantes com sífilis eram pardas, 28,6% brancas e 11,8% pretas, totalizando 63,8% para mulheres pretas e pardas em 2022 (Ministério da Saúde, 2023).

Estudo realizado no Nordeste, foi observada uma associação significativa entre a idade e o nível de escolaridade das gestantes com sífilis gestacional. Mulheres com idades entre 20 e 24 anos e com nível de escolaridade limitado ao ensino fundamental e médio foram mais frequentemente diagnosticadas com a infecção. Esses achados indicam que níveis educacionais mais baixos podem estar

relacionados a uma maior incidência de sífilis gestacional (Silva; Carvalho; Chaves, 2021).

Resultados semelhantes foram encontrados em uma revisão de 16 artigos, que corroboraram que o perfil epidemiológico das mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal inclui características semelhantes em termos de escolaridade, idade e cor/etnia. Além disso, a escolaridade foi associada à adesão ao tratamento, com a falta de educação e a dificuldade de compreender as orientações dos profissionais de saúde sendo fatores relevantes (Ribeiro; Correa; Migwski, 2022).

Em contraste, um estudo com 1.206 mulheres revelou que a maioria tinha um nível educacional mais elevado. No entanto, a detecção de sífilis durante a admissão na maternidade apontou falhas no pré-natal e no rastreamento da doença, destacando a necessidade de um monitoramento mais eficiente (Macêdo *et al.*, 2020).

Em 2022, no Brasil, 4.770 gestantes não receberam tratamento para sífilis e 906 foram tratadas com esquemas terapêuticos alternativos, resultando em 5.676 gestantes que perderam a oportunidade de prevenir a transmissão vertical da infecção. O tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis também foi insatisfatório, com apenas 35,6% das parcerias recebendo tratamento prescrito em 2022 (Ministério da Saúde, 2023).

No estado de Goiás, entre janeiro de 2019 e junho de 2024, foram registrados 13.626 casos de sífilis em gestantes. Desses, 30,5% das gestantes residiam na macrorregião Centro-Oeste, 23,5% na Centro-Sudoeste, 20,4% na região Nordeste, 15,1% na Centro-Norte e 10,5% na região Sudoeste (Ministério da Saúde, 2024).

Em 2023 no estado de Goiás, em relação à idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, aproximadamente 73,2% das gestantes foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestres de gestação, representando um momento oportuno para iniciar o tratamento e prevenir a transmissão vertical. Ao longo da série histórica, observa-se um avanço positivo no diagnóstico precoce: o percentual de gestantes diagnosticadas no primeiro trimestre aumentou de 32,4% em 2019 para 45,8% em 2024. A maioria das gestantes notificadas com sífilis em 2023 estava na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 61,1% dos casos. Além disso, um percentual significativo de adolescentes (10 a 19 anos) representou 20,9% das notificações no mesmo período. em relação ao critério de raça/cor, 69,7% das gestantes com sífilis eram pardas, 16,4% eram brancas e 9,5% eram pretas (Ministério da Saúde, 2024).

De acordo com o painel interativo da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, foram registradas 24.324 notificações de sífilis em gestantes entre 1 de janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2024. O maior número de casos ocorreu em 2022, com 2.848 notificações (taxa de 32,8%) no período pandêmico, e em 2023, com 3.174 casos (taxa de 35,6) no período pós pandêmico (Figura 2).

Figura 2 - Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes e Notificações no Estado de Goiás: Série Histórica entre 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2024.



Fonte: Secretaria do Estado de Goiás (2025).

3.1.4 Sífilis em gestantes

A sífilis frequentemente não é percebida pelo paciente e pode permanecer não detectada por muitos anos na fase latente. Durante a gestação, a transmissão ocorre através da barreira placentária em qualquer estágio da gravidez, e tanto os agravos à mãe quanto ao recém-nascido estão associados à falta de acesso a triagem pré-natal, adesão ao tratamento e tratamento adequado da parceria sexual (Canuto, 2023).

Durante o pré-natal, as gestantes com sífilis devem receber atenção criteriosa, visto que o tratamento é exclusivamente realizado com penicilina, que nem sempre está disponível nas unidades de saúde devido à sua produção limitada (Gonçalves *et al.*, 2020). A prevenção da sífilis congênita deve iniciar no diagnóstico da gravidez, pois a infecção pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença. O diagnóstico precoce é crucial para viabilizar o tratamento, uma vez que a exposição prolongada aumenta os riscos associados à doença (Arruda; Ramos, 2020).

Apesar de o sistema de saúde oferecer pré-natal para todas as gestantes, há evidências de falhas na assistência prestada, refletindo na elevada incidência de sífilis

em gestantes. O desenvolvimento de ações educativas e a triagem sorológica são fundamentais para a conscientização e prevenção (Gonçalves *et al.*, 2020).

Outro ponto alarmante é a deficiência no fornecimento do tratamento adequado durante a gestação. Segundo o Ministério da Saúde, 56,5% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,3% não tiveram acesso ao tratamento e 12,1% foram negligenciadas. Apenas 4,1% obtiveram um protocolo adequado. A baixa adesão ao tratamento resulta em altas taxas de abortos, óbitos neonatais, prematuridade, baixo peso ao nascer e desenvolvimento de sífilis congênita (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018).

Embora a maioria das gestantes brasileiras tenha acesso a pelo menos quatro consultas de pré-natal, há variações significativas de acesso baseadas em características socioeconômicas, como nível de instrução e raça/cor. Estudos indicam maior prevalência de casos de sífilis congênita nas regiões mais pobres do país, como o Norte e o Nordeste, com taxas de 1,8% e 1,9%, respectivamente. A distribuição desigual dos casos reflete as desigualdades sociais em saúde, como evidenciado por outros autores no Brasil e em outros países (Arruda; Ramos, 2020).

3.1.5 Atuação do enfermeiro no cuidado a sífilis gestacional

A enfermagem desempenha um papel vital no controle e prevenção da sífilis, contribuindo significativamente em diversas frentes, como a promoção e a prevenção da doença, a intervenção em família e comunidade, e a detecção de fatores e situações de risco. Os enfermeiros são responsáveis por promover a educação em saúde, identificar precocemente a sífilis e garantir a adesão e o tratamento adequado tanto do paciente quanto do parceiro sexual. Após um diagnóstico positivo, é necessário que o enfermeiro realize a notificação, ofereça orientação sobre a doença, e administre o tratamento e o acompanhamento (Rodrigues *et al.*, 2016).

No acompanhamento de gestantes com sífilis, o enfermeiro inicia o rastreamento da doença durante o pré-natal, realizando o teste rápido na consulta inicial e fornecendo orientações educacionais. É importante que o enfermeiro aconselhe a gestante e seu parceiro a aderir ao tratamento para prevenir a sífilis congênita e explique as consequências da não adesão às orientações da equipe de saúde (Teixeira; Passos, 2022).

Além disso, a atuação do enfermeiro contribui para combater a transmissão materno-fetal da sífilis. Como porta de entrada dos serviços de saúde, o enfermeiro pode influenciar a mudança no quadro epidemiológico da sífilis congênita. O profissional deve ter preparo técnico adequado e uma visão interdisciplinar devido à complexidade diagnóstica e assistencial da doença. A prática consciente do enfermeiro minimiza riscos evitáveis por meio de um diagnóstico oportuno, tratamento adequado e educação em saúde para gestantes e seus parceiros (Pinto *et al.*, 2022).

Durante a pandemia de COVID-19, a importância dos enfermeiros tornou-se ainda mais evidente. Eles forneceram informações vitais, orientações e apoio emocional às gestantes, promovendo a conscientização sobre a sífilis e incentivando a adesão ao tratamento adequado (Rodrigues *et al.*, 2024).

A equipe multidisciplinar também deve promover um envolvimento mais profundo da família com a gestante e seu parceiro durante o pré-natal, facilitando uma relação mais humanizada entre paciente e equipe, o que torna o tratamento mais eficaz e seguro (Andrade *et al.*, 2024). É igualmente importante que a equipe localize gestantes ausentes nas consultas e promova a conscientização sobre os riscos da prática sexual insegura, especialmente entre os grupos mais vulneráveis, enfatizando a importância do autocuidado (Cabral *et al.*, 2024).

3.2 SARS-COV-2 E A COVID-19

Sars-cov-2 é o nome classificado pelo Comitê Internacional de Taxonomia Viral, considerado um vírus da família *Coronaviridae* que apresenta como material genético RNA de fita simples positiva, envolto por uma capsula lipoproteica, contendo nessa estrutura uma proteína “Spike” ou proteína S, que se liga fortemente à enzima ACE 2 (enzima de conversão de angiotensina tipo 2). Esse tipo de enzima é mais comumente expresso em células pulmonares humana. Existem já identificados seis tipos de coronavírus humanos que causam infecções respiratórias graves, como “os alfa-CoVs HCoV-NL63 e HCoV-229E e os beta-CoVs HCoV-OC43, HCoV-HKU1 e síndrome respiratória aguda grave-CoV (SARS-CoV)” (WU *et al.*, 2020; Nogueira; Silva, 2020; Li *et al.*, 2023).

O Sars-cov-2 é responsável pela doença do coronavírus, com o surgimento dos primeiros casos em Wuhan, na província de Hubai na China, provocando sintomas graves da Síndrome Respiratória Aguda Grave e causando morbidade e

mortalidade em uma escala sem precedentes globalmente (Nogueira; Silva, 2020; Nalbandian *et al.*, 2021).

3.2.1 Contexto histórico

Em humanos, os coronavírus podem causar uma variedade de infecções, desde resfriado comum até doenças graves como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (De Wit *et al.*, 2016).

A SARS-CoV foi identificada em novembro de 2002, com transmissões nosocomiais e altas taxas de mortalidade, e a pandemia foi considerada encerrada em janeiro de 2004. A partir desse período, os pesquisadores começaram a origem desse coronavírus (Ge *et al.*, 2013).

Em junho de 2012, o MERS-CoV foi identificado na Arábia Saudita, apresentando transmissão nosocomial e alto potencial patogênico, causando uma forma grave de pneumonia e complicações renais. Novos casos foram diagnosticados na Europa, África e Estados Unidos, em pessoas que haviam viajado ao Oriente Médio (De Wit *et al.*, 2016).

Em dezembro de 2019, foi identificado um grupo de pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, China. A investigação revelou que os casos estavam relacionados à comercialização de animais exóticos vivos no Mercado de Frutos do Mar do Sul da China. Em janeiro de 2020, a China notificou a OMS sobre a epidemia (WU *et al.*, 2020).

O agente etiológico da pneumonia foi isolado e identificado como um novo beta coronavírus, denominado 2019-nCoV, através do teste diagnóstico RT-PCR. Embora semelhante ao SARS-CoV e ao MERS-CoV, o novo vírus possui diferenças (Zhu *et al.*, 2020).

Em fevereiro de 2020, o *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) nomeou o novo coronavírus como SARS-CoV-2, e a OMS denominou a doença como COVID-19 (World Health Organization, 2020b). A rápida disseminação do vírus indicou que o SARS-CoV-2 é mais contagioso que o SARS-CoV e o MERS-CoV (Paules; Marston; Fauci, 2020).

Em janeiro de 2020, já havia 90 casos registrados em países como Taiwan, Vietnã, Japão, Estados Unidos, Austrália, França e Alemanha. Em fevereiro, o número global de casos confirmados era de 51.857 em 25 países (Rothan; Byrareddy, 2020).

A OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), com casos em 19 países, incluindo China, Alemanha, Japão, Vietnã e EUA (Opas, 2020).

No Brasil, a emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) foi declarada em 3 de fevereiro de 2020, através da Portaria GM/MS nº 188/2020. O primeiro caso de COVID-19 no país foi diagnosticado em um homem de 61 anos em 26 de fevereiro de 2020 (Ferreira Netto; Corrêa, 2020). A OMS declarou estado de pandemia em 11 de março de 2020 (World Health Organization, 2021b).

A pandemia chegou à região Centro-Oeste do Brasil com o primeiro caso confirmado em Goiás em 12 de março de 2020. E até o dia 02 de julho de 2022 foram confirmados 1.513.540 casos e 26.935 óbitos, com Goiânia sendo o município com o maior número de casos acumulados (Ministério da Saúde, 2022).

A Portaria GM/MS nº 913/2022, publicada em 22 de abril de 2022, encerrou a ESPIN da COVID-19, considerando a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), a melhoria do cenário epidemiológico e o avanço da vacinação (Ministério da Saúde, 2024). Em 5 de maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada à COVID-19, após observar a queda nas mortes, hospitalizações e a alta imunidade da população ao SARS-CoV-2 (Opas, 2023).

O desenvolvimento e a distribuição das vacinas contra a COVID-19 foram essenciais para combater a disseminação do vírus, para a redução dos números de casos confirmados e também se tornando eficazes para a diminuição de casos graves da Covid-19. (Santos; Paraboni., 2024).

3.2.2 Patogênese

A fisiopatologia da COVID-19 está relacionada à ativação da resposta inflamatória e ao sistema trombótico. A cascata de coagulação é mediada por três vias principais: o sistema antitrombina, o sistema ativador da proteína C e o sistema inibidor da vida do fator tecidual (Nascimento *et al.*, 2020).

O tropismo celular do SARS-CoV-2 está associado à presença do receptor ACE2, encontrado em órgãos como pulmão, coração, esôfago, rins, bexiga e íleo (Zou *et al.*, 2020). A infecção pulmonar por SARS-CoV-2 é responsável por altas taxas de mortalidade, com o vírus predominando em pneumócitos e, menos frequentemente,

em macrófagos e células epiteliais bronquiolares. Danos extrapulmonares são frequentes, sugerindo mecanismos alternativos à infecção direta, como hipoxemia, isquemia e lesão imunológica devido à tempestade de citocinas (Zhang; Sun; Feng, 2020).

Complicações cardiovasculares, como síndrome coronariana aguda, miocardite, arritmias, insuficiência cardíaca e choque, bem como insuficiência renal, foram observadas em alguns pacientes (Wang *et al.*, 2020; Zhang; Sun; Feng, 2020).

A forma grave da doença é caracterizada por uma resposta inflamatória intensa, com a presença de neutrófilos, linfócitos, monócitos e macrófagos (Chen *et al.*, 2020). Essa resposta inflamatória aumenta a geração de trombina e reduz a fibrinólise endógena, resultando em lesão endotelial e coagulopatia induzida por sepse, que precede a coagulação intravascular disseminada (CIVD) (Iba *et al.*, 2019).

Os mecanismos pró-coagulantes ativados pelo SARS-CoV-2 são uma consequência da resposta inflamatória profunda, e não do vírus diretamente (Connors; Levy, 2020). A ativação da cascata de coagulação intensifica a inflamação no organismo, evidenciando a interação entre ambos os processos. Mediadores pró-inflamatórios e a proteína trombina ativam as plaquetas, promovendo anormalidades na coagulação e estimulando a produção de fibrina. A proteína P-selectina facilita a adesão das plaquetas a leucócitos e células endoteliais, além de aumentar a expressão do fator tecidual nos monócitos (Nascimento *et al.*, 2020).

3.2.3 Epidemiologia geral

Até o dia 20 de julho de 2024, foram registrados globalmente 775.673.955 casos de COVID-19, com 7.053.524 óbitos (Ministério da Saúde, 2024). No Brasil, foram contabilizados 38.840.012 casos confirmados, dos quais 712.571 resultaram em óbito (Ministério da Saúde 2024).

No final de 2022, os cinco países com o maior número de recuperações foram: Estados Unidos, com 98.449.934 recuperações (14,9%); Índia, com 44.145.869 (6,7%); França, com 38.396.566 (5,8%); Alemanha, com 36.614.806 (5,5%); e Brasil, com 34.958.008 (5,3%) (Ministério da Saúde, 2022).

Em Goiás, até 13 de janeiro de 2025, foram registrados 2.074.746 casos confirmados de COVID-19. Desses, 899.946 eram do sexo masculino (43,38%) e 1.174.800 do sexo feminino (56,62%), incluindo 7.828 gestantes. Os óbitos

confirmados totalizaram 28.563, sendo 16.238 do sexo masculino (56,85%) e 12.325 do sexo feminino (43,15%). Entre as gestantes, foram registrados 86 óbitos (Secretaria de Estado da Saúde Painel interativo, 2025).

Uma revisão sistemática sobre gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2 indicou que o quadro clínico dessas pacientes foi semelhante ao das gestantes não infectadas, com uma incidência de doença grave ou crítica de apenas 5,8%. Contudo, o risco de parto prematuro foi maior em gestantes com infecção por SARS-CoV-2 em comparação com aquelas sem infecção (Bastos *et al.*, 2022).

De acordo com o relatório de estatísticas mundiais de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em Genebra em 24 de maio de 2024, a pandemia de COVID-19 reverteu a tendência de aumento da expectativa de vida ao nascer e da expectativa de vida saudável. Entre 2019 e 2021, a expectativa de vida global caiu 1,8 ano, para 71,4 anos, retornando ao nível de 2012. A expectativa de vida saudável global também caiu 1,5 ano, para 61,9 anos em 2021, voltando ao nível de 2012. A região das Américas e o Sudeste Asiático foram as mais afetadas, com uma queda de aproximadamente 3 anos na expectativa de vida e 2,5 anos na expectativa de vida saudável entre 2019 e 2021. Em contraste, a região do Pacífico Ocidental teve perdas mínimas, com menos de 0,1 ano na expectativa de vida e 0,2 ano na expectativa de vida saudável (Opas, 2024).

3.2.4 Transmissão

O SARS-CoV-2 é um vírus com alto potencial de transmissão, ocorrendo principalmente por meio de gotículas respiratórias, contato próximo com uma pessoa infectada ou por fômites (Beeching; Fletcher; Fowler, 2020).

A transmissão por gotículas respiratórias ocorre quando o vírus é liberado nas secreções respiratórias de um indivíduo infectado ao tossir, espirrar ou falar. Essas gotículas, ao entrarem em contato com a mucosa oral, nasal ou conjuntiva dos olhos de outra pessoa, podem causar infecção (Mcintosh; Hirsch; Bloom, 2020; World Health Organization, 2020c). Além disso, a transmissão por gotículas pode ocorrer também por contato com superfícies ou objetos contaminados pelo vírus (World Health Organization, 2020c).

A transmissão aérea não é considerada uma forma sustentada, exceto em situações específicas como procedimentos que geram aerossóis em ambientes de

saúde, incluindo intubação endotraqueal, aspiração, nebulização, manuseio da ventilação não invasiva e desconexão do ventilador mecânico (Morawska; Milton, 2020; World Health Organization, 2020c).

Além disso, pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 podem apresentar sintomas gastrointestinais, como diarreia. A presença do vírus em células epiteliais do trato gastrointestinal e o RNA viral nas fezes sugerem a possibilidade de transmissão fecal-oral (Xiao *et al.*, 2020).

Embora outros fluidos corporais não sejam considerados rotas principais de transmissão, o SARS-CoV-2 já foi detectado em sangue, líquido cefalorraquidiano, líquido pericárdico, tecido placentário, urina, saliva, lágrimas e secreções conjuntivais (Beeching; Fletcher; Fowler, 2020).

Há controvérsias sobre a transmissão do vírus através do leite materno durante a amamentação, apesar de ter sido detectado o RNA do SARS-CoV-2 no leite materno (Gross *et al.*, 2020).

O vírus permanece viável para transmissão enquanto a infecção estiver ativa, e mesmo durante a fase de recuperação clínica. A transmissão das partículas virais está relacionada à carga viral no trato respiratório superior, sendo mais elevada na cavidade nasal em comparação com a garganta. Não foram encontradas diferenças significativas na carga viral entre indivíduos sintomáticos e assintomáticos (Albuquerque; Silva; Araújo, 2020; Xavier *et al.*, 2020).

3.2.5 Sinais, sintomas e evolução clínica

As manifestações clínicas da COVID-19 variam amplamente, desde casos assintomáticos até casos graves de pneumonia e complicações como a síndrome respiratória aguda grave. Os sintomas mais comuns incluem febre, tosse, fadiga, dispneia, mal-estar, mialgia, sintomas respiratórios do trato superior, sintomas gastrointestinais e alterações no olfato e paladar (Albuquerque; Silva; Araújo, 2020; Ministério da Saúde, 2020a).

Alguns casos de infecção por SARS-CoV-2 podem permanecer assintomáticos, o que representa um grande desafio para a contenção da pandemia, pois, apesar da ausência de sintomas, a transmissão viral continua (Xavier *et al.*, 2020). Esses indivíduos podem ter um diagnóstico positivo para a presença do vírus,

mas não desenvolvem sinais ou sintomas clínicos característicos da doença (Gao *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde do Brasil categoriza a avaliação clínica e o tratamento da COVID-19 em duas situações principais: Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A SG é caracterizada por febre de início súbito acompanhada de tosse ou dor de garganta, e um ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia (Ministério da Saúde, 2020a). Alguns pacientes também podem apresentar sintomas gastrointestinais, como diarreia, náuseas e vômitos (Almeida; Chehter, 2020).

A SRAG representa uma forma grave da doença, frequentemente associada a pneumonia por SARS-CoV-2. Ela é caracterizada pela presença de dispneia ou desconforto respiratório, além de sinais de gravidade como saturação de oxigênio menor que 95%, aumento da frequência respiratória, piora das condições clínicas das doenças de base, hipotensão e quadro de insuficiência respiratória aguda (Ministério da Saúde, 2020a).

Estudos indicam que idosos e pacientes com comorbidades têm uma maior propensão a desenvolver SRAG, além de complicações como choque séptico, acidose metabólica, disfunção da coagulação e óbito (Albuquerque; Silva; Araújo, 2020).

A população de risco para a COVID-19 inclui: adultos com 60 anos ou mais; indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de ácido acetilsalicílico; crianças menores de 5 anos; população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; pessoas com pneumopatias, tuberculose, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, distúrbios metabólicos, transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração; imunossupressão associada a medicamentos; neoplasias; HIV/Aids ou outras condições; obesidade; gestantes em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal) (Ministério da Saúde, 2020a).

As gestantes se destacam entre a população de risco para a COVID-19 e outras infecções virais, por apresentarem mais facilidade na contaminação e maior gravidade. Isso se explica devido às alterações na resposta imune, mulheres grávidas infectadas com doenças respiratórias virais apresentam risco aumentado de

desenvolverem complicações obstétricas como pré-eclâmpsia, mortalidade materna, restrição do crescimento fetal intrauterino e abortamento (Demarchi *et al.*, 2022).

3.2.6 Controle e prevenção

As medidas de prevenção e controle são essenciais para desacelerar a transmissão da COVID-19. As principais estratégias incluem o controle da fonte de infecção, o uso de precauções de proteção pessoal para reduzir o risco de transmissão e contágio, o diagnóstico precoce, o isolamento e os tratamentos de suporte para os pacientes afetados (Dias *et al.*, 2020).

O alto poder de infectividade do SARS-CoV-2, a transmissão por indivíduos assintomáticos ou mesmo antes do início dos sintomas, o longo período de incubação, o tropismo por mucosas e conjuntiva ocular, a contaminação de superfícies inanimadas e a longa duração da doença são características que dificultam o controle da disseminação em massa (Singhal, 2020).

Entre as formas de prevenção recomendadas estão: a lavagem ou higienização frequente das mãos com água e sabão ou álcool 70%; evitar contato próximo com pessoas, mantendo uma distância mínima de pelo menos um metro; quarentena e isolamento; e o uso de máscara (Albuquerque; Silva; Araújo, 2020; Macintyre; Chughtai, 2020; Shah; Saxena; Mavalankar, 2020).

Uma das medidas preventivas mais eficazes para conter a infecção por COVID-19 foi o isolamento social, pois teve como objetivo reduzir o contato social direto entre pessoas e aglomerações. Essa medida teve efeitos positivos e importantes na diminuição da velocidade da infecção e ajudou na diminuição do colapso do sistema hospitalar e reduziu a mortalidade em números absolutos (Aquino *et al.*, 2020).

A partir do dia 18 de fevereiro de 2021, pelo menos sete tipos diferentes de vacinas contra o SARS-CoV-2 foram distribuídas mundialmente, com prioridade para grupos vulneráveis. Apesar da vacinação ser uma ferramenta crucial para controlar a fase aguda da pandemia, outras recomendações de prevenção continuam relevantes (World Health Organization, 2020c).

No Brasil, a vacinação contra a COVID-19 começou em 21 de março de 2021 com a distribuição de 1.022.400 doses por meio do mecanismo COVAX. Este esforço global é coordenado pela Coalizão para Promoção de Inovações em Preparação para

Epidemias (CEPI), pela Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (Gavi), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sendo considerada a maior operação de aquisição e fornecimento de vacinas da história global (Opas, 2021).

As vacinas têm demonstrado grande eficácia na redução da disseminação viral, com a contagiosidade do vírus sendo significativamente afetada após a aplicação da vacina. Embora o ciclo vacinal completo não impeça completamente a infecção pelo SARS-CoV-2, casos de infecção que ocorrem são geralmente leves ou assintomáticos (Medeiros *et al.*, 2023).

3.2.7 Impacto da pandemia da COVID-19 no atendimento à saúde da população

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou em 11 de março de 2020 a COVID-19 como uma pandemia global. Isso se confirmou devido à alta taxa de transmissão do vírus e sua propagação em nível mundial. Na América Latina, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020 (Pereira *et al.*, 2020).

O distanciamento social surgiu com uma das formas de controle da pandemia da COVID-19 causando mudanças nos comportamentos social e limitação das atividades de trabalho da população (Dias *et al.*, 2020).

Durante a pandemia de COVID-19, o acesso aos serviços de saúde foi inicialmente comprometido pelo isolamento social imposto pelas autoridades sanitárias e pelo medo de contaminação, resultando na redução do comparecimento espontâneo às unidades de saúde. Isso levou à restrição dos atendimentos e à priorização de pacientes com suspeita de COVID-19 (Oliveira *et al.*, 2024). A oferta de serviços eletivos, de urgência e emergência, especialmente na assistência materna, foi alterada, criando barreiras no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério. As modificações ambientais e comportamentais durante esse período também impactaram a qualidade da assistência (Almeida *et al.*, 2022).

A natureza nova da COVID-19 introduziu um cenário de insegurança, dificultando a realização adequada do pré-natal (Araujo, 2020). Adicionalmente, a pandemia afetou negativamente a saúde mental das gestantes, levando a aumentos

em quadros de ansiedade, estresse, depressão e sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático. Esses efeitos foram exacerbados pela necessidade de isolamento social, mudanças nos hábitos de vida, e a disseminação de informações duvidosas sobre os efeitos do vírus na gestação e no recém-nascido (Giacomin, 2023).

Os profissionais de enfermagem enfrentaram diversos desafios, incluindo sobrecarga de trabalho, estresse emocional e dificuldades na obtenção de equipamentos de proteção individual (EPIs). A falta de infraestrutura adequada e de reconhecimento por parte das autoridades e da sociedade agravou a situação, apesar das medidas de apoio e capacitação implementadas pelos órgãos públicos (Queiroz; Junior, 2023).

Durante a pandemia, os enfermeiros desempenharam papéis críticos no acompanhamento das gestantes. Eles realizaram vigilância constante dos sinais e sintomas da COVID-19, forneceram apoio psicossocial, e realizaram avaliações clínicas, testagens periódicas e rastreamento precoce. Também ofereceram suplementação vitamínica preconizada no pré-natal e realizaram consultas periódicas, tanto presenciais quanto remotas, fortalecendo o vínculo com as gestantes, realizado monitoramento de gestantes de baixo risco, solicitação de exames de rotina e orientação de tratamento. Além disso, avaliaram os níveis de complexidade dos cuidados, estabeleceram prioridades e realizaram a sistematização da assistência de enfermagem, incluindo exame físico e gineco-obstétrico, diagnóstico, prescrição e evolução. Essas ações contribuíram para a melhoria do pré-natal durante a pandemia, intensificando os cuidados prestados e reduzindo o abandono das consultas (Santos *et al.*, 2022; Costa, 2023).

3.2.8 Impacto da pandemia nas gestantes com sífilis

A pandemia impactou diversos setores da saúde, incluindo a notificação e tratamento de doenças. Estudos demonstram que a pandemia afetou negativamente o diagnóstico de sífilis, uma vez que muitos pacientes, devido às restrições de isolamento social, priorizaram testes para COVID-19 em vez do rastreamento para sífilis (Silva; Ott, 2021).

De forma semelhante, a pandemia resultou em um diagnóstico tardio de casos de sífilis em várias localidades. O distanciamento social e as restrições de mobilidade

contribuíram para uma redução na notificação da doença, o que pode ter acarretado um aumento nas complicações para gestantes e recém-nascidos (Resende *et al.*, 2022).

Outro estudo investigou a influência da pandemia nas classificações clínicas de sífilis em gestantes no Brasil. A análise revelou uma diminuição na identificação de casos de sífilis, possivelmente devido ao estado de emergência e ao isolamento social, que desviaram a atenção para a COVID-19 e causaram insuficiências na notificação (Carvalho *et al.*, 2022).

A subnotificação tem várias implicações negativas, incluindo complicações para os pacientes e aumento dos custos para o sistema de saúde. A detecção precoce é essencial para permitir intervenções menos invasivas e dolorosas, com melhores chances de cura (Teixeira; Mourão; Santana, 2023; Carvalho *et al.*, 2022).

A redução no número de diagnósticos de sífilis e procedimentos durante a pandemia resultou em atrasos tanto na identificação dos casos quanto na oferta de tratamento na atenção primária. No Brasil, observou-se uma redução de um terço na realização de diagnósticos e procedimentos durante os primeiros sete meses do ano em que a pandemia começou, especialmente em estados como Maranhão, Roraima, Pará, Bahia, Rio Grande do Norte, Amazonas, Pernambuco e Amapá (Furlam *et al.*, 2022).

Uma análise quantitativa dos dados disponíveis no SINAN durante a pandemia também revelou uma redução considerável no registro de casos de sífilis gestacional. No entanto, os autores não conseguiram determinar conclusivamente as causas da subnotificação e da redução no nível de diagnóstico (Teixeira; Mourão; Santana, 2023).

Além disso, houve um aumento na adesão ao acompanhamento pré-natal durante a pandemia, mas com baixos níveis de cura das gestantes infectadas e um aumento no número de óbitos gestacionais causados por sífilis ou outras condições. A incidência de casos foi menor em 2021, embora não tenham sido analisados os últimos meses do ano (Teixeira; Mourão; Santana, 2023).

A pandemia interrompeu os padrões habituais de atendimento à saúde, resultando na suspensão temporária de alguns serviços médicos e na perda de diagnósticos. O medo do coronavírus também fez com que muitos evitassem os estabelecimentos de saúde, levando a atrasos e lacunas no atendimento (Carr, 2020).

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal analítico com dados secundários

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público de referência em gestação de alto risco, na cidade de Goiânia/GO, região central do Brasil. Este hospital promove assistência materno-infantil com serviços de urgência e emergência, centro de parto, unidades de terapia intensiva materna e neonatal, além de ambulatórios de pré-natal de alto risco e ginecológicos e também atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Estima-se que anualmente 18.000 a 21.000 mulheres sejam atendidas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

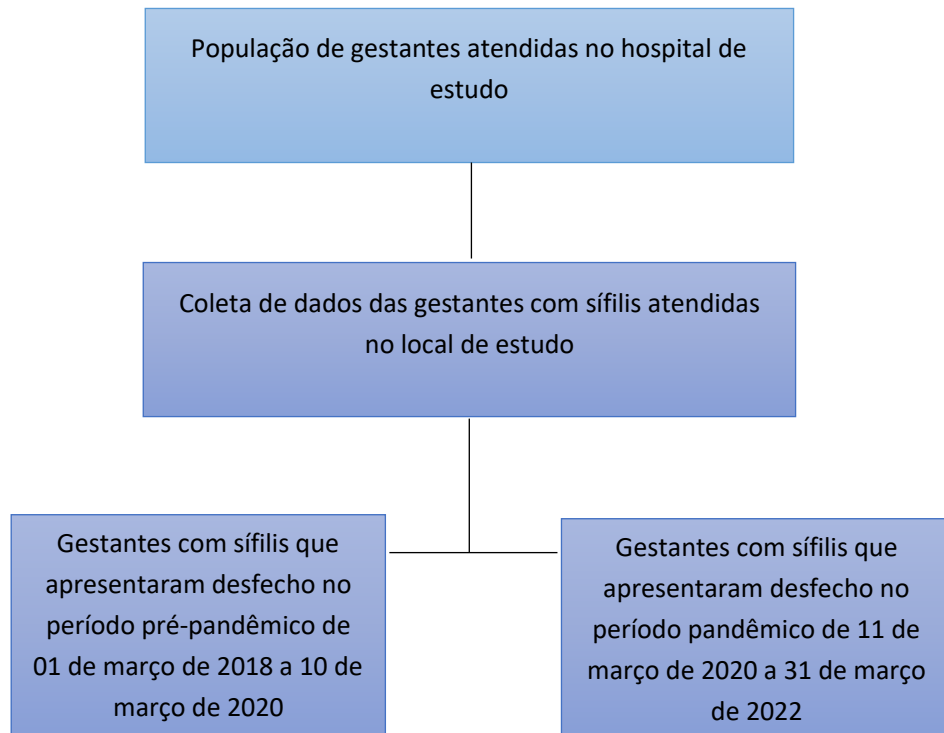
A população do estudo foi composta por gestantes atendidas no hospital local do estudo no período de 1 de março de 2018 a 31 de março de 2022. A amostra foi composta por gestantes que preencheram os critérios de inclusão abaixo descritos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão envolveram as gestantes atendidas entre o período de março 1 de março de 2018 a 31 de março de 2022. Os critérios de exclusão foram: gestantes não testadas para sífilis durante o atendimento e prontuários ou registros incompletos.

A figura 3 demonstra como as participantes foram distribuídas entre os grupos.

Figura 3 - Distribuição dos participantes entre os grupos



Fonte: a autora e a orientadora.

Para o calcular a prevalência de casos de sífilis gestacional, verificou-se o número total de gestantes atendidas no hospital do estudo, no período pré-pandêmico referente a (01 de março de 2018 a 10 de março de 2020) totalizado 48.345 gestantes atendidas no total e pandêmico sendo 35.824 gestantes atendidas no total, compreendendo (11 de março de 2020 a 31 de março de 2022), e com o diagnóstico de sífilis nos períodos, seguindo a seguinte fórmula para Cálculo da Prevalência.

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Número de casos gestantes com sífilis} \times 100}{\text{Número de gestantes atendidas}}$$

Os valores estimados da prevalência de sífilis gestacional na população do estudo, entre março de 2018 a março 2022, foram de 0,80% antes da pandemia e 1,67% durante a pandemia da COVID-19. No período pré-pandêmico, foram registradas 386 gestantes com sífilis, enquanto no período pandêmico esse número aumentou para 598 gestantes.

O cálculo amostral foi baseado nos casos de sífilis gestacional notificados no hospital de estudo nos períodos pré-pandêmico (386 casos) e pandêmico (598 casos). Considerando as prevalências de sífilis gestacional no hospital do estudo de 16,4% antes da pandemia e 29,9% durante a pandemia, foi adicionado um acréscimo de 20% para cobrir possíveis perdas, totalizando uma amostra necessária de 514 pacientes. Após a exclusão de 30 pacientes devido a prontuários e registros incompletos, a amostra final válida consistiu em 484 gestantes, sendo 222 do período pré-pandêmico e 262 do período pandêmico.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva, no período de janeiro de 2023 a junho de 2024, no hospital de estudo onde se desenvolveu o presente estudo. A atividade foi conduzida pela pesquisadora responsável, com o apoio de cinco profissionais de saúde voluntários, por meio da análise de prontuários físicos e eletrônicos, utilizando os sistemas estaduais SPDATA e MV (nomes originais dos sistemas).

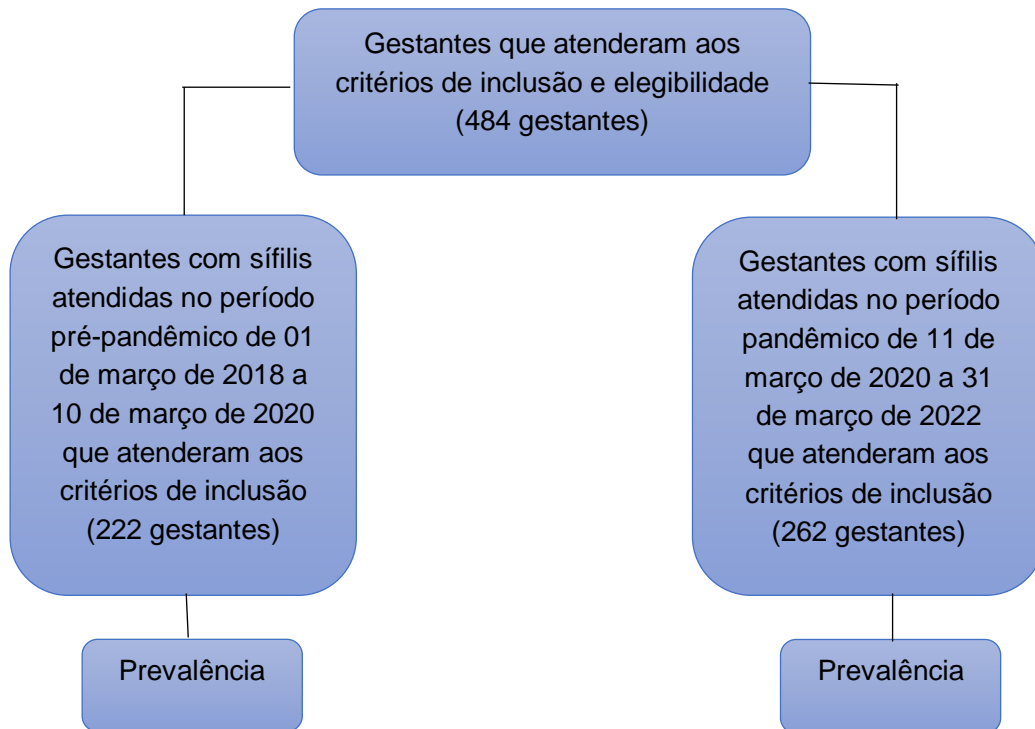
As fontes de dados utilizadas incluíram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), planilhas internas do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia contendo registros de doenças e agravos, além dos sistemas laboratoriais internos da instituição, denominados MULTILAB e SAFE (nomes originais dos sistemas). Complementarmente, foram coletadas informações junto à Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), por meio da análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Foram identificadas 984 gestantes atendidas no hospital entre 1º de março de 2018 e 31 de março de 2022, todas com diagnóstico confirmado de sífilis. Essas gestantes foram categorizadas em dois grupos: o período pré-pandêmico (de 1º de março de 2018 a 10 de março de 2020), com 386 casos, e o período pandêmico (de 11 de março de 2020 a 31 de março de 2022), com 598 casos. Posteriormente, realizou-se um sorteio para a seleção das participantes da amostra final, resultando em 222 gestantes no período pré-pandêmico e 262 no período pandêmico, totalizando 484 participantes incluídas na pesquisa.

Após a seleção, os dados das participantes foram inseridos em uma planilha do Microsoft Excel, na qual foram sistematizadas as informações referentes às

variáveis dependentes e independentes. O processo de coleta e organização dos dados seguiu o percurso representado no fluxograma apresentado na Figura 4.

Figura 4 - Trajetória esquematizada da coleta de dados



Fonte: a autora e a orientadora.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO OU DE DESFECHO

4.6.1 Variável dependente

Sífilis gestacional Período pré-pandêmico Período pandêmico	Nominal
---	---------

4.6.2 Variáveis independentes

Idade (anos)	Continua
Faixa etária (anos) ≤ 24 anos ≥ 25 anos	Nominal
Raça/cor Branca Negra	Nominal
Local de residência	Nominal

Goiânia Outras Localidades	
Estado marital Sem companheiro Com companheiro	Nominal
Anos de estudo ≤ 9 anos > 9 anos	Nominal
Ocupação remunerada Sem ocupação Com ocupação	Nominal
Moradia Rua Domicílio	Nominal
HIV Não Sim	Nominal
Tabagista Não Sim	Nominal
Etilista Não Sim	Nominal
Uso de drogas ilícitas Não Sim	Nominal
Realizou pré-natal Não Sim	Nominal
Idade gestacional (semanas)	Continua
Idade gestacional ≥ 37 semanas < 37 semanas	Nominal
Quantidade de consultas de pré-natal ≤ 6 consultas > 6 consultas	Nominal
Gestações anteriores Única Múltiplas	Nominal
Abortos anteriores Não Sim	Nominal
Aborto atual Não Sim	Nominal
Via de parto Vaginal Cesárea	Nominal
Ameaça de parto prematuro Não Sim	Nominal
Sufrimento fetal Não Sim	Nominal

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sobre a prevalência da sífilis gestacional nos períodos pré-pandêmico e pandêmico, bem como suas associações, foram analisados utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. A caracterização das gestantes foi realizada por meio de frequências absoluta e relativa. A normalidade das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para identificar os fatores associados à sífilis gestacional, foram aplicados os testes do qui-quadrado ou Teste de Fisher para variáveis categóricas. Além disso, a regressão de Poisson com variância robusta foi empregada para determinar quais variáveis independentes têm maior relevância para a ocorrência da sífilis gestacional.

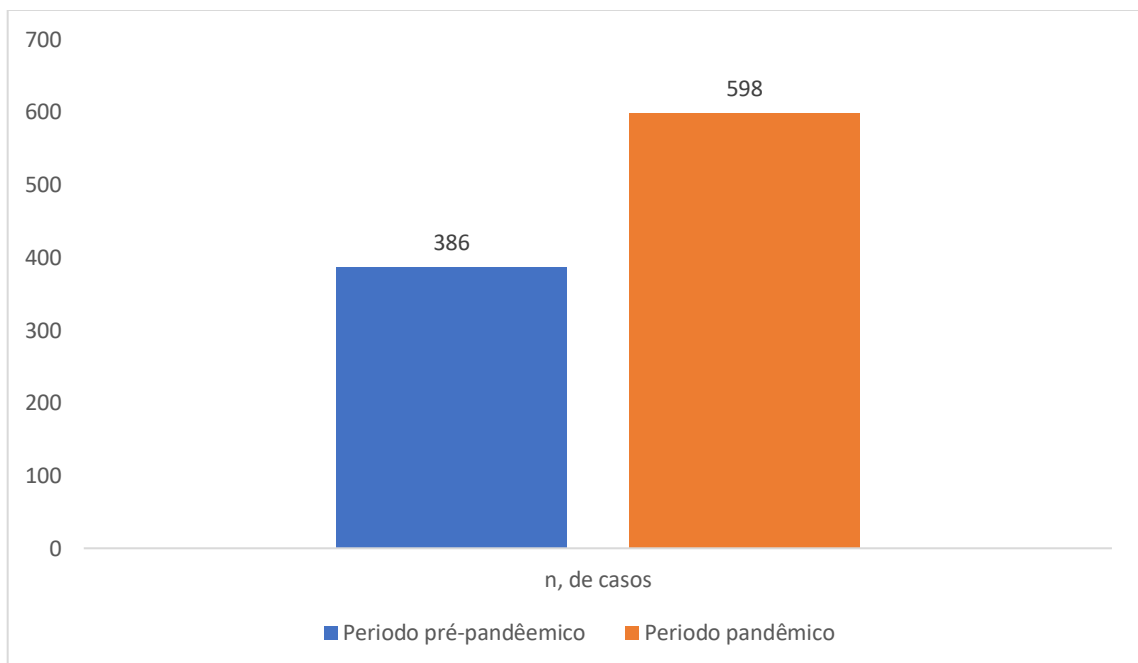
4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa está inserida em um estudo matriz intitulado “Repercussões da Pandemia pelo Novo Coronavírus no Ciclo Gravídico-puerperal: clínico-obstétricas, neonatais e psicoafetivas”, aprovada sob o número de parecer 4.982.635 e CAAE:44107721.4.0000.5078 (ANEXO A).

5. RESULTADOS

No período pré-pandêmico foram realizados 48.345 atendimentos de gestantes, sendo realizados 386 diagnósticos positivos para sífilis. A prevalência dos casos de sífilis gestacional nesse período foi de 0,80%. No período pandêmico houve 35.824 atendimentos a gestantes, sendo 598 casos positivos para a doença (conforme a figura 5), exibindo uma prevalência de 1,67%. Isso indica um aumento dos casos de aproximadamente 108,75% durante o período pandêmico.

Figura 5 - Número de casos de gestantes com sífilis gestacional atendidas no hospital de estudo entre os períodos pré-pandêmico e pandêmico. Goiânia, GO. 2024.



Fonte: Hospital de estudo, Goiânia, GO (2024).

A amostra de gestantes com sífilis foi constituída por 484 participantes, sendo 222 (45,9%); IC 95%: 41,3% – 50,4% do período pré-pandêmico e 262 (54,1%); IC 95%: 49,6% – 58,7% do período pandêmico. Houve predomínio de gestantes jovens (50,4%), de raça/cor negra (90,3%), residentes no Estado de Goiás ou outras localidades (64,5%), sem ocupação remunerada (62,2%), sem companheiro (55,6%) e gestantes com 9 anos ou menos de estudo (42,8%). Cerca de 1,4% da amostra eram gestantes em situação de rua (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo os dados sociodemográficos (N = 484), Goiânia, GO, 2024

Variáveis	Participantes n =484 (%)
Faixa etária (anos)	
≤ 24 anos	244 (50.4)
≥ 25 anos	240 (49.6)
Raça/cor	
Branca	47 (9.7)
Negra (preta e parda)	437 (90.3)
Local de residência	
Goiânia	172 (35.5)
Goiás e outras localidades	312 (64.5)
Estado marital	
Sem companheiro	269 (55.6)
Com companheiro	215 (44.4)
Anos de estudo	
≤ 9 anos	207 (42.8)
> 9 anos	277 (57.2)
Ocupação Remunerada	
Sem ocupação	301 (62.2)
Com ocupação	183 (37.8)
Moradia	
Rua	7 (1.4)
Domicílio	477 (98.6)

Fonte: a autora e a orientadora.

As variáveis clínicas e obstétricas analisadas demonstraram que 3,1% das gestantes com sífilis são coinfectadas pelo HIV. A prevalência de tabagismo foi de 14,9%, de consumo de álcool (etilismo) 10,3%, e 9,3% das gestantes faziam uso de drogas ilícitas. Verificou-se que 16,5% das gestantes não realizaram o pré-natal e 54,8% realizaram seis ou menos consultas. Em relação às características obstétricas, houve maior prevalência de participantes com idade gestacional com menos de 37 semanas (58,5%), gestações anteriores múltiplas (51,0%) e abortos (16,1%). Quanto aos desfechos, 49% dos partos foram cesáreos, com intercorrências em 11,6% dos casos, ameaças de parto prematuro (54,8%) e sofrimento fetal (13,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos fatores clínicos e obstétricos de gestantes com sífilis diagnosticadas durante o período pré-pandêmico e pandêmico, Goiânia, GO, 2024

Variáveis	Participantes n = 484 (%)
HIV	
Não	469 (96.9)
Sim	15 (3.1)
Tabagista	
Não	412 (85.1)
Sim	72 (14.9)
Etilista	
Não	434 (89.7)
Sim	50 (10.3)
Drogas ilícitas	
Não	439 (90.7)
Sim	45 (9.3)
Realizou pré-natal	
Não	80 (16.5)
Sim	404 (83.5)
Idade gestacional	
≥ 37 semanas	200 (41.3)
< 37 semanas	283 (58.5)
Quantidade de consultas de pré-natal	
≤ 6 consultas	265 (54.8)
> 6 consultas	219 (45.2)
Gestações anteriores	
Única	237 (49.0)
Múltiplas	247 (51.0)
Abortos anteriores	
Não	456 (94.2)
Sim	28 (5.8)
Aborto atual	
Não	434 (89.7)
Sim	50 (10.3)
Via de parto	
Vaginal	247 (51.0)
Cesárea	237 (49.0)
Intercorrências	
Não	428 (88.4)
Sim	56 (11.6)
Ameaça de parto prematuro	
Não	219 (45.2)
Sim	265 (54.8)
Sofrimento fetal	
Não	421 (87.0)
Sim	63 (13.0)

Fonte: a autora e a orientadora.

A Tabela 3 apresenta uma associação entre as características sociodemográficas de gestantes com sífilis e os períodos pré-pandêmico e pandêmico. Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativas no

perfil das gestantes em relação a faixa etária, raça/cor, local de residência, estado marital, anos de estudo, ocupação remunerada e moradia (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores sociodemográficos associados ao diagnóstico de sífilis gestacional durante os períodos pré-pandêmico e pandêmico, Goiânia, GO, 2024

Variáveis	Período pré-pandêmico n = 222 (%)	Período pandêmico n = 262 (%)	p valor*
Faixa etária (anos)			
≤ 24 anos	110 (49.5)	134 (51.1)	0.726
≥ 25 anos	112 (50.5)	128 (48.9)	
Raça			
Branca	18 (8.1)	29 (11.1)	0.273
Negra	204 (91.9)	233 (88.9)	
Local de residência			
Goiânia	88 (39.6)	84 (32.1)	0.083
Outras Localidades	134 (60.4)	178 (67.9)	
Estado marital			
Sem companheiro	115 (51.8)	154 (58.8)	0.124
Com companheiro	107 (48.2)	108 (41.2)	
Anos de estudo			
≤ 9 anos	103 (46.4)	104 (39.7)	0.138
> 9 anos	119 (53.6)	158 (60.3)	
Ocupação Remunerada			
Sem ocupação	147 (66.2)	154 (58.8)	0.093
Com ocupação	75 (33.8)	108 (41.2)	
Moradia			
Rua	4 (1.8)	3 (1.1)	0.708 ^a
Domicílio	218 (98.2)	259 (98.9)	

* Teste Qui-Quadrado; ^a Teste Exato de Fisher

Fonte: a autora e a orientadora.

A Tabela 4 exhibe as variáveis clínicas e obstétricas das participantes do estudo. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na taxa de aborto atual ($p=0,016$) entre os dois grupos. O grupo pré-pandêmico apresentou maior prevalência de abortos (14%). Houve também uma diferença estatisticamente significativa em relação a via de parto ($p=0,012$), com uma maior proporção de cesáreas no grupo pandêmico e gestantes com sífilis e HIV no período pré-pandêmico se destacou com (4.1%) em relação ao período pandêmico (Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores clínico e obstétricos associados ao diagnóstico de sífilis gestacional durante os períodos pré-pandêmico e pandêmico, Goiânia, GO, 2024

Variáveis	Período pré-pandêmico n = 222 (%)	Período pandêmico n = 262 (%)	p valor*
HIV			
Não	213 (95.9)	255 (97.3)	0.002
Sim	9 (4.1)	6 (2.3)	
Tabagista			
Não	190 (85.7)	222 (84.7)	0.793
Sim	32 (14.4)	40 (15.3)	
Etilista			
Não	195 (87.8)	239 (91.2)	0.223
Sim	27 (12.2)	23 (8.8)	
Drogas ilícitas			
Não	198 (89.2)	241 (92.0)	0.291
Sim	24 (10.8)	21 (8.0)	
Realizou pré-natal			
Não	41 (81.5)	39 (14.9)	0.290
Sim	181 (81.5)	223 (85.1)	
Idade gestacional			
≥ 37 semanas	87 (39.2)	113 (43.1)	0.390
< 37 semanas	134 (60.4)	149 (56.9)	
No de consultas de pré-natal			
≤ 6 consultas	131 (59.0)	134 (51.1)	0.083
> 6 consultas	91 (41.0)	128 (48.9)	
Gestações anteriores			
Única	107 (48.2)	130 (49.6)	0.755
Múltiplas	115 (51.8)	132 (50.4)	
Abortos anteriores			
Não	208 (93.7)	248 (94.7)	0.651
Sim	14 (6.3)	14 (5.3)	
Aborto atual			
Não	191 (86.0)	243 (92.7)	0.016
Sim	31 (14.0)	19 (7.3)	
Via de parto			
Vaginal	127 (57.2)	120 (45.8)	0.012
Cesárea	95 (42.8)	142 (54.2)	
Intercorrências			
Não	197 (88.7)	231 (88.2)	0.845
Sim	25 (11.3)	31 (11.8)	
Ameaça de parto prematuro			
Não	96 (43.2)	123 (46.9)	0.415
Sim	126 (56.8)	139 (53.1)	
Sofrimento fetal			
Não	193 (86.9)	228 (87.0)	0.978
Sim	29 (13.1)	34 (13.0)	

* Teste Qui-Quadrado

Fonte: a autora e a orientadora.

A tabela 5 exibe os resultados de uma análise de regressão de Poisson para verificar a associação entre diversas variáveis e a ocorrência de sífilis gestacional

durante o contexto pandêmico. No período pandêmico houve uma redução do número de partos normais, com uma chance de aproximadamente 17% menor de sua ocorrência em comparação com aquelas que tiveram parto cesáreo. ($p = 0.035$; $\text{Exp}(B) = 0,8$; IC 95%: 0.69 - 0.99). A infecção pelo HIV foi significativamente mais prevalente no período pré-pandêmico. As gestantes desse período apresentaram um risco 153% maior de contrair o vírus em comparação com aquelas do período pandêmico ($p = 0,009$; $\text{Exp}(B) = 2,5$; IC 95%: 1,26 - 5,00). Em relação a ocupação, as gestantes que apresentaram sífilis no período pré-pandêmico estão menos propensas a apresentar uma ocupação remunerada ($p = 0.038$; $\text{Exp}(B) = 0.83$; IC 95%: 0.71-0.99) comparadas as demais.

Tabela 5 - Análise de regressão de Poisson para a associação entre variáveis e a sífilis gestacional no contexto do período pandêmico, Goiânia, GO, 2024

Variáveis	B	SE	Wald	Sign	Exp(B)	IC 95%
Local de residência	-0.159	0.931	2.921	0.87	0.853	0.711 - 1.024
Estado marital	0.140	0.854	-0.027	0.101	1.150	0.973 - 1.360
Anos de estudo	-0.089	0.885	1.004	0.316	0.915	0.769 - 1.088
Ocupação remunerada	-0.175	0.843	4.323	0.038	0.839	0.711 - 0.990
N. Consultas pré-natal	-0.089	0.923	0.925	0.336	0.915	0.764 - 1.097
Aborto atual	0.258	0.273	1.408	0.235	1.294	0.845 - 1.981
Via de parto	-0.191	0.906	4.467	0.035	0.826	0.691 - 0.986
HIV positivo	0.924	0.534	6.832	0.009	2.529	1.260 - 5.036

N. = número, Exponencial Beta (B), erro padrão (SE), teste de Wald (Wald), significância (Sign), razões de chances (Exp(B)) e intervalos de confiança 95% (IC 95%).

Fonte: a autora e a orientadora.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam um aumento significativo na prevalência de sífilis gestacional durante o período pandêmico, com um aumento de 108,75%, passando de 0,80% no período pré-pandêmico para 1,67% no período pandêmico. Este aumento acentuado reflete um agravamento na incidência da doença durante a pandemia de COVID-19, possivelmente em virtude da interrupção de serviços essenciais e pelo redirecionamento dos recursos de saúde pública para o combate à pandemia. Em consonância com esse achado, dados da "World Health Organization" (2024) revelam que os casos de sífilis entre adultos de 15 a 49 anos aumentaram 30% entre 2020 e 2022 nas Américas, reforçando a hipótese de que a pandemia não apenas não conteve a propagação da sífilis, mas contribuiu para sua intensificação.

Por outro lado, um estudo ecológico conduzido por Carvalho *et al.* (2022) identificou uma redução de 51,42% nos casos de sífilis gestacional durante o mesmo período, sugerindo que a dinâmica da transmissão pode ter variado significativamente entre diferentes regiões do país. Essa discrepância aponta para uma heterogeneidade nas respostas locais ao impacto da pandemia sobre os sistemas de saúde e o acesso a serviços de diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

A sobrecarga dos serviços de saúde, ocasionada pela COVID-19, pode ter resultado em uma subnotificação dos casos ou em dificuldades no acesso ao pré-natal e ao diagnóstico oportuno da sífilis (Santos; Yonegura, 2024; Almeida *et al.*, 2022). Essas condições evidenciam a complexidade de avaliar o impacto real da pandemia sobre a saúde materna e perinatal, sublinhando a necessidade de fortalecer as estratégias de prevenção e controle das IST, inclusive durante crises sanitárias.

Adicionalmente, a predominância de participantes jovens entre as gestantes afetadas é consistente com a literatura que associa a juventude a uma maior incidência de IST, incluindo a sífilis (Pellin *et al.*, 2024). Este dado é preocupante, pois reflete a vulnerabilidade dessa população, que frequentemente pode não ter acesso adequado a informações sobre saúde sexual e reprodutiva nem aos serviços de prevenção necessários para evitar a infecção. A juventude, fase marcada por experimentações e instabilidade nas relações afetivo-sexuais, exige políticas públicas que direcionem esforços de prevenção de maneira mais eficaz e acessível.

Independentemente do contexto pandêmico da COVID-19, a sífilis continua sendo um grave problema de saúde pública.

Outro aspecto crítico revelado pelo estudo foi a disparidade racial, evidenciada pelo predomínio de participantes autodeclaradas negras (90,3%). Este dado ressalta as desigualdades no acesso aos serviços de saúde frequentemente enfrentadas por minorias étnicas e raciais. De acordo com Lessa *et al.* (2022), a cor da pele está negativamente associada a diversos aspectos do cuidado pré-natal, como o início precoce das consultas e a realização de exames preventivos, incluindo VDRL e HIV, além de orientações sobre aleitamento materno e sinais de risco obstétrico. A alta prevalência de sífilis gestacional entre mulheres negras sugere que essas desigualdades raciais são profundas e que há uma urgente necessidade de políticas de saúde que promovam equidade racial e garantam acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade.

A análise geográfica dos dados revela que a maioria das participantes residia em Goiás e em outras localidades, sugerindo que a prevalência da sífilis pode variar conforme a região. Fatores como desigualdades sociais, acesso aos serviços de saúde e políticas locais de controle das IST provavelmente desempenham papéis significativos na distribuição geográfica da doença. No Brasil, a sífilis continua sendo um desafio de saúde pública que afeta diferentes níveis sociodemográficos e regiões do país (Santos *et al.*, 2023). Este achado sublinha a importância de uma abordagem integrada e regionalizada para o controle da sífilis, que leve em consideração as especificidades sociodemográficas e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

O fato de 62,2% das gestantes não terem uma ocupação remunerada e 55,6% estarem sem companheiro pode indicar uma vulnerabilidade socioeconômica que impacta negativamente a saúde materna e infantil. A ausência de um companheiro é frequentemente associada a um maior número de parceiros sexuais, o que eleva o risco de exposição às IST, incluindo a sífilis (Callegario *et al.*, 2024). Este resultado destaca a importância de programas de educação sexual que abordem o comportamento sexual de forma abrangente, promovendo o uso do preservativo e enfatizando a importância do teste regular para IST, especialmente em populações vulneráveis

O estudo também revelou que quase metade das participantes tinha nove anos de escolaridade ou menos, indicando um baixo nível educacional. A escolaridade

é um determinante crucial da saúde; mulheres menos escolarizadas geralmente têm menor acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva, aumentando sua vulnerabilidade à sífilis (Andrade *et al.*, 2024). A forte correlação entre baixo nível educacional e maior prevalência das IST reflete as profundas desigualdades sociais ainda presentes no Brasil e aponta para a necessidade urgente de intervenções educacionais que possam contribuir para a redução dessas disparidades.

Além disso, os dados clínico-obstétricos mostram que 16,5% das gestantes não realizaram o pré-natal e que mais da metade delas (54,8%) fez seis ou menos consultas. Esses números são preocupantes, pois o pré-natal adequado é fundamental para a detecção precoce e tratamento eficaz da sífilis, evitando complicações como sífilis congênita. A alta prevalência de gestações anteriores múltiplas (51%) e abortos (16,1%) também sugere um histórico reprodutivo complexo associado a desfechos adversos.

Adicionalmente, foi destacado que mais da metade das gestantes nos períodos pré-pandêmico e pandêmico não possuía remuneração. Estudos indicam que baixa condição socioeconômica ou falta de remuneração podem interferir negativamente na adesão às consultas pré-natais (Menezes *et al.*, 2021). Essa relação demonstra a importância de políticas de apoio econômico e social que permitam às mulheres gestantes especialmente as mais vulneráveis a acessar cuidados de saúde adequados durante a gravidez.

No que diz respeito às condições habitacionais, o estudo revelou que 3,1% das gestantes se encontravam em situação de rua. Mulheres nessa condição enfrentam múltiplas vulnerabilidades, incluindo maior exposição à prática sexual desprotegida, elevando substancialmente o risco de contrair IST (Schiavi *et al.*, 2023; Santos; Faria, 2022). Essas mulheres estão em uma posição extrema de vulnerabilidade, exigindo intervenções específicas que atendam suas necessidades em saúde de forma integrada e sensível às suas circunstâncias.

De forma geral, as variáveis sociodemográficas e clínico-obstétricas das gestantes com sífilis mantiveram-se relativamente estáveis entre os períodos pré-pandêmico e pandêmico. No entanto, o aumento dos casos de sífilis gestacional continua sendo impulsionado por fragilidades nos contextos sociodemográfico e clínico-obstétrico conforme evidenciado por (Eleres; Lima., 2024) Esse aumento sugere que, apesar dos esforços contínuos para conter essa infecção em populações vulneráveis, especialmente em um contexto crítico como o da pandemia, as

estratégias atuais podem não estar sendo suficientes para enfrentar adequadamente esse desafio.

Por fim, a maior prevalência de cesáreas no grupo pandêmico pode estar associada ao receio de contágio por COVID-19 durante o trabalho de parto vaginal e às complicações da coinfeção por sífilis e SARS-CoV-2 (Silva *et al.*, 2023; Hidalgo *et al.*, 2022). Mudanças nas diretrizes clínicas, a disponibilidade de recursos e a gravidade da COVID-19 podem ter contribuído para esse aumento nas cesáreas, justificando a necessidade de novos estudos para elucidar os mecanismos envolvidos. Este aumento nas cesáreas também pode refletir uma resposta adaptativa dos sistemas de saúde a um cenário de incerteza, priorizando o parto cirúrgico em detrimento do vaginal como uma forma de minimizar riscos, o que aponta para um impacto direto das orientações de manejo clínico emergenciais no perfil de morbimortalidade materna.

Embora este estudo tenha fornecido importantes insights sobre a prevalência de sífilis gestacional, algumas limitações devem ser consideradas. A natureza observacional impede a determinação de relações causais definitivas. A amostra, composta principalmente por gestantes atendidas em serviços de saúde específicos, pode não refletir a população geral, limitando a generalização dos resultados. Além disso, a subnotificação durante a pandemia pode ter afetado a precisão das estimativas de prevalência, e variáveis contextuais, como políticas públicas implementadas, não foram consideradas.

7. CONCLUSÃO

Os dados do estudo evidenciam um aumento significativo nos casos de sífilis gestacional durante a pandemia, refletindo um cenário de acesso reduzido aos serviços de saúde e uma diminuição significativa nos atendimentos pré-natais. A pesquisa identificou que gestantes mais jovens, negras, com baixa escolaridade e sem emprego foram as mais afetadas por acentuando as desigualdades socioeconômicas e raciais existentes. Esses resultados ressaltam a urgência de implementar políticas de saúde que garantam acesso contínuo e equitativo aos cuidados pré-natais, mesmo em emergências.

Além disso, observou-se uma diminuição significativa no número de partos vaginais, acompanhada por um aumento na prevalência de cesarianas. Essa tendência sugere uma mudança preocupante nas vias de parto durante este período crítico, levantando questões sobre as implicações para a saúde materna e neonatal.

Os resultados desse estudo também indicam que as complicações clínicas e obstétrica, como abortos e coinfeções por HIV, podem ter se agravado devido ao acesso inadequado ao pré-natal, com uma parte considerável das gestantes sem acompanhamento adequado. Esses achados ressaltam a necessidade urgente de implementar políticas de saúde que garantam acesso contínuo e equitativo aos cuidados pré-natais, especialmente em situações de crise.

Estudos futuros devem focar em estratégias preventivas e no acompanhamento a longo prazo da saúde reprodutiva e materna, garantindo uma resposta mais eficaz em futuras crises de saúde pública. A implementação dessas medidas é essencial para proteger a saúde das gestantes e seus bebês, promovendo um sistema de saúde mais resiliente e inclusivo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. P.; SILVA, R. B.; ARAÚJO, R. M. S. COVID-19: origin, pathogenesis, transmission, clinical aspects and current therapeutic strategies. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 6, n. 0, p. 16, 26 abr. 2020.
- ALMEIDA, J. F. M. DE; CHEHTER, E. Z. COVID-19 and the gastrointestinal tract: what do we already know? **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 6 nov. 2020.
- ANDRADE, A. L. M. B. *et al.* Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 376–381, 26 jul. 2018.
- ANDRADE, I. L. X. C. *et al.* O pré-natal como abordagem preventiva de sífilis gestacional: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 2176–2195, 30 jan. 2024.
- AQUINO, E. M. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2423–2446, 2020.
- ARAUJO, F. A. G. R. Uses and limits of the clinical laboratory in the COVID-19 pandemic: a didactic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, p. 1718–1724, 16 dez. 2020.
- ARRUDA, L. R.; RAMOS, A. R. S. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1–18, 13 abr. 2020.
- BASTOS, F. *et al.* Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 5, n. 1, p. 81–95, 30 jun. 2022.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. One of the most used epidemiological designs: cross-sectional study. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229–232, 2007.
- BEECHING, N. J.; FLETCHER, T. E.; FOWLER, R. **Coronavirus Disease (COVID-19)**. BMJ Best Practice. Disponível em: <<http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>>. Acesso em: 17 jan. 2025.
- BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2411–2421, 2020.
- BEZERRA, F. M. N. *et al.* Assistência de enfermagem ao pré-natal no contexto da pandemia pela COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 12, p. e18568, 2 dez. 2024.
- BRASIL, M. H. F. *et al.* Comportamento sexual de universitários no contexto da pandemia da COVID-19: um estudo de método misto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20230116, 2 fev. 2024.
- CABRAL, S. G. *et al.* Tendências epidemiológicas e desafios no controle da Sífilis Gestacional e Congênita em Palmas - TO (2017-2021). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 4590–4607, 6 fev. 2024.
- CALLEGARIO, L. V. *et al.* Análise da Prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Jovens. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3,

n. 2, p. 481–489, 29 jul. 2024.

CANUTO, I. E. L. Sífilis gestacional, dificuldades e barreiras no diagnóstico e tratamento: revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, p. 96–105, 20 fev. 2023.

CARR, S. Missed and delayed diagnoses of non-COVID conditions– collateral harm from a pandemic. **ImproveDx Newsletter**, v. 7, n. 4, 2020.

CARVALHO, M. C. J. *et al.* Mudanças de incidência e classificações clínicas da sífilis em gestantes pela pandemia do COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e35411427433–e35411427433, 20 mar. 2022.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 *. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 255–264, jun. 2017.

CHEN, G. *et al.* Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 130, n. 5, p. 2620–2629, 1 maio 2020.

CONNORS, J. M.; LEVY, J. H. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. **Blood**, v. 135, n. 23, p. 2033–2040, 4 jun. 2020.

COSTA, L. L. S. Quadro clínico das gestantes na pandemia e os riscos acometidos: uma análise sobre a atuação dos profissionais de enfermagem. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 164–174, 3 jan. 2023.

DE WIT, E. *et al.* SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. **Nature Reviews Microbiology**, v. 14, n. 8, p. 523–534, ago. 2016.

DEMARCHI, R. F. *et al.* Preocupações e cuidados de gestantes durante a pandemia da COVID-19 em Goiás, Brasil. **HU Revista**, v. 48, p. 1–7, 2022.

DIAS, J. A. A. *et al.* Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 1 out. 2020a.

DIAS, V. M. C. H. *et al.* Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19/ Guidelines on the Diagnosis, Treatment and Isolation of Patients with COVID-19. **Journal of Infection Control**, v. 9, n. 2, p. 58–77, 13 abr. 2020b.

ELERES, V. M.; LIMA, L. N. F. O perfil epidemiológico de sífilis gestacional no município de Araguatins no período de 2015 a 2021. **REVISTA DA ANINTER-SH**, v. 1, p. 102–118, 15 jul. 2024.

FACASTORO, G. **Syphilis sive morbus Gallicus**. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/Syphilis-sive-morbus-Gallicus>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

FIOCRUZ. **Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação**. Postagens. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao/>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

FURLAM, T. DE O. *et al.* Efeito colateral da pandemia de Covid-19 no Brasil sobre o número de procedimentos diagnósticos e de tratamento da sífilis. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p. 1–15, 12 jan. 2022.

- GAO, Z. *et al.* A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, v. 54, n. 1, p. 12–16, 1 fev. 2021.
- GE, X.-Y. *et al.* Isolation and characterization of a bat SARS-like coronavirus that uses the ACE2 receptor. **Nature**, v. 503, n. 7477, p. 535–538, nov. 2013.
- GIACOMIN, J. R. *et al.* Saúde mental de mulheres que tiveram filhos durante a pandemia por Covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 8705–8720, 5 maio 2023.
- GONÇALVES, M. M. *et al.* Os desafios no tratamento da sífilis gestacional / the challenges in treating management syphilis. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 14, n. 49, p. 106–113, 28 fev. 2020.
- GRANGE, P. A. *et al.* Evaluation of a PCR test for detection of treponema pallidum in swabs and blood. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 50, n. 3, p. 546–552, mar. 2012.
- GRANT, M. C. *et al.* The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. **PLOS ONE**, v. 15, n. 6, p. e0234765, 23 jun. 2020.
- GROSS, R. *et al.* Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. **The Lancet**, v. 395, n. 10239, p. 1757–1758, 6 jun. 2020.
- HIDALGO-LOPEZOSA, P. *et al.* Vaginal birth after caesarean section before and during COVID-19 pandemic. Factors associated with successful vaginal birth. **Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives**, v. 35, n. 6, p. 570–575, nov. 2022.
- IBA, T. *et al.* Diagnosis and management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. **Journal of Thrombosis and Haemostasis**, v. 17, n. 11, p. 1989–1994, 1 nov. 2019.
- ITAPARY, P. G. A. P. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional no norte do Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 2719–2729, 12 nov. 2023.
- JAMESON, J. L. *et al.* **Manual de medicina de Harrison**. 20. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2021. v. 2
- KALIL, G. K. M. DE O. G. *et al.* Sífilis: patogenia, prevalência e tratamento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 4, p. e71663–e71663, 5 ago. 2024.
- KALININ, Y.; PASSARELLI NETO, A.; PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto (São Bernardo do Campo)**, p. 65–76, 2015.
- KRZYSZTALOWICZ, F.; KRAUS, A. Syphilis. Symptomatology. **Archiv für Dermatologie und Syphilis**, v. 117, n. 1, p. 64–66, 1913.
- LI, G., HILGENFELD, R., WHITLEY, R. *et al.* Therapeutic strategies for COVID-19: progress and lessons learned. **Nat Rev Drug Discov** 22, 449–475 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41573-023-00672-y>
- LU, H.; STRATTON, C. W.; TANG, Y.-W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. **Journal of Medical Virology**, v. 92, n. 4, p. 401–402, 2020.

MACÊDO, V. C. DE *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518–528, 16 dez. 2020.

MACHADO, I. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 249–255, 30 ago. 2018.

MACINTYRE, C. R.; CHUGHTAI, A. A. A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. **International Journal of Nursing Studies**, v. 108, p. 103629, 1 ago. 2020.

MARTINS, G. R.; ANDRADE, L. G. Atuação do farmacêutico na prevenção e orientação no tratamento da sífilis congênita. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 456–480, 30 out. 2021.

MCINTOSH, K.; HIRSCH, M. S.; BLOOM, A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). v. 5, n. 1, p. 873, 2020.

MEDEIROS, G. Q. *et al.* Efetividade das vacinas da COVID-19 e disseminação do vírus: revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 31, p. 1–23, 6 jun. 2023.

MENEZES, L. O.; FLORIANO, T. V. N.; LOPES, I. M. D. Impacto do perfil socioeconômico de gestantes e parceiros na avaliação da qualidade do pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5686, 7 jan. 2021.

MESSIAS, M. V. M. *et al.* Fatores associados à prevalência de Sífilis Congênita. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 5, p. e14213545939–e14213545939, 31 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2019**: Boletim epidemiológico. Brasília, DF: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view>. Acesso em: 3 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, , 2019b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, , 2020a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 188. PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). . 3 fev. 2020 b, Sec. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico nº 44 - Boletim COE**

Coronavírus. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, , 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf/@_@download/file>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, , 2021b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis:** Diagnóstico das várias fases da sífilis. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2021c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_sifilis_1ed.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico nº 142 - Boletim COE Coronavírus.** Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, , 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-142-boletim-coe-coronavirus/@_@download/file>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Secretaria de Vigilância em Saúde, , 2022b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de Sífilis - Número Especial - Out. 2023:** Boletim epidemiológico. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/@_@download/file>. Acesso em: 26 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica Nº 14/2023. Dispõe sobre a atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes.** Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis., , 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf/@_@download/file>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico especial - Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19.** Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, , 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2024/boletim-epidemiologico-no-161-coe-coronavirus-mar-2024.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus Brasil**. Site de Governo. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 17 jan. 2025b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Situação epidemiológica da sífilis: adquirida, congênita e em gestantes no estado de Goiás, 2019-2024**. , 2024c. Disponível em: <<https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/psaru>>. Acesso em: 17 jan. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resposta rápida à sífilis: uma análise situacional da estratégia de apoio institucional. v. 51, p. 17, 22 out. 2024d.

MORAWSKA, L.; MILTON, D. K. It is time to address airborne transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 9, p. 2311–2313, 1 nov. 2020.

NALBANDIAN, A., SEHGAL, K., GUPTA, A. *et al.* Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 27, 601–615 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>

NASCIMENTO, J. H. P. *et al.* COVID-19 e Estado de Hipercoagulabilidade: uma nova perspectiva terapêutica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, p. 829–833, 1 jun. 2020.

NETTO, R. G. F., CORRÊA, J. W. N. Epidemiologia do surto de doença por coronavírus (COVID-19). **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. Especial-3, p. 18–25, 22 abr. 2020.

NOGUEIRA, J. V. D.; SILVA, C. M. Conhecendo a origem do SARS-COV-2 (COVID-19). **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, Três Lagoas, v. 11, n. 2, p. 115–124, agosto/dezembro. 2020. ISSN: 2447-8822.

NYEMBA, D. C. *et al.* Prevalence of curable STIs and bacterial vaginosis during pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Sexually Transmitted Infections**, v. 98, n. 7, p. 484–491, 1 nov. 2022.

OLIVEIRA, L. C. F. *et al.* O acesso à atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19 em um município da Bahia. **Revista Macambira**, v. 8, n. 1, p. 1–12, 20 maio 2024.

OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

OPAS. **Brasil receberá as primeiras vacinas contra COVID-19 por meio do Mecanismo COVAX neste domingo**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/21-3-2021-brasil-recebera-primeiras-vacinas-contracovid-19-por-meio-do-mecanismo-covax>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

OPAS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

OPAS. **COVID-19 eliminou uma década de progresso na expectativa de vida global**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/24-5-2024-covid-19-eliminou-uma-decada-progresso-na-expectativa-vida-global>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. DE; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy:

association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3019, 9 ago. 2018.

PAES, I.; SILVA, B. N. M. Sífilis gestacional: uma análise epidemiológica dos casos notificados no Brasil. **Inova Saúde**, v. 12, n. 2, p. 193–213, 2022.

PAHO. Alerta epidemiológica: COVID-19 durante el embarazo. p. 8–8, 2020.

PAULES, C. I.; MARSTON, H. D.; FAUCI, A. S. Coronavirus Infections—More than just the common cold. **JAMA**, v. 323, n. 8, p. 707–708, 25 fev. 2020.

PAVÃO, A. L. *et al.* **Nota Técnica: Considerações sobre o diagnóstico laboratorial da Covid-19 no Brasil**. Fiocruz, , 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-consideracoes-sobre-o-diagnostico-laboratorial-da-covid-19-no-brasil>>. Acesso em: 17 jan. 2025

PELLIN, E. *et al.* Sífilis Congênita: Um indicador de qualidade no atendimento à gestante. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 447–462, 7 mar. 2024.

PEREIRA, M. D. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e652974548–e652974548, 5 jun. 2020.

PERINE, P. L. *et al.* **Handbook of endemic treponematoses: yaws, endemic syphilis and pinta**. [s.l.] World Health Organization, 1984.

PINTO, P. H. *et al.* Sífilis gestacional: a atuação do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical. **Revista Eletrônica da Faculdade de Alta Floresta**, v. 11, n. 1, 2022.

QUEIRÓZ, G. B.; JUNIOR, A. C. S. A enfermagem brasileira no enfrentamento da covid-19: uma revisão de literatura. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 9, p. e2683–e2683, 19 set. 2023.

RESENDE, K. P. *et al.* A incidência da sífilis congênita no município de Itumbiara, Goiás, no período de 2015 a 2020: possíveis impactos da pandemia causada pelo SARS-CoV-2. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e11911829471–e11911829471, 12 jun. 2022.

RIBEIRO, C. M.; CORREA, F. M.; MIGOWSKI, A. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, p. e2021405, 7 mar. 2022.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1247–1255, 2016.

RODRIGUES, E. A. *et al.* A notificação compulsória de sífilis em gestantes e a ocorrência de sífilis congênita: um estudo comparativo. **PubSaúde**, 25 jan. 2024.

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of Autoimmunity**, v. 109, p. 102433, 1 maio 2020.

SANTANA, A. L. S. SINAN: instrumento de avaliação da sífilis gestacional no Brasil. 17 dez. 2019.

- SANTOS, B. S.; FARIA, M. F. Vulnerabilidade de moradoras de rua à infecções sexualmente transmissíveis / Vulnerability of street people to sexually transmitted infections. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 40903–40918, 26 maio 2022.
- SANTOS, D. G. H. R.; PARABONI, M. L. R. Impacto da imunização na redução dos casos de Covid-19. **Revista Perspectiva**, v. 48, n. 182, p. 29–36, 5 dez. 2024.
- SANTOS, M. J. F. *et al.* Evidências Científicas para Assistência de Enfermagem à gestante durante a pandemia da COVID-19: Revisão Integrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 12, n. 80, p. 11404–11419, 19 set. 2022.
- SANTOS, S. M. S. *et al.* Distribuição espacial como estratégia para o rastreamento de sífilis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. e12029, 5 mar. 2023.
- SANTOS, V. C.; YONEGURA, W. H. T. Análise epidemiológica da sífilis na gestação em relação com a sífilis congênita nas regiões do Brasil: uma relação entre o pré-natal e a transmissão da doença. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 1, p. 461–475, 1 fev. 2024.
- SCHIAVI, C. E. N. *et al.* Vulnerabilidades entre mulheres em situação de rua vivenciando a gestação, parto e puerpério. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220384, 8 dez. 2023.
- SES. **Painel interativo de sífilis da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás**. , 2025. Disponível em: <<https://indicadores.saude.go.gov.br/public/ist.html>>. Acesso em: 17 jan. 2025
- SHAH, K.; SAXENA, D.; MAVALANKAR, D. Secondary attack rate of COVID-19 in household contacts: a systematic review. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 113, n. 12, p. 841–850, 1 dez. 2020.
- SILVA, N. C. P.; CARVALHO, K. B. S.; CHAVES, K. Z. C. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Femina**, p. 58–64, 2021.
- SILVA, C. E. B.; GUIDA, J. P. S.; COSTA, M. L. Aumento das taxas de cesárea durante a pandemia de COVID-19: procurando explicações por meio da Classificação de Robson. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, p. 371–376, 8 set. 2023
- SILVA, V. S. *et al.* Sífilis: manifestações clínicas e orais. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e489111436797–e489111436797, 3 nov. 2022.
- SINGHAL, T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). **The Indian Journal of Pediatrics**, v. 87, n. 4, p. 281–286, 1 abr. 2020.
- SOUZA, B. S. DE O.; RODRIGUES, R. M.; GOMES, R. M. L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, p. 94–98, 2018.
- SOUZA, T. R. *et al.* A influência da pandemia de covid-19 no manejo de urgências e emergências oftalmológicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 9, p. 1011–1018, 29 set. 2023.
- SILVA, T. O. *et al.* Sífilis na gestação: Obstáculos e estratégias vivenciados por enfermeiras durante a pandemia de Covid-19. **Revista Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, p. e13682–e13682, 25 set. 2023.
- TEIXEIRA, J. G.; PASSOS, S. G. O papel do enfermeiro durante o pré-natal na orientação à gestante com sífilis. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10,

p. 135–146, 20 jun. 2022.

TEIXEIRA, P. M. G.; MOURÃO, H. H. S.; SANTANA, F. N. S. Incidência e prevalência de Sífilis Congênita na pandemia do SarsCov2, no Brasil, em comparação aos 2 anos pré pandêmicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 12435–12449, 30 mar. 2023.

TORRES, P. M. A. *et al.* Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210965, 9 set. 2022.

WANG, D. *et al.* Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel Coronavirus–Infected pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**, v. 323, n. 11, p. 1061–1069, 17 mar. 2020.

WHO. **Syphilis**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

WHO. **Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19**. , 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>>. Acesso em: 17 jan. 2025

WHO. **COVID-19 deaths - WHO COVID-19 dashboard**. Relatório. Disponível em: <<https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>>. Acesso em: 26 jan. 2024a.

WHO. **Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030 |report on progress and gaps 2024**. , 2024b. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376814/9789240094925-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 jan. 2025

WU, F. *et al.* A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 265–269, mar. 2020.

XAVIER, A. R. *et al.* COVID-19: clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, p. e3232020, 1 jul. 2020.

XIAO, F. *et al.* Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. **Gastroenterology**, v. 158, n. 6, p. 1831- 1833.e3, maio 2020.

ZHANG, T.; SUN, L. X.; FENG, R. E. Comparison of clinical and pathological features between severe acute respiratory syndrome and coronavirus disease 2019. **Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases**, v. 43, n. 6, p. 496–502, 1 jun. 2020.

ZHU, N. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727–733, 20 fev. 2020.

ZOU, L. *et al.* SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 12, p. 1177–1179, 19 mar. 2020.

APÊNDICES**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****A) DADOS GERAIS**

Número de identificação da coleta:

Prontuário:

Instituição Hospitalar:

Setor de internação:

Data da admissão hospitalar:

Data da coleta de exame:

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Período: (0) pré pandêmico (1) pandêmico

Nome do pesquisado (iniciais):

Nome da mãe do pesquisado (iniciais):

Data de nascimento:

Telefone do pesquisado:

Idade em anos:

Idade: (0) \leq 24 anos (1) \geq 25 anos

Cor/raça: (0) preta (1) parda (2) branca (3) amarela (4) indígena (5) ignorado

Cor/raça em categoria: (1) branca (2) negra

Local de residência: (0) Goiânia (1) outras localidades

Estado marital: (0) sem companheiro (1) com companheiro

Escolaridade: (0) analfabeto (1) ensino fundamental incompleto (2) ensino fundamental completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) ensino superior completo (6) ensino superior incompleto (7) pós-graduação (8) ignorado

Escolaridade categoria: (0) \leq 9 anos (1) $>$ 9 anos

Ocupação remunerada: (0) sem ocupação (1) com ocupação

Moradia: (0) situação de sua (1) com domicílio

C) DADOS CLÍNICO-OBSTÉTRICO

HIV: (0) não (1) sim

Tabagista: (0) não (1) sim

Etilista: (0) não (1) sim

Drogas ilícitas: (0) não (1) sim

Realização de pré-natal: (0) não () sim

Número de consultas de pré-natal: (0) \leq 6 consultas (1) $>$ 6 consultas

Idade gestacional:

Idade gestacional em categoria: (0) \geq 37 semanas (1) $<$ 37 semanas

Gestação anterior: (0) única (0) múltipla (2) não

Aborto anterior: (0) única (1) múltipla (3) não

Aborto atual: (0) não (1) sim

Via de parto: (0) vaginal (1) cesárea

Ameaça de parto prematuro: (0) não (1) sim

Sufrimento fetal: (0) não (1) sim

APÊNDICE B – PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP



Goânia, 27 de janeiro de 2021.

PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Flaviana Vely Mendonça Vieira e Janaína Valadares Guimarães, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa intitulada *"Repercussões da Pandemia pelo novo coronavírus no ciclo gravídico puerperal: clínico-obstétricas, neonatais e psicoafetivas."*, declaramos que conhecemos e que cumpriremos as normas vigentes expressas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Projeto supramencionado será subdividido em duas partes, solicitamos a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a parte do projeto em que será realizada apenas—coletada em base de dados secundária, sendo estes dados: retrospectivos, o que não interfere no cuidado recebido pelos pacientes; os dados cadastrais dos pacientes, muitas vezes, não se encontram atualizados, tornando o contato impossível.

Declaramos que o acesso aos dados registrados em prontuários será feito somente após aprovação deste Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Logo, assumimos mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários e base de dados das instituições de pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos dados de forma a proteger os participantes da pesquisa.

Profª Drª Flaviana Vely Mendonça
Vieira

Profª Drª Janaína Guimarães
Valadares

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação/PRPI-UFG
Avenida Flaminópolis, Qd. K, Edifício K2, Sala 110 – Agência UFG de Inovação
CEP-74001-970 - Goiânia-GO - Fones: 0 XX51 3251-1215/3251-2045
Homepage: <http://www.cep.ufg.br> e-mail: cep-prpi@ufg.br

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DA PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: CLÍNICO-OBSTÉTRICAS, NEONATAIS E

Pesquisador: Flaviana Vely Mendonça Vieira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44107721.4.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.982.635

Apresentação do Projeto:

Justificativa da Emenda: os pesquisadores apresentam emenda com a finalidade de acrescentar novo centro participante: Hospital e Maternidade Municipal Célia Câmara (HMMCC), tendo em vista que, na prática clínica, grande parcela das gestantes confirmadas para COVID19 são encaminhadas para esse Hospital de campanha de referência para tratamento de pacientes com COVID-19. Diante disso, pretendemos incluir uma amostra de gestantes/puérperas nessa pesquisa atendendo aos objetivos propostos nesse estudo e avaliando com mais abrangência o contexto da realidade do município.

Trata-se de estudo longitudinal retrospectivo e prospectivo, com base de dados primária e secundária, a ser realizada em quatro maternidades de referência em gestação de risco habitual e alto risco em Goiânia - Goiás, Maternidade 1 (Esfera Federal), Maternidade 2

(Esfera Estadual), Maternidades 3, 4 e 5 (Esfera Municipal). Sendo as Maternidades: 1. Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC – UFG); 2. Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento (HMI); 3. Hospital e Maternidade Dona Íris (HMDI); 4. Hospital e Maternidade Nascer Cidadão (HMNC); 5. Hospital e Maternidade Municipal Célia Câmara (HMMCC). Portanto, em conjunto, estas maternidades concentram uma parcela das gestantes e puérperas atendidas em Goiás, haja vista a quantidade de partos realizados, cujos registros internos das maternidades revelam a totalidade de aproximadamente 14 mil partos conduzidos

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3644-8933

E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.982.635

anualmente. A escolha das referidas maternidades deve-se a sua relevância na região Centro-Oeste do Brasil, pois são referências no atendimento em pré-parto, parto e pós-parto. 2. População e Amostra: O estudo será composto por mulheres no ciclo gravídico-puerperal internadas na rede terciária da saúde pública de Goiânia. O cálculo amostral foi baseado no número total de gestantes e puérperas, internadas nas quatro maternidades no ano de 2019, registrado em cada maternidade que totalizou 14.000 atendimentos. Utilizou-se para determinação do tamanho da amostra um poder de 95% e um erro = 5%, com uma amostra calculada de 374 mulheres, adicionou-se mais 20% para cobrir eventuais perdas totalizando uma amostra 449 gestantes e puérperas.

Critério de Inclusão:

Serão incluídas no estudo gestantes e puérperas acima de 18 anos de idade, internadas nas maternidades como justificativa da Autorização de Internação Hospitalar (AIH): trabalho de parto, parto normal, cesárea, abortamento retido, abortamento em curso e abortamento inevitável; que tenham Modificação da AIH para trabalho de parto, parto normal ou cesárea; além de mulheres que sejam internadas com suspeita ou confirmadas para COVID-19, tanto para tratamento clínico quanto para resolução da gestação. Para serem elegíveis, todas deverão ter um telefone para contato e outro para recado. Ainda, as puérperas deverão ter acesso a internet em algum dispositivo móvel tais como celular, notebook, computador e/ou tablet.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas aquelas cujos prontuários médicos estiverem ilegíveis ou danificados, mulheres que apresentem dificuldade cognitiva, mulheres portadoras do vírus HIV, neonato com má formação oral.

Desfecho Primário:

Os desfechos serão as repercussões psicoafetivas, clínico-obstétricas e neonatais.

Desfechos maternos: Intercorrência maternas no parto e pós-parto; Via de parto; Aleitamento materno na primeira hora de vida; Tipo de aleitamento materno até seis meses de vida; Contato pele a pele precoce; Presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto; Dificuldade respiratória materna; Intervenções obstétricas; Trabalho de parto prematuro; Restrição do crescimento intrauterino; Dispneia; Pneumonia; Insuficiência cardiopulmonar, Oxigenoterapia; Ventilação assistida; Admissão ou transferência para UTI ou UCIN; Morte materna; Alta hospitalar;

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3644-8933 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.982.635

Pontuação na avaliação dos sintomas de ansiedade por meio do Inventário ansiedade-traço; Pontuação na avaliação dos sintomas depressivos por meio da Escala de depressão pós-natal de Edimburgo.
Tamanho da Amostra no Brasil: 500

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil sócio-epidemiológico, as repercussões assistenciais, psicoafetivas, clínico-obstétricas e neonatais durante a pandemia pelo novo coronavírus em gestantes e puérperas.

Objetivo Secundário:

- 1) Estimar a incidência da COVID-19 em gestantes e puérperas.
- 2) Investigar o perfil sócio-epidemiológico e fatores de risco associados à internação da gestante ou puérpera suspeita ou confirmada para COVID-19.
- 3) Comparar as práticas assistenciais durante o parto e o nascimento antes e durante a pandemia do novo coronavírus.
- 4) Identificar as repercussões da pandemia do novo coronavírus nos desfechos maternos e neonatais.
- 5) Verificar as repercussões da pandemia do novo coronavírus nos indicadores aleitamento materno.
- 6) Avaliar as repercussões da pandemia do novo coronavírus nos aspectos psicoafetivos em puérperas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa não é diferente do que a situações encontradas pelos participantes nos aspectos de sua vida cotidiana que se relacionam com a pesquisa. O princípio de preocupação com o bem-estar será seguido na condução da pesquisa. Os participantes estarão protegidos de quaisquer riscos desnecessários ou evitáveis e seu envolvimento no estudo será confidencial. O risco que pode ocorrer é a ansiedade e possível desconforto no preenchimento dos inquéritos de seguimento, visto que se trata de instrumentos referentes aos sentimentos das puérperas, além de possível sentimento de impotência materna frente ao inquérito dos indicadores de Aleitamento Materno. Caso a puérpera apresente alguma queixa relacionada a amamentação ou queixa relacionada aos aspectos psicoafetivos que sejam relatados aos pesquisadores, a mesma será encaminhada para o serviço de Atenção Básica. Considerando o contexto de Pandemia e a necessidade de parte da coleta de

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3644-8933 **E-mail:** cepcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.982.635

Declaração de concordância	Carta_de_anuencia_SMS.pdf	01/03/2021 22:38:39	Ariane Tafnes Ferreira de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pojeto_COVID.pdf	27/01/2021 22:21:19	Ariane Tafnes Ferreira de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID_PB.pdf	20/01/2021 17:37:15	Ariane Tafnes Ferreira de Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 17 de Setembro de 2021

Assinado por:
Marcela Maria Cavalcante
(Coordenador(a))

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3644-8933 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br