Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.12, 2024
ISSN 2178-6925

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM SÍFILIS NA GESTAÇÃO NO BRASIL DE 2017 A 2021

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH SYPHILIS DURING PREGNANCY IN BRAZIL FROM 2017 TO 2021

KELEN MOTA MOURA
Acadêmica de Medicina do 10° período na Fundação Assis Gurgacz.
E-mail: kmmoura@minha.fag.edu.br

URIELLY TAINÁ DA SILVA LIMA
Médica pediatra, Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde, Professora orientadora e Docente da disciplina de Pediatria do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.
E-mail: urielly@gmail.com

BRUNA STHEPHANY RODRIGUES DOS SANTOS
Acadêmica de Medicina do 10° período na Fundação Assis Gurgacz.
E-mail: bsrsantos@minha.fag.edu.br

RESUMO

A Sífilis Gestacional é uma doença de notificação compulsória no Brasil, causada pela bactéria Treponema pallidum. A transmissão vertical do patógeno, quando ocorre a passagem do Treponema por meio da placenta, em gestantes não tratadas ou tratadas de forma inadequada, é um dos principais riscos da doença. A infecção do feto institui alta morbidade e mortalidade intrauterina. Esse estudo é um perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com Sífilis gestacional no Brasil. Trata-se de um estudo documental e a coleta de dados é por meio do DATASUS/Tabnet.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis gestacional, Sífilis congênita, Epidemiologia

ABSTRACTS

Gestational Syphilis is a notifiable disease in Brazil, caused by the bacterium Treponema pallidum. Vertical transmission of the pathogen, when Treponema passes through the placenta, in untreated or inadequately treated pregnant women, is one of the main risks of the disease. Infection of the fetus causes high intrauterine morbidity and mortality. This study is an epidemiological profile of patients diagnosed with gestational syphilis in Brazil. This is a documentary study and data collection is through DATASUS/Tabnet.

KEY-WORDS: Gestational syphilis, Congenital syphilis, Epidemiology

1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção sistêmica, causada pela bactéria Treponema pallidum, transmissível majoritariamente pela via sexual e vertical. A infecção na gestante pode provocar a sífilis congênita (SC), a qual ocorre pela disseminação hematogênica do patógeno, que infecta o feto através da placenta quando a

gestante não iniciou o tratamento ou fez de forma incorreta. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006) Segundo a OMS, a SC é a segunda maior causa de aborto fetal evitável, o que evidencia a importância da prevenção e do controle da Sífilis na gestação.

O acompanhamento de gravidas infectadas e de seus parceiros sexuais no decorrer do pré-natal é fundamental para a prevenção da sífilis congênita, a qual é responsável pelo abortamento, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas. O tratamento, feito com Penicilina Benzatina, deve ser iniciado o mais breve possível, a fim de prevenir a transmissão vertical, a qual possui uma taxa superior a 70% em mulheres não tratadas na fase primária e secundária da sífilis. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

No Brasil os índices de sífilis gestacional e congênita ainda são altos, mesmo com a disponibilidade gratuita do tratamento pelo SUS e a alta cobertura de pré-natal no país, acima de 85%, segundo manual de bolso do Ministério da Saúde. A sífilis gestacional passou de 3,5 para 12,4 casos a cada mil nascidos vivos, e a sífilis congênita aumentou de 2,4 para 6,8 casos por mil nascidos vivos, nos anos de 2010 a 2016, representando um desafio para a saúde pública. (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2020) Dessa forma, é notória a importância do estudo sobre o perfil epidemiológico das gestantes infectadas, assim como identificar as localidades que possuem mais casos, afim de implementar políticas públicas de prevenção e controle da enfermidade.

Assim, foi problema desse estudo a seguinte questão: qual é a população que tem diagnóstico de sífilis na gestação e o que pode ser feito para melhorar prevenção dessa população de risco? Visando responder ao problema proposto, foi objetivo da pesquisa avaliar o perfil das gestantes infectadas pela sífilis, a distribuição espacial dos casos e a incidência dessa doença de notificação compulsória no Brasil. De modo específico, foi buscado nesse estudo descrever o número de casos de Sífilis gestacional no Brasil de 2017 até 2021; descrever o Perfil Epidemiológico dos casos da Sífilis gestacional no Brasil; descrever a distribuição espacial dos casos nas respectivas regiões do Brasil; descrever brevemente os sinais e sintomas da Sífilis gestacional; descrever os cuidados básicos acerca da doença de notificação compulsória Sífilis na gestação; trazer orientações sobre a necessidade de cuidados, informações e controle sobre a Sífilis na gestação.

Para uma melhor leitura esse artigo foi dividido em 7 capítulos, iniciando pela introdução, passando pela definição, epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da doença.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEFINIÇÃO

A Sífilis é uma infecção sistêmica, causada pela bactéria Treponema pallidum, transmissível majoritariamente pela via sexual e vertical. A Sífilis na Gestação é uma doença de notificação compulsória, que deve ser acompanhada durante o pré-natal para a prevenção da Sífilis Congênita (SC). Tal enfermidade ocorre pela disseminação hematogênica do patógeno, que infecta o feto através da placenta quando a gestante não iniciou o tratamento ou fez de forma incorreta. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006) Segundo a OMS, a SC é a segunda maior causa de aborto fetal evitável.

No Brasil, o número de casos de SG aumentou cerca de 300 % entre 2010 e 2016, devido a melhorias no sistema de vigilância em saúde e ampliação do uso de testes rápidos, resultando em mais casos notificados. (MOURA *et al.,* 2021) O Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos dois testes sorológicos durante a gravidez. O primeiro no início do pré-natal e o segundo aproximadamente por volta da 28ª semana de gestação. Um teste de sífilis também é feito quando você é hospitalizada para o parto ou aborto.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal também institui a testagem para sífilis no acompanhamento pré-natal, entretanto nem sempre a rotina protocolada é uma realidade, ora um tratamento inadequado da enfermidade, não abrangendo o tratamento do parceiro, por exemplo. O diagnóstico tardio e os erros de tratamento são as principais dificuldades para a diminuição da transmissão vertical. (LAFETÁ *et al.,* 2016)

O tratamento, feito com Penicilina Benzatina, deve ser iniciado o mais breve possível, afim de prevenir a transmissão vertical, a qual possui uma taxa superior a 70% em mulheres não tratadas na fase primária e secundária da sífilis. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

Além disso, ele somente é considerado eficiente para a gestante e o bebê se for instituído mais de 30 dias antes do parto. (COSTA *et al.,* 2010)

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A cada ano, um milhão de mulheres grávidas em todo o mundo são infectadas com sífilis, resultando em mais de 300.000 mortes fetais e neonatais e colocando mais de 200.000 crianças em risco de morte prematura. Vale ressaltar que 66% dos desfechos indesejáveis ocorreram em mulheres que fizeram pré-natal, o que evidencia a falha nessa assistência. (SILVA *et al.,* 2020)

No Brasil, segundo dados colhidos na plataforma DATASUS, houve um aumento progressivo nos números de casos de sífilis na gestação entre 2015 a 2018, de 32.778 para 63.250, e uma expressiva queda no período de 2018 a 2020, de 63.250 para 61.402, mas ainda assim com alta incidência. (ALVES et al., 2022)

2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A sífilis pode apresentar diversas manifestações clínicas e é classificada em sífilis primária, secundária, latente, terciária ou congênita, sendo os primeiros dois estágios citados os mais contagiosos.

Segundo o Ministério da Saúde a sífilis primária se caracteriza pelo aparecimento do cancro duro, uma úlcera, geralmente única, indolor, não pruriginosa, no local de entrada do patógeno, que aparece entre 10 e 90 dias após a exposição. Essa lesão possui resolução espontânea, independente de tratamento, em três a seis semanas, podendo ocasionalmente aparecer lesões múltiplas e pode estar associada a ínguas na virilha. (DAMASCENO et al., 2014)

De acordo com o Ministério da Saúde a sífilis secundária se estabelece entre seis semanas e seis meses do aparecimento da ferida inicial não tratada. Surgem manchas no corpo, caracterizando-se como um rash cutâneo, geralmente não pruriginoso, eritematoso e simétrico em tronco e extremidades, principalmente nas palmas das mãos e plantas dos pés. Outros sintomas associados podem ser: febre, mal-estar, dor de cabeça, ínguas pelo corpo; O rush cutâneo desaparece após algumas semanas, independentemente de tratamento, o que pode gerar a falsa percepção de cura.

A fase latente ou assintomática da doença é dividida em latente recente (até um ano da infecção) e latente tardia (mais de um ano da infecção). Os indivíduos não apresentam envolvimento sistêmico da doença e possuem sorologia positiva. Essa fase possui duração variável e pode evoluir para a sífilis secundária ou terciária. (DAMASCENO et al., 2014)

A fase terciária envolve lesões, caracterizadas por granulomas destrutivos (gomas), em pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Pode ainda acometer ossos, músculos e fígado. O acometimento cardiovascular se desenvolve entre 10 a 30 anos após a infecção inicial, sendo instituído principalmente por aortite (70%), geralmente assintomática. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006) As manifestações do acometimento neurológico são, principalmente, paralisia geral progressiva, pupilas de Argyll Robertson, tabes dorsalis. Cerca de 40% dos indivíduos com complicações cardiovasculares possuem acometimento neurológico associado. (DAMASCENO et al., 2014)

Segundo o Ministério da Saúde a sífilis congênita ocorre pela transmissão do patógeno pela via vertical, quando a mãe com sífilis não foi tratada ou tratada de inadequada. A maioria das crianças com sífilis congênita são assintomáticas ao nascimento. Os sinais e sintomas surgem nos primeiros três meses, durante ou após os dois anos de idade. São consequências da doença: abortamento espontâneo, parto prematuro, malformação do feto, surdez, cegueira, alterações ósseas, deficiência mental e/ou morte ao nascer.

A porcentagem de risco da transmissão vertical depende do estágio da sífilis materna e da idade gestacional. (DAMASCENO et al., 2014) A taxa é maior nas fases iniciais da doença, em que há mais disseminação hematogênica do patógeno, de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia. Existe também a chance de transmissão direta pelo contato do bebê com lesões genitais maternas na via de parto vaginal. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da sífilis pode ser obtido por exames sorológicos (treponêmicos e não treponêmicos), provas diretas ou exame do líquor cefalorraquidiano, em situações de suspeita de neurossífilis.

O exame sorológico treponêmico (FTA-abs, MHA-TP/TPHA/TPPA e ELISA) detecta anticorpos específicos para Treponema pallidum e possui resultado positivo nos primeiros dias de infecção, com possibilidade de cicatriz sorológica. Já os exames não treponêmicos (VDRL) detectam anticorpos que não são específicos para Treponema pallidum, mas que estão presentes na doença. Esse teste positiva no final da sífilis primária ou no início da fase secundária e se torna negativo com o estabelecimento do tratamento ou nas fases tardias, latente e terciária. (KALININ, 2015)

As provas diretas são feitas na fase inicial da sífilis, em que o Treponema pallidum está mais disseminado. Essa testagem é considerada definitiva, pois não apresenta a possibilidade de falso positivo. É indicado nas lesões da sífilis primária e secundária. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

O Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos dois testes sorológicos durante a gravidez. O primeiro no início do pré-natal e o segundo aproximadamente por volta da 28ª semana de gestação. Um teste de sífilis também é feito quando você é hospitalizada para o parto ou aborto. No entanto, pesquisas indicam que 66% a 95% das grávidas possuem acesso ao primeiro VDRL no pré-natal, mas o acesso ao segundo VDRL geralmente cobre menos de um quarto das gestantes (0,2% a 20,7%). (ARAUJO, et al., 2012)

2.5 TRATAMENTO

De acordo com o Ministério da Saúde o tratamento é feito unicamente com Penicilina Benzatina e deve ser iniciado o mais breve possível, afim de prevenir a transmissão vertical. Os parceiros sexuais das gestantes também devem ser tratados, afim de evitar a reinfecção da mulher. São utilizadas as mesmas dosagens instituídas para a Sífilis adquirida, de acordo com a classificação de Sífilis recente ou tardia. A gestante deve realizar o controle de cura mensal através do VDRL.

Na Sífilis recente (primária, secundária e latente tardia) utiliza-se Penicilina Benzatina, 2.400.000 UI/IM dose única, 1,2 milhão em cada glúteo. Na tardia (sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e terciária) são administradas 3 aplicações de Penicilina Benzatina 2.400.000 UI/IM, com intervalo de 1 semana entre cada aplicação. A resposta positiva ao tratamento é estabelecida quando houver queda de, pelo menos, duas diluições em seis meses na sífilis recente e

queda em, pelo menos, duas diluições em 12 meses para sífilis tardia. (FREITAS et al, 2021)

3. METODOLOGIA

Pesquisa documental qualitativa e exploratória, com utilização do método indutivo e executando a coleta de dados através da plataforma DATASUS/Tabnet. O período de coleta de dados foi no segundo semestre do ano de 2023, incluindo as faixas etárias e etnias disponíveis pelo DataSus/TabNet, distribuição espacial dos casos, escolaridade e classificação clínica. O número de participantes é variável e contará com os valores disponíveis na aba de Notificação Compulsória no site do DataSus.

Foram incluídos na pesquisa mulheres adultas e jovens, brancas, pretas, amarelas, pardas, indivíduos de baixo, médio e alto grau socioeconômico. Foram excluídos da pesquisa casos não contidos na plataforma do DataSus/Tabnet como notificação compulsória, ou que estão fora desse banco de dados.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

De acordo com os dados coletados no DATASUS, durante os anos de 2017 a 2021, foram notificados 263.474 casos de sífilis na gestação no Brasil. A distribuição espacial dos casos se apresentaram da seguinte forma: 120.701 no Sudeste (46%), 56.234 no Nordeste (21%), 39.266 no Sul (15%), 25.911 na região Norte (10%) e 21.362 no Centro-Oeste (8%). (Figura 1) A região Sudeste e Nordeste concentram o maior percentual de notificações e a Centro-Oeste o menor.

Dados de um estudo ecológico, realizado por Figueiredo *et al*. (2020), estabeleceu uma análise sobre a relação entre a incidência de sífilis na gestação e de sífilis congênita e a cobertura de diagnósticos e tratamentos na atenção básica, os quais demonstraram uma grande variabilidade regional e entraves no acesso ao tratamento para sífilis. No Sudeste e Nordeste do país, menos de 50% dos municípios analisados realizavam a aplicação de penicilina em mais da metade de suas equipes, diminuindo o acesso a terapêutica e corroborando o ciclo de transmissão. A porcentagem de municípios da amostra com diminuição da transmissão vertical de sífilis foi mais prevalente nas regiões Centro-oeste, Sul e

Norte, coincidindo como as regiões com maior fornecimento de teste rápido e aplicação de penicilina benzatina na atenção básica.

De 2017 a 2019, na maioria das regiões houve aumento de casos, exceto na região Nordeste que apresentou uma queda de notificações a partir de 2019. Verificou-se um declínio nos índices em todas as regiões a partir de 2020, perdurando essa tendência decrescente em 2021. (Figura 2)

A elevada incidência da sífilis na gestação está diretamente relacionada à falha no seu tratamento, tanto em gestantes quanto em suas parcerias sexuais, o que aumenta a chance de reinfecção e transmissão vertical. Observa-se então uma falta de comprometimento dos parceiros em adotar o tratamento adequado e um abandono do acompanhamento pré-natal pelas gestantes e a interrupção do curso de tratamento da doença devido à falta de informações e assistência médica adequada. (GONÇALVES ALS, *et al.*,2022)

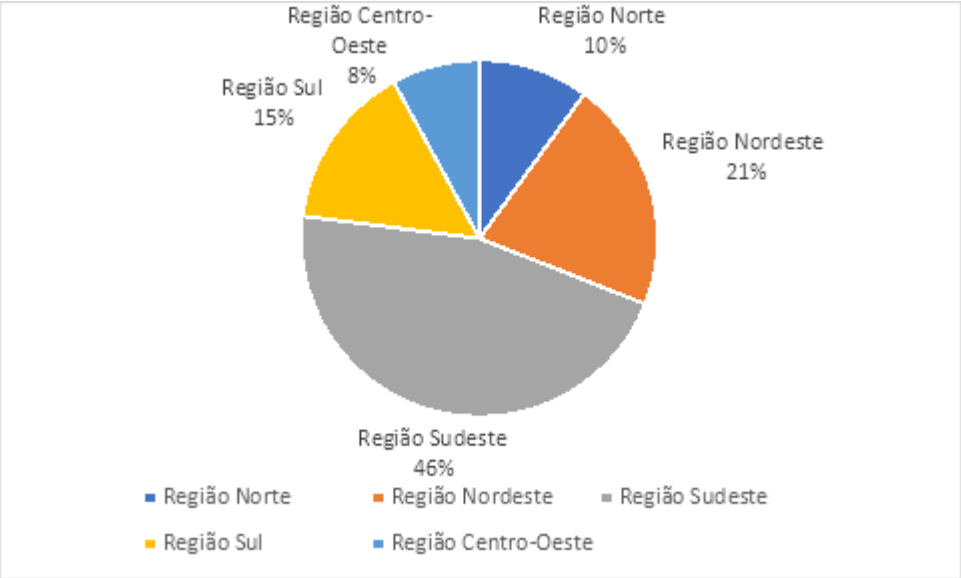
As informações sobre a doença e sua sintomatologia não devem ser difundidas somente entre as mulheres. É essencial orientar a parceria sexual, que ele vá a unidade de saúde e realize o tratamento completo. No entanto, isso não é o que acontece em grande parte dos casos, pois muitos parceiros não aceitam o diagnóstico ou até começam o tratamento, mas não o concluem, provocando assim a reinfecção da sua parceria. (SILVA, *et al.*,2023)

O decréscimo dos casos notificados em 2020 pode ter relação com diversos fatores, sendo um dos mais significativos o início da pandemia de COVID-19. A falta de conhecimento em relação à nova doença vigente, assim como o medo, provavelmente fez com que muitas pessoas não procurassem atendimento médico, corroborando a redução do diagnóstico de enfermidades como a sífilis. No Brasil e em suas unidades federativas houve uma queda de 1/3 de diagnósticos e tratamentos relacionados à sífilis nos sete primeiros meses do ano da pandemia de COVID-19, na comparação com os sete primeiros meses dos quatro anos anteriores (2016-2019). (BACKI; PEREIRA; LOCATELLI, 2022)

Além disso, outros fatores como a subnotificação, o desafio do acesso ao atendimento médico devido as medidas de segurança estabelecidas na pandemia, a prioridade aos casos graves de COVID-10 nos serviços de saúde, regiões sub atendidas ou negligenciadas na pandemia, diminuição da taxa de natalidade, entre outros motivos, podem ter corroborado para a queda na incidência. (CARVALHO *et al.,* 2022)

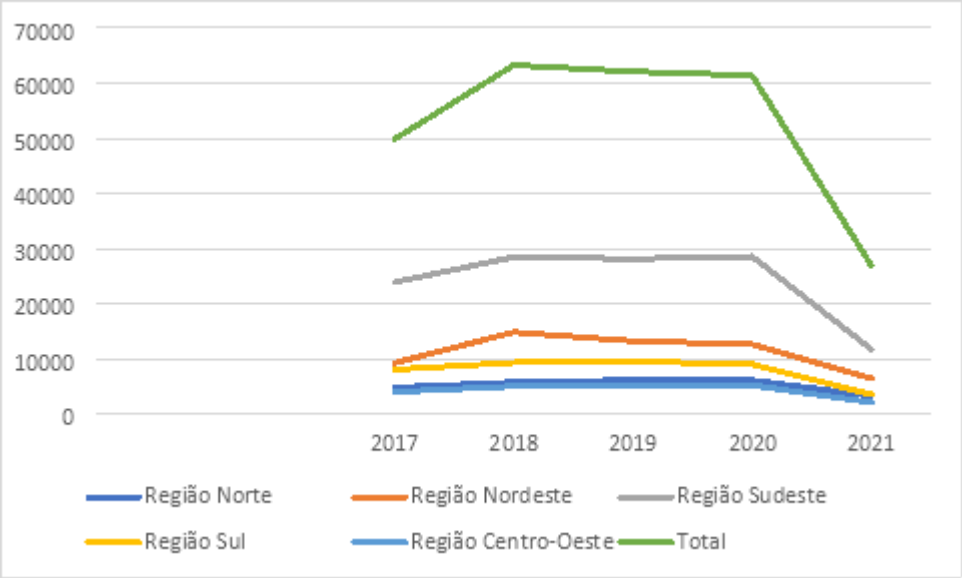
Segundo Cesar *et al.* (2011), o índice de notificações pode ser subestimado, devido a fatores como as falhas de notificação compulsória, o desconhecimento ou negligencia sobre a grande importância do pré-natal, além da dificuldade do acesso ao pré-natal e aos testes de rastreio em algumas regiões. O Ministério da saúde estima que apenas 32% dos casos são notificados, o que mostra a grande deficiência da qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto.

Figura 1. Percentuais dos números de notificações compulsórias de sífilis em gestantes, no período de 2017 a 2021, por região no Brasil em relação a somatória geral de casos. Brasil, 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Figura 2. Número de notificações compulsórias de sífilis em gestantes, no período de 2017 a 2021, no Brasil e suas regiões. Brasil, 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Observa-se que a faixa etária mais prevalente das gestantes com sífilis é a de mulheres dos 20 aos 29 anos, em seguida a de adolescentes dos 15 aos 19. (Figura 3) De 2017 a 2018 houve um aumento de casos em todas as faixas etárias, mas a partir de 2019 até 2021 verificou-se uma tendência decrescente geral das notificações. (Tabela 1)

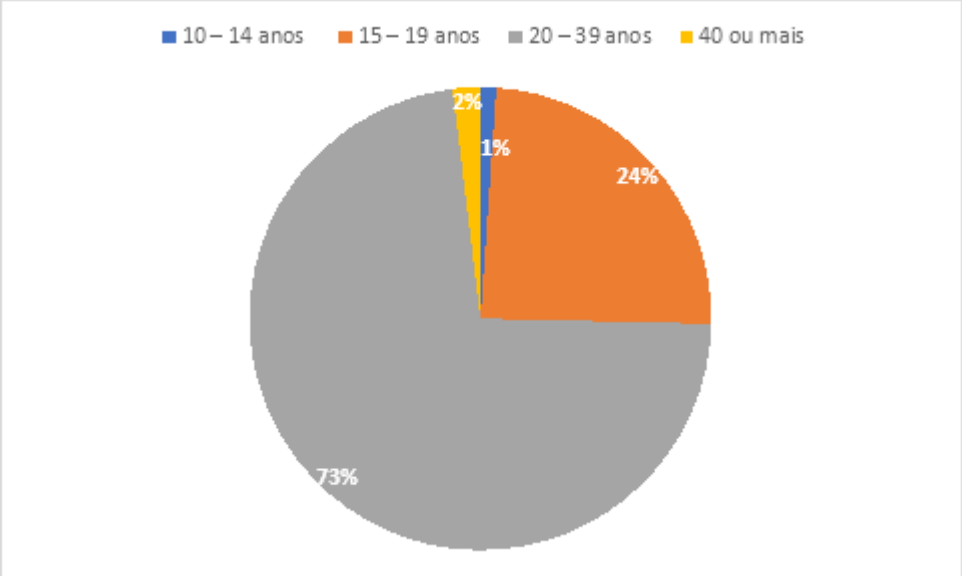
Segundo dados de um estudo realizado por Pereira *et al.* (2020), a prevalência da sífilis na gestação foi mais evidente na faixa etária 20 a 24 anos, com 34,62%. Esse resultado se explica pela maior vulnerabilidade desse grupo, mais provável de contrair ISTs, devido a imaturidade etária, emocional e cognitiva, já que estão numa fase de descobertas e estão mais sujeitas a influência de grupos sociais.

Tabela 1. Distribuição total de número de casos de sífilis na gestação por ano, segundo a faixa etária materna.

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Faixa etária materna						
10 – 14 anos	612	740	665	618	280	2.915
15 – 19 anos	12.770	15.749	15.106	14.200	6.615	64.440
20 – 39 anos	34.613	45.391	45.661	44.805	22.661	193.131
40 ou mais	974	1211	1178	1183	584	5.130

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Figura 3. Percentuais dos números de notificações compulsórias de sífilis em gestantes segundo a faixa etária materna. Brasil, 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

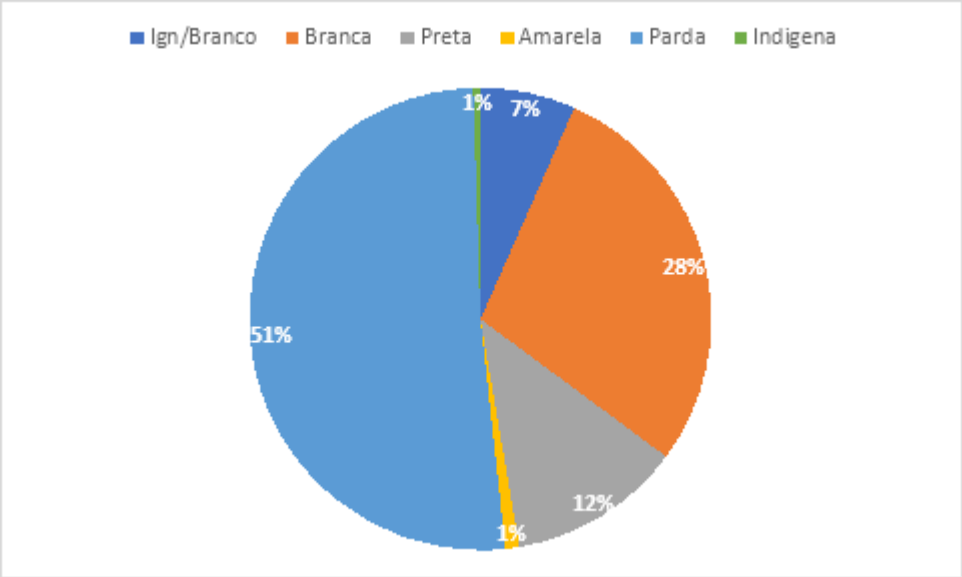
No que concerne à etnia das gestantes estudadas, verificou-se que as mulheres pardas possuem a maior prevalência (51%) nos anos analisados (2017 a 2021), seguida pelas mulheres brancas (28%). (Figura 4) Os grupos das gestantes indígenas e amarelas são os com menores números de notificação. (Tabela 2)

Tabela 2. Distribuição total de número de casos de sífilis na gestação por ano, segundo a etnia.

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Etnia materna						
Ign/Branco	3287	4393	4308	3883	1611	17759
Branca	15291	18121	17743	16832	6911	75997
Preta	6321	7715	7347	7385	3282	32450
Amarela	459	605	590	642	271	2591
Parda	24210	32085	31784	32368	14705	136691
Indigena	266	331	312	292	123	1337
Total	49834	63250	62084	61402	26903	266825

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Figura 4. Percentuais dos números de notificações compulsórias de sífilis em gestantes segundo a etnia materna. Brasil, 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Em relação a escolaridade materna, os dados apontam que o grupo mais prevalente é o de mulheres com ensino fundamental incompleto (33%), seguido pelo nicho de mulheres com ensino médio completo (28%). (Figura 5). Alguns estudos nacionais e internacionais apontam um aumento da incidência de ISTs – com destaque para sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase – nos grupos com cinco a oito anos de média de escolaridade. No Brasil, embora a educação sexual esteja presente na grade curricular da educação básica, ela é abordada de modo restrito, com prevalência em aspectos biológicos e higienistas, que não corroboram o conhecimento do indivíduo sobre si e sobre a percepção de sinais e sintomas das principais ISTs, o que poderia favorecer um diagnóstico precoce. (CORREIA, *et al.*, 2022)

Embora os casos estejam aumento entre as mulheres com maiores níveis educacionais, observa-se que na somatória dos casos a maioria das notificações ocorrem em gestantes de baixa escolaridade. As mulheres com ensino superior incompleto e completo são as que apresentam menor número de casos. (Tabela 3) Segundo Pereira *et al*. (2020) o baixo nível de escolaridade tem relação com um menor acesso à informação, bem como a um menor entendimento sobre as ações de profilaxia à ISTs e a sua importância.

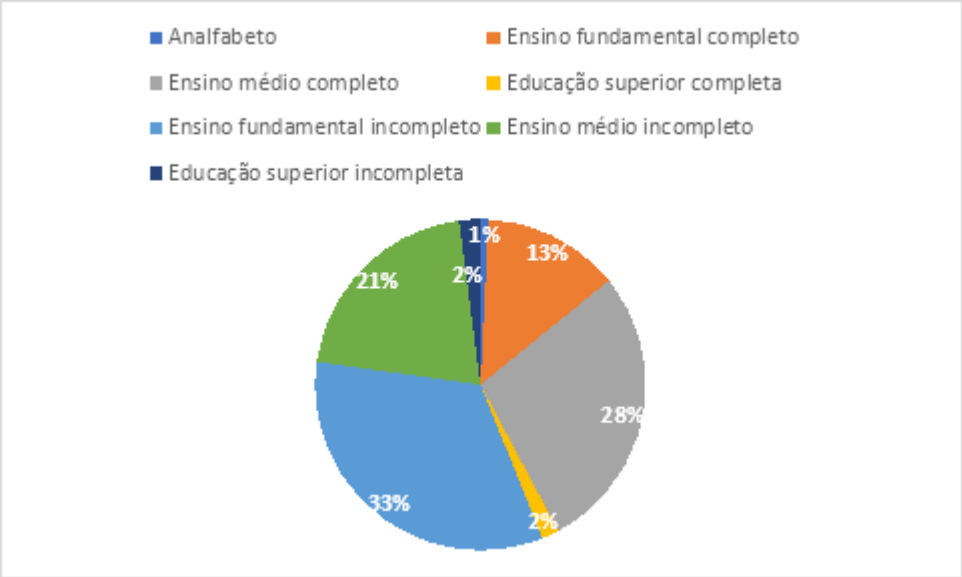
Em um estudo nacional realizado em 2011 e 2012 também se observou uma associação dos casos de sífilis congênita com uma baixa escolaridade e início mais tardio do pré-natal, o que significa menos consultas e exames sorológicos realizados. Foi observado que as gestantes que não realizaram pré-natal são o grupo que de maior incidência de sífilis na gestação. (DOMINGUES, 2016)

Tabela 3. Distribuição total de número de casos de sífilis na gestação por ano, segundo a escolaridade materna.

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Escolaridade materna						
Analfabeto	529	493	238	165	92	1517
Ensino fundamental incompleto	13503	16343	14711	13962	5813	64332
Ensino fundamental completo	4983	6309	6150	5976	2420	25838
Ensino médio incompleto	7507	9385	9517	9534	4103	40046
Ensino médio completo	9053	12224	12920	13770	6216	54183
Educação superior incompleta	745	916	948	967	405	3981
Educação superior completa	541	722	768	833	374	3238
Total	36861	46392	45252	45207	19423	193135

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Figura 5. Percentuais dos números de notificações compulsórias de sífilis em gestantes segundo a escolaridade materna. Brasil, 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Outra variável estudada foi a classificação clínica da sífilis no momento do diagnóstico. Em todos os anos analisados a forma latente da sífilis foi a mais prevalecente (36%), seguida da sífilis primária (26%). A sífilis secundária é a que apresenta menor número de casos. (Figura 6) Os números de casos de diagnóstico na fase latente se apresentam em um padrão crescente de 2017 até 2020, havendo uma queda em 2021. Já as notificações em Ign/Branco revelaram uma tendência decrescente de 2018 até 2021. (Tabela 4)

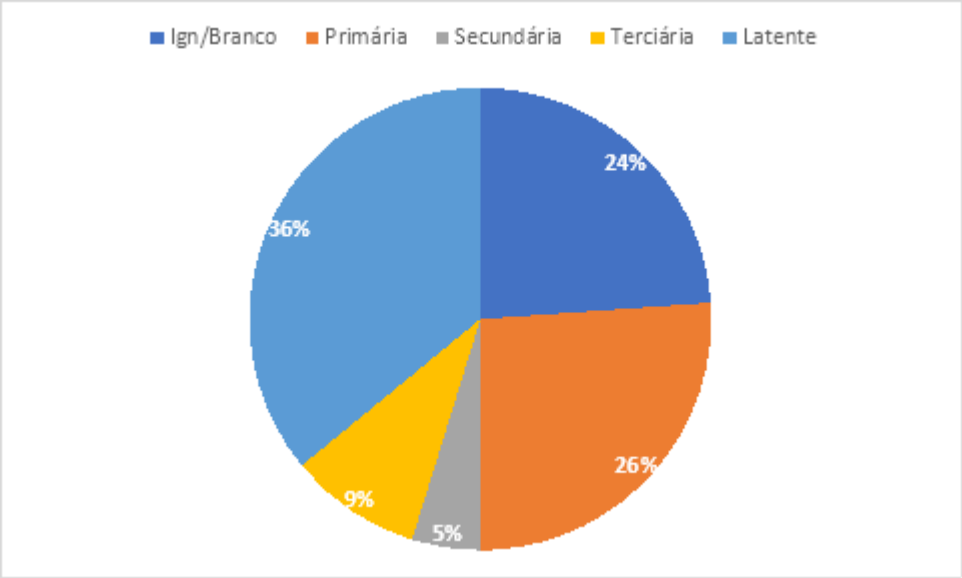
Segundo Ramos *et al.* 2022, a maior proporção do diagnóstico de sífilis no 1º trimestre gestacional e nas fases latentes, ou seja, numa fase precoce, pode significar uma certa melhoria do pré-natal, reforçando a sua importância. No entanto, sabe-se que ainda existem vários desafios nessa assistência, o que é demostrado pelo crescente indicie de casos simultâneos de sífilis congênita. Ademais, a tendência decrescente do número de notificações com a idade gestacional e a fase clínica da sífilis como Ign/Branco pode significar melhorias no preenchimento das fichas de notificação compulsória.

Tabelo 4. Distribuição total de número de casos de sífilis na gestação por ano, segundo a classificação clínica.

	2017	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**Total**
Classificação clínica						
Ign/Branco	12531	15546	14794	13651	6265	63700
Primária	14099	16740	15485	15401	7185	69740
Secundária	2620	3199	3000	2550	1178	12753
Terciária	5389	6115	5149	5373	2434	24775
Latente	15196	21650	23656	24427	9841	95858
Total	49835	63250	62084	61402	26903	266826

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Figura 6. Percentuais dos números de notificações compulsórias de sífilis em gestantes segundo a Classificação Clínica da Sífilis. Brasil, 2023



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo visa traçar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional ao longo dos anos de 2017 a 2021, afim de discutir os desafios envolvidos no combate a tal doença de notificação compulsória. A partir dos dados obtidos foi possível identificar como grupos de risco para a sífilis gestacional mulheres pardas em idade fértil de 20 a 39 anos, de baixa escolaridade, residentes do Sudeste ou Nordeste.

Mesmo com o avanço na cobertura da assistência pré-natal no país, ainda existem diversos entraves para o pleno alcance desse atendimento em saúde, seja por negligência, falta de informação sobre sua importância ou dificuldades no acesso ao serviço, o que corrobora para uma menor realização de testes e para a subnotificação de casos de sífilis na gestação. Essa realidade é vigente especialmente entre grupos mais vulneráveis. Verifica-se então a necessidade de reforçar medidas de profilaxia e controle desse agravo entre os grupos de risco, afim prevenir novas infecções e combater a transmissão vertical.

Foi observado também que após a pandemia do COVID-19 houve uma maior tendência a subnotificação da sífilis na gestação, o que evidencia a necessidade de um melhor monitoramento destes dados nos próximos anos afim de estudar os impactos causados pela pandemia e a necessidade de um reforço no controle de notificações.

O perfil epidemiológico dos casos de sífilis na gestação no país expõe as vulnerabilidades sociais e as problemáticas existentes na sua assistência pré-natal. Dessa forma, é nítida a necessidade de novas estratégias de melhoria não só da qualidade dessa assistência primária, mas também de políticas que visem diminuir as vulnerabilidades sociais.

A ampliação do acesso aos testes rápidos, favorecendo o diagnóstico mais precoce e melhores políticas de conscientização sobre a importância do pré-natal e sobre o tratamento da parceria sexual, principalmente nas regiões onde se localizam os grupos de risco são prioridades a serem instituídas. Estudos como este que corroboram a identificação dos fatores de risco para a sífilis na gestação são fundamentais pois propiciam o desenvolvimento de estratégias para a resolução da problemática vigente.

REFERÊNCIAS

ALVES, Suzana Cássia Feltrin et al. Aspectos epidemiológicos dos casos de sífilis em gestantes no Brasil de 2015 a 2020**. Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9673, 2022.

ARAUJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, p. 111-126, 2006.

BACKI, Ana Luiza Gay; PEREIRA, Luiz Carlos Gomes; LOCATELLI, Claudriana. Incidência de sífilis na gestação antes e durante a pandemia da COVID-19 no estado de Santa Catarina e sua relação com o IDH. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e248111537239, 2022.

CESAR, Juraci Almeida et al**.** Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200012, 2020.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; CÂMARA, Joseneide Teixeira; PEREIRA, Beatriz Mourão. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita**. Saúde em debate**, v. 43, p. 1145-1158, 2020.

CORREIA, Daniel Martins et al. Análise dos níveis de escolaridade nos casos de sífilis na gestação e sífilis congênita, no Brasil, 2010-2019. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 3, p. 221-238, 2022.

COSTA, Mariana Carvalho et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 85, p. 767-785, 2010.

DAMASCENO, Alessandra BA et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 3, 2014.

DE JESUS CARVALHO, Matheus Claudino 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, 2022.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00082415, 2016.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00074519, 2020.

FREITAS, Francisca Lidiane Sampaio et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida**. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2021.

GONÇALVES, Ana Luiza Sardinha et al**.** Fatores relacionados a alta incidência da sífilis em gestantes no Brasil: uma revisão integrativa**. Research, Society and Development,** v. 11, n. 5, p. e2011527862, 2022.

KALININ, Yuri. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto,** v. 23, n. 45-46, p. 65-76, 2015.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control**. Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.

Manual de Bolso. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf Acesso em: 8 de novembro de 2023.

Manual técnico. Assistência pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Biblioteca Virtual em Saúde, 2006. Acesso em: 8 de novembro de 2023.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília, 2007. 190 p.

MOURA, Jayne Ramos Araújo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise à luz da teoria social ecológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

OLIVEIRA, Ederson Valei Lopes de et al. Sífilis secundária com acometimento pulmonar. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 82, p. 163-167, 2007.

PEREIRA, Allana Lopes et al. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. **Femina**, v. 48, n. 9, p. 563-70, 2020.

RAMOS, Amanda Maués et al. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9541-e9541, 2022.

REIS, Gilson Jácome dos et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

Sífilis Congênita. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis-congenita#:~:text=%C3%89%20uma%20doen%C3%A7a%20transmitida%20da Acesso em: 08 de novembro de 2023.

Sífilis na Gestação. Biblioteca Virtual em Saúde, 2005. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf . Acesso em: 08, de novembro de 2023.

Sífilis. Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 08 de novembro de 2023.

Sífilis. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis#:~:text=Quando%20a%20s%C3%ADfilis%20%C3%A9%20detectada,a%20doen%C3%A7a%20para%20o%20beb%C3%AA. Acesso em: 8 de novembro de 2023.

SILVA, Giordana Maronezzi da et al. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. **Enfermería Global**, v. 19, n. 57, p. 107-150, 2020.

SILVA, Talita Oliveira 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, 2023.