



# Boletim de Vigilância em Saúde

17/10/2023

Ano 2023

## Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no município de Patrocínio, Minas Gerais, 2010 a 2018.

Elaboração: Gilberto Martins Junior – Enfermeiro da Vigilância em Saúde  
Colaboração: Fabiana de Oliveira Bustamante – Coordenadora de Vigilância em Saúde  
Aprovação: Luiz Eduardo Salomão – Secretário Municipal de Saúde

### 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis em longo prazo onde seus sítios de inoculação são, em geral, os órgãos genitais, podendo ocorrer também manifestações nos lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade. (Brasil, 2015, 2019a)

Seu modo de transmissão é predominantemente sexual podendo ocorrer de forma vertical ou sanguínea. O aborto, a morte fetal ou neonatal, o trabalho de parto prematuro e as manifestações congênitas precoces ou tardias podem ser consequências da transmissão vertical. A transmissão por transfusão de sangue é rara devido ao controle e testagem do sangue doado pelos hemocentros. (Brasil, 2019a)

O indivíduo pode se reinfectar sempre que se expuser ao *T. pallidum* pois a infecção anterior não garante imunidade e proteção futura, assim como não existe vacina para a doença. (Brasil, 2019a)

A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), principalmente para os países em desenvolvimento, é que mais de dois milhões de gestantes são infectadas com sífilis a cada ano e que quase um milhão de recém-nascidos possuam o diagnóstico de sífilis congênita. (Damasceno *et al*, 2014)

No Brasil, desde o ano de 2005 (Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005) a sífilis em gestantes passou a ser objeto de notificação compulsória e, para seu registro de dados utiliza-se o Sinan (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), atualmente na versão net, alimentado através da ficha de notificação individual padronizada para sífilis em gestantes. (Brasil, 2019a)

## 2. RESULTADOS

No período de 2010 a 2017, observou-se aumento no número das notificações de sífilis adquirida e em gestantes e uma pequena redução no ano de 2018, quando comparado com o ano anterior. Já a sífilis congênita não houve alteração representativa no número de casos, não sendo verificada a ocorrência do evento nos dois últimos anos da série histórica analisada.

Em se tratando da sífilis em gestantes de maneira mais específica, foram notificados 50 casos de 2010 a 2018, no município de Patrocínio. Os anos de 2017 e 2018 corresponderam aos anos com maior número de casos (12 cada) e em 2014 não foram notificados casos de sífilis em gestantes.

Os 50 casos notificados de sífilis em gestantes no município de Patrocínio foram analisados segundo as características sócio-demográficas: idade, raça/cor, grau de escolaridade (Tabela 1) e local de residência (Figura 3).

A mediana de idade entre as gestantes notificadas com sífilis foi de 24 anos, sendo que a menor idade foi 15 anos e a maior de 36 anos. A média de idade foi de 24,85 anos e as idades que mais se repetiram foram 19 e 24 anos (7 vezes cada).

A faixa etária que mais concentra casos é a de 21 a 25 anos, correspondendo a 38% dos casos notificados, seguida pela faixa etária de 15 a 20 anos (32%) e 26 a 30 anos e 31 a 35 anos (12% cada).

Quanto a variável raça/cor, as mulheres brancas foram as mais acometidas (46%), seguidas pelas mulheres pardas (32%) e negras (18%). Observa-se um pequeno percentual (4%) de raça/cor com preenchimento inadequado (ignorado/branco) dentre as notificações.

Ao analisar a variável escolaridade, observa-se um alto percentual de notificações com o campo ignorado/branco (58%).

A população de mulheres residentes na área urbana representou 94% dos casos, sendo apenas três casos de sífilis em gestantes residentes na área rural. Há uma concentração de casos nos bairros Serra Negra (30%) e no bairro Enéas Aguiar (25%).

A partir desta variável, pode-se analisar espacialmente a dispersão dos casos de sífilis em gestantes residentes na área urbana, conforme demonstrado representado no mapa abaixo.

A taxa de detecção da sífilis em gestantes foi, em média, de 4,4 casos para cada 1.000 nascidos vivos, ao longo do período analisado.

Foi possível identificar que a taxa de detecção da doença passou de 0,93 em 2010 para 8,84 casos por 1.000 nascidos vivos em 2018, representando um aumento de 9,5 vezes. Seu valor máximo foi de 9,33 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2017.

Segundo a variável idade gestacional em que foi realizada a notificação da sífilis em gestante, quase metade das gestantes (46%) tiveram o diagnóstico da sífilis no 1º trimestre da gestação, seguido pelos casos diagnosticados no 3º trimestre (34%). O 2º trimestre ficou com 20% dos casos diagnosticados no período do estudo.

A variável forma de tratamento prescrita/instituída, segundo a classificação clínica da sífilis na gestante diagnosticada também foi analisada.

Observou-se que nas gestantes classificadas como fase primária, dos 20 casos notificados, três (15%) não receberam o tratamento com o medicamento recomendado e outros quatro casos (20%) receberam dosagens prescritas consideradas inadequadas, já que receberam doses acima do preconizado, perfazendo um total de 65% de gestantes tratadas adequadamente.

Já na fase latente, que corresponderam a 48% dos casos, as gestantes receberam tratamento inadequado na sua maior parte (62,5%) já que houve prescrição de subdosagem em 15 dos 24 casos classificados nesta fase, tendo em vista estes casos terem sido considerados como latente indeterminada.

Em relação ao total de casos de sífilis em gestantes (50), apenas 48% das gestantes realizaram o tratamento de forma adequada, 10% receberam superdosagem, 32% receberam subdosagem e outras 10% foram tratadas com outros esquemas considerando forma clínica no momento do diagnóstico em relação ao preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde vigente no período do estudo.

### **3. CONCLUSÃO E DISCUSSÃO**

A taxa de detecção de sífilis em gestantes apresentou uma tendência de aumento, que se repete no país como um todo, apesar do compromisso de redução assinado em 2016 pelos gestores em reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite e apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (Saraceni et al, 2017)

No Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestantes passou de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos segundo dados do boletim epidemiológico, no período de 2010 a 2018, representando um aumento de 6,1 vezes no país. (Brasil, 2021)

Em parte, o aumento observado na detecção de sífilis em gestantes no país pode ser atribuído à mudança no critério de definição de casos para fins de vigilância, que o tornou mais sensível nos últimos anos. (Brasil, 2021)

Em Patrocínio, além desses possíveis fatores, o fato de ampliar o acesso aos exames para diagnóstico da sífilis principalmente após a disponibilização dos testes rápidos em todas as unidades de saúde nos últimos anos contribuiu para o aumento dos casos notificados.

Na série histórica do Brasil referente ao período de 2005 a 2018, observou-se que 52,5% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7% entre 15 a 19 anos e 19,4% na de 30 a 39 anos, no Brasil. (Brasil, 2021)

O estudo corrobora com a presente pesquisa realizada com os dados locais de Patrocínio, tendo em vista a predominância de casos na faixa etária de 21 a 30 anos (50%).

O perfil raça/cor do país mostrou que, 50,8% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 28,6% brancas e 12,2% pretas diferente de Patrocínio, onde a doença foi mais predominante entre as mulheres brancas.

Se consideradas as mulheres negras (pretas e pardas), o percentual foi de 63,0% (Brasil, 2021). Considerando este agrupamento, em Patrocínio 50% dos casos foram em negras, sendo assim as mais acometidas.

No Brasil, a idade gestacional de detecção de sífilis foi, em maior proporção (39%), no primeiro trimestre, ao passo que 25,2% representaram diagnósticos realizados no segundo trimestre e 29,6% no terceiro trimestre. (Brasil, 2021)

Em Patrocínio, também foi possível observar esta situação em que a maior parte das gestantes (46%) obtiveram seu diagnóstico no 1º trimestre gestacional.

O Brasil apresenta resultados bastante superiores quando analisada a forma de tratamento prescrita, onde observou-se que 81,1% tiveram tratamento indicado de acordo com a classificação clínica da doença. (Brasil, 2021)

Patrocínio ficou aquém em comparação com os dados nacionais, tendo em vista que em apenas 48% dos casos houve tratamento adequado prescrito.

## 4. RECOMENDAÇÕES

Os serviços de saúde precisam se organizar para ampliar o início precoce do pré-natal mediante, principalmente, a busca ativa, das gestantes e das parcerias, garantindo a testagem e o tratamento em momento oportuno.

No enfrentamento da epidemia de sífilis, necessita-se uma alta suspeição clínica, com testagem de pacientes assintomáticos e tratamento e monitoramento de todos os casos e de suas parcerias sexuais.

É necessário que haja a promoção de qualificação profissional com referência aos protocolos assistenciais e terapêuticos da sífilis com a finalidade de ampliar a adequação de tratamentos conforme a classificação clínica da doença, no caso das gestantes, ainda mais, tendo em vista as conseqüências disso para o feto.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - DAMASCENO, A. *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 13, n. 3, 2014.

2 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª edição– Brasília, 2019a.

3 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília, 2016.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília, 2019b.

5 - MAGALHÃES, DMS *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 22, n. sup. esp. 1, p. 43-54, 2011.

6 - Mascarenhas, L. E. F.; Araújo, M. S. S.; Gramacho, R. C. C. V. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2016.

7 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Ano V – nº 01, 2021.

8 - SARACENI V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, nº41, 2017.

9 - COSTA, MC *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010.

10 –BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005**. Brasília/DF, 2005.

11 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília/DF, 2012.

12 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília/DF, 2015.