



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA AOS
SERVIÇOS DO SUS – EPISUS INTERMEDIÁRIO**

LUCIANA FETTER BERTOLUCCI TANIGUCHI

**DESCRIÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE
SÍFILIS EM GESTANTE NO BRASIL, 2019**

BRASÍLIA

2020

LUCIANA FETTER BERTOLUCCI TANIGUCHI

**DESCRIÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE
SÍFILIS EM GESTANTE NO BRASIL, 2019**

Produção técnico-científica aplicada como
Trabalho de Conclusão de Curso da
Especialização em Epidemiologia Aplicada
aos Serviços do SUS – EpiSUS
Intermediário da Escola de Governo Fiocruz

Tutora Orientadora: Juliane Maria A. S. Malta

BRASÍLIA

2020

T17d	<p>Taniguchi, Luciana Fetter Bertolucci Descrição clínico-epidemiológica dos casos de sífilis em gestante no Brasil, 2019/ Luciana Fetter Bertolucci Taniguchi. -- 2020. 28 f. : il., fig., graf., tab.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS Intermediário) -- Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2020 Tutora Orientadora: Me. Juliane Maria Alves Siqueira Malta</p> <p>1. Sífilis - Epidemiologia. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. Gestantes. 4. Perfil de saúde. I. Malta, Juliane Maria Alves Siqueira. II. Escola de Governo Fiocruz Brasília. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 616.972</p>
------	---

Catlogação na fonte:

Sônia Maria Rezende Paolinelli - CRB-6/1191

Luciana Fetter Bertolucci Taniguchi

**Descrição Clínico-Epidemiológica dos Casos de Sífilis em Gestante no
Brasil, 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista em
Epidemiologia Aplicada aos Serviços do
SUS (EpiSUS-Intermediário).

Aprovado em 18/12/2020.

BANCA EXAMINADORA



Ma. Juliane Maria Alves Siqueira Malta

Ma. Lilian Nobre de Moura

Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira

DEDICATÓRIA

Dedico está trabalho ao meu esposo Rafael e a todos os colegas de trabalho que se empenham pelo fortalecimento da vigilância epidemiológica e da saúde pública em geral.

AGRADECIMENTO

A Deus e à minha família, especialmente meu esposo, pelo incentivo e carinho de sempre.

Ao D.r. Gerson Fernando Mendes Pereira, incentivador da minha participação nesta pós-graduação.

Ao M.e. Alessandro Cunha Caruso, e a toda equipe da área de Vigilância, Informação e Pesquisa do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), pelo apoio e disponibilidade constantes.

À minha tutora Juliane Malta, por toda paciência nas minhas dificuldades, e por todo profissionalismo em me ensinar e auxiliar nesta trajetória.

À toda equipe de profissionais do EpiSUS Intermediário, por serem tão competentes e por administrarem todos os percalços vividos no curso, por conta da pandemia de Covid-19.

Aos meus colegas, pela dedicação, companheirismo e alegria em viver os desafios desse tempo de estudo e crescimento.

RESUMO

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. O objetivo do estudo foi descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante no Brasil, no ano de 2019. Estudo descritivo, no qual foram analisados os casos de sífilis em gestantes por data de notificação e para isso foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Participaram do estudo 61.139 gestantes com sífilis notificadas no ano de 2019, e identificou-se que em sua maioria, 34.016 (55,7%), tinham entre 20 e 29 anos; eram negras, 38.537 (68,9%); 12.702 com ensino médio completo e 10.755 fundamental incompleto (20,8% e 17,6%, respectivamente); sendo mais de 50% dos casos diagnosticados tardiamente, com 14.793 (24,0%) no segundo trimestre e 18.892 (30,4%) no terceiro trimestre; 23.233 (38%) dos casos foram de sífilis latente, e 15.285 (25%) de sífilis primária; quanto ao esquema de tratamento, verificou-se que 54.780 (89,6%) das mulheres foram tratadas com a penicilina benzatina, e que destas, 49.584 (81,1%) receberam o tratamento adequado para sua classificação clínica. A taxa de detecção nacional foi de 20,8 casos por mil nascidos vivos, e a do Rio de Janeiro foi maior que o dobro da taxa nacional, com 44,5. Os estados com menor proporção de casos com tratamento adequado foram Amapá, Pernambuco e o Distrito Federal. O conhecimento sobre o perfil dos casos de sífilis em gestante no Brasil, no ano de 2019, indicou as características da população afetada, e evidenciou a necessidade de fortalecimento de ações relacionadas à atenção à saúde e ao tratamento adequado das gestantes, e algumas particularidades estaduais e regionais.

Palavras-Chave: Saúde. Sífilis em gestante. Estudo descritivo. Perfil epidemiológico

ABSTRACT

Syphilis in pregnancy is a serious public health issue and it is responsible for the high rate of intrauterine life morbimortality. The purpose of this study was to describe the clinical and epidemiological profiles of reported syphilis in pregnant women in Brazil in 2019. This was a descriptive study where syphilis in pregnancy cases were analyzed according to their notification date. In order to achieve that, this study used secondary data of the National Disease Notification System. 61 139 pregnant women with syphilis reported in 2019 participated of this study, in which the majority of them, 34016 (55,7%) had between 20 and 29 years old; 38537 (68,9%) were black; 12702 had graduated from secondary school, and 10755 had incomplete basic education (20,8% and 17,6% respectively). More than 50% of the cases were diagnosed late, with 14793 (24,0%) in the second quarter and 18892 (30,4%) in the third quarter; 23233 (38%) of the cases were of latent syphilis, and 15285 (25%) of primary syphilis. As for the treatment regimen,, this study verified that 54780 (89,6%) of those women were treated with benzathine penicillin and, from this last group, 49.584 (81,1%) received proper treatment according to their clinical classification. The detection classification rate was of 20,8 cases by one thousand live births. Rio de Janeiro had more than double the national rate, with 44,5. The states with lower proportion of proper treatment were Amapá, Pernambuco and Distrito Federal. The knowledge of the syphilis in pregnancy cases profile in Brazil in 2019 has shown the features of the affected population and stressed the need of strengthening actions towards health care and proper treatment to pregnant women, as well as state and regional peculiarities.

Key words: Health. Syphilis in pregnancy. Descriptive study. Epidemiological profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxa de detecção de sífilis em gestantes por região e Brasil, 2019.....	19
Figura 2: Taxa de detecção de sífilis em gestantes por UF e Brasil, 2019.....	21
Figura 3: Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional de diagnóstico, 2019, Brasil.....	22
Figura 4: Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, 2019, Brasil.....	23
Figura 5: Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo esquema terapêutico, 2019, Brasil.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de detecção de sífilis em gestantes por UF, região e Brasil, 2019	20
Tabela 2: Distribuição de casos de sífilis em gestante por faixa etária, escolaridade e raça/cor, Brasil, 2019	22
Tabela 3: Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, por região, Brasil, 2019	23
Tabela 4: Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento, por UF, Brasil, 2019	24

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
2.JUSTIFICATIVA.....	17
3.OBJETIVOS.....	17
3.1.Geral.....	17
3.2. Específicos.....	17
4.MÉTODO.....	17
4.1.-Local e Período de Estudo.....	18
4.2.População de Estudo.....	18
4.3.Fonte e coleta de dados.....	18
4.4.Análise de dados.....	18
4.5.Programas utilizados na análise	19
4.6.Aspectos éticos	19
5. RESULTADOS.....	19
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	27
7. RECOMENDAÇÕES	30
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que causa maiores danos às gestantes e seus conceptos e configura um grave problema de saúde pública¹. De acordo com Magalhães², embora tenha agente etiológico conhecido, modo de transmissão estabelecido, tratamento eficaz e de baixo custo com excelentes possibilidades de cura, eliminar a sífilis ainda se apresenta um desafio.

A transmissão pode ocorrer por meio de relação sexual (vaginal, anal e oral) desprotegida com uma pessoa infectada, ou ainda pode ser transmitida para a criança durante a gestação ou no parto.³ A transmissão vertical da sífilis denomina-se Sífilis Congênita e é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante - não tratada ou tratada inadequadamente - ao seu concepto, por via transplacentária. Essa Infecção Sexualmente Transmissível (IST) ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* é curável e exclusiva do ser humano e atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. A sífilis pode apresentar várias manifestações clínicas e quatro estágios distintos: sífilis primária, secundária, latente e terciária, sendo que há maior probabilidade de contágio nos estágios primário e secundário da infecção⁴.

Na sífilis primária o paciente apresenta lesão ulcerada única no local da inoculação, acompanhada de linfonodo regional inflamatório, aproximadamente 21 dias após a infecção. Na secundária, com período de incubação de até seis meses, que pode apresentar clinicamente erupções na pele e/ou mucosas, queda de cabelos, linfadenopatias, meningites e hepatites. As manifestações dos estágios primário e secundário podem regredir sem tratamento. Após longo período de latência, conhecida como sífilis latente (fase assintomática), podem surgir lesões tardias na pele (gomas), nos ossos, nas vísceras e nos sistemas nervoso central (neurosífilis) e cardiovascular, o que caracteriza a sífilis terciária⁵.

De acordo com Magalhães et al.² existem duas possibilidades para a ocorrência da sífilis congênita. Na primeira, a mulher é infectada antes da gestação, e na segunda, a paciente é contaminada durante a gestação. Assim, a possibilidade de desfechos possíveis torna-se variada, de acordo com o estágio gestacional e da infecção, que pode ainda ter um terceiro determinante no desenvolvimento do sistema imunológico fetal. Segundo o Ministério da Saúde⁶ as alterações fisiopatogênicas ocorridas na gestante acometida pela sífilis, são as mesmas encontradas em uma mulher não gestante².

A definição de caso de sífilis em gestante compreende: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio; Situação 2 - Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação; Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio⁷. É importante mencionar que os casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.⁷

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram, a cada ano no mundo, um milhão e meio de casos de sífilis em gestantes, situação que pode provocar consequências graves para o recém-nascido, tais como prematuridade, nati-mortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido^{8,1}. Uma pesquisa norte-americana que analisou 6.383 casos de sífilis congênita notificados no *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), entre os anos de 1999 a 2013, identificou mortalidade de 6,5% e morbidade de 33,6%⁸. Dentre as mortes registradas, 89% das mães não foram tratadas ou foram inadequadamente tratadas⁹. No Brasil, conforme divulgação do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2018 a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos¹⁰.

Para a prevenção da Sífilis Congênita, a realização do teste para detectar a sífilis durante o pré-natal é fundamental, e, em caso de resultado positivo (reagente), o tratamento correto da mulher e sua parceria sexual, poderão evitar a transmissão (Padovani, 2018). Portanto, existe a recomendação para que a gestante seja testada pelo menos em três momentos: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); no início do 3º trimestre (28ª semana); no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de exames anteriores⁷.

O diagnóstico de sífilis demanda uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente⁷. O conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, por conseguinte, o tratamento adequado. De acordo com o fluxo estabelecido no Protocolo

Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais - PCDT TV⁷, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido, e confirmar o diagnóstico com um teste não treponêmico. O teste treponêmico é qualitativo e detecta anticorpos contra antígenos do *Treponema pallidum*, e assim, define a presença ou ausência de anticorpos na amostra. Já o teste não treponêmico detecta anticorpos não treponêmicos, que não são específicos para *Treponema pallidum*, porém estão presentes na sífilis. Os testes não treponêmicos podem ser qualitativos – rotineiramente utilizados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não; e quantitativos – são utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Quadro. Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

TESTES IMUNOLÓGICOS	NÃO TREPONÊMICOS	<ul style="list-style-type: none"> • VDRL • RPR • TRUST USR 	<p>Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8).</p> <p>Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.</p>
	TREPONÊMICOS	<ul style="list-style-type: none"> • FTA-Abs • ELISA/EQL/CMIA • TPHA/TPPA/MHA-TP • Teste Rápido (TR) 	<p>São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.</p> <p>São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Excluindo a possibilidade de cicatriz sorológica e confirmando o diagnóstico, inicia-se o tratamento. Todavia, em casos reagentes em gestantes, devido ao risco de transmissão ao feto, postula-se que o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste positivo (reagente), sem precisar aguardar o resultado do segundo teste⁷.

Assim que for detectada a sífilis, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, com a benzilpenicilina benzatina, que é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes⁷. É importante mencionar que em caso de gestante submetida apenas ao teste rápido, já se recomenda tratamento⁷. Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento adequado aumenta o risco de infecção para o concepto, pelo tempo de exposição que foi submetido.

A benzilpenicilina benzatina é segura e a melhor opção para o tratamento da mãe e da criança sendo considerado medicamento de primeira escolha. A garantia do tratamento adequado da gestante, e seu registro na caderneta de pré-natal, poderá impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias⁷. Vale ressaltar que o tratamento adequado da gestante também se relaciona ao estadiamento clínico da infecção, e, ao identificá-lo, torna-se necessário administrar a dosagem correta para o caso. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais - PCDT TV⁷, o esquema de tratamento é realizado de acordo com a classificação clínica da sífilis em gestante.

Assim, diante da magnitude desta infecção, há uma iniciativa para se atingir o objetivo global da eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública⁸. Para este objetivo ser alcançado, faz-se necessária a redução da prevalência de sífilis em mulheres grávidas e a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. O MS lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde⁸. Nesta iniciativa foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos-vivos¹¹.

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005, por meio da portaria Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto¹².

O Ministério da Saúde vem executando diversas estratégias de abrangência nacional para o controle da sífilis no país, entre as quais: compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento (testes rápidos, penicilina benzatina e cristalina); desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada

de decisão; instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal; realização de Campanha Nacional de Prevenção; e desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no SUS¹⁰.

2. Justificativa

Durante o período gestacional, a sífilis ocasiona mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano em todo o mundo, e aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças¹⁰. Considerando o impacto da sífilis na saúde pública e o aumento do número de casos, é de extrema importância que os estados e regiões brasileiras conheçam o quantitativo de adultos, gestantes e crianças afetados pela sífilis, com estimativas em nível local, regional e nacional. Já que as análises descritivas são cruciais para orientar as capacidades dos sistemas de saúde de fortalecer a prevenção, a detecção, a vigilância e o tratamento da doença. Assim, justifica-se, com este estudo conhecer o perfil epidemiológico das notificações compulsórias de sífilis em gestantes notificadas no Brasil, no ano de 2019.

3. Objetivos

3.1 Geral

- Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante, no Brasil, no ano de 2019.

3.2 Específicos

- Descrever os casos notificados em pessoa, tempo e lugar;
- Analisar os casos quanto à classificação clínica e o esquema terapêutico;
- Analisar a taxa de detecção da sífilis em gestante nas regiões e estados brasileiros;
- Propor recomendações aos envolvidos nos serviços de vigilância epidemiológica e atenção à saúde das gestantes.

4. Método

Trata-se de um estudo descritivo, no qual foram analisados os casos de sífilis em gestantes por data de notificação.

4.1 Local e Período de Estudo

Foi considerado como local do estudo todo o território nacional com ênfase nas 27 unidades federativas, cuja população estimada para 2019 foi de 211,7 milhões de pessoas (IBGE, 2019). O período do estudo compreende os casos de sífilis em gestantes notificados entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019.

4.2 População de Estudo

A população do estudo refere-se a todos os casos de sífilis em gestante notificados no Brasil no ano de 2019.

4.3 Fonte e coleta de dados

Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) dos casos de sífilis em gestante notificados no ano de 2019, no Brasil e em cada estado brasileiro.

4.4. Análises dos dados

Para análise e processamento dos dados foram utilizadas frequências simples e relativas, medidas de tendência central e dispersão.

As variáveis de interesse analisadas: unidade federativa (UF) de notificação; faixa etária; escolaridade (Analfabeto/ 1ª a 4ª série incompleta do EF/ 4ª série completa do EF/5ª a 8ª série incompleta do EF / Ensino fundamental completo/ Ensino médio incompleto/ Ensino médio completo/ Educação superior incompleta / Educação superior completa / Ignorado / Não se aplica); raça/cor autodeclarada (branca/ preta/ amarela/ parda/ indígena/ ignorada); idade gestacional do diagnóstico (1º Trimestre/ 2º Trimestre/ 3º Trimestre / Idade gestacional ignorada / Não/ Não se aplica / Ignorado); classificação clínica (sífilis primária / sífilis secundária / sífilis terciária / sífilis latente); e esquema terapêutico prescrito para gestantes diagnosticadas com sífilis (Penicilina G benzantina 2.400.000 UI / Penicilina G benzantina 4.800.000 UI/ Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 / Outro esquema / Não realizado / Ignorado).

Para analisar esquema terapêutico prescrito e a classificação clínica da gestante, considerou-se o tratamento adequado nos casos em que o esquema terapêutico com penicilina foi receitado conforme a classificação clínica da gestante (dose exata ou superior à recomendada) e

tratamento inadequado nos casos em que a dosagem terapêutica apresentou-se aquém da indicada para a classificação clínica da infecção, e para os casos em que outro esquema (diferente da penicilina) foi prescrito. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais - PCDT TV (Brasil, 2019), o esquema de tratamento adequado é realizado com penicilina, completo para o estadiamento da infecção, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, de acordo com as seguintes especificações: Sífilis primária, secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo); Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas, com dose total de 7,2 milhões U.I. A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016; Brasil, 2019).

A taxa de detecção de sífilis em gestante foi realizada para os estados, suas respectivas regiões e para o Brasil, e para identificá-la, utilizou-se o número de nascidos vivos (Brasil, 2020). A taxa de detecção é calculada com o número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência, dividido sobre o número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano, multiplicado por mil.

4.5 Programas utilizados na análise

Para as análises dos dados foram utilizados os programas Epi Info 7 e Excel 2013.

4.6 Aspectos éticos

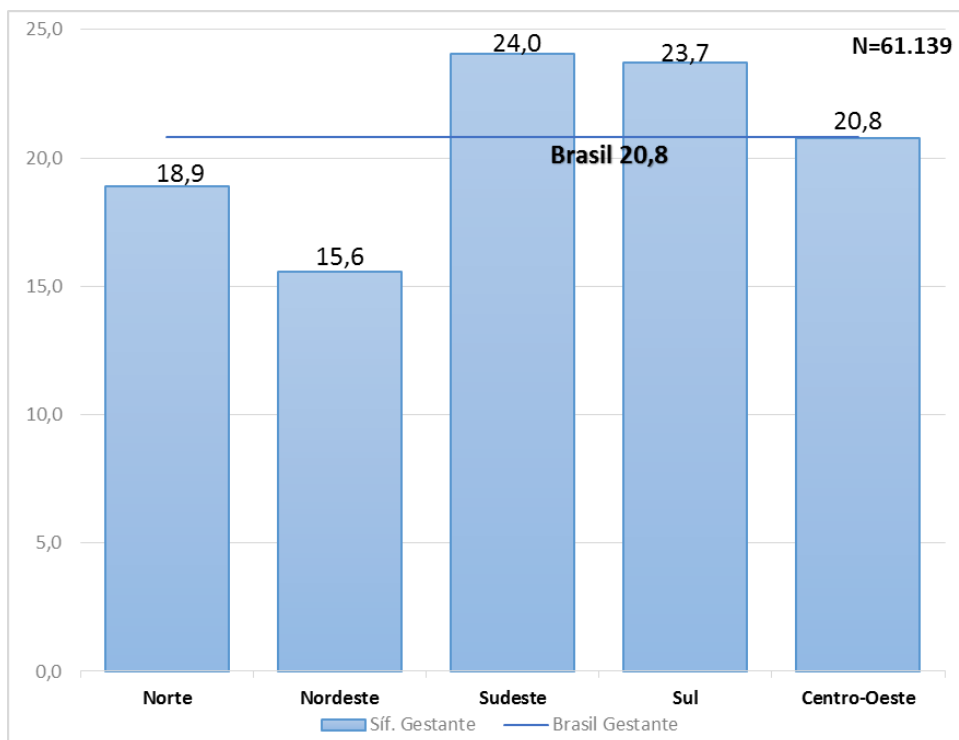
Os resultados apresentados neste estudo refletem uma ação de Vigilância em Saúde, prevista na Lei nº 8.080/1990 (Capítulo I, Artigo 5º; Parágrafo único, artigo 16º). Foram utilizados para descrição dos casos sífilis em gestantes, notificados no Sinan, apenas dados secundários, sem identificação dos sujeitos, sendo realizado em conformidade com os princípios éticos.

5. Resultados

No Brasil, durante o ano de 2019, foram notificados 61.139 casos de sífilis na gestação. Na região Sudeste foram notificados 27.585 (45,1%), no Nordeste foram 13.026 (21,3%), na região Sul 9.383 casos (15,4%), no Norte 6.026 (9,9%), e na região Centro-oeste foram notificados 5.107 casos (8,4%). Ao analisar a taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos

vivos) no Brasil e regiões, verificou-se que para o Brasil a taxa de detecção foi de 20,8. Na região Sudeste foi de 24,0 (por mil nascidos vivos), 23,7 na região Sul, 20,8 no Centro-oeste, 18,9 no Norte e 15,6 no nordeste. Essas informações podem ser verificadas na figura 1.

Figura 1. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por mil nascidos vivos), por região e Brasil, 2019.



FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

A taxa de detecção para cada unidade federada (UF) comparada às taxas regiões e nacional apresentam-se elencadas na tabela e na figura abaixo. (Tabela 1; Figura 2). Observando as taxas na figura 2, verifica-se que Rio de Janeiro, Acre, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Tocantins e Pernambuco apresentam taxas de detecção superiores à taxa nacional. Destaca-se o Rio de Janeiro que apresentou taxa maior que o dobro da nacional, com 44,5 por mil nascidos vivos.

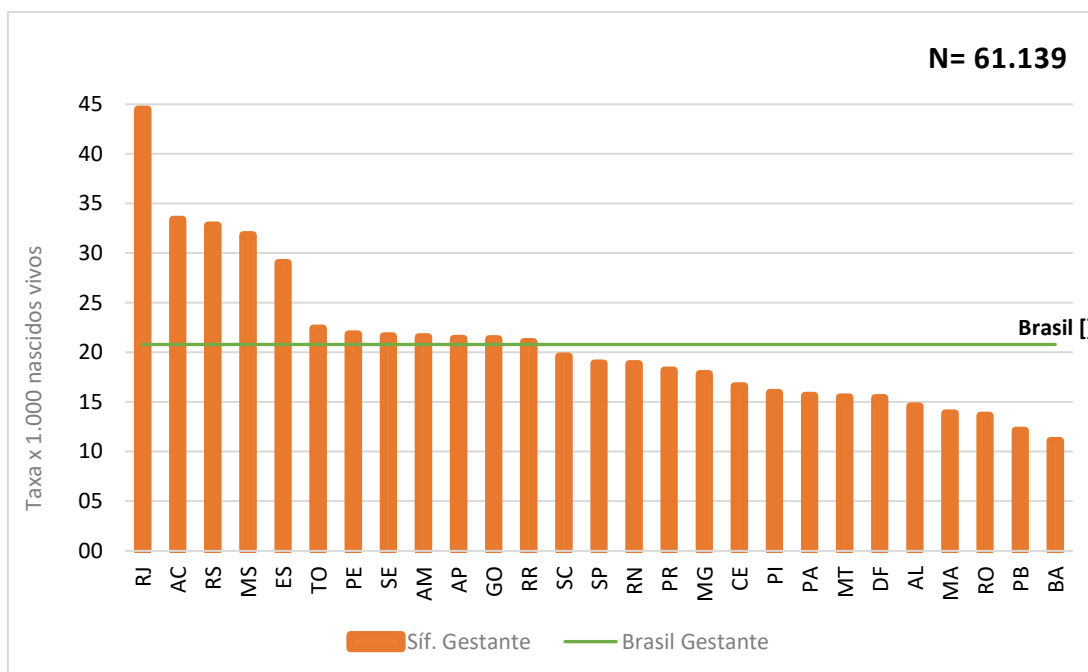
Tabela 1. Taxa de detecção de sífilis em gestantes por UF, região e Brasil, 2019.

UF	N	%	Taxa
Brasil	61.127	100	20,8

Norte	6026	9,9	18,9
Rondônia	383	0,6	13,6
Acre	552	0,9	33,4
Amazonas	1682	2,8	21,5
Roraima	281	0,5	21,1
Pará	2218	3,6	15,6
Amapá	339	0,6	21,4
Tocantins	571	0,9	22,4
Nordeste	13026	21,3	15,6
Maranhão	1621	2,7	13,8
Piauí	788	1,3	15,9
Ceará	2184	3,6	16,6
Rio Grande do Norte	905	1,5	18,8
Paraíba	730	1,2	12,1
Pernambuco	3019	4,9	21,8
Alagoas	764	1,2	14,6
Sergipe	741	1,2	21,6
Bahia	2274	3,7	11,1
Sudeste	27585	45,1	24,0
Minas Gerais	4697	7,7	17,8
Espírito Santo	1646	2,7	29,0
Rio de Janeiro	9802	16,0	44,5
São Paulo	11440	18,7	18,9
Sul	9383	15,4	23,7
Paraná	2837	4,6	18,2
Santa Catarina	1952	3,2	19,6
Rio Grande do Sul	4594	7,5	32,8
Centro-Oeste	5107	8,4	20,8
Mato Grosso do Sul	1409	2,3	31,8
Mato Grosso	907	1,5	15,5
Goiás	2111	3,5	21,4
Distrito Federal	680	1,1	15,4

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Figura 2. Taxa de detecção de sífilis em gestantes por UF e Brasil, 2019.



FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Quanto a faixa etária, observou-se que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se entre 20 a 29 anos, e em seguida, as faixas etárias mais frequentes foram as de 15 a 19 anos e 30 a 39 anos. (Tabela 2). Considerando que a idade mínima considerada foi de 15 e a máxima de 49 anos (mediana 23, desvio padrão 6,15). Em relação à escolaridade, 20,8% das gestantes apresentavam ensino médio completo, e 17,6% possuíam de 5^a à 8^a série completas. (Tabela 2). No critério raça/cor, identificou-se que as gestantes diagnosticadas com sífilis, em sua maioria, eram pardas, representando mais de 51,2% dos casos, e na sequência verificou-se que 28,6% das mulheres se declararam brancas; 11,9% pretas; 1,0% amarelas; 0,5 se declararam indígenas; vale ressaltar que 8,5% dos casos apresentam a raça/cor como ignorada (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de casos de sífilis em gestante por faixa etária, escolaridade e raça/cor, Brasil, 2019.

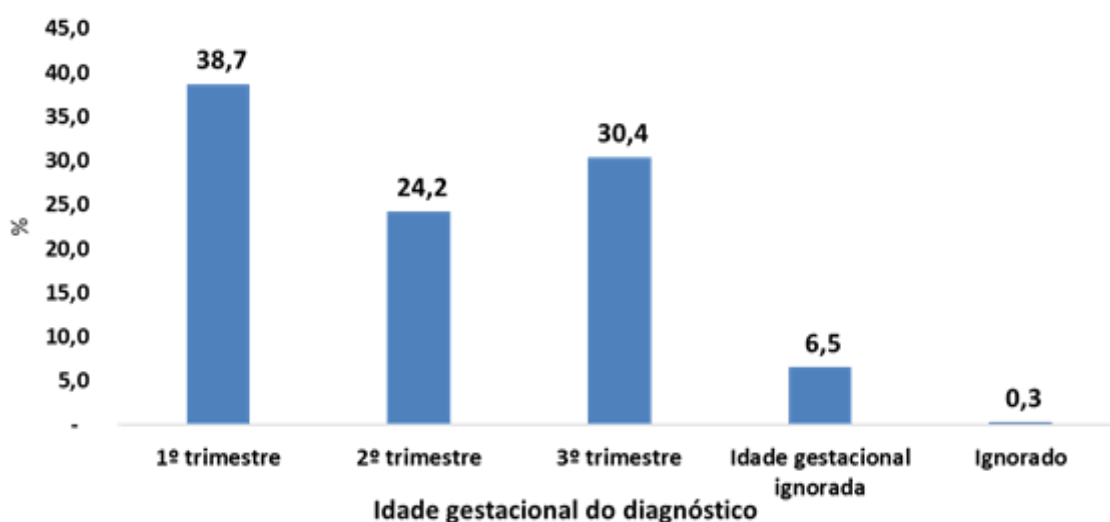
Variáveis	2019	
	N= 61.139	%
Faixa etária		
10 a 14 anos	636	1,0
15 a 19 anos	14.667	24,0
20 a 29 anos	34.016	55,7
30 a 39 anos	10.644	17,4
40 ou mais	1.155	1,9
Ignorado	0	-
Total	61.118	100,0
Escolaridade		
Analfabeto	235	0,4
1ª a 4ª incompleta	2.054	3,4
4ª completa	1.902	3,1
5ª a 8ª incompleta	10.755	17,6
Ensino fundamental completo	6.079	9,9
Ensino médio incompleto	9.359	15,3
Ensino médio completo	12.702	20,8
Superior incompleto	930	1,5
Superior completo	754	1,2
Não se aplica	19	0,0
Ignorado	16.338	26,7
Total	61.127	100,0
Raça/cor		
Branca	17.507	28,6
Preta	7.258	11,9
Amarela	582	1,0
Parda	31.279	51,2
Indígena	310	0,5
Ignorado	4.191	6,9
Total	61.139	100,0

FONTE: DCCI/SVS/MS.

Quanto à idade gestacional de detecção de sífilis em gestantes, observou-se que, em 2019, 23.645 (38,7%) das mulheres foram diagnosticadas no primeiro trimestre, e 14793

(24,2%) representaram diagnósticos realizados no segundo trimestre e 18.553 (30,4%) no terceiro trimestre. A idade gestacional foi declarada ignorada para 3.976 (6,5%) dos casos e 172 (0,3%) não tinha a informação. Mais de 50% dos casos foram notificados após o primeiro trimestre de gestação (Figura 3).

Figura 3. Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional de diagnóstico, 2019, Brasil.



FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Ainda sobre o diagnóstico de sífilis em gestantes, segundo idade gestacional por regiões, no ano de 2019, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorreu com maior proporção nas regiões Sul (48,2%) e Sudeste (43,7%). Na região Nordeste verifica-se o maior número de casos com diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre gestacional, com 42,7% dos casos.

Tabela 3. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, por região, Brasil, 2019.

N= 61.139

Região / idade gestacional	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Idade gestacional ignorada
Norte	28,9	28,8	33,6	8,7
Nordeste	27,1	25,9	42,7	4,4
Sudeste	43,7	23,4	25,5	7,3
Sul	48,2	19,4	22,8	9,7
Centro-Oeste	35,2	27,4	34,9	2,5
Brasil	38,7	24,2	30,4	6,5

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

No que se refere à classificação clínica verificou-se que 23.080 (37,8%) dos casos foram classificados como sífilis latente; 15.317 (25,1%) como primária; 5.110 (8,4%) dos casos como terciária, e 2959 (4,8%) secundária. Do total de casos, 24% apresentavam a informação ignorada (Figura 4).

Figura 4. Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, 2019, Brasil.

Classificação clínica	2019	
	n	%
Sífilis primária	15.327	25,1
Sífilis secundária	2.959	4,8
Sífilis terciária	5.108	8,4
Sífilis latente	23.077	37,8
Ignorado	14.668	24,0
Total	61.139	100,0

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Em 2019, com relação ao esquema terapêutico, 89,6% das prescrições foram de penicilina benzatina (com administração de pelo menos uma dose) e 1,4% receberam outros tratamentos. Em 5,5% dos casos não houve tratamento e em 3,5% a informação sobre esquema terapêutico foi ignorada.

As proporções de prescrição de penicilina na estratificação por UF variaram de 97,3% em Rondônia a 76,4% no Amapá, conforme Tabela 4. Em 2019, as UF com as maiores proporções de gestantes com informação de tratamento não realizado foram Rio Grande do Sul (10,0%), Pernambuco (9,1%) e Rio Grande do Norte (8,7%). A informação sobre o esquema de tratamento apresentou-se ignorada para 13,1% dos casos no Distrito Federal, 12,7% no Amapá e 9,1% em Pernambuco (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento, por UF, Brasil, 2019.

UF/Região de Residência	Penicilina		Outro esquema		Não realizado		Ignorado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rondônia	356	97,3	6	1,6	3	0,8	1	0,3
Acre	529	95,8	4	0,7	12	2,2	7	1,3
Amazonas	1.616	96,1	9	0,5	51	3,0	6	0,4
Roraima	252	89,7	4	1,4	16	5,7	9	3,2
Pará	2.022	91,2	50	2,3	100	4,5	46	2,1
Amapá	259	76,4	15	4,4	22	6,5	43	12,7
Tocantins	526	92,1	11	1,9	26	4,6	8	1,4
Maranhão	1.413	87,2	123	7,6	58	3,6	27	1,7
Piauí	713	90,5	10	1,3	56	7,1	9	1,1
Ceará	1.967	90,1	18	0,8	129	5,9	70	3,2
Rio Grande do Norte	793	87,6	13	1,4	79	8,7	20	2,2
Paraíba	656	89,9	24	3,3	34	4,7	16	2,2
Pernambuco	2.431	80,5	37	1,2	276	9,1	275	9,1
Alagoas	653	85,5	7	0,9	40	5,2	64	8,4
Sergipe	680	91,8	3	0,4	49	6,6	9	1,2
Bahia	2.027	89,1	31	1,4	129	5,7	87	3,8
Minas Gerais	4.045	86,1	142	3,0	336	7,2	174	3,7
Espírito Santo	1.490	90,5	12	0,7	111	6,7	33	2,0
Rio de Janeiro	9.101	92,8	42	0,4	357	3,6	302	3,1
São Paulo	10.699	93,5	102	0,9	494	4,3	145	1,3
Paraná	2.636	92,9	33	1,2	146	5,1	22	0,8
Santa Catarina	1.716	87,9	25	1,3	100	5,1	111	5,7
Rio Grande do Sul	3.703	80,6	74	1,6	460	10,0	357	7,8
Mato Grosso do Sul	1.219	86,5	8	0,6	86	6,1	96	6,8
Mato Grosso	822	90,6	13	1,4	47	5,2	25	2,8
Goiás	1.912	90,6	30	1,4	101	4,8	68	3,2
Distrito Federal	524	77,1	11	1,6	56	8,2	89	13,1

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Como dito, no Brasil, identificou-se que 54.760 (89,6%) dos casos notificados de sífilis em gestante, receberam prescrição de tratamento com penicilina. No entanto, para mensurar a frequência de casos que tiveram a prescrição de tratamento com penicilina de acordo a classificação clínica, verificou-se um total de 49.799 (81,1%). Quanto às UFs, Amazonas com 1.533 (91,1%), São Paulo com 10.135 (88,5%) e Paraná com 2.498 (88,0%) foram os estados com maiores proporções de tratamento prescrito de acordo com a classificação, enquanto o Amapá com 220 (64,9%), Pernambuco com 2.028 (67,2%) e o Distrito Federal com 469 (69,0%) apresentaram as menores proporções (Figura 5).

Figura 5. Distribuição proporcional de sífilis em gestantes com tratamento prescrito conforme classificação clínica, segundo UF, Brasil, 2019.



FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

5. Discussão e conclusão

A taxa de detecção de sífilis em gestante apresenta-se elevada no Brasil. Desde o ano de 2010 há aumento da taxa de detecção de sífilis em gestante, passando de 3,5 (por mil nascidos vivos), em 2010, para 21,4 em 2018¹⁰. As regiões Sudeste e Sul com demonstram taxas superiores à nacional, e esses dados podem indicar melhoria da capacidade dos serviços de vigilância e aumento da testagem no pré-natal^{10,13}.

O Rio de Janeiro tem apresentado taxas elevadas no decorrer dos anos, sendo que a incidência da sífilis em gestantes e congênita, persiste elevada e com formas graves da doença natal^{10,13}.

A descrição clínico-epidemiológica dos casos de sífilis em gestante no Brasil em 2019, demonstrou predominância de mulheres com 20 a 29 anos; possivelmente por ser uma fase de vida sexual já ativa, e por compreenderem idades férteis da mulher^{10,14}. Em relação à raça/cor obteve-se maior frequência de gestantes pardas e se considerarmos a raça negra (que compreende a raça/cor preta e a raça/cor parda) identificamos que a grande maioria das gestantes eram negras. Quanto à escolaridade apresenta-se, em sua maioria, até o Ensino Médio incompleto, e isso também se apresenta conforme os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde¹⁰. Torna-se importante ressaltar que a escolaridade apresentou uma incompletude importante, que pode impactar no conhecimento do perfil das gestantes e na análise das informações observadas neste estudo. O perfil materno analisado reflete o contexto social da sífilis, apontada por acometer indivíduos com maiores vulnerabilidades sociais, já que há um destaque de mulheres com baixa escolaridade e de raça cor negra. Algumas pesquisas apontam que esse contexto está relacionado à exclusão social, a não realização do pré-natal e à dificuldade de acesso à informação e educação^{13,14}. Assim, ações educativas devem ter maior enfoque neste grupo populacional, sendo difundidas e trabalhadas desde a idade escolar¹⁴.

O enfrentamento da sífilis em gestantes está intimamente relacionado ao pré-natal e à sua identificação precoce. No presente estudo, verifica-se que muitas gestantes são diagnosticadas tardiamente (no segundo e terceiro trimestres de gestação), especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Esse fator pode estar relacionado a futuros casos de sífilis congênita, já que o tratamento deve ocorrer, o quanto antes, para evitar tal desfecho^{13,14}. Araújo¹⁴ afirma que a realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio, a não realização de testes de sífilis ou por falta de comparecimento às consultas, também representam fatores cruciais para explicar diversos casos de sífilis congênita.

As classificações clínicas mais frequentes verificadas neste estudo são sífilis latente (fase assintomática e sífilis primária. Também importante verificar os casos de sífilis primária, já que é um diagnóstico mais difícil de ser confirmado em mulheres, pois a lesão não costuma ser aparente¹⁴. No entanto, torna-se importante evidenciar que há limitações nessas informações, pois não se pode garantir que os dados sobre a classificação clínica da doença informada estejam condizentes com sua real fase, uma vez que se observa, em todo o Brasil, esse número significativo de gestantes que foram classificadas como portadoras de sífilis primária. A identificação desse estadiamento é raro em mulheres, já que a presença do cancro, em sua

maioria, manifesta-se internamente (no colo uterino), o que impossibilita sua visualização e confirmação de sífilis primária^{4,15}.

Verificou-se no Brasil, regiões e unidades federativas, que na maioria dos casos há administração do esquema terapêutico com penicilina benzatina. Há também demonstrações de que um percentual representativo desses casos tenha recebido o tratamento adequado para a fase clínica diagnosticada, ou seja, receberam a dose correta de penicilina conforme protocolo do Ministério da Saúde⁷. Contudo, ainda se verifica bastante casos tratados de forma inadequada, tanto por outros esquemas terapêuticos, como com dosagem inferior à recomendada. Em relação a isso, destacam-se os estados do Amapá, Roraima, o Distrito Federal e Rio Grande do Sul. Estudos mostram que o diagnóstico tardio, o não tratamento ou o tratamento inadequado da gestante são as principais dificuldades encontradas para redução da transmissão vertical da sífilis¹⁶.

É importante salientar que ações de prevenção voltadas para mulheres em idade fértil, interrupção da cadeia de transmissão da sífilis adquirida, consolidação de condutas no pré-natal para a captação e seguimento das gestantes são fundamentais para o controle da doença. Outras medidas podem incluir: o treinamento dos profissionais da saúde, campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e a conscientização dos indivíduos acerca deste problema^{14,15}.

De acordo com Saraceni¹⁴, o rastreio de sífilis na gestação é uma das atividades mais custo-efetivas em saúde pública. No Brasil, os municípios devem realizar a triagem pré-natal de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. A melhor organização dos serviços de saúde e sensibilização dos profissionais podem diminuir as falhas na prevenção e assistência aos casos de sífilis. O monitoramento constante dos casos de sífilis em gestantes é essencial para a prevenção da sífilis congênita e para que o Brasil se encaminhe para o cumprimento dos objetivos de eliminação da sífilis congênita estabelecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS. No entanto, considerando o contexto do país, e que a meta de eliminação é de um caso (ou menos) por 1000 nascidos vivos, e que atualmente esta taxa apresenta-se mais de 20 vezes maior que o estipulado, reconhece-se que as políticas públicas de educação, vigilância, prevenção, atenção e tratamento às gestantes, ainda necessitam de fortalecimento em todas as unidades federativas do Brasil¹¹. Torna-se importante salientar que os gastos hospitalares com o tratamento da sífilis congênita ultrapassam os gastos que se teriam com a sua efetiva profilaxia, por isso, melhorias na assistência ao pré-natal, campanhas educativas e políticas públicas, adequadas para cada localidade, tornam-se fundamentais para

promover saúde das gestantes e seus bebês, e fortalecer os serviços de saúde econômica e tecnicamente¹⁷.

As limitações do estudo referem-se à utilização de dados secundários, o que o torna passível a falhas de preenchimento e/ou incompletude de informações nas fichas de notificação. Isso pode interferir diretamente na divulgação de informações que retratam de maneira real o perfil e o manejo dos casos de sífilis gestacional no Brasil.

7. Recomendações:

Ao Ministério da Saúde

- Discutir e fortalecer estratégias para promover o diagnóstico precoce em todas as UFs
- Monitorar os estados que apresentaram taxa de detecção mais elevadas. Destaca-se os estados: RJ, AC, RS, MS e ES
- Auxiliar os estados com maior proporção de tratamento inadequado, sejam eles: AP, PE, RR, DF e RS
- Realizar estudo de Conhecimentos, Atitudes e Práticas em pelo menos um dos estados com alta proporção de tratamento inadequado

Aos estados

- Promover capacitações às equipes de vigilância para melhoramento da completitude dos campos das fichas de notificação

REFERÊNCIAS

1. FIGUEIRÓ-FILHO, E A et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4):139-143.
2. MAGALHÃES, D. M. DOS S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Brasília/DF, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF; 2018.
4. AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.
5. GALBAN E, BENZAKEN AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):166-72.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para controle da Sífilis Congênita. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2006. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília, DF, 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 248 p. : il.
8. WHO (World Health Organization). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis. 2012; 1-36.
9. SU JR, BROOKS LC, DAVIS DW, TORRONE EA, WEINSTOCK HS, KAMB ML. Congenital syphilis: Trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214 (3): 381.e1-381.e9.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico de Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
11. HAMMANN EM, LAGUARDIA J. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da notificação compulsória. *Inf Epidemiol SUS*. 2000 set;9(3):211-9.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF; 2018.

13. NUNES JT, GOMES KRO, RODRIGUES MTP, MASCARENHAS MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Coletiva*. 2016; 24 (2): 252-61
14. SARACENI V, PEREIRA GFM, SILVEIRA MF, ARAUJO MAL, MIRANDA AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44.
15. MASCHIO-LIMA TAIZA, MACHADO IARA LÚCIA DE LIMA, SIQUEIRA JOÃO PAULO ZEN, ALMEIDA MARGARETE TERESA GOTTARDO. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Oct 04] ; 19(4): 865-872. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292019000400865&lng=en. Epub Jan 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>.
16. ARAÚJO, MARIA ALIX LEITE, ANDRADE, ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA, BARROS, VALÉRIA LIMA DE, & BERTONCINI, PAULA MANUELA RODRIGUES PINHEIRO. (2019). Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela Sífilis na gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), 411-419. Epub 22 de julho de 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200009>
17. MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Campinas/SP. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*. 30(7): 325-7, p. 325, 2008.