

**Perfil epidemiológico de sífilis em gestantes residentes em uma Região
Administrativa de Brasília, Distrito Federal, 2007- 2017**

*Epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women living in an
Administrative Region of Brasília / DF, 2007 to 2017*

*Perfil epidemiológico de sífilis en gestantes residentes en una Región
Administrativa de Brasilia / DF Entre los años 2007 A 2017*

Mateus Glehn

Rosângela Maria Magalhães Ribeiro

Patrícia Matias Pinheiro

RESUMO

Objetivo: descrever os casos de sífilis em gestantes notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em uma Região Administrativa (RA) de Brasília, Distrito Federal, no período de 2007 a 2017. **Métodos:** estudo epidemiológico quantitativo retrospectivo descritivo com utilização de dados secundários extraídos do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no período de 2007 a 2017. Foram calculadas frequência simples, médias e taxa de detecção de sífilis em gestantes. **Resultados:** foram notificados 51 casos de sífilis em gestantes, e a taxa de detecção média foi 6,9 para a RA avaliada. Mais da metade das gestantes (23/34) tem ensino fundamental incompleto. A maioria das gestantes (42/51) tiveram diagnóstico no 1º ou 2º trimestres, e as formas clínicas predominantes foram a sífilis terciária (18/51) e a primária (8/51). **Conclusão:** A taxa de detecção de sífilis em gestantes da RA avaliada supera as taxas da Região de Saúde e do DF, e a maioria dos casos foram em gestantes com baixa escolaridade. Houve predomínio das formas clínicas terciária e primária.

Palavras-chave: Sistemas de informação; Estudo descritivo; Vigilância em saúde pública; Sífilis; Gestantes;

ABSTRACT

Objective: to describe the cases of syphilis in pregnant women notified on Brazil's Health Information System (Sinan) between 2007 and 2017, residing in an Administrative Region (AR) of the Federal District (DF), Brazil. **Methods:** retrospective descriptive quantitative epidemiological study using secondary data extracted from the Sinan database. The period considered for data extraction was the years between 2007 and 2017. **Results: 51 cases of syphilis were reported in pregnant women, and** the mean detection rate of syphilis in pregnant women was 6.9 for the evaluated AR. The most of individuals have incomplete primary education. The predominant clinical forms were tertiary syphilis and primary syphilis. **Conclusion:** despite the timely diagnosis, there was a progressive increase in the number of inadequate treatments.

Keywords: information systems; public health surveillance; syphilis; pregnant women

RESUMEN

Objetivo: describir los casos de sífilis en gestante notificados en el Sistema de Información de Agravios de Notificación (Sinan) entre 2007 y 2017, residentes en una Región Administrativa (RA) del Distrito Federal (DF). **Métodos:** estudio epidemiológico retrospectivo cuantitativo descriptivo con utilización de datos secundarios extraídos del banco de Sinan. El período considerado para la extracción de los datos fueron los años entre 2007 y 2017. **Resultados: se notificaron 51 casos de sífilis en gestante, y** la tasa de detección media de sífilis en gestante fue 6,9 para la RA evaluada. Más de la mitad de las gestantes tienen una enseñanza fundamental incompleta. Las formas clínicas predominantes fueron la sífilis terciaria y la primaria. **Conclusión:** aunque los diagnósticos se realizaron oportunamente, hubo un aumento progresivo en el número de tratamientos inadecuados.

Palabras-clave: sistemas de información; vigilância en salud pública; sífilis; mujeres embarazadas

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença bacteriana crônica de transmissão predominantemente sexual, causada pelo *Treponema pallidum*^{1,2}, uma bactéria não cultivável, de replicação lenta, e com grande capacidade de se esquivar do sistema imunológico^{3,4}. Outras formas de transmissão são pela via sanguínea ou pela via transplacentária.

O Brasil apresenta um aumento nos casos de sífilis nos últimos anos⁵, tanto nas formas adquirida como nas formas gestacional e congênita, o que tem ocorrido também no Distrito Federal (DF)⁶. Diferentemente das outras formas de sífilis, a ocorrência de sífilis congênita é considerada um desfecho evitável^{7,8}, e traz indícios de manejo inadequado da sífilis gestacional, que pode estar associado à falha do acesso ao acompanhamento pré-natal, diagnósticos tardios e tratamento incompleto ou inadequado.

A sífilis em gestante foi estabelecida como doença de notificação compulsória em 2005⁹ e faz parte da atual lista nacional de notificação compulsória contida na Portaria de Consolidação Nº 4, publicada em 28 de setembro de 2017¹⁰.

O Distrito Federal é dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs), distribuídas em sete diferentes regiões de saúde. Dentre as regiões de saúde, a região Centro-Sul engloba oito RAs e concentra o maior número de casos e coeficiente de detecção de sífilis adquirida, além de grande parte dos casos de sífilis em gestantes⁶. Considerando-se a heterogeneidade entre as diferentes RAs, é possível que os indicadores da Região de Saúde não reflitam aqueles encontrados na RA.

A Cidade Estrutural teve início com a invasão de catadores de lixo próximo ao aterro sanitário do Distrito Federal. Criada oficialmente em 2006, o último levantamento realizado aponta uma população de 35730 habitantes, composta predominantemente por pessoas com idade entre 20 e 39 anos, sendo quase 20% dos domicílios chefiados por mulheres (arranjo monoparental feminino)¹¹. Segundo dados utilizados pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica do DF, cerca de 7% das mulheres em idade fértil (10-49 anos) da Região Centro-Sul residem na Cidade Estrutural.

O presente estudo descreve o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes residentes na Região Administrativa nº XXV, situada na região de saúde Centro-Sul, denominada Cidade Estrutural, Brasília/DF, entre 2007 e 2017.

Diante de todo esse cenário exposto, a sífilis em gestante configura-se, cada vez mais um problema de saúde pública, de estreita relação com populações de vulnerabilidade social, como a Cidade Estrutural, desta forma justificando a necessidade de continuidade de pesquisas, na tentativa de contribuir com a identificação de determinantes que motivem o seu avanço.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico quantitativo retrospectivo descritivo realizado com dados secundários extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Foram avaliadas as notificações de sífilis em gestantes residentes na Cidade Estrutural realizadas entre 2007 e 2017.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes foi obtida a partir da divisão do número de casos de sífilis em gestantes dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo ano, multiplicado por 1.000. Os nascidos vivos foram obtidos do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Os casos de gestantes com sífilis foram obtidos do banco de dados do Sinan, que foi extraído em 10 de dezembro de 2018 com uso do tabulador gratuito Tabwin, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)¹⁰.

As variáveis avaliadas foram: Faixa etária (10-19, 20-29, 30-39, 40-49), Escolaridade, Raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), Trimestre de Gestação no momento do diagnóstico (primeiro, segundo, terceiro, ignorado), Classificação clínica (primária, secundária, terciária, latente) e Esquema de Tratamento Prescrito (Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, Penicilina G benzatina 4.800.000 UI, Penicilina G benzatina 7.200.000 UI). Foi considerado inadequado o tratamento feito em desacordo com o preconizado pelo protocolo vigente^{1,13}.

Os cálculos, tabelas e gráficos foram realizados no software Microsoft Office Excel 2013. As medidas utilizadas foram frequência simples, proporções, média e mediana.

O estudo foi realizado com dados secundários extraídos do banco do Sinan, extraído sem identificação nominal dos casos.

RESULTADOS

No período de 2007 a 2017 foram notificados 221 casos de sífilis em gestante na região Centro-Sul, das quais 51 (23%) eram residentes na Cidade Estrutural. A idade das gestantes variou entre 14 e 41 anos, com mediana de 27,5 anos. Dentre as gestantes com informação sobre escolaridade (34), mais da metade (23/34) cursou até a 8ª série do Ensino Fundamental e entre aquelas com informação sobre raça/cor (43), 27/43 se autodeclararam pretas ou pardas (Tabela 1).

A Figura 1 mostra a taxa de detecção da sífilis em gestantes na Cidade Estrutural em

relação às taxas da Região Centro-Sul e do DF, com destaque para o fato de que as taxas da RA superaram as da Região e as do DF na maioria dos anos. A taxa de detecção média de sífilis em gestante foi 6,9 casos/1000 nascidos vivos para a RA avaliada, 3,7 casos/1000 nascidos vivos para a Região de Saúde, e 3,9 casos/1000 nascidos vivos para o DF. Observa-se ainda um pico de notificações nos anos de 2015 e 2016.

Quanto ao momento do diagnóstico, 82,4% das gestantes tiveram seu diagnóstico realizado no primeiro ou segundo trimestre de gestação, ao passo que oito gestantes (15,7%) foram diagnosticadas no terceiro trimestre (Tabela 2).

Considerando-se a classificação clínica, houve predomínio de gestantes classificadas como portadoras de sífilis terciária (52,9%), seguido de gestantes com sífilis primária (23,5%). Para o cálculo das proporções desta variável, foram consideradas apenas as notificações com o campo devidamente preenchido (34).

Em relação ao tratamento, pode-se observar que ao longo dos anos houve aumento no número de casos tratados de forma inadequada em relação à classificação clínica (Figura 2). Novamente, o cálculo das proporções levou em consideração apenas as gestantes que tiveram sua classificação clínica registrada na ficha (34). Houve registro de utilização de esquemas inadequados para a classificação clínica em nove casos.

No total dos anos, duas gestantes foram classificadas como portadoras de sífilis terciária e foram tratadas com esquema incompleto (Esquema 1: P. benzatina 2,4 milhões de UI) nos anos de 2013 e 2014.

Os tratamentos para sífilis primária realizados com esquema 3 (P. benzatina 7,2 milhões de UI) foram considerados inadequados por estarem em desacordo com o protocolo; no entanto, o esquema 3 trata a sífilis primária e evita a ocorrência de sífilis congênita.

Em 2016, duas gestantes foram classificadas como portadoras de sífilis secundária. Uma delas recebeu tratamento com esquema 2 (P. benzatina 4,8 milhões de UI), o que estaria de acordo com protocolo vigente até 2015. A outra recebeu tratamento com esquema 3 que, embora em desacordo com os protocolos supramencionados, também resulta em cura da sífilis secundária e prevenção da ocorrência de sífilis congênita.

Das 17 gestantes sem classificação clínica, sete estão como classificação clínica ignorada e dez estão com os campos incompletos. Dentre elas, 12 receberam tratamento com esquema 3, que contempla as formas de sífilis latente (recente e tardia) e sífilis terciária. Dentre as outras cinco gestantes, três receberam tratamento com esquema 1 e duas têm esquema de tratamento ignorado.

DISCUSSÃO

Na Cidade Estrutural residem 7% das mulheres em idade fértil da Região Centro-Sul, e os casos de sífilis em gestantes daquela RA contribuíram com 23% do total de casos em toda a Região de saúde. As taxas de detecção de sífilis em gestantes da Cidade Estrutural superam as taxas da Região Centro-Sul e as do DF na maioria dos anos estudados.

No Distrito Federal, 13,3% das gestantes com sífilis possuem ensino fundamental completo⁶. Em contraste, mais da metade das gestantes com sífilis residentes na Cidade Estrutural estudou até a 8ª série do ensino fundamental, o que está de acordo com a escolaridade da população residente na Estrutural que, no geral, é menor do que nas outras cidades do DF¹¹.

A associação entre sífilis gestacional e baixa escolaridade já foi apontada por outros autores^{14,15} e, embora não se possa inferir tal associação neste estudo, parece razoável elaborar a hipótese de associação entre as variáveis.

Destaca-se como ponto positivo a tempestividade do diagnóstico: 82% das gestantes tiveram seu diagnóstico ainda no primeiro ou segundo trimestre de gestação, proporção maior daquela reportada por outros autores (70%)¹⁵.

Chama a atenção a existência de 18 gestantes classificadas com sífilis terciária, uma fase da doença em que existem lesões irreversíveis em órgãos diversos, como cérebro, ossos, grandes vasos e tecido conjuntivo, o que se dá após anos de infecção. Saraceni (2017)¹⁶ relata que, no Distrito Federal, 24,1% das gestantes com sífilis foram classificadas como portadoras dessa fase da doença, proporção menor do que aquela encontrada na RA Estrutural onde os 18 casos representam 52,3% (18/34) das gestantes com classificação clínica informada e 35,2% (18/51) do total de gestantes. Estudo realizado em outra unidade da federação (TO) reporta achados semelhantes no tocante à classificação clínica das gestantes, com 14,3% dos casos de sífilis terciária¹⁷.

Dado que na prática diária a maioria dos casos de sífilis são diagnosticados em pessoas assintomáticas, é provável que a maioria destas gestantes estivesse na fase latente da infecção e tenham sido incorretamente classificadas como portadoras de sífilis terciária. Não obstante, no caso da RA estudada, a maioria destas (16/18) teve o tratamento instituído adequadamente. Cabe mencionar que a ficha de investigação não tem campo específico para descrição das formas clínicas encontradas, e a indisponibilidade dos dados confere limitações que impedem de avaliar com precisão a classificação clínica.

Dentre as gestantes que receberam tratamento inadequado, algumas receberam dose suficiente para a cura da sífilis e prevenção da sífilis congênita. Preocupante é a situação daquelas que receberam tratamento com esquema insuficiente para a cura.

No período em estudo, as notificações eram feitas pelos profissionais da UBS em ficha específica e posteriormente encaminhadas, via malote, para o núcleo de vigilância epidemiológica da Regional de Saúde. Naquele serviço, um profissional técnico-administrativo digitava os dados da ficha no Sinan. Este fluxo pode ter contribuído para alguns dos resultados encontrados, pois, aos erros de preenchimento da ficha, podem se somar os erros de compreensão do seu preenchimento.

Desde o final de 2017, no DF, as doenças de notificação compulsória são digitadas pela própria equipe que faz o atendimento. Tal mudança faz parte da reorganização da Atenção Primária à Saúde no DF, prevista pela Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017¹⁸. Ainda não é possível afirmar se haverá impacto positivo na qualidade dos dados do Sinan, uma vez que os bancos de 2018 não estão encerrados. Mas é legítimo acreditar na possibilidade de se reduzir ao menos eventuais equívocos de digitação. A comparação de dados futuros com os que foram aqui apresentados permitirá avaliar a qualidade da mudança e corrigir, se necessário, eventuais fragilidades. Com este novo cenário, é imprescindível o treinamento das equipes de saúde da família para o preenchimento e digitação corretos das fichas de investigação. Faz-se ainda necessária a adaptação dos fluxos e processos de trabalho, de modo a incluir esta nova atribuição na rotina das equipes.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados no estudo contribuem para corroborar que a sífilis em gestante ainda continua sendo um importante problema de saúde pública e que ações preventivas e de tratamento oportuno devem ser implementadas a fim de evitar o desfecho mais desfavorável que é a sífilis congênita.

A baixa completude de variáveis importantes, que possam contribuir para elucidar melhor as causas desse descontrole da sífilis, assim como a qualidade dos dados obtidos no SINAN de fato é a grande limitação da pesquisa. No entanto, esse achado ajuda a subsidiar a principal recomendação desse estudo. Para o efetivo controle desse agravo é necessário o fortalecimento dos núcleos de vigilância capazes de captar oportunamente os casos, garantindo atendimento adequado e notificando corretamente para assim gerar dados fidedignos e assim subsidiar com segurança os gestores do Sistema Único de Saúde nas suas diversas estâncias com a implementação de políticas públicas efetivas.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pela disponibilização dos dados para o estudo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

MPG participou da concepção do estudo, análise dos dados, interpretação dos resultados, discussão e redação do manuscrito. RMMR participou da concepção do estudo, aquisição dos dados, interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. PMP participou da interpretação dos dados, discussão dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do estudo, garantindo sua exatidão e integridade.

MPG e RMMR participaram da concepção do estudo.

RMMR participou da aquisição dos dados.

MPG, RMMR e PMP participaram da análise dos dados, interpretação dos resultados, discussão e revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do estudo, garantindo sua exatidão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília; 2018. 232 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 1st ed. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2017. 751 p.
3. Drago F, Javor S, Parodi A. Relevance in biology and mechanisms of immune and treatment evasion of *Treponema pallidum*: a review. *G Ital Dermatol Venereol*. 2017 Dec;
4. Trujillo R, Cervantes J, Hawley KL, Cruz AR, Babapoor S, Murphy M, et al. Inflammation and immune evasion coexist in *Treponema pallidum*-infected skin. *JAAD case reports*. 2018 Jun;4(5):462–4.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. 2017;48(36):44.
6. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. 2018. 24 p.
7. Saraceni V, Guimarães MHF da S, Theme Filha MM, Leal M do C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saude Publica*. 2005 Aug;21(4):1244–50.
8. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZM de A, Leal M do C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147–57.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de Julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Na. 2005 p. 111.
10. Ministério da Saúde. PRC nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, Capítulo I.
11. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD). 2019.
12. Saldanha R de F, Bastos RR, Bustamante-Teixeira MT, Leite ICG, Campos EMS. Proposta de um observatório epidemiológico do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2017;33(1).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília; 2016. 124 p.
14. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015 Oct;24(4):681–94.
15. Padovani C, Oliveira RR de, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Aug 9;26.
16. Saraceni V, Pereira G, Silveira M, Araujo M, Miranda A. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41.
17. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2017 Mar;26(2):255–64.
18. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, 2017 fev 15, Seção 1: 4-7.

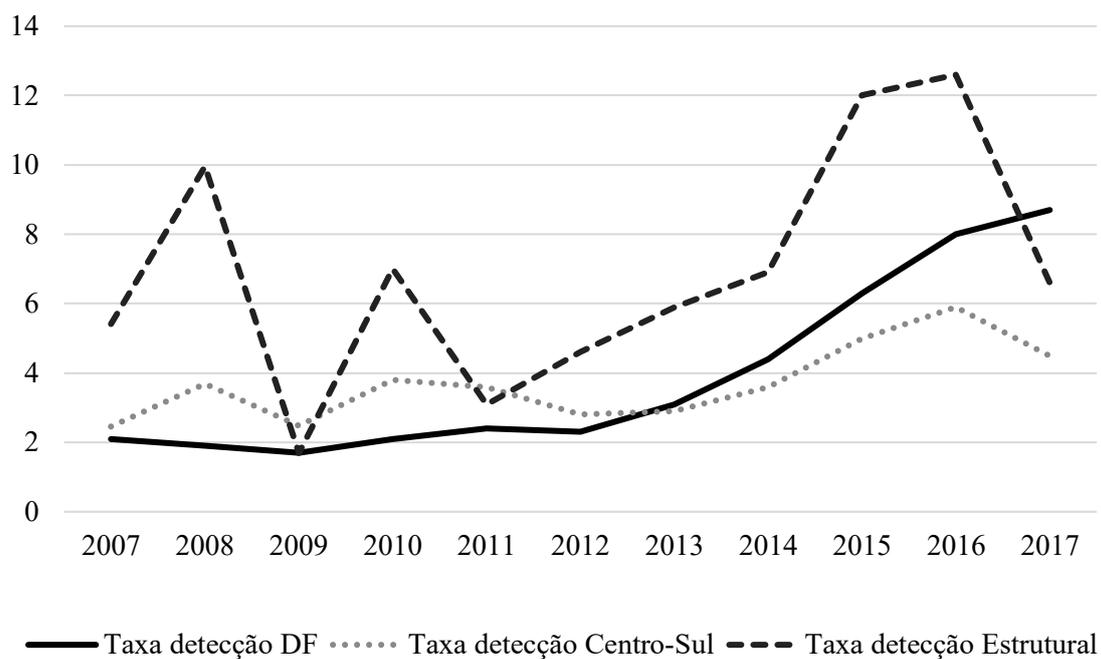


Figura 1. Taxa de detecção de sífilis (casos por 1.000 nascidos vivos) em gestantes do DF, Região Centro-Sul e Cidade Estrutural, Brasília, 2007-2017.

Tabela 1. Distribuição das gestantes com sífilis de acordo com faixa etária, escolaridade e raça/cor, Cidade Estrutural, Brasília, 2007-2017.

Variável	n
Faixa etária (n=51)	
10-19	9
20-29	24
30-39	15
40-49	3
Escolaridade (n=34)	
Analfabeto	5
4ª série completa do EF	5
5ª à 8ª série incompleta do EF	13
EF completo	3
EM incompleto	2
EM completo	5
Educação superior completa	1
Raça/cor (n=43)	
Branca	16
Preta	4
Parda	23

Tabela 2. Casos notificados de sífilis em gestantes, de acordo com o trimestre de gestação no momento do diagnóstico e classificação clínica, na Região Administrativa da Cidade Estrutural, Brasília/DF, 2007-2017.

Variável	n
Trimestre da Gestação (n=51)	
Primeiro	21
Segundo	21
Terceiro	8
Idade gestacional ignorada	1
Classificação clínica (n=34)	
Primária	8
Secundária	2
Terciária	18
Latente	6

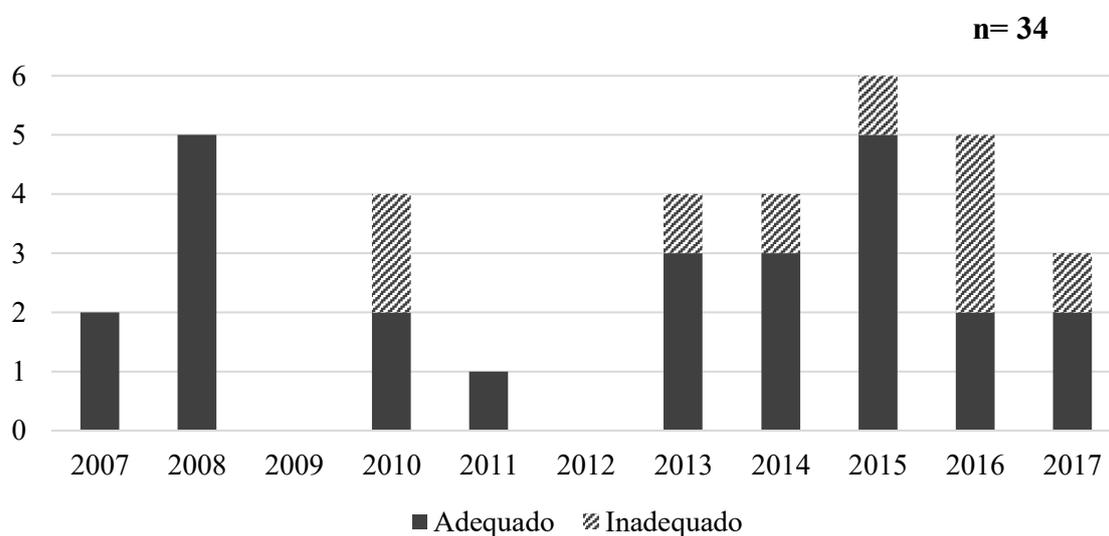


Figura 2. Número de gestantes com sífilis tratadas adequadamente, de acordo com o ano de diagnóstico, Cidade Estrutural, Brasília/DF, 2007-2017.