

MULHERES QUE APRESENTARAM SÍFILIS EM MAIS DE UMA GESTAÇÃO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS CASOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO DE 2008 A 2017

WOMEN WHO PRESENTED SYPHILIS IN MORE THAN ONE PREGNANCY: SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE CASES IN THE CITY OF SÃO PAULO FROM 2008 TO 2017

Laís Leiko Batista Azuma¹
Carla Roberta Ferraz Rodrigues²
Pedro Felix Vital Júnior³
Andrea Tenório Correia da Silva⁴

- 1 Médica formada pela Faculdade Santa Marcelina FASM.
- 2 Profa. Dra. Da Disciplina de Epidemiologia da Faculdade Santa Marcelina
- 3 Prof. Dr. Gestor do Curso de Medicina da Faculdade Santa Marcelina
- 4 Profa. Dra. Da Disciplina de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade Santa Marcelina e orientadora do trabalho.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.

Recebido para publicação: 2022
Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina P088/2018

Endereço para correspondência:
andrea.silva@santamarcelina.edu.br

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo não apenas estimar a frequência de mulheres que apresentaram com mais de uma notificação de sífilis no pré-natal no município de São Paulo no período de 2008 a 2017, mas também descrever as características sociodemográficas e clínicas. Metodologicamente, trata-se de um estudo transversal retrospectivo dos casos com mais de uma notificação de sífilis pré-natal no município, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Como resultado, foram obtidas 1.278 notificações de sífilis no pré-natal em mais de uma gestação, variando entre duas e quatro gestações. Os dados predominantes incluem faixa etária entre 20 e 29 anos (57,2%), cor parda ou preta (63,6%), ausência de ensino superior completo ou incompleto (98%) e residência em área urbana (98,3%). As notificações ocorreram em 60,17% dos casos no segundo ou terceiro trimestre. O tratamento com medicação e com dose adequada foi empregado em 85,2% das mulheres, porém seus parceiros foram tratados em apenas 48,8% dos casos. Em 53,68% das notificações, o motivo de ausência de tratamento não foi relatado. Em suma, nossos resultados demonstraram uma população com alta vulnerabilidade e necessidade de aprimoramento da assistência no pré-natal, de modo a serem necessárias novas estratégias para se reduzir o número de casos de sífilis na gestação e se aumentar a efetividade do cuidado das gestantes infectadas.

PALAVRAS-CHAVE: sífilis; atenção primária; vigilância epidemiológica; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

This work has the aim of not only assessing the frequency of pregnant women with more than one syphilis notification on prenatal care on Sao Paulo in the period from 2008 to 2007, but also of describing sociodemographic and clinical characteristics. Methodologicaly, retrospective transversal study of more than one prenatal syphilis notification cases, based on Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN – Information System for Notifiable Diseases). As results, 1,278 prenatal syphilis notifications were identified in more

than one pregnancy, which varies into two and four pregnancies. Prevailing data includes age group of 20 to 29 years old (57.2%), brown or black women (63.6%), lack of University education (98%) and urban area housing (98.3%). Notifications were mostly made on the second or third trimester. Adequate medication and dose treatment were used in 85.2% of women, therefore their partners were treated only in 48.8% of the cases. In 53.6% of notifications the reason of treatment absence was not reported. In short, our results showed a high vulnerability population and the necessity to enhance the quality of prenatal care; therefore new strategies are necessary to reduce prenatal syphilis and to increase the effectiveness of infected pregnant women health assistance.

KEYWORDS: syphilis; primary care; epidemiological surveillance; family health strategy; prenatal care.

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 930.000 gestantes apresentam sífilis ativa no mundo, o que faz resultar por volta de 350.000 desfechos desfavoráveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Trata-se de uma doença com maiores taxas de incidência em países em desenvolvimento². No mesmo contexto, no Brasil, em 2016, foram 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, este último com taxa de incidência de 6,8 casos por 1000 nascidos vivos, quatro vezes a taxa descrita nos EUA³. Sabe-se que a sífilis em gestantes pode ser causa de aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal, e a sífilis congênita inclui manifestações como septicemia maciça, anemia, icterícia, hemorragia, lesões cutaneomucosas, ósseas, do sistema nervoso e respiratório, surdez, retardo mental e hidrocefalia, todos passíveis de prevenção com o tratamento adequado das gestantes infectadas.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem efetuado diversos investimentos para se reduzir o número de casos⁴. Em 2017, o MS lançou a estratégia “Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção”, aumentando a verba destinada aos municípios em R\$ 200 milhões, além do investimento de R\$ 13,5 milhões para aquisição de penicilina⁵. Apesar disso, observa-se o crescimento da taxa de incidência de sífilis pré-natal e congênita entre os anos de 2010 a 2016, de 3,5 para 12,4 por mil nascidos vivos, e para sífilis congênita de 2,4 para 6,8 por mil nascidos vivos. Em 2016, em comparação com o ano de 2015, houve aumento de 14,7% na taxa de detecção em gestantes e 4,7% na incidência de sífilis congênita.³

O Brasil, em sua 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, definiu saúde como direito do cidadão e iniciou a fundamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Caminhando de acordo com os movimentos de reforma sanitária, o SUS foi estabelecido pela Constituição de 1988 e implementado pela Lei Orgânica da Saúde de 1990. Em 1994, com o objetivo de reorientar o modelo de atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) a partir da

ARCHIVES OF MEDICINE, HEALTH AND EDUCATION. 2023. v.1 n.1, p.43-52

ampliação do programa nacional de agente comunitário de saúde (1991). As equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários, cuidando de 3.000 pessoas em média. Atualmente, o programa de saúde da família é responsável pelo cuidado de aproximadamente 123 milhões de pessoas em todo território nacional^{6,7} e realiza o cuidado pré-natal de acordo com os protocolos de assistência do Departamento de Atenção Básica. Apesar dos esforços das equipes, as medidas para se combater as sífilis pré-natal e congênita precisam ser aprimoradas.

Este trabalho justifica-se a partir do fato de que conhecer as características socioeconômicas e o perfil clínico e epidemiológico dos casos com mais de uma notificação em gestantes no município de São Paulo pode contribuir para que profissionais de saúde e gestores elaborarem estratégias de intervenção para se reduzir o número de casos de sífilis pré-natal, e para, conseqüentemente, se reduzir o número de casos de sífilis congênita.

OBJETIVO

Os objetivos desta pesquisa são os seguintes:

- 1) estimar a frequência de mulheres com sífilis em mais de uma gestação no município de São Paulo no período de 2008 a 2017;
- 2) estudar características sociodemográficas das gestantes que apresentaram mais de uma notificação de sífilis no pré-natal no município de São Paulo no período de 2008 a 2017;
- 3) estudar as características clínicas e epidemiológicas de gestantes com mais de uma notificação de sífilis pré-natal notificada no período investigado.

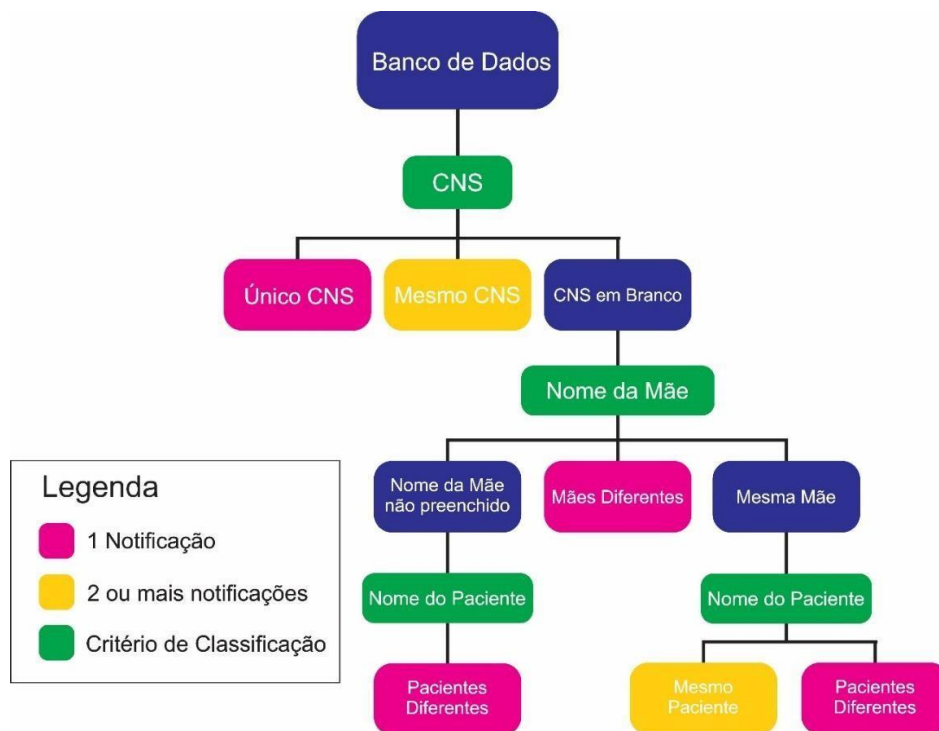
MÉTODO

Trata-se de estudo transversal retrospectivo dos casos notificados de sífilis pré-natal no município de São Paulo, no período de 2008 a 2017. Foram analisados os dados da ficha de notificação da sífilis pré-natal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), relativos a mulheres que apresentaram notificação de sífilis em mais de uma gestação, o que configurou a manutenção da infecção, seja por falha de tratamento, seja por reinfecção.

Quanto aos **procedimentos**, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina (CEP-FASM) por meio do parecer n. 3.063.569 e pelo Comitê de Ética de Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, por meio do parecer n. 3.097.395.

Quanto à análise quantitativa descritiva, no que tange à preparação do banco de dados, inicialmente, verificou-se a repetição dos nomes das gestantes, a variação ortográfica e a compatibilidade segundo o nome da mãe. A seguir, verificou-se o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para, então, se classificarem os casos notificados ao município de São Paulo de 2008 a 2017, como tendo notificação em duas gestações ou mais. Os passos para se identificarem as

mulheres com notificação de sífilis pré-natal em mais de uma gestação estão descritos no Fluxograma 1.



Fluxograma 1: procedimentos para identificação dos casos de mulheres com sífilis notificada em mais de uma gestação.

A duplicidade de registro na mesma gestação foi identificada e excluída, de acordo com as datas da notificação, o trimestre da gestação.

Para se realizar a análise do perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com sífilis notificada em mais de uma gestação, foi selecionada apenas a notificação referente à última gestação. Foram analisadas as variáveis descritas no banco de dados formulado a partir das informações da ficha de notificação de sífilis em gestantes do SINAN. No quadro 1, estão descritas as variáveis analisadas e suas respectivas categorias.

CAMPO	VARIÁVEL	CATEGORIA
Características Sociodemográficas		
10	Idade	
13	Raça/ cor	1 – Branca
		2 – Preta
		3 – Amarela
		4 – Parda
		5 – Indígena
		9 – Ignorado
14	Escolaridade	0– Analfabeto

		1. 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2. 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
		3. 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4. Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
		5. Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
		6. Educação superior incompleta
		7. Educação superior completa
		8. Ignorado
		9. Não se aplica
29	Zona	1 – Urbana
		2 – Rural
		3 – Periurbana
		9 – Ignorado
31	Ocupação	Código Brasileiro de Ocupação
Características do Diagnóstico		
12	Gestante	1 – 1º Trimestre
		2 – 2º Trimestre
		3 – 3º Trimestre
		4 – Idade gestacional ignorada
		9 – Ignorado
36	Classificação Clínica	1 – Primária
		2 – Secundária
		3 – Terciária
		4 – Latente
		9 – Ignorado
37	Teste não treponêmico no pré-natal	1 – Reagente
		2 – Não reagente
		3 – Não realizado
		9 – Ignorado
Tratamento		
41	Esquema de tratamento prescrito à gestante	1 – Penicilina G benzatina 2.400.000 UI
		2 – Penicilina G benzatina 4.800.000 UI
		3 – Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
		4 – Outro esquema
		5 – Não realizado
		9 – Ignorado
42	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	1 – Sim
		2 – Não
		9 – ignorado
43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro	1 – Penicilina G benzatina 2.400.000 UI

		2 – Penicilina G benzatina 4.800.000 UI
		3 – Penicilina G benzatina 7.200.000 UI
		4 – Outro esquema
		5 – Não realizado
		9 – Ignorado

RESULTADOS

Foram obtidos, do banco de dados do SINAN, 21.259 notificações de sífilis gestacional do município de São Paulo no período de 2008 a 2017. Dessas notificações, 1.278 mulheres apresentaram notificação de sífilis no pré-natal em mais de uma gestação, variando entre duas e quatro gestações.

A idade das mulheres variou entre 13 a 49 anos, com predomínio da faixa etária entre 20 a 29 anos (57,2%). A maioria das mulheres eram pardas ou pretas (63,6%). Em relação à escolaridade, apenas 2,0% possuíam Ensino Superior completo ou incompleto. A grande maioria morava na zona urbana (98,3%) (tabela 1).

Em relação às gestações, as notificações ocorreram em 60,17% dos casos no segundo ou terceiro trimestre, sendo diagnosticadas, em sua maioria, como sífilis latente (73,5%), com testes não-treponêmicos reagentes em 88,89% e predomínio de titulações de até 1:8 (72,3%). Os testes treponêmicos reagentes contaram com uma porcentagem de 98,6%.

O tratamento com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI foi empregada em 85,2% das mulheres, enquanto menos da metade dos parceiros foram tratados concomitantemente (48,8%), e em 44,99% dos casos com mesmo esquema prevalente nas mulheres. O motivo de não tratamento dos parceiros não foi preenchido em 53,68% dos casos.

Tabela 1. Descrição das variáveis analisadas das notificações de 2008 a 2017 do município de São Paulo, de acordo com a ficha de notificação do SINAN de sífilis em gestantes.

Variável	Categoria	N	%
Características Sociodemográficas			
Idade	10-14	2	0,16%
	15-19	142	11,11%
	20-24	400	31,30%
	25-29	331	25,90%
	30-34	231	18,08%
	35-39	131	10,25%
	40-44	37	2,90%
	45-50	4	0,31%
Raça/Cor	1 – Branca	408	31,92%
	2 – Preta	203	15,88%
	3 - Amarela	13	1,02%
	4 – Parda	610	47,73%
	5 - Indígena	16	1,25%

	9 - Ignorado	28	2,19%
Escolaridade	0 - Analfabeto	11	0,86%
	1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	90	7,04%
	2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	77	6,03%
	3 - 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	293	22,93%
	4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	190	14,87%
	5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	200	15,65%
	6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	235	18,39%
	7 - Educação superior incompleta	17	1,33%
	8 - Educação superior completa	9	0,70%
	9 - Ignorado	149	11,66%
	10 - Não se aplica	0	0,00%
	Não Preenchido	7	0,55%
Zona	1 - Urbana	1257	98,36%
	2 – Rural	6	0,47%
	3 - Periurbana	0	0,00%
	9 - Ignorado	0	0,00%
	Não Preenchido	15	1,17%
Ocupação	Atendimento ao Público	30	2,35%
	Vendedores	38	2,97%
	Indústria Têxtil	74	5,79%
	Trabalhadores dos serviços	124	9,70%
	Conservação, manutenção e reparação	694	54,30%
	Demais	39	3,05%
	Não Preenchido	279	21,83%
Características do diagnóstico			
Gestante	1 - 1º Trimestre	509	39,83%
	2 - 2º Trimestre	500	39,12%
	3 - 3º Trimestre	244	19,09%
	4 - Idade Gestacional Ignorada	25	1,96%
Classificação Clínica	1 - Primária	122	9,55%
	2 - Secundária	40	3,13%
	3 - Terciária	107	8,37%
	4 - Latente	940	73,55%

	9 - Ignorado	52	4,07%	
	Não Preenchido	17	1,33%	
Teste não treponêmico no pré-natal	1 - Reagente	1136	88,89%	
	2 - Não Reagente	129	10,09%	
	3 - Não Realizado	7	0,55%	
	9 - Ignorado	6	0,47%	
Título	1	203	15,88%	
	2	257	20,11%	
	4	247	19,33%	
	8	218	17,06%	
	16	95	7,43%	
	32	52	4,07%	
	64	30	2,35%	
	128	26	2,03%	
	Demais	8	0,63%	
		Não Preenchido	142	11,11%
	Teste treponêmico no pré-natal	1 - Reagente	1261	98,67%
2 - Não reagente		5	0,39%	
3 - Não realizado		10	0,78%	
9 - Ignorado		2	0,16%	

Tratamento			
Esquema de tratamento prescrito à gestante	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	75	5,87%
	2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	11	0,86%
	3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	1090	85,29%
	4 - Outro esquema	4	0,31%
	5 - Não realizado	89	6,96%
	9 - Ignorado	9	0,70%
Parceiro tratado concomitantemente à gestante	1 - Sim	624	48,83%
	2 - Não	617	48,28%
	9 - Ignorado	35	2,74%

	Não Preenchido	2	0,16%
Esquema de tratamento prescrito ao parceiro	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	43	3,36%
	2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	14	1,10%
	3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	575	44,99%
	4 - Outro esquema	48	3,76%
	5 - Não realizado	529	41,39%

	9 - Ignorado	41	3,21%
	Não Preenchido	28	2,19%

Motivo para o não tratamento do parceiro	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.	188	14,71%
	2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.	27	2,11%
	3 - Parceiro foi comunicado/convocado à UBS para tratamento, mas não compareceu.	108	8,45%
	4 - Parceiro foi comunicado/convocado à UBS mas recusou o tratamento.	66	5,16%
	5 - Parceiro com sorologia não reagente.	55	4,30%
	6 - Outro motivo	148	11,58%
	Não Preenchido	686	53,68%

DISCUSSÃO

A faixa etária com o maior número de casos (20 a 29 anos) é compatível com o perfil descrito em outras cidades do Brasil⁸⁻¹², assim como a baixa escolaridade^{8,10}, e a ocupação na área de trabalhadores em conservação, manutenção e reparação. Esses dados mostram uma relação inversamente proporcional entre anos de estudo e o desenvolvimento de sífilis gestacional.

A contrário de outro estudo realizado em São José do Rio Preto, no estado de São Paulo, em que as mulheres brancas eram maioria⁹, os dados obtidos no município de São Paulo mostram uma maior frequência de sífilis em mais de uma gestação em mulheres de cor parda ou preta, compatível com o resultado de outros estudos brasileiros^{8,10,11}.

A maior frequência de notificações de sífilis no pré-natal em mulheres em situação socioeconômica vulnerável é semelhante ao descrito em outros países de baixa-média renda, como descrito em estudo realizado na China¹³.

Em cidades da Bulgária, as incidências de sífilis no pré-natal são maiores na área rural¹⁴; em São Paulo, no entanto, foram encontradas maiores concentrações na área urbana. Lá, acredita tratar-se de pouca informação da população associada a uma cultura conservadora rural que trata a doença de maneira estigmatizada, como algo vergonhoso, o que facilita a disseminação. A questão do estigma relacionado às ISTs pode repercutir na redução da efetividade do cuidado, articulada à vulnerabilidade social e programática, perpetuando a doença e sua transmissão.

Já em relação às consequências da sífilis gestacional, a taxa de quase um quinto dos casos com diagnóstico no terceiro trimestre demonstra uma criança suscetível a apresentar sífilis congênita.

O tratamento com penicilina G benzantina 7.200.000 UI foi empregada em taxas maiores que a norteada pelas classificações clínicas; entretanto o que preocupa é a ausência de tratamento em quase 7% das gestantes, mesmo com diagnóstico e classificação.

O diagnóstico que não foi realizado no primeiro trimestre indica uma infecção durante a gestação, assim como no estudo em Palmas¹⁰. Esse fato, associado à ausência de tratamento concomitante dos parceiros, é um dado preocupante e pode culminar com reinfecção das gestantes tratadas e com o maior risco de sífilis congênita. Nesse sentido, a falta de informação sobre

os motivos da ausência do tratamento dos parceiros limita a elaboração de estratégias direcionadas para se aumentar a taxa de tratamento concomitante dos parceiros.

CONCLUSÃO

Esse estudo descreveu o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que apresentaram sífilis em mais de uma gestação no município de São Paulo no período de 2007 a 2018. Evidenciou-se tratar-se de um grupo de alta vulnerabilidade social, com idade de 20 a 29 anos, com baixa escolaridade; infelizmente, mais da metade dos parceiros não foram tratados concomitantemente à gestante. Nesse sentido, novas estratégias precisam ser elaboradas pelos gestores e pelos profissionais de saúde, em especial da APS, para se aumentar a efetividade do cuidado às gestantes com sífilis e se reduzir o número de casos de sífilis pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Shortages of Benzathine penicillin and how big is the problem. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/shortages-benzathine-penicillin/en/> (2018).
2. Pan American Health Organization (PAHO). Interactive charts - Percentage of antenatal care attenders positive for syphilis: latest reported from 2008 to 2018. Disponível em: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/sti/anc_syphilis_positive/atlas.html.
3. Da Saúde, SVESM. Sífilis 2017. Bol. Epidemiológico. 2017;48(36): 41.
4. DNIT. Relatório de Gestão do Exercício de 2016. 2017.
5. Brasil. Ações de combate à sífilis recebem reforço de R\$ 200 milhões. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/10/acoes-de-combate-a-sifilis-recebem-reforco-de-r-200-milhoes>. 2017.
6. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. 2018.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377: 1778–1797 .
8. 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; 24, 681–694.
9. Maschio-Lima T. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. 2019;19: 873–880.
10. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. e Serv. Saúde. Rev. do Sist. Único Saúde Bras. 2017; 26: 255-264.
11. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública. 2010; 26: 174-1755.
12. Nunes OS, et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. Epidemiol e Serv. Saúde. Rev. do Sist. Único Saúde do Bras. 2018; 27, e2018127.
13. Dou L, et al. Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013. Biomed Res. Int. 2016.
14. Tsankova G, Todorova T, Kostadinova T, Ivanova L, Ermenlieva N. Seroprevalence of syphilis among pregnant women in the Varna Region (Bulgaria). Acta Dermatovenerologica Croat. 2016; 24: 288–290.

A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores. Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações incluídas no trabalho a ser publicado.