

Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres

Epidemiological characterization of the cases of syphilis in women

Heuler Souza Andrade¹, Nyanne Ferreira Geralda Rezende², Meiriane Nogueira Garcia², Eliete Albano Azevedo Guimarães³

¹ Enfermeiro. Mestre em Ciências. Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Divinópolis, MG, Brasil.

² Enfermeira graduada pela UEMG, Divinópolis, MG, Brasil.

³ Enfermeira. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Docente Universidade Federal São João Del Rei, MG, Brasil.

Fontes de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

RESUMO

Introdução: A Sífilis é uma infecção que representa um grave problema para a saúde pública mundial, especialmente pelas complicações em mulheres e neonatos.

Objetivo: Descrever o perfil das mulheres notificadas com Sífilis no município de Divinópolis (MG) entre os anos de 2011 a 2016.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através das fichas de notificação para Sífilis adquirida e Sífilis em gestante, arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde. As variáveis estudadas foram: faixa etária, escolaridade, ocupação, antecedentes de Sífilis, comportamento sexual, resultado do teste treponêmico e não treponêmico, classificação clínica da doença, além dos cálculos de incidência da sífilis gestacional e adquirida. Os dados foram analisados descritivamente e apresentados em forma de tabelas.

Resultados: Entre os anos pesquisados foram notificados 70 casos de Sífilis Adquirida e 159 casos de Sífilis Gestacional. Em ambos os casos a faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos. A maioria das mulheres com Sífilis adquirida possuíam ensino fundamental, tinham emprego formal, mantinham relações sexuais com homens e foram diagnosticadas com Sífilis secundária, porém sem antecedentes para doença. Já as gestantes possuíam em sua pluralidade o ensino médio, eram do lar e foram diagnosticadas com Sífilis primária. A maior parte apresentou teste não treponêmico reagente e não realizou teste treponêmicos.

Conclusão: Os resultados demonstraram que é preciso avançar nas ações de prevenção e na melhoria da qualidade da assistência.

Palavras-chave: sífilis; mulheres; gestantes.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is an infection that represents a serious problem for the world public health, especially for the complications in women and newborns.

Objective: To describe the profile of women reported with Syphilis in the municipality of Divinópolis (MG) between the years 2011 and 2016.

Materials and Methods: Descriptive study with a quantitative approach. The data were collected through the notification forms for Syphilis acquired and Syphilis in pregnant women, filed in the Municipal Health Department. The variables studied were: age, education level, occupation, history of Syphilis, sexual behavior, treponemal and non treponemal test results, clinical classification of the disease, and the calculations of incidence of acquired and gestational syphilis. The data were analyzed descriptively and presented in the form of tables.

Results: Between the years surveyed, 70 cases of Acquired Syphilis and 159 cases of Gestational Syphilis were reported. In both cases, the most affected age group was from 20 to 29 years. Most women with acquired syphilis had primary level of education, formal employment, used to have sex with men, and were diagnosed with secondary syphilis, although with no history of disease. The majority of pregnant women presented high school level of education, used to work at home and were diagnosed with primary Syphilis. The most part of subjects tested as non-treponemal reagent and/or did not undergo treponemal test.

Conclusion: The results showed that it is necessary to make progress in prevention actions and in improving the quality of care.

Keywords: syphilis; women; pregnant.

Correspondência:

HEULER SOUZA ANDRADE
Av. Paraná, 3001 – Jardim Belvedere
Divinópolis, MG, Brasil
E-mail: heulerandrade@gmail.com



INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível provocada pela bactéria *triponema pallidum*. Trata-se de uma doença silenciosa que evolui por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. A sífilis primária caracteriza-se pelo aparecimento do cancro no local de inoculação do agente, com aumento dos linfonodos locais, após incubação de, em média, 15 a 20 dias. Pode, ainda, ocorrer lesão primária de localização extragenital. As lesões secundárias aparecem em média oito semanas após o desaparecimento do cancro. A apresentação mais comum da fase secundária são as máculas, entretanto, as lesões podem assumir diversos aspectos e dificultar o diagnóstico^{1,2}.

Mundialmente observa-se um crescente aumento no número de casos de sífilis, constando com uma taxa de incidência de 12 milhões de pessoas infectadas anualmente³. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, dentre estes, 185 óbitos⁴.

Nos últimos anos foi observado um aumento significativo dos casos de sífilis em geral. Esse aumento pode ser atribuído a alguns fatores como, aprimoramento do sistema de vigilância, aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros⁴.

Um dos agravos da sífilis em gestantes é a contaminação do feto que, em casos de mães e parceiros não tratados, tem índice de infecção de 40 a 100% dos casos, acarretando em parto prematuro, abortamento e morte fetal em 40% das gestações. Se não tratado o recém-nascido pode evoluir com sífilis congênita, e ter sequelas, tais como, surdez, dificuldade no aprendizado, progressão de danos dentários, oculares e articulares, sendo estes irreversíveis^{5,6}. Em gestantes e parceiros que fazem adesão ao tratamento ocorre redução em 97% do número de casos de contaminação vertical⁷.

Para reduzir essas complicações é fundamental que a assistência à mulher, tanto durante a gestação, quanto no parto e puerpério, seja feita por profissionais qualificados. A intensificação de ações educativas para a população e a capacidade do profissional são essenciais para diminuição dos índices da doença⁸. Para tanto, o conhecimento do perfil de mulheres e gestantes, é de extrema importância para as equipes de saúde, ao planejar estratégias de prevenção e controle da Sífilis, tenham resultados mais efetivos. Diante

do conhecimento do número elevado de sífilis, este estudo teve por objetivo descrever o perfil das mulheres notificadas com Sífilis no município de Divinópolis entre os anos de 2011 a 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, de casos de Sífilis em mulheres e gestantes, no município de Divinópolis, Minas Gerais. Segundo contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, em 2015, Divinópolis constava uma população de 230.848 mil habitantes⁹. O município é referência em saúde para 54 cidades da região.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2017, através das fichas de notificação para Sífilis adquirida e Sífilis em gestante, na Secretaria Municipal de Saúde. As fichas analisadas incluíam os casos a partir do ano de 2011, pois os dados de Sífilis adquirida passaram a ser de notificação obrigatória a partir da portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Embora a Portaria nº 33 de 14 de julho, incluiu a Sífilis em gestante como doença de notificação compulsória a partir de 2005, o município não dispunha de todas as fichas registradas anteriormente a 2011, o que dificultou a análise dos dados.

Dentre as variáveis estudadas nesta pesquisa encontravam-se: faixa etária, escolaridade, ocupação, antecedentes de sífilis, comportamento sexual, resultado do teste treponêmico e não treponêmico, classificação clínica da doença, além dos cálculos de incidência da sífilis gestacional e adquirida para cada cem mil habitantes.

Os critérios de inclusão utilizados foram: as fichas de notificação de sífilis adquirida e gestacional realizadas entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, que estivessem arquivadas na secretaria de saúde do município, pertencentes a indivíduos do sexo feminino. Os dados foram tabulados através do programa Excel (2016). Para o cálculo das Taxas de Incidência considerou-se população estimada pelo Ministério da Saúde e número de gestantes cadastradas no sistema de informação municipal, para os anos estudados. Os resultados foram apresentados separados em Sífilis Adquirida (SA) e Sífilis Gestacional (SG), para melhor visualização dos dados.

Preservou-se a identidade das pacientes, respeitando-se os preceitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos, como determina a Resolução 466/12. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEMG/Unidade Divinópolis e aprovado sob o parecer nº 1.796.303.

RESULTADOS

No período estudado foram notificados 70 casos de AS e 159 casos de SG. Embora tenha havido pequena variação

entre os anos de 2013 e 2015, percebeu-se aumento do número de casos para SA e SG, conforme demonstrado na **Tabela 1**.

Tabela 1. Taxa de incidência de sífilis em mulheres.

Ano	Sífilis Adquirida		Sífilis Gestacional	
	n	Tx. Incidência/ 100.000 hab.	n	Tx. Incidência/ 100.000 hab.
2011	2	1,78	6	8,44
2012	9	7,92	14	19,63
2013	12	10,46	21	29,4
2014	13	11,21	37	51,81
2015	12	10,25	33	46,21
2016	22	17,77	48	67,2

Fonte: Ficha SINAN.

Em relação às características de mulheres notificadas com SA, a maior ocorrência foi na faixa etária de 20 a 29 anos (34,3%), que possuíam ensino fundamental (41,4%), e que possuíam emprego (40,0%). No que diz respeito às mulheres notificadas com SG, a maior ocorrência também foi na faixa etária de 20 a 29 anos (53,5%), que possuíam ensino médio (37,1%), e que exerciam atividades no lar (29,6%) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Características sócio econômicas das mulheres notificadas com Sífilis Adquirida e Gestacional.

Características	Sífilis Adquirida		Sífilis Gestacional	
	n	%	n	%
Faixa Etária (anos)				
15 a 19	12	17,2	44	27,7
20 a 29	24	34,3	85	53,5
30 a 39	15	21,4	28	17,6
40 a 49	15	21,4	2	1,2
50 a 59	4	5,7	0	0
Escolaridade				
Analfabeta	1	1,4	0	0
Ensino Fundamental	29	41,4	52	32,7
Ensino Médio	21	30	59	37,1
Ensino Superior	2	2,9	3	1,9
Não Preenchido/Ignorado	17	24,3	45	28,3
Ocupação				
Estudante	5	7,1	2	1,2
Do lar	12	17,2	47	29,6
Empregada	28	40,0	38	23,9
Desempregada	6	8,6	2	1,2
Não preenchido/Ignorado	19	27,1	70	44,1

Fonte: SINAN.

Quanto às características clínicas da sífilis das mulheres notificadas com SA, a maior parte delas (78,6%) não possuíam antecedentes para a doença, mantinham relações sexuais apenas com homens (92,9%), tiveram o teste não treponêmico reagente (88,6%), não realizaram o teste treponêmico (54,3%) e foram classificadas como sífilis secundária (35,7%). Em relação às características clínicas da doença nas gestantes, a maioria foi classificada como sífilis primária (20,1%), tiveram o teste não treponêmico reagente (95,0%) e não realizaram o teste treponêmico (68,6%), (**Tabela 3**).

Tabela 3. Características clínicas de mulheres notificadas com Sífilis Adquirida e Gestacional.

Características	Sífilis Adquirida		Sífilis Gestacional	
	n	%	n	%
Antecedentes de Sífilis				
Sim	11	15,7	–	–
Não	55	78,6	–	–
Não preenchido/Ignorado	4	5,7	–	–
Comportamento Sexual				
Relação sexual com homens	65	92,9	–	–
Relação sexual com mulheres	1	1,4	–	–
Relação sexual com mulheres e homens	1	1,4	–	–
Não preenchido/Ignorado	3	4,3	–	–
Resultado teste não treponêmico				
Reagente	62	88,6	151	95,0
Não reagente	1	1,4	1	0,6
Não preenchido/Ignorado	7	10	7	4,4
Teste treponêmico				
Reagente	15	21,4	2	1,2
Não reagente	0	0	10	6,3
Não realizado	38	54,3	109	68,6
Não preenchido/Ignorado	17	24,3	38	23,9
Classificação Clínica				
Primária	23	32,9	32	20,1
Secundária	25	35,7	11	6,9
Terciária	1	1,4	1	0,6
Latente	8	11,4	5	3,2
Não preenchido/Ignorado	13	18,6	110	69,2

Fonte: SINAN.

DISCUSSÃO

Os números de casos de SA tiveram aumento entre os anos de 2011 a 2016, com maior ocorrência de notificações em 2016 e consequentemente maior taxa de incidência. Este fato pode estar relacionado com a intensificação da vigilância pelas secretarias de saúde, o que pode ter aumentado a ocorrência de notificações. Este fato, foi percebido,

também, em estudos que analisaram casos no Rio Grande do Sul, onde houve aumento de casos, analisando também a possibilidade de estes eventos estar relacionado ao aumento das notificações^{10,11}.

Notou-se uma elevação no número de casos notificados em relação a SG, no qual houve um aumento gradativo entre os anos representados, sendo o ano de 2016 o que contou com um maior número de notificações. A crescente soma de casos pode estar relacionada à prestação de cuidados às gestantes em relação à realização dos testes rápidos, acompanhamentos de pré-natal ou mesmo a realização das notificações compulsórias serem vistas com mais relevância, porém não se pode afirmar que as subnotificações foram extintas⁴.

Em um estudo realizado no estado do Paraná, percebeu-se o alto número de casos de SG¹², o que também foi notado no estudo de Travaim¹³, o que comprova os dados encontrados no presente estudo que apontam um aumento do número de notificações para SG. Percebeu-se maior ocorrência de casos na faixa etária de 20 a 29 anos para SA, o que pode estar relacionado ao maior desempenho da vida sexual neste intervalo de idade. As pessoas em sua maioria tinham até nove anos de estudo, subentendendo que as informações obtidas em relação à prevenção não eram compreendidas ou mesmo porque se dedicavam mais ao trabalho do que aos estudos, pois a grande parte estava empregada. Essas condições foram observadas e associadas a condições socioeconômicas menos favorecidas e com acesso a assistência à saúde de baixa qualidade, o que não exclui a ocorrência de casos em outros níveis sociais^{14,15,16}.

As mulheres diagnosticadas com SA não possuíam histórico anterior para sífilis, e contraíram a doença em relações com homens, porém sem a especificação da quantidade de parceiros. A opção sexual das mulheres foi percebida também em outros estudos, as quais a maioria mantinha relações com homens, mas em condições de parceiros múltiplos¹⁷. Em relações estáveis há tendência de os parceiros abdicarem dos métodos de prevenção das Infecções Sexualmente transmissíveis (IST) com o intuito de melhorar o desempenho e prazer durante a relação sexual, o que pode justificar o aumento do número de casos de SA entre as mulheres¹⁸.

Em relação à classificação clínica da doença, menos da metade foi diagnosticada com sífilis primária, mas um percentual expressivo dos dados não foi preenchido ou ignorado, o que dificulta uma análise mais detalhada. De acordo com o Ministério da Saúde, entre os anos de 2005 e 2016, a maioria dos casos diagnosticados também foram de sífilis primária, porém ressaltou-se a possibilidade dessa

classificação ser inadequada, o que acarretaria em um tratamento insuficiente⁴.

A grande maioria das gestantes foi diagnosticada através de teste não treponêmico. A possibilidade de resultados falso positivos para essa modalidade aumenta consideravelmente na gravidez, sendo recomendado a realização de testes treponêmicos, que são mais específicos e responsáveis pela confirmação do diagnóstico¹⁹. Nesse estudo observou-se que esse teste foi realizado em pouco mais de 7% das gestantes. Dessa forma, ressalta-se a importância da realização correta dos exames no intuito de se alcançar melhor efetividade no tratamento.

Como fator limitante ao estudo pode-se destacar a falta de preenchimento dos campos nas fichas de notificação. Esta situação pode estar relacionada à falta de atenção ou de conhecimento dos profissionais que preenchem a ficha, o que dificulta uma análise mais detalhada do perfil das mulheres, pois os resultados encontrados na pesquisa podem estar incoerentes com o real perfil destas pessoas. Estes dados são importantes para a realização de políticas públicas voltadas a esta temática, com o intuito de abrangência do público alvo, além de ser necessários para a tomada de decisão e realização de intervenções pelos gestores e profissionais nas instituições de saúde¹⁵.

O estudo demonstrou que as mulheres notificadas com sífilis, em sua pluralidade, eram adultas jovens, alfabetizadas, que mantinham relações sexuais com homens, e tiveram diagnóstico fechado para a maior parte dos casos de sífilis primária e secundária, o que favorece o tratamento. Os achados dessa pesquisa podem servir de alerta e subsídio para os gestores de atenção à saúde no intuito de formular novas estratégias de prevenção à doença. Para tanto, se faz necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados quanto a esta temática e exerçam, para além das ações de rotina, um olhar ampliado para os grupos de risco, com atividades voltadas à promoção de saúde, orientando a população para a gravidade do problema, bem como na tentativa de realizar precocemente o diagnóstico, no intuito de diminuir a transmissão vertical da doença.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e a Prefeitura Municipal de Divinópolis.

REFERÊNCIAS

1. Leite IA, Leão MCM, Oliveira JM, França AMB. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. *Ciênc Biol Saúde*. 2016;3(3):165-76.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília; 2015.
3. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Souza FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene*. 2015;16(3): 374-81.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico de sífilis - 2017. Brasília; 2017.
5. Hebmuller MG, Fiori HH, Lago EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2867-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20332014>
6. Feliz MC, Medeiros ARP, Rossani AM, Tahnus T, Pereira AMVB, Rodrigues C. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):727-39. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040004>
7. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00082415. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
8. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações demográficas [Internet]. Brasília; 2017 [capturado em 23 jan. 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>
10. Silva DAR, Alves IGFG, Barros MPT, Dorneles FV. Prevalência de sífilis em mulheres. *Enferm Foco*. 2017;8(3):61-4. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.891>
11. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rer Panam Salud Publica*. 2017;41:1-8.
12. Boni SM, Pagliari PB. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. *Rev Saúde Pesquisa*. 2016;9(3):517-24. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p517-524>
13. Travaim SF, Machado BS, Domingues BS, Morais LI, Alves HNS, Pereira GCA, Gois RV. Análise do perfil epidemiológico dos casos de sífilis notificados no município de Ji-Paraná no período de 2012 a 2016. *Br J Surg Clin Res*. 2017;21(2):42-6.
14. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-94. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>
15. Dantas LA, Jerônimo SHNM, Teixeira GA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada em hospital universitario materno infantil. *Enferm Glob*. 2017;16(46):217-26. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>
16. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019.
17. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDR, Comolesi E, Holcmam MM, Grecco JP, et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):341-54. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>
18. Sousa LB, Pinheiro AKB. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. *Rev Rene*. 2011;12(3):478-86.
19. Henrich TJ, Yawetz S. Impact of age, gender, and pregnancy on syphilis screening using the Captia Syphilis-G assay. *Sex Transm Dis*. 2011;38(12):1126-30. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31822e60e1>