

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ, DE 2006 A 2013

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE CASES OF SYPHILIS IN GESTANTE IN THE MUNICIPALITY OF SOBRAL, CEARÁ, FROM 2006 TO 2013

MARIA GIRLANE SOUSA ALBUQUERQUE BRANDÃO^{1*}, CAMILA PAIVA MARTINS¹, MARIA THAYANE JORGE FREIRE¹, ODÉZIO DAMASCENO BRITO², JOSÉ CIRLANIO SOUSA ALBUQUERQUE³, LÍVIA MOREIRA BARROS⁴

1. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA; 2. Enfermeiro. Residente em Urgência e Emergência; 3. Doutorando em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará – UFC. 4. Professora Doutora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

* Rua L 04, 428, Jerônimo de Medeiros Prado, Sobral, Ceará, Brasil. CEP: 62100-000. girlane.albuquerque@yahoo.com.br

Recebido em 17/01/2018. Aceito para publicação em 01/02/2018

RESUMO

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* que ao atingir gestantes que não realizam o tratamento ou o fazem de forma inadequada, pode ser transmitida para o conceito. O objetivo deste estudo foi avaliar os casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, no período de 2006 a 2013. Estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, a partir de dados dos casos de sífilis em gestante diagnosticados no período de 2006 a 2013 no município de Sobral - Ceará e notificados no SINAN, estratificados pelas variáveis: classificação clínica, escolaridade, local de residência, faixa etária e raça. Nesse período, foram notificados 394 casos de sífilis gestacional. A raça parda foi a mais acometida (77,6%). Em relação a escolaridade, a maior frequência foi em mães com ensino fundamental incompleto (41,6%). A faixa etária recorrente foi de 20 a 39 anos de idade (72,8%) com classificação clínica de sífilis terciária (39,5%). Em relação a zona de residência das gestantes com sífilis, a maioria, 82,2 % era da zona urbana e 16,7 da zona rural. Assim, percebe-se a necessidade de ações de vigilância em saúde, visando a tomada de medidas preventivas, afim de reduzir a frequência do número de casos.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia, Sífilis, gestação, saúde pública.

ABSTRACT

Syphilis is a disease caused by the bacterium *Treponema pallidum* that when it reaches pregnant women who do not perform the treatment or do so inadequately, it can be transmitted to the conceptus. The objective of this study was to evaluate the cases of syphilis in pregnant women in the municipality of Sobral, Ceará, in the period from 2006 to 2013. Epidemiological study with quantitative approach, from data from cases of syphilis in pregnant women diagnosed in the period from 2006 to 2013 in the municipality of Sobral-Ceará and notified in the SINAN, stratified by the variables: clinical classification, schooling, place of Residency, age range and race. During this period,

394 cases of gestational syphilis were notified. The brown race was the most affected (77.6%). In relation to schooling, the highest frequency was in mothers with incomplete elementary education (41.6%). The recurring age range was 20 to 39 years old (72.8%) with a clinical classification of tertiary syphilis (39.5%). In relation to the area of residence of pregnant women with syphilis, the majority, 82.2% was of the urban area and 16.7 of the rural area. Thus, we perceive the need for health surveillance actions, aiming at taking preventive measures, in order to reduce the frequency of the number of cases

KEYWORDS: Epidemiology, Syphilis, gestation, public health.

1. INTRODUÇÃO

Segundo estimativas da OMS, mais de um milhão de pessoas adquirem uma infecção sexualmente transmissível (IST) diariamente. A cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem este agravo¹. As IST que mais preocupam o serviço de saúde são aquelas que podem ser transmitidas da mãe para o filho(a) durante o período gestacional, como, por exemplo, a sífilis, estando esta no grupo de doenças infecciosas que precisam ser investigadas durante o pré-natal².

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* que ao atingir gestantes que não realizam o tratamento ou o fazem de forma inadequada, pode ser transmitida para o conceito e recebe a denominação de sífilis congênita. A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer período gestacional ou durante o parto³.

É uma doença de notificação compulsória, que apresenta até 40% de taxa de mortalidade. Em gestantes não tratadas a transmissão é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença materna. A notificação compulsória de gestante com sífilis em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005. No Brasil, na última

década, observou-se um aumento de notificação de casos de sífilis em gestante que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da distribuição de testes rápidos⁴.

O diagnóstico da doença pode ser realizado por meio de métodos não treponêmicos que utilizam antígenos não derivados do agente causal e atualmente o mais utilizado é o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL)⁵. Testes mais específicos como reação em cadeia da polimerase (PCR), microscopia de campo escuro para demonstrar a presença de espiroquetas em uma amostra, também podem ser feitos⁶.

De acordo com o Ministério da Saúde, deve ser oferecido teste não treponêmico para todas as gestantes na primeira consulta do atendimento pré-natal, sendo no primeiro trimestre de gestação e por seguinte no início do terceiro trimestre gestacional⁷.

Nesse contexto, percebe-se a importância do pré-natal de qualidade e da vigilância epidemiológica como um dos meios de controle da transmissão de sífilis, bem como a necessidade da realização de estudos referentes a esta temática, investigando-se a dimensão do problema e a realidade local ao longo de um período de tempo, a fim de se obter o retrato epidemiológico para a realização de medidas preventivas direcionadas e o planejamento de novas propostas de controle do agravo.

Devido ao alarmante aumento dos casos de sífilis no Brasil, se torna de grande importância a constatação de um perfil prevalente, onde este contribuirá para a tomada de estratégias que visem a prevenção da mesma⁸.

Múltiplos indicadores motivaram a realização deste estudo, entre eles a situação da sífilis no país, observando a suma importância de identificar o perfil epidemiológico predominante para a realização de intervenções eficazes.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar epidemiologicamente os casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, no período de 2006 a 2013.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, a partir de dados dos casos de sífilis em gestante diagnosticados no período de 2006 a 2013 no município de Sobral - Ceará e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características dos indivíduos como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras. Quando a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, o epidemiologista é capaz, não apenas de

identificar grupos de alto risco para fins de prevenção, mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras⁹.

A coleta de dados foi realizada entre os meses dezembro de 2017 a janeiro de 2018, por meio de um formulário criado pelos autores, a partir de dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), referente aos casos de sífilis em gestante.

A população foi constituída pelos casos de sífilis em gestante que ocorreram no município de Sobral, estratificados pelas seguintes variáveis: classificação clínica, escolaridade, local de residência (zona rural ou urbana), faixa etária e raça.

Tendo em vista os aspectos operacionais da pesquisa, foi realizada uma análise estatística descritiva na íntegra, no intuito de descrever e sumarizar os casos e suas variáveis notificados neste município. Foram excluídos dados anteriores a 2006 e os dados de anos posteriores a 2013 não foram incluídos no estudo por ainda não se apresentarem no SINAN. Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários e não envolver diretamente seres humanos, este estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados coletados junto às bases oficiais foram, inicialmente, inseridos em planilhas criadas na Plataforma Visual Basic For Applications (Excel) para facilitar a síntese e extração dos dados e, em seguida, transportados para o software Prisma Demo Grafada versão 5.0, no qual foi realizada a análise estatística descritiva.

3. RESULTADOS

Os dados do estudo apontam que, no período compreendido entre 2006 a 2013, foram notificados 394 casos de sífilis em gestante no município de Sobral-CE. A figura 1 ilustra a distribuição dos casos notificados no período em análise. Pode-se perceber que no ano de 2006 houveram poucas notificações em comparação aos demais anos, sendo o maior número de notificações de sífilis em gestante no ano de 2011 (22,8%).

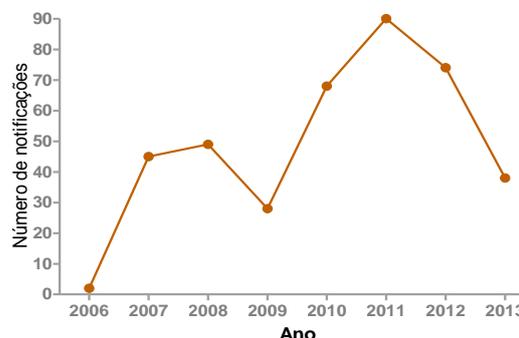


Figura 1. Evolução histórica dos casos de sífilis em gestante, de 2006 a 2013, Sobral – CE.

É possível observar de acordo com o que é demonstrado na Figura 1, que houve um aumento considerável no número de casos de sífilis em gestante

no ano de 2007. Em 2008 o número de casos foi levemente superior, tendo uma queda no ano de 2009, sendo que o maior número de notificações foi em 2011, com curva decrescente a partir de 2012.

A raça parda foi a mais acometida com a doença no período gestacional (77,6%), e a menor foi a amarela (0,7%). Em relação a escolaridade, a maior frequência foi em mães com ensino fundamental incompleto (41,6%) e a menor foi nas que possuíam educação superior completa com 0,2% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de gestantes notificadas com sífilis por grau de escolaridade e raça, 2006 a 2013, Sobral – CE.

ESCOLARIDADE	n	%
Analfabeta	08	2
1º Grau Incompleto	164	41,6
1º Grau Completo	36	9,1
2º Grau Incompleto	27	6,8
2º Grau Completo	27	6,8
Educação Superior Incompleta	01	0,2
Educação Superior Completa	01	0,2
Ignorado	130	32,9
RAÇA	n	%
Branca	34	8,6
Preta	46	11,6
Amarela	03	0,7
Parda	306	77,6
Ignorado	05	1,2

Observou-se que a faixa etária mais acometida foi de 20 a 39 anos de idade (72,8%) com classificação clínica de sífilis terciária (39,5%).

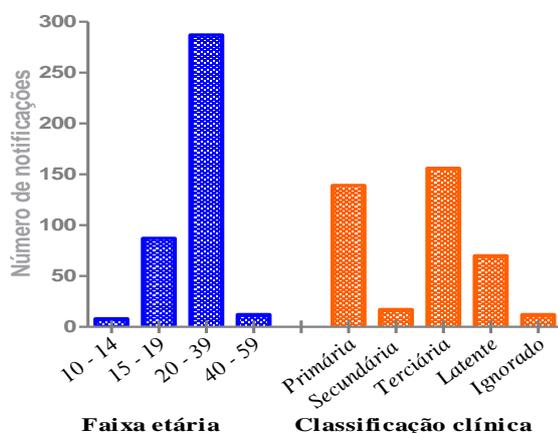


Figura 2. Distribuição dos casos de sífilis em gestantes por faixa etária e classificação clínica, Sobral – CE.

Em relação a zona de residência das gestantes com sífilis, a maioria, 82,2 %, era da zona urbana, 16,7 da zona rural e em 5 casos, a zona de residência foi ignorada.

4. DISCUSSÃO

A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo 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 outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados¹⁰.

A notificação de apenas dois casos em 2006 leva ao questionamento de possíveis subregistros, devido à ascendência expressiva dos números nos anos posteriores.² A adequada notificação é fundamental para o controle da sífilis, de modo que possibilite a investigação e o correto acompanhamento do caso. A falta de notificação acarreta ainda distorções no planejamento das ações de saúde por parte dos órgãos gestores nas três esferas de governo¹¹.

Apesar do crescimento do número de notificações, que talvez, demonstre uma preocupação com a redução do número de casos, ainda acontece o preenchimento incompleto ou incorreto de alguns campos da ficha de investigação, o que denota omissão ou banalização da importância da notificação, que pode dever-se, dentre outros fatores, ao desconhecimento epidemiológico do agravo ou à ausência de uma visão focalizada na prevenção coletiva¹².

Daí a relevância da notificação compulsória, de forma a acumular dados suficientes para permitir uma análise que leve a intervenções para sua redução e/ou de suas consequências. A sífilis incorporou-se a lista de doenças de notificação compulsória, visando facilitar e ampliar o diagnóstico, no entanto, em que pese a expressiva subnotificação, dados ainda apontam níveis elevados de incidência de casos¹³.

A realização correta dessas notificações é de extrema importância para o monitoramento e estratégia de políticas públicas, pois tem como intuito prevenir, controlar, reduzir e erradicar muitas doenças e agravos⁸.

Estudos apontam a influência das desigualdades sociais no acometimento da sífilis gestacional, e mostram que as mães apresentam geralmente cor parda ou negra, baixa escolaridade, classe econômica desfavorável, início de pré-natal tardio e número inadequado de consultas pré-natal. Dados de uma pesquisa realizada em Pernambuco, em 2011, corroboram com o presente estudo, onde 86,78% das mulheres eram pretas e pardas, e, 13,22% brancas^{3,14}.

Em conformidade com outros estudos, grande parte das mães notificadas possuía apenas o ensino fundamental incompleto, o que demonstra a influência dos fatores sociais na contextualização do agravo¹⁵. E, ainda que não seja restrita às classes menos privilegiadas, a sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico¹⁶.

As desigualdades no acesso e qualidade do pré-natal esclarecem, por sua vez, a maior exposição de crianças, que possuem mães de camadas menos favorecidas, ao risco de contraírem a sífilis congênita. Tal questão pode ser fortalecida pelos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do ano

de 2008, os quais apontam possuir maior dificuldade de acesso à assistência de pré-natal as mulheres negras e com menor nível instrucional¹⁷.

Quanto à idade, a ocorrência de sífilis gestacional foi maior entre mulheres de 20 a 39 anos (72,8%), assim como em Silva *et al* (2017)¹⁸, que explica que as mesmas estão no auge da atividade sexual, além de serem mais propensas a realização de práticas sexuais desprotegidas, o que explica os números de casos mais elevados nessa faixa etária.

Em relação a classificação, a maioria das gestantes foi classificada com sífilis terciária. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum* são os estágios da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Entretanto, há a possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis¹⁹.

O efetivo controle da sífilis tem como premissa fundamental a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais, visto que a qualidade da assistência pré-natal e ao parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical. A penicilina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da sífilis e o único indicado para gestantes: apresenta 98% de eficácia na prevenção da sífilis congênita, agindo em todos os estágios da doença. Não há relato da resistência do *Treponema pallidum* à penicilina. Não obstante, a alta incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita mantém-se como um desafio para os serviços de saúde²⁰.

A atuação da Atenção Básica à saúde é essencial no combate à sífilis congênita, pois é a principal porta de entrada dos serviços. As equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente e podem colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da doença. Os profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo²¹.

Assim, a maneira mais sólida de se concretizar a prevenção e o controle da sífilis gestacional, e consequentemente a sífilis congênita, está no compromisso da Atenção Básica em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo que seja realizado o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para evitar a transmissão vertical da doença.

5. CONCLUSÃO

Foi possível concluir no presente estudo, que na série histórica de 2006 a 2013, foi notificado um total de 394 casos de sífilis em gestantes, predominante em mulheres pardas, de baixa escolaridade e na faixa etária

de 20 a 39 anos de idade, sendo 2011 o ano que apresentou o maior número de notificações.

A compreensão do perfil epidemiológico e das particularidades clínicas das gestantes com sífilis é de grande relevância para a constituição de estratégias direcionadas para esse grupo. Para tanto, é de extrema importância que os profissionais da saúde e os gestores estejam envolvidos diretamente no desenvolvimento de estratégias, visando a melhoria da qualidade do serviço prestado às gestantes.

A interpretação dos resultados deve levar em consideração que este estudo pode apresentar limitações decorrentes da utilização de dados secundários do SINAN. Esses dados, apesar de terem sua importância definida, estão sujeitos a subnotificações, além de erros eventuais por problemas de completude e consistência, traduzindo problemas de quantidade e qualidade da informação.

Entretanto, a abordagem desses dados é de grande relevância para despertar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e a tomada de medidas preventivas, afim de reduzir a frequência do número de casos.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para Redução e Eliminação [Internet]. Brasília, DF; 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf.
- [2] Mesquita KO, Lima GK, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. *Sanare, Sobral*. 2012; 11(1):13-17.
- [3] Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(1).
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN online 2358-9450. 2016; 47(35). Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/365536520/MINISTERIO-DA-SAUDE-Boletim-Epidemiologico-Sifilis-pdf>.
- [5] Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e a influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com – Ciências Saúde, Rio de Janeiro*. 2011; 22:43-54.
- [6] Morales M, Finkelstein F, Mayans V. Update on the Diagnosis and Treatment of Syphilis. *Actas Dermosifiliogr, Espanha*. 2015; 106(1):68-69.
- [7] BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- [8] 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. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2018; 21(2):42-46.
- [9] Trujillo AM. Epidemiologia: história, tipos e métodos. *Revista Simbiótica*. 2016; 3(1).

- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2017. 48(36). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
- [11] Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS* 2008; 11(1):4-9.
- [12] Gonçalves J. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um hospital universitário – 2004 a 2008. *Rev Brasileira Pesq Saúde*, Vitória. 2011; 13(2):49-55.
- [13] Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2012; 28(3):490-96.
- [14] Lima MG, *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013; 18(2):499-506.
- [15] Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4):144-56.
- [16] MAGALHÃES, D. M. S; *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29(6):1109-20.
- [17] Araújo CL, *et al.* Incidência de sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. *Rev Saúde Pública*, São Paulo. 2012; 46(3):479-86.
- [18] Silva ZF, Teixeira KSS, Nascimento DS. Pacientes portadores de sífilis atendidos em uma unidade terciária em Fortaleza: perfil sociodemográfico. *RBAC* 2017; 49(1):105-9.
- [19] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [20] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015; 120.
- [21] Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, Coêlho HLL, Ramos Júnior AN. A (des)Informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4):120-7.