Perfil epidemiológico da Sífilis gestacional no Nordeste Brasileiro entre 2015 e 2020

Epidemiological profile of gestational Syphilis in Northeastern Brazil between 2015 and 2020

DOI:10.34119/bjhrv4n3-339
Recebimento dos originais: 28/05/2021
Aceitação para publicação: 28/06/2021

Kalyne Moraes Cavalcante
Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado 918, Maceió-AL
E-mail: kalynemoraesg@gmail.com

Beatriz Fernandes Brêda
Graduanda em medicina pelo Centro Universitário Cesmac
Instituição: Centro Universitário Cesmac
Endereço: Rua Cônego Machado 918, Maceió-AL
E-mail: bia.med.breda@gmail.com

Laércio Pol-Fachin
Doutor em Biologia Celular e Molecular pelo Centro de Biotecnologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituição: Centro Universitário CESMAC
Endereço: Rua Cônego Machado 918, Maceió-AL
E-mail: laercio.fachin@cesmac.edu.br

RESUMO
Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico de pacientes acometidas por sífilis gestacional na região Nordeste do Brasil, no período de 2015 a 2020. Métodos: Estudo epidemiológico, realizado a partir dos dados do SINAN, disponibilizados pelo DATASUS. Foram analisadas as variáveis: faixa etária, grau de escolaridade, classificação clínica da doença, idade gestacional no diagnóstico e tratamento. Resultados: No período estudado, foram notificados 54.518 casos de sífilis gestacional no Nordeste. Identificou-se uma maior incidência em 2018, com 14.780 casos notificados. Com relação às características maternas, a faixa etária de 20 a 29 anos de idade foi a de maior prevalência, correspondendo a 28.447 casos (51,09%). Mulheres com o grau de escolaridade de ensino fundamental incompleto corresponderam a 35% dos casos de sífilis gestacional, enquanto as mulheres com ensino superior completo corresponderam a apenas 0,75%. Quanto à classificação clínica, a prevalência foi de sífilis primária, com 16.353 casos (29,99%). Conclusão: Evidenciou-se um aumento da quantidade de casos no período analisado, com redução significativa no último ano, tendo prevalecido mulheres com idade entre 20 e 29 anos, de baixa escolaridade e com predominância de sífilis gestacional primária.

Palavras-Chave: Sífilis Congênita, Sífilis, Gestantes, Transmissão Vertical de Doença Infecciosa, Perfil de Saúde.

ABSTRACT
Objective: To analyze the epidemiological profile of patients affected by gestational syphilis in the Northeast region of Brazil, in the period from 2015 to 2020. Methods: Epidemiological study, carried out using SINAN data, made available by DATASUS. The variables were analyzed: age group, educational level, clinical classification of the disease, gestational age at diagnosis and treatment. Results: During the study period, 54,518 cases of gestational syphilis were reported in the Northeast. A higher incidence was identified in 2018, with 14,780 reported cases. With regard to maternal characteristics, the age group of 20 to 29 years of age was the most prevalent, corresponding to 28,447 cases (51.09%). Women with incomplete elementary schooling accounted for 35% of cases of gestational syphilis, while women with complete higher education accounted for only 0.75%. As for the clinical classification, the prevalence was primary syphilis, with 16,353 cases (29.99%). Conclusion: There was an increase in the number of cases in the period analyzed, with a significant reduction in the last year, with women aged between 20 and 29 years, with low education and with a predominance of primary gestational syphilis prevailing.

Keywords: Syphilis Congenital, Syphilis, Pregnant Women, Infectious Disease Transmission Vertical, Health Profile.

1 INTRODUÇÃO

Em 2019 foram notificados no Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN) 152.915 casos de sífilis adquirida, 61.127 casos de sífilis gestacional (SG) e 24.130 casos de Sífilis Congênita (SC), com 173 óbitos de SC no Brasil. Na região Nordeste foram 13.026 gestantes acometidas, representando cerca de 21,3% da taxa nacional [1].

Considerada um problema de saúde pública mundial de tendência epidêmica crescente nos países em desenvolvimento, a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria Treponema pallidum. Além da via sexual, pode ser transmitida verticalmente e em menor proporção por transfusão sanguínea ou acidente ocupacional [2].

A Organização Mundial de Saúde [3] estima que a incidência anual da sífilis seja de 12 milhões de pessoas, abrangendo 1,5 a 1,85 milhões de gestantes. Para a obtenção do diagnóstico, pode ser feito o teste direto, através da pesquisa do Treponema pallidum em amostras coletadas de lesões (a partir do uso de microscópio de campo escuro, imunofluorescência ou testes de biologia molecular) [4].

Outro teste diagnóstico é o imunológico, a partir da pesquisa qualitativa de anticorpos específicos produzidos contra o antígeno do T. pallidum (teste treponêmico), como o teste rápido e FTA-ABS, ou através da pesquisa de anticorpos não específicos

(teste não treponêmico), como o VDRL [4]. Feito o diagnóstico, é nacionalmente compulsória a notificação do caso [5].

Durante o pré-natal a gestante deve realizar o teste, de preferência treponêmico, na primeira consulta, no terceiro trimestre e durante a internação para o parto [4], sendo protocolo nacional a realização de pelo menos dois VDRL durante a gestação. A não realização do exame e a ausência da entrega do resultado no prazo de 15 dias se incluem entre as condições que mais se relacionam com falhas e inadequação da assistência no pré-natal [6].

Consequência da transmissão vertical, a sífilis congênita é responsável por desencadear aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, malformações, natimorte ou morte perinatal em cerca de 40% das crianças infectadas [7]. Portanto, a eliminação dessa doença é uma das metas propostas pela OMS prevista dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [5].

Apesar da eficácia do tratamento da sífilis com penicilina, a deficiente vigilância e assistência durante o pré natal leva a menor oportunidade da prevenção e tratamento precoce [6]. Nas gestantes cujo tratamento é inadequado, a taxa de transmissão vertical nas fases primárias e secundárias é de 70% ou mais, sendo menor nas fases latente e tardia [7].

Se positivo, deve-se iniciar tratamento com penicilina o mais precoce possível e realizar teste não treponêmico para monitoramento da resposta [4]. Penicilina iniciada após a décima quarta semana de gestação é considerada tratamento para um potencial feto infectado devido ao alto nível de transmissão. Apenas o tratamento no primeiro trimestre impede a infecção fetal [8].

Os estágios primários e secundários da doença (fase sintomática) tratam-se com Penicilina intramuscular na dosagem de 2.400.000 UI em cada glúteo. No estágio latente (assintomática) utiliza-se a mesma posologia durante 3 semanas seguidas, totalizando 7.200.000 UI em cada glúteo [8]. Além disso, enfatiza-se a importância da avaliação clínica/sorológica e tratamento dos parceiros sexuais da paciente [9,10,11].

A região Nordeste apresentou crescimento significativo no número de casos da SG nos últimos anos, passando de 2367 casos notificados em 2010 para 14780 casos em 2018 [1]. Diante do elevado número de casos de SG na região Nordeste e das possíveis consequências preveníveis da SC para o recém-nascido, o presente estudo foi realizado no intuito de apresentar os dados epidemiológicos mais recentes divulgados pelo DATASUS da SG na região do Nordeste do Brasil, segunda região do país com maior número de habitantes e com maior número de casos de SG e SC, após a região sudeste.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo realizado a partir de dados do Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo DATASUS (departamento de informática do SUS do Brasil). Tais dados analisados referem-se a indicadores epidemiológicos da sífilis gestacional na região Nordeste do país durante o ano de 2015 até 30 de junho de 2020. Os dados referentes à 2020 não foram utilizados na íntegra pois o sistema do DATASUS não foi atualizado até o final do ano, até o momento da realização deste estudo.

O Nordeste é a segunda região do Brasil com maior número de habitantes, tendo a estimativa de 57.071.654 habitantes em 2019, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Também é a segunda região do país com maior número de casos de SG e de SC, contando com 6.352 casos de SC em 2019 (26,3% dos casos no país) e 46 óbitos por SC nesse mesmo ano [1].

Dentre as variáveis epidemiológicas adotadas para análise do perfil das gestantes estavam a faixa etária, o grau de escolaridade, a idade gestacional no diagnóstico, a classificação clínica da doença e o tratamento. Após a coleta dos dados, cuja notificação compulsória após diagnóstico é obrigatória em todo o país, foi realizada a tabulação.

A tabulação dos dados colhidos foi realizada pelo programa da Microsoft Excel, onde foram criados gráficos em barra e pizza para facilitar a comparação dos dados de acordo com o ano referente.

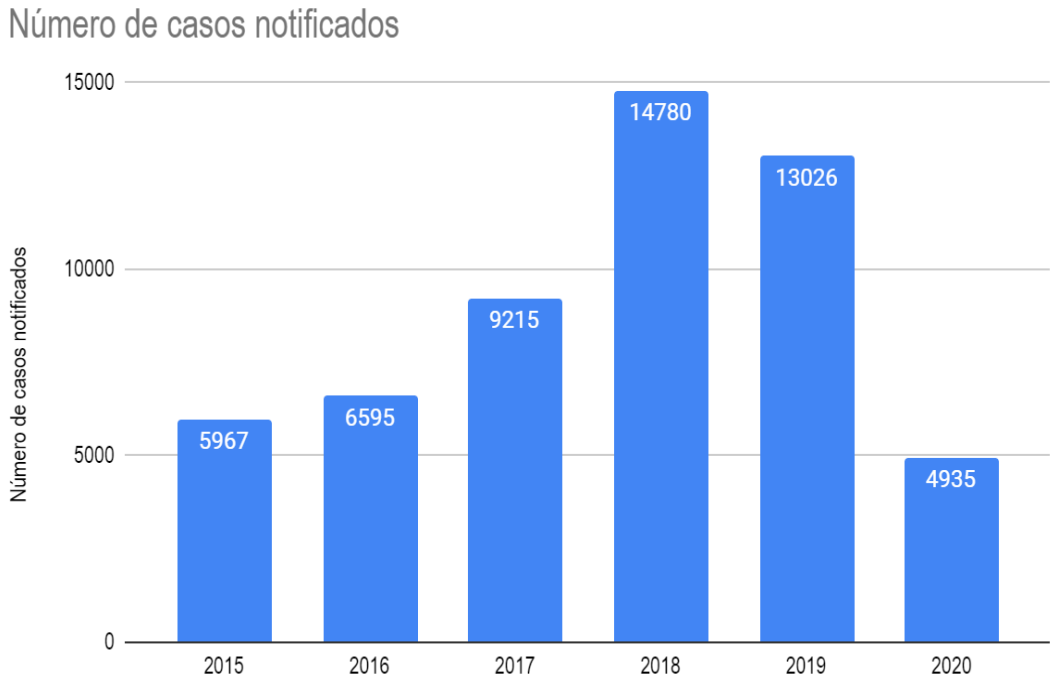
Esse estudo não precisou da aprovação do Comitê de ética em Pesquisa por se tratar de dados de domínio público, divulgados no site do DATASUS, plataforma online do Ministério da saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do SINAN, a região Nordeste do Brasil apresentou um total de 54.518 casos notificados de SG no período entre 2015 e 2020. O ápice, em termos de quantidade de casos, ocorreu em 2018 (Figura 1), correspondendo a 27,11% dos casos no período. O ano com menor quantidade de casos foi 2020, com apenas 9,05%, que se deve ao fato de que os dados, no DATASUS, estão incluídos apenas até a metade do ano, bem como à pandemia de COVID-19, que provocou redução da testagem e do pré-natal, de forma que a doença foi subdiagnosticada e consequentemente subnotificada (Figura 1) [1].

A taxa de detecção aumentou com o passar dos anos, sendo 7,1 em 2015 e 15,6 em 2019, tendo como provável razão o aumento da utilização de testes rápidos para sífilis na gestação [1]. A taxa de detecção de 2020 não está disponível na base de dados, provavelmente por conta da pandemia de COVID-19. Entretanto, é provável que tal taxa seja significativamente menor que a dos demais anos, uma vez que durante todo o ano de 2020, o pré-natal foi prejudicado por conta da pandemia.

Figura 1 - Número de casos notificados de sífilis gestacional na região Nordeste, entre 2015 e 2020.

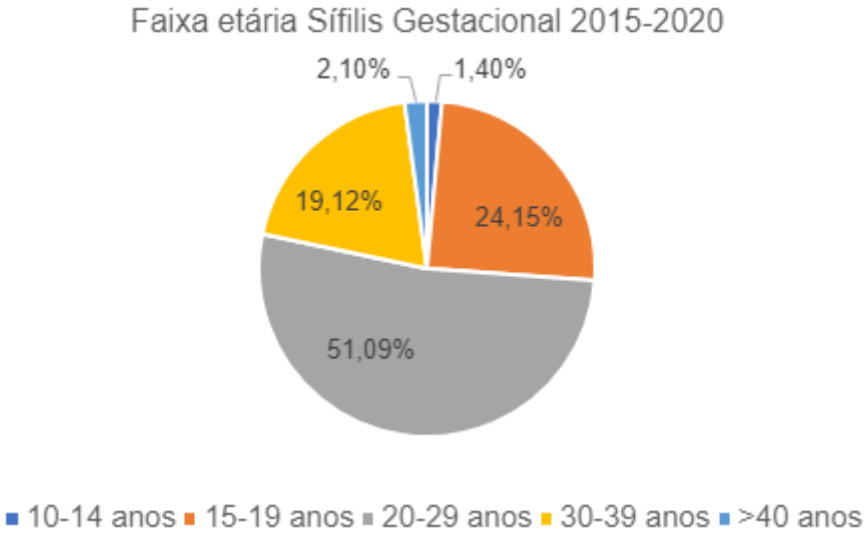


Fonte: SINAN

Quanto à faixa etária, os dados mostram que no período de 2015 a 2020 houve 793 (1,4%) casos entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, 13.449 (24,15%) entre 15 e 19 anos, 28.447 (51,09%) em mulheres de 20 a 29 anos, 10.649 (19,12%) em mulheres de 30 a 39 anos e 1.171 (2,1%) em mulheres com 40 anos de idade ou mais (Figura 2) [1]. Esses dados são importantes para corroborar o fato de que a doença está diretamente relacionada à prática de sexo desprotegido e relações com múltiplos parceiros, práticas mais comuns no auge da intensidade da vida sexual, que ocorre entre os 20 e 30 anos de idade [12,13,14]. Dessa forma, é importante ressaltar a necessidade de ações em educação de saúde que abordem o planejamento familiar e a proteção na prática sexual.

Com relação à escolaridade, as mulheres com ensino fundamental incompleto representaram entre 32% em 2020 e 38,4% em 2015 das mulheres com SG. Vale salientar que tais números poderiam ser ainda maiores, uma vez que quase 30% (24,1% em 2019 e 29,8% em 2016) das gestantes com sífilis tiveram a escolaridade ignorada durante a notificação. Em contrapartida, mulheres com curso superior completo representaram, nos anos estudados, menos de 1% (entre 0,5% em 2015 e 0,9% em 2018, 2019 e 2020) dos casos de sífilis gestacional. O mesmo ocorreu para mulheres com curso superior incompleto [1]. Tais dados mostram que a SG acomete em maior quantidade as mulheres com baixa escolaridade, o que está estreitamente relacionado ao não conhecimento da doença, de sua forma de transmissão, de suas manifestações e dos tratamentos disponíveis [15,16]

Figura 2 - Faixa etária da Sífilis Gestacional entre 2015 e 2020.



Fonte: SINAN

Quanto ao período gestacional de diagnóstico da sífilis, o segundo trimestre foi onde houve mais diagnósticos nos anos de 2015, 2016 e 2017, enquanto o terceiro trimestre foi o de mais diagnósticos em 2018, 2019 e 2020 [1]. Esses dados representam o atraso na detecção e diagnóstico precoce da SG, uma vez que tal diagnóstico deveria ser feito ainda no primeiro trimestre para que o tratamento pudesse ser iniciado ainda nesse período, a fim de promover remissão da doença antes de que essa seja transmitida verticalmente. Com o diagnóstico tardio, tem-se uma maior taxa de transmissão vertical e uma menor taxa de cura da doença durante o período gestacional [17,18].

Entre 2016 e 2019, 37.913 gestantes com sífilis foram tratadas com penicilina, enquanto 1.166 realizaram outro esquema e 2.467 não fizeram nenhum tratamento. Tais

dados mostram que ainda existe uma inadequação do pré-natal, que pode estar relacionado à descontinuidade do tratamento da gestante por diversos fatores como desconhecimento da gravidade da doença para si e para o feto, bem como à vergonha relacionada ao fato de a sífilis ser uma doença sexualmente transmissível, ou ainda pode estar relacionado ao despreparo dos profissionais de saúde na condução de casos de sífilis [1,9,20,21].

Com relação à classificação clínica ao diagnóstico, a Sífilis Primária representou 29,99% dos casos notificados, tendo predominado entre os anos de 2015 e 2019. A Sífilis Latente foi responsável por 23,12% dos casos, e predominou apenas em 2020. Vale ressaltar que a classificação clínica da doença foi ignorada em quase 30% dos casos em todos os anos estudados. A elevação de casos de sífilis latente mostra que muitas mulheres acometidas pela doença são apenas diagnosticadas por estarem fazendo o pré-natal [1]. Ressalta-se o maior número de casos diagnosticados na sífilis primária, que é o estágio da doença com maior taxa de transmissão [22,23,24].

4 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostram aumento dos casos da SG em quase todos os anos; no entanto, evidencia também uma diminuição importante da quantidade de casos notificados no último ano, muito provavelmente (em parte) por conta da pandemia de COVID-19. O estudo também permite afirmar que a taxa de detecção aumentou com o passar dos anos. Evidenciou-se predominância de SG em mulheres jovens, com idade entre 20 e 29 anos, de baixa escolaridade. A doença foi mais frequentemente diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gestação, e a maioria das mulheres foi tratada com penicilina, apesar de ainda haver uma pequena quantidade de mulheres que não fez tratamento algum.

Dessa forma, conclui-se que a SG está diretamente relacionada às questões sociais como o acesso à educação e à assistência à saúde de forma efetiva, sendo, portanto, um problema de saúde pública. Por apresentar métodos diagnósticos e tratamento simples que facilitam a prevenção e a intervenção curativa, é possível e provável que novas políticas públicas voltadas para a educação em saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce sejam capazes de reduzir os casos de sífilis gestacional no Nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Boletim epidemiológico: sífilis 2020. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020. Acesso em: 18 maio 2021.

2. Gaspar PC, Bigolin A, Neto JBA, Pereira EDS, Bazzo ML. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiol. Serv. Saude 2021; 30(1):1-12.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptuf.def. Acesso em: 20 maio 2020.

4. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiol. Serv. Saude 2021 mar.; 30(1):1-13.

5. Lima TM, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2019 out. - dez.; 19(4):873-880.

6. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. Cad. Saúde Colet. 2020; 28(4):518-528.

7. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde em Debate 2019 out.; 43(123):1145-1158.

8. Milanez H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why can we not yet Face This Problem? Rev Bras Ginecol Obstet 2016;38(9):425–427.

9. Rêgo AS, Costa LC, Rodrigues LS, Garcia LAS, Silva FMAM, Junior AD, Rodrigues LS. Congenital syphilis in Brazil: distribution of cases notified from 2009 to 2016. Rev Soc Bras Med Trop 2020 nov.; 52:1-7.

10. Souza RR, Silva PI, Oliveira DL, Nascimento MA, Carvalho VM. Perfil de casos notificados de sífilis congênita no Estado de Goiás entre 2015 a 2018. Braz J Develop. 2020;6(7):48715-25.

11. Araújo CL, Shimuzu HE, Souza AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2012;46(3):479-86.

12. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. Cad. Saúde Pública 2020; 36(1):1-13.

13. Cruzeiro ALS, Souza LDM, Silva RA, Pinheiro RT, Rocha CLA, Horta BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais

e ao uso de preservativos em adolescentes. Ciênc. Saúde Coletiva 2010 Jun; 15 (1):1149-1158.

14. World Health Organization. Guidelines for the treatment of Treponema pallidum. Geneva, 2016.

15. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission of syphilis: data from the study Born in Brazil. Cad Saude Publica 2016 Jun; 32(6):1-12.

16. Furtado MFS, Brasil GVS, Aragão FBA, Santos GRB, Pereira SLM, FonToura CC et al. Fatores epidemiológicos da sífilis em gestantes no município de São Luís-MA. Revista Uningá 2017 Jun; 52 (1): 51-55.

17. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2020.

18. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004 Set; 16(3): 168-175.

19. Silva MJN, Barreto FR, Costa MCN, Carvalho MSI, Teixeira MG. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015. Epidemiol Serv Saude 2020 Mai. 29 (2):1-8.

20. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife 2017 Out/Dez; 17 (4): 791-799.

21. 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 Out/Dez; 24(4): 1-13.

22. Conceição WM, Leite AGS, Libonati LG, Farias MGD, Rego LBC, Duarte MB. Casos notificados de sífilis congênita e seus impactos no sistema hospitalar em Salvador: 2010-2016. Braz. J. Hea. Rev. 2020 set/out; 3 (5): 11659-11669.

23. da Cunha MR, Leão AB, Santos LJRP, Fachin LP. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional em uma cidade do nordeste brasileiro: clínica e evolução de 2014 a 2019. REAS 2021 mar; 13(3): e6086.

24. Filho LPV, Silva AF, Rosa ACRG, Batista ALF, Chaves GO et al. Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis na gestação. Braz. J. Hea. Rev. 2020 jul/ago; 3(4): 11163-11179.