

Rastreamento de casos de sífilis na gestação no sul do Brasil

Syphilis case tracking in pregnancy in southern Brazil

Camila Padovani¹ • Marcos Benatti Antunes² • Aline Gabriela Bega³ • Ângela Andréia França Gravena⁴ • Carlos Alexandre Molena Fernandes⁵ • Sandra Marisa Pelloso⁶

RESUMO

Objetiva-se descrever os casos de sífilis em gestantes notificados no período de 2012 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, utilizando fonte secundária de dados da ficha de notificação dos casos de sífilis em gestantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Secretaria Municipal de Saúde. Dos 95 casos notificados durante o período, notou-se um aumento da notificação ano a ano. 66,3% das gestantes tinham idade entre 20 e 34 anos, em 56,8% a cor da pele prevalente foi branca, 48,4% dos casos foram diagnosticados no primeiro trimestre. 63,2% das gestantes encontravam-se na fase primária da doença e 63,2% dos parceiros não foram tratados. Conclui-se que os resultados encontrados apontam um longo caminho a ser percorrido rumo a eliminação deste agravo.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Gestação; Sífilis; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

The aim is to describe the cases of syphilis in pregnant women reported in the period from 2012 to 2014. A descriptive, cross-sectional retrospective study using secondary source notification form data of syphilis cases in Grievances Information System Pregnant Notification Municipal Health. In the 95 reported cases during the period, it was noted an increase in the reporting year to year. 66.3 % of pregnant women were aged between 20 and 34 years, 56.8% in the prevalent skin color was white, 48.4 % of cases were diagnosed in the first quarter. 63.2 % of women were in the early stage of the disease and 63.2 % of partners were not treated. It concludes that the results indicate a long way to go towards the elimination of this disease.

Keywords: Women's Health; Gestation; Syphilis; Sexually Transmitted Diseases.

NOTA

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: cah_padovani@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: bena77i@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: aline.bega@hotmail.com

⁴ Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: angela.graven@gmail.com

⁵ Educador Físico. Doutor em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá. Docente no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: carlosmolena126@gmail.com

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: smpelloso@gmail.com

Autor correspondente: Marcos Benatti Antunes. Endereço: Universidade Estadual de Maringá – UEM. Avenida Colombo, 5790. CEP. 87020-900.

INTRODUÇÃO

Nos Estados Unidos no período de 2008 à 2012, os casos de sífilis congênita apresentaram um declínio de 446 para 334 casos (10,5 a 8,4 casos por 100.000 nascidos vivos), com uma taxa de 1,5 para 0,9 casos por 100.000 mulheres. No período de 2012-2014, este quadro teve uma alteração, com um aumento de 334-458, e uma taxa de 8,4 para 11,6 casos por 100.000 nascidos vivos¹.

No Brasil, a transmissão vertical da sífilis segue como um grande problema de saúde pública². De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a estimativa de casos de sífilis em gestantes por ano é de 1 milhão de casos, refletindo a falta de controle da doença³.

No Estado do Paraná, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2007 à 2013 foram notificados 2.592 casos de sífilis em gestantes, destes, 690 foi na faixa etária de 10 a 19 anos (26,62%), ou seja, em gestantes adolescentes⁴.

Estudos têm mostrado que o aumento dos casos de sífilis está associado à falta de assistência pré-natal⁵⁻¹. Desfechos como morbidades maternas pré-existentes e/ou, infecções adquiridas durante o período gestacional podem causar efeitos devastadores para o feto e gestante⁶. Uma assistência de qualidade busca monitorar o curso da gestação, além de ser uma das medidas mais relevantes para o controle da sífilis congênita, desfecho fetal e neonatal evitável, bem como a infecção materna pela sífilis⁷⁻².

Na presença de infecção recente não tratada, estima-se que 25% das gestações terminam em aborto tardio ou óbito fetal, 11% em óbito neonatal de recém-natos a termo; 13% em parto prematuro ou baixo peso ao nascer e 20% apresentam sinais clínicos de sífilis congênita. Calcula-se que aproximadamente 500.000 casos de óbito fetal registrados por ano, estão relacionados à sífilis congênita⁸.

Alguns estudos têm atribuído o aumento da sífilis, a melhora da notificação dos dados, falha na assistência pré-natal, qualidade ruim na formação de recursos humanos e falta de abordagem ao parceiro¹⁻⁵⁻⁹.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória, e o conhecimento destes dados é fundamental para a elaboração de políticas de saúde e no planejamento e controle das doenças. Estudos que revisem as notificações de doenças são importantes para garantir um rastreamento eficaz e evitar desfechos perinatais desfavoráveis. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever os casos de sífilis em gestantes notificados no período de 2012 à 2014.

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado por meio de fonte de dados secundários dos casos de sífilis na gestação notificados no setor de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, localizado na região noroeste do Paraná, Brasil.

A amostra foi composta por 95 gestantes que tiveram evidência clínica de sífilis ou sorologia não treponêmica (VDRL – Venereal Disease Research in Laboratory) positiva no período de 2012 a 2014, período disponibilizado pela Secretaria de Saúde local.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2015, e as informações foram adquiridas por meio da ficha de notificação dos casos de sífilis do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em seguida, os dados foram organizados em planilhas do programa *Microsoft Office Excel 2010*[®], analisados por meio de frequências absolutas e percentuais, dispostos na forma de tabelas.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres Humanos sob parecer n.1163249.

RESULTADOS

Dos casos de sífilis na gestação 95 gestantes foram notificadas, sendo 07 em 2012 com taxa de detecção de 1,4/1.000 nascidos vivos, 38 em 2013 com taxa de detecção de 7,7/1.000 nascidos vivos e 50 em 2014 com taxa de detecção de 10,1/1.000 nascidos vivos, como observa-se na tabela 1.

Tabela 1: Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis em Maringá, PR, 2012 a 2014.

| Ano | Número de casos (n) | Taxa de detecção |
|------|---------------------|------------------|
| 2012 | 7 | 1,4 |
| 2013 | 38 | 7,7 |
| 2014 | 50 | 10,1 |

Dessas, mais da metade das gestantes tinham idade entre 20 e 34 anos com uma média de 25,45±6,54. Em relação à escolaridade, 54 (56,8%) declararam ter mais de 8 anos de estudo. Em relação à raça/cor 56 (58,9%) eram brancas e não possuíam trabalho remunerado. A maioria morava na zona urbana e quase a metade das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no primeiro trimestre da gestação, como demonstra a tabela 2.

Em referência às sorologias de rastreamento, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e FTA-abs (Fluorescent Treponemal Antibody) para confirmação da infecção, o resultado encontrado do total de casos notificados formais de 80% foram identificados pelo exame de rastreamento, ou seja, apresentaram resultado “reagente”, e das 95 gestantes notificadas, 82 realizaram o exame confirmatório da infecção por sífilis, (FTA-abs), sendo que em mais de 70% o resultado foi positivo para a infecção.

Segundo a classificação clínica da doença no momento do diagnóstico, os dados mostram que mais da metade dos casos, 63,2% estavam na fase primária da evolução da infecção, demonstrados na tabela 3.

Tabela 2: Distribuição das gestantes notificadas com sífilis de acordo as características sociodemográficas e trimestre gestacional. Maringá, PR 2012 a 2014.

| Característica | n | f % |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Idade (em anos) | | |
| ≤ 19 | 20 | 21,1 |
| 20 a 34 | 63 | 66,3 |
| ≥ 35 | 12 | 12,6 |
| Escolaridade | | |
| ≤ 8 | 41 | 43,2 |
| >8 | 54 | 56,8 |
| Cor da pele | | |
| Branca | 56 | 58,9 |
| Não branca | 39 | 41,1 |
| Trabalho remunerado | | |
| Sim | 34 | 35,8 |
| Não | 43 | 45,3 |
| Estudante | 5 | 5,3 |
| Ignorado | 13 | 13,7 |
| Local de residência | | |
| Zona urbana | 92 | 96,8 |
| Zona rural | 1 | 1,1 |
| Ignorado | 2 | 2,1 |
| Trimestre gestacional | | |
| 1º trimestre | 46 | 48,4 |
| 2º trimestre | 27 | 28,4 |
| 3º trimestre | 22 | 23,2 |
| Total | 96 | 100,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3: Resultados das sorologias de rastreamento e confirmação de infecção por sífilis e classificação clínica da doença, Maringá, PR, 2012 a 2014.

| Variáveis | N | f % |
|------------------------------|-----------|--------------|
| VDRL | | |
| Reagente | 78 | 82,1 |
| Não reagente | 17 | 17,9 |
| FTA-abs | | |
| Reagente | 69 | 72,6 |
| Não reagente | 13 | 13,7 |
| Não realizado | 13 | 13,7 |
| Classificação clínica | | |
| Primária | 60 | 63,2 |
| Secundária | 10 | 10,5 |
| Terciária | 03 | 3,2 |
| Latente | 09 | 9,5 |
| Ignorado | 13 | 3,7 |
| Total | 95 | 100,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

O tratamento foi realizado em mais de 80% das gestantes notificadas, porém o parceiro não recebeu o tratamento adequado em mais de 60% dos casos, como verifica-se na tabela 4.

Tabela 4: Realização de tratamento da gestante e parceiro. Maringá, PR.2012 a 2014.

| Tratamento | n | f % |
|-----------------|-----------|--------------|
| Gestante | | |
| Sim | 81 | 85,3 |
| Não | 14 | 14,7 |
| Parceiro | | |
| Sim | 30 | 31,6 |
| Não | 60 | 63,2 |
| Ignorado | 5 | 5,3 |
| Total | 95 | 100,0 |

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A sífilis é um agravo que apesar de ser bastante conhecido, de diagnóstico fácil e tratamento eficaz mostra-se de difícil controle, níveis mundiais e nacionais alarmantes revela a sífilis materna e congênita como problema de saúde pública⁸, mostrando a necessidade de políticas específicas, de qualidade e com alta prioridade no diagnóstico e controle da doença¹⁰.

O aumento significativo da sífilis demonstra a necessidade de ações prioritárias no pré-natal para o controle e tratamento da doença. Este aumento pode estar associado a melhor notificação, melhora nos bancos de dados, melhora na qualidade da assistência pré-natal, porém é preciso vislumbrar o aumento da contaminação por falta de conhecimento sobre a doença, forma de transmissão. A variação do tempo de estudo, mostra a baixa escolaridade das mulheres indicando um possível desfavorecimento econômico o que dificulta o entendimento e conhecimento da doença. Neste estudo a mulheres eram brancas e com maior concentração dos casos, na faixa etária jovem, corroborando com outros estudos onde a maior proporção se encontra na faixa etária dos 19-34 anos¹¹⁻¹². Contrapondo aos dados evidenciados neste estudo, outros trabalhos desenvolvidos apontaram maior ocorrência de sífilis materna em mulheres com baixa escolaridade (<8 anos) e cor da pele parda/negra⁸⁻¹².

Características como essas, baixa escolaridade, cor da pele não branca, baixo nível socioeconômico, não são fatores de risco diretos para o desenvolvimento de resultados adversos na gestação, mas podem refletir a baixa qualidade do cuidado recebido na assistência pré-natal, aumentando assim, o risco de desfechos negativos para mãe e para o bebê⁸⁻¹³.

Quanto a moradia quase a totalidade das gestantes habitavam na zona urbana, contudo, estudos revelam que a oferta dos exames complementares, como o VDRL, é maior na zona urbana, havendo assim, disparidades na qualidade da assistência pré-natal prestada. Portanto, mulheres da área rural são mais prejudicadas em relação à disponibilização de recursos para diagnóstico, resultando em um menor número de notificação¹⁴. Entretanto, há a necessidade de mais estudos que verifiquem essa relação.

Estudo de base populacional realizado por Cardoso, Mendes e Velásquez-Meléndez utilizando o banco de dados do PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) do ano de 2006, apontou a escassez de estudos nacionais que avaliam a assistência pré-natal por local de residência¹⁴.

Segundo a classificação clínica da doença no momento do diagnóstico, os dados mostram que a maioria estava na fase primária da evolução da infecção, corroborando com os dados apresentados pelo "Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2015, onde grande parte das gestantes notificadas foram classificadas com sífilis primária que é de difícil diagnóstico clínico e assintomática. Possíveis erros na classificação da infecção resultam em tratamento inadequados e portanto, na ausência de sinais clínicos e na dificuldade de estabelecer a evolução da doença, a classificação mais adequada é "sífilis de duração ignorada" sendo o tratamento preconizado para essa classificação, três doses de penicilina benzatina com intervalo de uma semana³.

Este estudo aponta que alguns resultados do VDRL negativo, resultado este que pode ser justificado por um efeito conhecido como prozona. O VDRL é um exame de elevada sensibilidade e de técnica simples, rápida e de baixo custo, porém apresenta algumas desvantagens, entre elas estão os resultados falso-positivos e falso-negativos. Resultados falso-negativos podem ser encontrados em fases iniciais da doença, na fase latente tardia ou ainda na sífilis tardia, configurando o efeito prozona. Este efeito ocorre quando há um excesso de anticorpos no soro testado, e segundo a literatura o efeito é observado em 1 a 2% das amostras, especialmente na sífilis recente e durante a gravidez¹⁵⁻¹⁶.

O FTA-abs possui elevada sensibilidade, porém, quando comparados aos testes não-treponêmicos como o VDRL, estes se mostram melhores quanto à sensibilidade; por esse motivo, os testes treponêmicos como o FTA-abs, não são utilizados no rastreamento da infecção. No entanto, estes testes possuem alta especificidade comparada aos testes não-treponêmicos, como o VDRL, portanto mais eficazes como testes confirmatórios da infecção⁷.

Os resultados deste estudo mostraram que em relação ao resultado de confirmação da infecção, a maioria apresentou resultados reagentes, ou seja, positivos, confirmando a infecção. Porém, um dado importante foi que algumas gestantes não realizaram o exame e outras apresentaram resultados não-reagentes. De acordo com o "Guia Técnico de Sífilis" do município de Belo Horizonte do ano de 2014, VDRL positivo e FTA-abs negativo, sugerem resultado falso positivo do VDRL. Em casos como esse, a conduta adequada é investigar a existência de outras patologias, como doenças, como é o caso do lúpus eritematoso sistêmico, hepatite A, malária e a própria situação fisiológica da gravidez¹⁷⁻¹⁸.

O esquema terapêutico para estas gestantes foi realizado para a maioria das gestantes notificadas, porém a maior parte dos parceiros não recebeu o tratamento

adequado. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, no qual a adesão ao tratamento pelo parceiro foi baixa. De acordo com esta pesquisa, os parceiros não realizam o tratamento por diversos fatores, entre eles, o fato das mulheres não revelarem o diagnóstico, o desconhecimento da mulher a respeito da importância do tratamento do parceiro e também a gestante não ter estado com este parceiro após o diagnóstico¹²⁻¹⁹.

Ao correlacionar o presente estudo com dados nacionais de 2013, é possível identificar a taxa de detecção no Brasil que chega a 7,5 casos de sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos, com destaque a região Sudeste (8,7) e Centro-Oeste (8,5), embora o Sul apresente números reduzidos em comparação com as demais regiões, o estado do Paraná foi o único estado a notificar sífilis em gestantes em todos os anos no período de 2010-2013, entretanto, há uma escassez de estudos publicados sobre os dados de cada município e estado do Brasil³⁻²⁰.

CONCLUSÃO

A utilização de fontes secundárias pode influir na subnotificação dos dados o que leva a uma limitação do estudo, porém neste caso os dados foram confirmados diretamente no setor de vigilância epidemiologia do município para sanar possíveis distorções. Sugere-se que novos estudos sejam realizadas para identificar os possíveis fatores relacionados com o aumento da sífilis neste município e no Estado, além de pesquisas na investigação da não adesão de tratamento por parte dos parceiros e o desconhecimento das gestantes sobre a importância do tratamento do casal.

A análise dos dados de gestantes com sífilis na cidade de Maringá/PR revela que ainda há um longo caminho a percorrer para a eliminação da sífilis gestacional, como aponta este estudo. O aumento significativo dos casos nos remete a compreender melhor os dados e a assistência pré-natal.

É de grande importância a mobilização dos profissionais da saúde para realização do diagnóstico, tratamento precoce e adequado. Cabe ainda ressaltar que estudos como este, contribui para o desenvolvimento de estratégias voltadas para o combate a este agravo de saúde pública.

A assistência pré-natal de qualidade mostra-se importante para a adoção das medidas de prevenção e controle da morbimortalidade ocasionada pela Sífilis.

REFERÊNCIAS

1. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in Incidence of Congenital Syphilis – United States, 2012–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2015 Nov; 64(44):1241-45.
2. Rojas MM, Dias RM, Araújo EC. Dez anos de sífilis congênita em maternidade de referência na Amazônia brasileira. *Rev. Para. Med.* 2015 Jan/Mar; 29(1):7-10.

3. Ministério da Saúde. Brasil. Boletim Epidemiológico – Sífilis [Internet]. 2015a [acesso 18 jun 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p_18327.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sífilis em gestante – Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net [Internet]. 2016 [acesso 29 mai 2016]. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/Boletim_Epidemiologico_Sifilis_ano_V%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Boletim_Epidemiologico_Sifilis_ano_V%20(4).pdf).
5. Su J, Brooks L, Davis DW, Torrone EA, Weinstock H, Kamb ML. Congenital syphilis: trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016; 381.e1-381.e9.
6. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. 2014 jul-dez; 30(1):85-100.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: MS/SVS, 2006.
8. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRS, Bôas ELB. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012; 32(2):56-62.
9. Carvalho IS; Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(2).
10. Soeiro CMO, et al. Sífilis na gestação e sífilis congênita no Estado do Amazonas, Brasil: uma avaliação utilizando ligação de base de dados. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(4).
11. Magalhães DMS, et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1109-20.
12. Lima MG, et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013; 18(2):499-506.
13. Campos ALA, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-1755.
14. Cardoso LSM, Mendes LL, Meléndez GV. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Mineira Enferm*. 2013; 17(1):93-100.
15. Jung DL, Becker D, Renner JDP. Efeito prozona no diagnóstico de sífilis pelo método VDRL: experiência de um serviço de referência no sul do Brasil. *Rev. Epidemiol. Control. Infect*. 2014; 4(1):02-06.
16. Moraes M, Estevan M. Actualización en sífilis congénita temprana. *Archivos Pediatría del Uruguay*. 2012 mar; 83(1).
17. Guia Técnico de Sífilis, Sífilis Adquirida e Sífilis na Gestante Sífilis Congênita. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2014.
18. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012; 34(2):52-5.
19. Campos ALA, et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012; 34(9):397-402.
20. Teixeira SRS, Queiroz AP. Prevalência de sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul-MS. *Visão Universitária*. 2015; (2):13-26.