

ARTIGO ORIGINAL

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS GESTACIONAL NO TOCANTINS, BRASIL: FATORES ENVOLVIDOS NA DETECÇÃO DIAGNÓSTICA DESSE AGRAVO

EPIDEMIOLOGY OF GESTATIONAL SYPHILIS IN TOCANTINS, BRAZIL: FACTORS INVOLVED IN THE DIAGNOSTIC DETECTION OF THIS DISEASE

Wanderson Batista Silva¹; Vítor Campos Klein¹; Jaqueline das Dores Dias Oliveira².



Citação: Silva W. B. et al. (2019), EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS GESTACIONAL NO TOCANTINS, BRASIL: FATORES ENVOLVIDOS NA DETECÇÃO DIAGNÓSTICA DESSE AGRAVO, 6(4): 20-26.

Instituição:

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO.

² Docente Adjunta do Curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins.

Autor correspondente: Wanderson Batista Silva
wanderson.meduoft@gmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 7 de Fevereiro de 2020.

Direitos Autorais: © 2020 Araújo et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: Estima-se que ocorra anualmente cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, sendo a maioria em países em desenvolvimento. Apesar de ser uma doença de notificação compulsória, este agravo ainda apresenta dados subestimados no Brasil. **Objetivo:** Apresentar o perfil epidemiológico da incidência de sífilis em puérperas no Estado do Tocantins. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal para análise do perfil epidemiológico e da taxa de detecção da sífilis no estado do Tocantins. Os dados para avaliação foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos e de Notificação (SINAN), compreendendo o período de janeiro de 2006 até julho de 2016. **Resultados:** Identificou-se 1.403 gestantes com sífilis no período estudado, sendo a taxa média de detecção da doença em torno de 4,65 casos para cada 1.000 nascidos vivos. O terceiro trimestre de gestação se mostrou como o de maior detecção de casos. A faixa etária materna de maior prevalência foi entre 20-29 anos. **Conclusão:** Como o maior número de detecção foi durante o terceiro trimestre de gestação fortalecemos a ideia de que há falhas no rastreio pré-natal. Além disso, a escassez de benzilpenicilina na rede de atenção e a redução do uso de métodos contraceptivos de barreira contribuíram para o aumento no número de casos.

Palavras – chave: Sífilis, Gestação, Epidemiologia.

RESUME

Introduction: It is estimated that approximately 12 million new cases of syphilis occur annually in the adult population worldwide, with the majority in developing countries. Despite being a notifiable disease, this condition still presents underestimated data in Brazil. **Objective:** To present the epidemiological profile of the incidence of syphilis in puerperal women in the State of Tocantins. **Methods:** This is a cross-sectional study to analyze the epidemiological profile and the detection rate of syphilis in the state of Tocantins. The data for evaluation were obtained through the Disease Information and Notification System (SINAN), covering the period from January 2006 to July 2016. **Results:** 1,403 pregnant women with syphilis were identified in the studied period, with the average rate of detection of the disease around 4.65 cases for every 1,000 live births. The third trimester of pregnancy proved to be the one with the highest detection of cases. The most prevalent maternal age group was between 20-29 years old. **Conclusion:** As the highest number of detection was during the third trimester of pregnancy, we strengthen the idea that there are flaws in prenatal screening. In addition, the scarcity of benzylpenicillin in the care network and the reduction in the use of barrier contraceptive methods contributed to the increase in the number of cases.

Keywords: Syphilis, Gestation, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A sífilis gestacional, apesar de apresentar diagnóstico simples, por meio de métodos sorológicos de boa sensibilidade e especificidade, além de tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento¹.

Acredita-se que ocorram, anualmente, cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento².

Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25%³. Apesar da magnitude, esses números estão subestimados, pois a falta de notificação é uma realidade em muitos países, especialmente no Brasil, que possui dimensões continentais.

No Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados⁴. Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto. Paradoxalmente, a sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser facilmente controlada, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo de ambos.

A ação mais consistente para controle da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil⁵. Os fundamentos centrais do controle da sífilis congênita estão baseados na triagem sorológica das gestantes por meio de testes não-treponêmicos, principalmente o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), e o tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros sexuais⁶. Na égide do que foi exposto, a recomendação do Ministério da Saúde é que o método VDRL seja indicado dentre as técnicas de rastreio do pré-natal desde o primeiro trimestre, primando sua solicitação ainda na primeira consulta, o que reitera a necessidade de detecção precoce⁷.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivo verificar o percentual das gestantes com exame de VDRL reagente em qualquer período gestacional, ou na ocasião do parto, buscando apresentar o perfil epidemiológico da incidência de sífilis em puérperas no Estado do Tocantins.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), compreendendo o recorte temporal entre janeiro de 2006 e julho de 2016.

Após extraídos os dados da plataforma SINAN, os mesmos foram tabulados em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*, para, então, serem analisados. Sendo que os dados apontaram o índice de detecção, permitindo o cálculo da taxa de detecção, tendo como parâmetro o número total de puérperas levantado no período estudado.

Os dados foram estratificados por faixa etária materna, trimestre do diagnóstico, grau de escolaridade da gestante, além da classificação clínica da doença (Sífilis Primária, Secundária ou Terciária).

A partir de então, procedeu-se com a análise, por meio da taxa de detecção, confrontando-se os dados levantados com a literatura, além de parâmetros nacionais e loco-regionais.

Como os dados que serviram como substrato para este estudo são de domínio público, não se aventou a necessidade de apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa, sendo, no entanto, observadas as recomendações da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, nos dispositivos que tratam de dados cujo acesso é público.

RESULTADOS

Foram levantados 1.403 casos de sífilis (Tabela 01) em gestantes no Tocantins entre janeiro de 2006 e julho de 2016, sendo que a taxa média de detecção ficou em torno de 4,65 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Sífilis em Gestantes	Casos	Taxa de Detecção
2016	130	-
2015	206	8,3
2014	149	6
2013	114	4,7
2012	135	5,5
2011	113	4,5
2010	116	4,7
2009	87	3,5
2008	91	3,5
2007	134	5,4
2006	128	4,9
Total	1.403	4,65

Tabela 1 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2016⁸

Dentre os trimestres, o que registrou maior percentual de detecção e, portanto, confirmação diagnóstica, foi o 3º trimestre com 39,2% dos diagnósticos (Tabela 02.A e 02.B) sendo realizados nesse período gestacional. Esse dado é alarmante, tendo em vista que a detecção diagnóstica da doença é extremamente barata, pelos métodos atualmente disponíveis, além de acessível.

Idade Gestacional	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total
1º Trimestre	37	64	40	26	24	21	17	14	25	25	293
2º Trimestre	51	75	56	41	47	33	28	32	34	40	437
3º Trimestre	38	56	48	44	63	56	70	39	31	49	494
Idade gestacional ignorada	4	11	5	3	1	3	1	2	1	4	35
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 2.A - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2016⁸

Idade Gestacional	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total
1º Trimestre	28,5	31,1	26,8	22,8	17,8	18,6	14,7	16,1	27,5	21,2	23,3
2º Trimestre	39,2	36,4	37,6	36	34,8	29,2	24,1	36,8	37,4	33,9	34,7
3º Trimestre	29,2	27,2	32,2	38,6	46,7	49,6	60,3	44,8	34,1	41,5	39,2
Idade gestacional ignorada	3,1	5,3	3,4	2,6	0,7	2,7	0,9	2,3	1,1	3,4	2,8
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 2.B - Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2016. ⁸

Em relação à faixa etária materna da detecção, o maior percentual de casos foram registrados na faixa etária compreendida entre os 20 e 29 anos (Tabela 03.B), que foi de 54%. Outro dado digno de nota é que 68,7% dos casos de sífilis em gestantes foram registrados nas mulheres com Ensino Fundamental Incompleto. Além de que apenas 0,6% foram registrados em mulheres que concluíram o Ensino Superior.

Faixa Etária	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	Total
10 a 14 anos	7	6	4	1	5	2	0	3	0	1	0	0	30
15 a 19 anos	32	60	38	37	26	26	21	16	20	25	27	9	337
20 a 29 anos	66	105	77	53	79	60	58	53	54	81	72	22	780
30 a 39 anos	24	34	26	23	22	22	34	13	15	23	26	10	272
40 anos ou mais	1	1	4	0	3	3	3	2	2	4	2	1	26
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 3.A - Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2016.⁸

Faixa Etária	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	Total
10 a 14 anos	5,4	2,9	2,7	0,9	3,7	1,8	0	3,4	0	0,7	0,8	0	2,1
15 a 19 anos	24,6	29,1	25,5	32,5	19,3	23	18,1	18,4	22	18,7	21,1	21,4	23,3
20 a 29 anos	50,8	51	51,7	46,5	58,5	53,1	50	60,9	59,3	60,4	56,3	52,4	54
30 a 39 anos	18,5	16,5	17,4	20,2	16,3	19,5	29,3	14,9	16,5	17,2	20,3	23,8	18,8
40 anos ou mais	0,8	0,5	2,7	0	2,2	2,7	2,6	2,3	2,2	3	1,6	2,4	1,8
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 3.B - Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2016.⁸

Por fim, em relação à distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, percebe-se que a larga maioria, ou 64,5% dos casos diagnosticados foi de sífilis primária (Tabela 05.B), com melhor prognóstico e perfeitamente susceptível às terapias que se tem disponíveis na rede, especialmente com o uso da droga benzilpenicilina, cuja aplicação de uma única dose é forte preditor de cura. Nesse sentido, além da benzilpenicilina ser uma droga barata, é eficiente e com boa segurança para uso na gestação (classe B).

Escolaridade	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total
Analfabeto	0,8	1	0,7	0	0,7	1,8	5,2	2,3	0	0,8	1,3
1ª a 4ª série incompleta	6,9	3,9	3,4	10,5	9,6	12,4	6,9	10,3	11	15,3	8,4
4ª série completa	3,1	2,4	4,7	6,1	7,4	16,8	11,2	4,6	9,9	9,3	7,1
5ª a 8ª série incompleta	24,6	24,3	18,1	21,9	18,5	21,2	23,3	31	27,5	26,3	23,3
Fundamental completo	10	5,3	6	6,1	12,6	8,8	9,5	13,8	9,9	16,1	9,4
Médio incompleto	13,8	13,1	14,8	17,5	11,1	10,6	13,8	12,6	16,5	11	13,4
Médio completo	13,8	18	22,1	21,1	18,5	15	14,7	13,8	13,2	11,9	16,6
Superior incompleto	0,8	0,5	1,3	0	0,7	1,8	0,9	1,1	1,1	0	0,8
Superior completo	0,8	0,5	0,7	0,9	1,5	0	0,9	0	0	0	0,6
Não se aplica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	25,4	31,1	28,2	15,8	19,3	11,5	13,8	10,3	11	9,3	19,2

Tabela 4.B - Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2016.⁸

Escolaridade	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total
Analfabeto	1	2	1	0	1	2	6	2	0	1	16
1ª a 4ª série incompleta	9	8	5	12	13	14	8	9	10	18	106
4ª série completa	4	5	7	7	10	19	13	4	9	11	89
5ª a 8ª série incompleta	32	50	27	25	25	24	27	27	25	31	293
Fundamental completo	13	11	9	7	17	10	11	12	9	19	118
Médio incompleto	18	27	22	20	15	12	16	11	15	13	169
Médio completo	18	37	33	24	25	17	17	12	12	14	209
Superior incompleto	1	1	2	0	1	2	1	1	1	0	10
Superior completo	1	1	1	1	2	0	1	0	0	0	7
Não se aplica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	33	64	42	18	26	13	16	9	10	11	242

Tabela 4.A - Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2016.⁸

Classificação Clínica	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total
Sífilis Primária	50	94	69	60	59	61	66	48	45	69	621
Sífilis Secundária	12	16	15	10	15	12	21	10	14	18	143
Sífilis Terciária	27	19	27	10	19	16	6	4	5	12	145
Sífilis Latente	25	36	17	14	13	8	9	14	17	6	159
Ignorado	16	41	21	20	29	16	14	11	10	13	191

Tabela 5.A - Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2016.

Classificação	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total
Sífilis	38,5	45,6	46,3	52,6	43,7	54	56,9	55,2	49,5	58,5	49,3
Sífilis	9,2	7,8	10,1	8,8	11,1	10,6	18,1	11,5	15,4	15,3	11,4
Sífilis	20,8	9,2	18,1	8,8	14,1	14,2	5,2	4,6	5,5	10,2	11,5
Sífilis Latente	19,2	17,5	11,4	12,3	9,6	7,1	7,8	16,1	18,7	5,1	12,6
Ignorado	12,3	19,9	14,1	17,5	21,5	14,2	12,1	12,6	11	11	15,2

Tabela 5.B - Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2016.⁸

DISCUSSÃO

Pelos dados é possível perceber a expressa tendência de crescimento: tanto na taxa de detecção anual, quanto no número absoluto de casos, sendo que o último ano analisado por completo (2015) registrou o maior número de casos de sífilis em gestantes no período analisado, com 206 casos e 8,3 para cada 1.000 nascidos vivos de taxa de detecção. Os dados não são sólidos suficientemente para inferir a condição epidêmica, contudo é uma situação perfeitamente plausível tendo em vista o claro aumento no número absoluto de casos, sendo a projeção para 2016 a perspectiva de 260 casos.

Foi perceptível durante as análises que há uma ausência de um pré-natal eficaz e, conseqüentemente, falha na predição de risco para complicações ou más-formações fetais, uma vez que o diagnóstico tardio mina do profissional a oportunidade de intervenção e tratamento adequado, constituindo-se, assim, em fator marcador de mau prognóstico obstétrico e neonatal.

A faixa etária mais prevalente foi dos 20-29 anos, o que coincide com o auge da idade fértil da mulher, que é a terceira década de vida. Assim, como a maioria das gestações no Brasil são registradas na terceira década de vida da mulher, há de se esperar que a maioria dos casos de sífilis também fossem registrados nessa faixa etária materna.

Ao analisar o grau de escolaridade das gestantes, percebemos que o grau de instrução adquire destaque como fator protetivo para a mulher grávida, sendo que quanto maior a escolaridade, menores são as chances de se ter o diagnóstico de sífilis durante a gestação.

Apesar da maioria dos casos detectados serem da forma clínica primária da sífilis e que a terapêutica do protocolo é barata e acessível (benzilpenicilina), ela está em falta no mercado brasileiro, com desabastecimento dos principais centros de referência⁹. Assim, o cenário atual: de aumento progressivo dos casos nos últimos três anos, da escassez da droga mais eficaz no combate à disseminação sífilítica; a situação é preocupante com o iminente início de uma epidemia sem precedentes, sendo que os profissionais tem se atido ao fato de apenas prover detecção diagnóstica, não lhe sendo ofertada a possibilidade de instituir a terapêutica adequada.

CONCLUSÃO

Partindo de todos os apontamentos, algumas tendências podem ser percebidas: o maior número de detecção no terceiro trimestre de gestação evidencia clara e manifesta

falha no rastreio diagnóstico, que deveria acontecer durante o pré-natal, uma vez que, a detecção tardia é danosa para o desfecho obstétrico da gestante e da criança, contribuindo com o aumento da disseminação sífilítica e consequente transmissão vertical. Esse cenário vai de encontro às recomendações técnicas do Ministério da Saúde para a condução de um pré-natal eficaz e que marque o bom prognóstico para o desfecho obstétrico e neonatal.

Além disso, percebe-se a contribuição da escassez de benzilpenicilina na rede de atenção, tendo em vista, o vertiginoso crescimento no número de casos de sífilis nos últimos 3 anos, coincidindo com o período de desabastecimento. Tudo isso, somado à falta do uso do método contraceptivo de barreira é forte preditor dos fatores que contribuíram para o aumento no número de casos, frente ao aumento no número de diagnósticos.

Ademais, é possível perceber a carência no campo da literatura a respeito de estudos que evidenciem a contribuição dos fatores acima expostos na patogenia da transmissão vertical, assim como a prevalência de sífilis terciária em mães que foram portadoras de sífilis durante a gestação.

REFERÊNCIAS

1. Pires O, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19:162-5.
2. Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19:166-72.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: [Ministério da Saúde], 2009.
4. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Avanços na descentralização do controle de endemias. Belo Horizonte: [Ministério da Saúde], 2004.
5. Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150:710-6.
6. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ 2004; 82:433-8.
7. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para o controle de sífilis no Brasil. Brasília: [Ministério da Saúde], 2012.
8. SINAN: Sistema Nacional de Agravos de Notificações, Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/>>, acesso em 21/05/2018.
9. ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/legislacao/?inheritRedirect=true#/visualizar/29516>>.