

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM GESTANTES DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL NO PERÍODO DE 2015 A 2020

Janine Lima dos Santos¹
Marília Almeida Barreto²
Lusitânia Maria de Barros³

Medicina



RESUMO

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, a qual apresenta como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical. Quando adquirida na gestação pode causar consequências severas tanto para a mãe quanto para o feto e caso não seja tratada pode evoluir com sequelas irreversíveis ou até, em alguns casos, o óbito. O objetivo deste trabalho foi determinar a ocorrência de sífilis em gestantes da região nordeste do Brasil no período de 2015 a 2020. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, empregando dados secundários sobre a variação do número de casos confirmados de Sífilis Gestacional. Por meio da análise dos dados, observou-se que, o número confirmado de sífilis gestacional no período estudado somou um total de 54.518 casos. Somente no ano de 2018 foi evidenciado um aumento de 60,39% dos casos em relação ao ano de 2017. Esse aumento no número de casos foi observado em todas as regiões do Brasil, com destaque para a Região Nordeste e, está relacionado à mudança no critério de diagnóstico de casos de sífilis deste ano. Constatou-se ainda, que o ano de 2018 foi o que mais fez diagnóstico de sífilis independente do trimestre analisado. Os dados demonstram que essa infecção representa um grave problema de saúde pública, associado a um pré-natal deficiente, atraso na realização do diagnóstico e tratamento precoce, além de complicações perinatais como a sífilis congênita.

PALAVRAS-CHAVE

Sífilis Gestacional, sífilis congênita, epidemiologia, transmissão.

ABSTRACT

Syphilis is a bacterial infection caused by *Treponema pallidum*, whose main forms of transmission are sexual and vertical. When acquired during pregnancy, it can cause severe consequences for both mother and fetus, and if not treated, it can evolve with irreversible sequelae or even, in some cases, death. The purpose of this study was to determine the occurrence of syphilis in pregnant women in northeast Brazil from 2015 to 2020. This is a descriptive and retrospective epidemiological study, using secondary data on the variation in the number of confirmed cases of Gestational Syphilis. Through data analysis it was observed that the confirmed number of gestational syphilis in the study period amounted to a total of 54,518 cases. Only in 2018 was evidenced an increase of 60.39% of cases compared to 2017. This increase in the number of cases was observed in all regions of Brazil, especially in Northeast and it's related to the change in the criteria for diagnosing syphilis this year. It was also found that, 2018 was the year that most diagnosed syphilis, regardless of the quarter analyzed. The data demonstrated that this infection represents a serious public health problem, associated with poor prenatal care, delays in diagnosis and early treatment, in addition to perinatal complications such as congenital syphilis.

KEYWORDS

Gestational Syphilis, congenital syphilis, epidemiology, transmission.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, causada por uma bactéria do grupo das espiroquetas, o *Treponema pallidum*, que apresenta manifestações cutâneas e sistêmicas. Possui como principais formas de transmissão as vias sexual – vaginal, anal e oral – além da transmissão vertical. Manifesta-se com evolução crônica, sendo frequentemente assintomática. Em razão disso, essa patologia pode ser subdiagnosticada e, quando não tratada, pode causar consequências severas tanto para a mãe quanto para o feto, como por exemplo o óbito (PADOVANI *et al.*, 2018).

O diagnóstico da sífilis é fundamentalmente sorológico, feito por meio de um teste não treponêmico, o VDRL, por essa razão é primordial que todas as gestantes sejam orientadas para a realização dos testes já na primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre de gestação, devendo repetir a sorologia no início do terceiro trimestre, para que, se necessário, o tratamento seja instituído de maneira apropriada e no tempo adequado (PADOVANI *et al.*, 2018).

O treponema atravessa a barreira hematoencefálica, a barreira hematoliquórica e a barreira transplacentária, por isso, em caso de sífilis na gestação, o agente etiológico pode ser transmitido para o feto, transmissão vertical, e isso pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Com frequência, a

sífilis fetal ocorre, em geral, entre a 16^a e a 28^a semana gestacional, o que caracteriza a sífilis congênita (SILVA *et al.*, 2020).

É importante que as gestantes sejam avaliadas por profissionais habilitados e rastreadas para sífilis, frequentemente, com o objetivo de detectar, de forma precoce, a infecção. Além disso, deve-se realizar a busca ativa dos parceiros dessas gestantes infectadas para uma abordagem diagnóstica e terapêutica com o objetivo de impedir novas infecções. Para tanto, é essencial uma sensibilização, tanto dos profissionais de saúde como da população, a respeito da importância do diagnóstico precoce e da instituição do tratamento no tempo oportuno (PADOVANI *et al.*, 2018).

Esta patologia pode acometer todas as classes sociais. E, apesar de existir um tratamento eficaz, essa doença ainda exhibe altas taxas de incidência, representando um desafio para a saúde pública (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

O tratamento é acessível, efetivo e existe há mais de 60 anos, sendo fundamentado na administração de penicilina G benzatina, um antibiótico distribuído em todo o território nacional pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com eficácia comprovada cientificamente (TEIXEIRA, 2015).

Diante do exposto, este trabalho visa avaliar o perfil epidemiológico de pacientes acometidas pela sífilis gestacional na região nordeste do Brasil no período de 2015 a 2020.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, onde foram aproveitados dados secundários, que variaram entre os anos de 2015 a 2020, sobre o número de casos confirmados de sífilis gestacional na região Nordeste do Brasil. As variáveis analisadas foram: número de casos diagnosticados de gestantes com sífilis, casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional e casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade.

As informações foram alcançadas por meio de consulta ao SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>, que foi acessado em julho de 2021.

O estudo analisa dados de domínio público e, por essa razão, não necessita ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, os dados analisados evidenciaram que o número de casos confirmados de sífilis gestacional, entre 2015 e 2020, somaram um total de 54.518, como demonstrado na Tabela 1. No ano de 2018, foi evidenciado um aumento de 60,39% dos casos em relação ao ano de 2017 (SINAN, 2021)

O ano com menor quantidade de casos foi 2020, com apenas 9,05%, sendo que os dados, no DATASUS, estão incluídos somente até a metade do ano. Isso de-

monstra que esse declínio pode estar relacionado com problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, o que pode causar diferença no total de casos entre as bases de dados municipal, estadual e federal de sífilis (CAVALCANTE *et al.*, 2021). Esse fato, foi procedente da redução na realização de testes e do pré-natal devido à mobilização local dos profissionais de saúde causada pela pandemia de covid-19, resultando em doença subdiagnosticada e conseqüentemente subnotificada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2018 o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões, com destaque para a Região Nordeste. Esse aumento está relacionado à mudança no critério de diagnóstico de casos de sífilis, que passou a considerar a notificação a partir de outubro de 2017, não somente durante o pré-natal, mas também no parto e no puerpério (DOMINGUES *et al.*, 2021).

Tabela 1 – Casos de gestantes com sífilis (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020



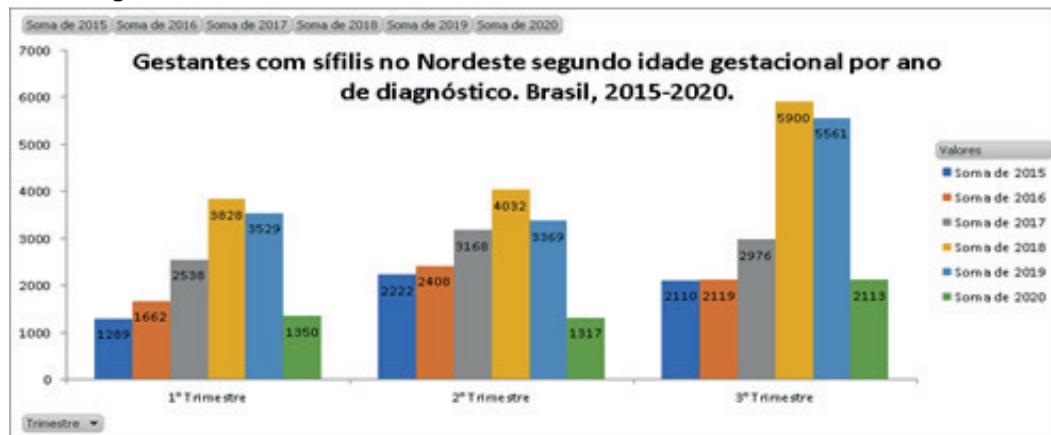
Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação- DATASUS.

No mesmo período, foram registrados os casos de sífilis diagnosticados em gestantes segundo o trimestre gestacional, como ilustrado na tabela 2. Dos anos analisados, o ano de 2018 foi o que mais fez diagnóstico de sífilis independente do trimestre analisado.

O diagnóstico feito no 1º trimestre totalizou um número de 14.246 casos, no 2º trimestre 16.516 casos e no 3º trimestre 20.779 casos, confirmando assim uma prevalência do diagnóstico da sífilis no terceiro trimestre, especificamente na região Nordeste. Esses dados representam o atraso na detecção e diagnóstico precoce da doença, visto que o diagnóstico deve ser feito idealmente no primeiro trimestre para que o tratamento possa ser iniciado o mais precoce possível com o objetivo de promover remissão da doença antes que essa seja transmitida para o feto (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

Segundo o boletim do Ministério da Saúde, o ano de 2018 apresentou a maior proporção de diagnósticos de sífilis no primeiro trimestre da gestação em todas as regiões do Brasil, porém apesar de ter exposto significativo aumento dos diagnósticos no primeiro trimestre, a região Nordeste exibe uma prevalência de diagnósticos no terceiro trimestre gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Tabela 2 – Casos de gestantes com sífilis no Nordeste segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020



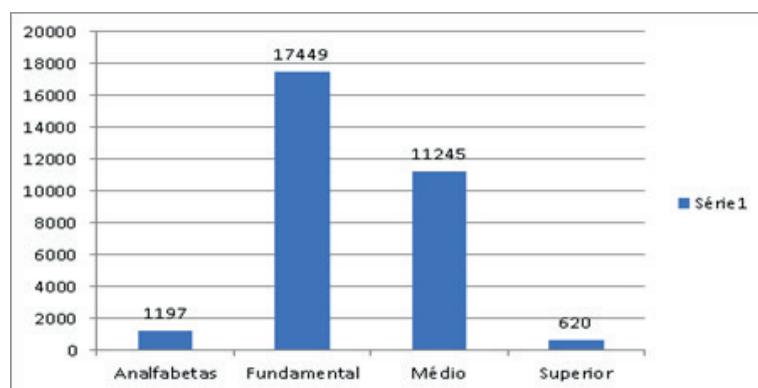
Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação - DATASUS.

A doença apresenta três fases de evolução e são caracterizadas por sífilis primária, secundária e terciária, além de períodos de latência. Normalmente, após 21 dias da infecção, a fase primária tem início com o aparecimento de úlcera genital denominada cancro duro ou protossifiloma. É uma lesão única, indolor e de bordas endurecidas que pode durar de 2 a 6 semanas (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

A sífilis secundária é caracterizada pelo aparecimento de lesões na pele e nos órgãos internos e, muitas vezes, está associada a sintomas como febre e mialgia. Geralmente essa fase possui um período de latência onde, por anos, os sinais e sintomas são inexistentes (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

Após vários anos da infecção inicial surge a fase terciária da doença caracterizada pela formação de granulomas destrutivos. São lesões localizadas que envolvem pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso, podem também acometer os ossos, o fígado e os músculos (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

Tabela 3 – Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade. Brasil, 2015-2020



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação - DATASUS.

Uma das principais características sociodemográficas das gestantes com sífilis é a escolaridade baixa, o que demonstra ser um importante marcador de maior risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis (PEREIRA *et al.*, 2020). De acordo com o Boletim do Ministério da Saúde, no Brasil, entre 2015 e 2020, 57,2% das mulheres com diagnóstico de sífilis tinham apenas o ensino fundamental completo ou incompleto, 36,8% tinham o ensino médio completo ou incompleto, 3,9% eram analfabetas e apenas 2% tinham nível superior de escolaridade como demonstrado na tabela 3 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A inclusão da sífilis gestacional (SG) como IST, de notificação compulsória, é atribuída por sua alta prevalência e taxa de transmissão vertical (que pode variar de 30% a 100% se não tratada ou tratada inadequadamente). A doença é diagnosticada, durante o pré-natal, no momento da curetagem ou do parto, quando uma gestante apresenta sinais e sintomas clínicos de sífilis e/ou apresenta sorologia não treponêmica reagente, independente da titulação e do resultado do teste treponêmico (SANARE, 2018). Vale ressaltar que a presença de IST, como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção pelo HIV (PEREIRA *et al.*, 2020).

A transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna e pode desencadear aborto espontâneo, malformações congênitas, natimorte ou morte perinatal em cerca de 40% das crianças infectadas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019). Em mulheres não tratadas e que se encontram nas fases primária e secundária da doença a taxa de infecção é de 70 a 100%, sendo reduzida para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O acompanhamento pré-natal estabelece a realização do exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que é um teste sorológico não treponêmico, amplamente disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O exame é usado para detecção da sífilis no início da gestação e repetido por volta da 28ª semana, com a finalidade de prevenção da transmissão da patologia da mãe para o feto, bem como para promoção à saúde da gestante (TEIXEIRA, 2015).

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento deverá ser iniciado, tanto para a gestante como para o seu parceiro. O protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde tem duração de 3 semanas e consiste em um esquema de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina (2 ampolas), por via intramuscular, na região glútea, a cada 7 dias tendo como meta que essas 3 doses sejam aplicadas até 30 dias antes do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Quando iniciado após a décima quarta semana de gestação é considerado tratamento para um potencial feto infectado devido ao alto nível de transmissão. Somente o tratamento no primeiro trimestre impede a infecção fetal (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

No Brasil, a sífilis apresenta-se como um desafio para a saúde pública e, neste espectro, observa-se a importância do conhecimento do cenário epidemiológico da doença em discussão tanto em âmbito nacional quanto regional e suas formas de transmissão, como motivação para a busca de ações consistentes e eficazes na prevenção da ocorrência, do agravo e, a longo prazo, de suas complicações (DOMINGUES *et al.*, 2020).

4 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou um predomínio de diagnósticos da sífilis no terceiro trimestre de gestação com prevalência da doença na fase primária. Evidenciando assim, um diagnóstico considerado tardio da infecção podendo comprometer a interrupção da transmissão vertical. Esse fato pode estar relacionado ao início tardio do pré-natal nas gestantes, além de uma baixa sensibilidade como também baixa efetividade da assistência pré-natal proporcionada.

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno da sífilis gestacional, o tratamento da doença ainda é um desafio, principalmente, devido a existência de grande número de casos, indicando, assim, fragilidades na assistência ao pré-natal. É necessário, portanto, que haja um monitoramento a respeito do acesso e da qualidade da atenção básica.

A Sífilis é considerada um problema de saúde pública mundial com tendência epidêmica crescente nos países em desenvolvimento e, por essa razão, exige a necessidade de ações de educação em saúde mais rigorosas para auxiliar na prevenção e no diagnóstico precoce da infecção na mulher, no seu parceiro e reforçar a importância do autocuidado.

Esse planejamento pode ser feito por ações, incluindo aulas de educação sexual nas escolas, que possam explicar a importância do uso do preservativo para evitar a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, é essencial que as gestantes que faltam às consultas de pré-natal sejam contactadas por meio de busca ativa pela equipe multiprofissional para realização de tratamento quando diagnosticadas, assim como seus parceiros para evitar uma nova infecção. Espera-se que com essas medidas os casos de sífilis diminuam em gestantes na região nordeste do Brasil.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi *et al.* Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQcFWSkPL/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília, Distrito Federal, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

CAVALCANTE, Kalyne Moraes *et al.* Perfil epidemiológico da Sífilis gestacional no Nordeste brasileiro entre 2015 e 2020. **Brazilian Journal of Health Review**,

Curitiba, v. 4, n. 3, p. 14055-14063 maio/jun. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/31979>. Acesso em: 1 maio 2021.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes *et al.* Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **SciELO**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2021.

DANTAS, Livia Azevedo *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, 217-245, mar. 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200217. Acesso em: 2 maio 2021.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera *et al.* Protocolo brasileiro para Infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, Esp.1, p. e2020597, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2021.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e000745192020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1089450>. Acesso em: 7 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Número Especial, Ano V, n. 1, out. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 8 maio 2021.

NONATO, Solange Maria *et al.* Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, out./dez. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-772113>. Acesso em: 11 maio 2021.

PADOVANI, Camila *et al.* Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. e3019, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

PEREIRA, Allana Lopes *et al.* Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. **FEMINA**, v. 48, n. 9, p. 563-567, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122585/femina-2020-489-563-567.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2021.

SANARE, Sobral. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **Scielo**, v. 17, n. 2, p. 13-20, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3pCKZ5sv6CBCBtzCYgCHP3s/?lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2021.

SILVA, Giordana Maronezzi da *et al.* Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. **Enferm. glob.**, v. 19 n. 57, jan. 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412020000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 jun. 2021.

TEIXEIRA, Mariana Ataíde. Ações de Controle da Sífilis em Gestantes na Estratégia Saúde da Família na Cidade de Nova Iguaçu/RJ. **Unasus**, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7997>. Acesso em: 3 abr. 2021.

Data do recebimento: 7 de Fevereiro de 2023

Data da avaliação: 9 de Maio 2023

Data de aceite: 9 de Maio de 2023

1 Acadêmica do curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL

E-mail: janinelima.med@gmail.com

2 Acadêmica do curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: mariliabarreto85@gmail.com

3 Professora do curso de Medicina, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL; Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. E-mail: lusitania.maria@souunit.com.br