

CARACTERIZAÇÃO DA SÍFILIS GESTACIONAL NA BAHIA NO PERÍODO DE 2010 A 2019

Carolina Souto Azevedo

Centro Universitário FTC

Eduarda Almeida Lyrio

Centro Universitário FTC

Gustavo Pedreira Dantas

Centro Universitário FTC

Rhayssa Vasconcelos Leitão

Centro Universitário FTC

Andréa Mendonça Gusmão Cunha

Centro Universitário FTC, Universidade Federal da Bahia

Palavras-chaves: Sífilis gestacional. Epidemiologia. Infecção Sexualmente Transmissível.

A sífilis é uma infecção sistêmica e crônica, causada por uma bactéria denominada *Treponema pallidum*.¹⁻³ É uma enfermidade de notificação compulsória e é considerada um grande problema de saúde pública que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de impactos significativos, principalmente entre mulheres e recém-nascidos de mães com sífilis.^{4,5} Essa infecção é marcada por fases distintas, desde a infecção até seus estágios: primário, secundário, latente e terciário. A transmissão se dá principalmente por contato sexual, contudo pode ocorrer transmissão vertical (via transplacentária) para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.³⁻⁶

A sífilis gestacional (SG) tem como possíveis desfechos o abortamento, restrição de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, malformações congênicas, óbito fetal ou recém-nascido (RN) com sífilis congênita.^{3,7,8} Essa infecção afeta cerca de um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a natimorte ou morte perinatal em cerca de 40% infectadas.^{5,6,9,10}

Apesar do potencial de gravidade e complicações a sífilis gestacional é uma infecção de diagnóstico relativamente fácil (combinação dos critérios clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta) e seu tratamento pode ser realizado através de antibioticoterapia de baixo custo, utilizando a penicilina B benzatina.^{1,13} O rastreio deve ser feito na primeira consulta pré-natal que deve ser realizada ainda no primeiro trimestre da gestação.¹⁰ Isso resultaria na prevenção de natimortos, prematuridade, morte neonatal e incapacidade a longo prazo de crianças.¹¹⁻¹⁴

Apesar da relevância clínica-epidemiológica, perpetua-se a falta de conhecimento por parte da população brasileira no que tange às medidas preventivas contra as infecções sexualmente transmissíveis, impacto da sífilis nas diversas populações e morbimortalidade atrelada a infecção. No Brasil, a região Nordeste, se destaca por ser a segunda região com maior número de casos de SG no país. Além disso, evidencia-se no período em análise uma alta incidência de novos casos de SG na população baiana, ocasionando as mais diversas complicações para os conceptos/recém-nascidos afetados por essa infecção evitável.^{1,5}

Logo, melhorar a vigilância dessa infecção na Bahia favorece reconhecimento do status sorológico e início precoce da terapêutica materna, permitindo o planejamento e a avaliação das medidas de prevenção e controle da sífilis, especialmente da transmissão vertical do *T. pallidum*^{5,14}. O levantamento desses dados também fornecem subsídios para o desenvolvimento de estudos posteriores acerca do impacto dessa patologia na saúde materno-fetal e o ônus para os serviços de saúde pública em decorrência de sua morbimortalidade. Além disso, demonstra a importância dos médicos e da equipe multidisciplinar na disseminação do conhecimento acerca do tema entre a população que assistida, ratificando a relevância da promoção da saúde.

Este artigo é um estudo epidemiológico, descritivo, que utilizou dados secundários obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram levantados/pesquisados os casos notificados de sífilis gestacional no estado da Bahia no período de Janeiro/2010 a Dezembro/2019. As variáveis maternas analisadas foram: idade gestacional, faixa etária, escolaridade, raça/cor e classificação clínica da doença. Os dados "Ignorados" ou "Não se aplica" não foram excluídos a fim de evitar a subestimação dos dados e serão analisados como uma única categoria. O presente trabalho utilizou dados secundários de domínio público, não tendo como objetivo estudar informações acerca de pessoas ou instituições. Assim, não houve necessidade de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Tabela 1 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Bahia, Brasil, 2010-2019.

ANO	Casos	Taxa de detecção	Casos/População (1000000)
2010	523	2,50	37,3
2011	787	3,70	55,8
2012	957	4,60	67,5
2013	1317	6,50	87,5
2014	1747	8,60	115,5
2015	1977	9,60	130,0
2016	2495	12,50	163,3
2017	2808	13,80	183,0
2018	3897	19,00	263,1
2019	2274	11,10	152,9

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No período de Janeiro/2010 a Dezembro/2019, na Bahia, foram notificados 18.782 casos de sífilis gestacional. Ao analisar a idade das gestantes, evidenciou-se um predomínio da faixa etária de 20-29 anos (44,55%; 7.571/16.995); em seguida, as faixas etárias de 15-19 anos (26,78%; 4.552/16.995), 30-39 anos (24,34%; 4.137/16.995), ≥ 40 (2,71%; 461/16.995) e 10- 14 anos (1,61%; 274/16.995). No quesito raça/cor identificou-se um quantitativo expressivo de gestantes pardas (57,58%; 10.043/17.441) e pretas (21,86%; 3.812/17.441); enquanto as demais raças (branca, amarela e indígena) somadas representam (8,87%; 1.547/17.441). Quanto à escolaridade das gestantes, houve um maior número de casos em pacientes com ensino fundamental incompleto (34,4%; 6.067/12.621), enquanto a minoria apresentou ensino superior completo (0,55%; 97/12.621). Avaliando as classificações clínicas dos casos de sífilis, chama a atenção que (35%; 6.651/18.782 dos casos tiveram classificação "ignorada", alertando para a necessidade de um estadiamento mais preciso da doença. Na análise da idade gestacional dos das gestantes no momento do diagnóstico, foi observada uma superioridade entre os conceitos no terceiro trimestre da gestação (34,1%; 6.404/18.782), seguida de uma quantidade expressiva de casos no segundo trimestre (32,46%; 6.404/18.782).

Através dos resultados observou-se uma tendência crescente do número de casos de sífilis gestacional a partir de 2010 até 2018. Esse aumento pode ser explicado devido aumento da cobertura populacional na Atenção Básica para o diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, e melhorias na notificação de casos pelos profissionais de saúde e descentralização dos testes rápidos para unidades básicas de saúde de toda a Bahia. Ações essas implementadas por países das Américas que visavam a eliminação da transmissão vertical da sífilis.

A partir dos dados apresentados, pode-se inferir que a SG acomete principalmente jovens de pretas e pardas de baixa escolaridade. Esses dados possibilitam presumir que pode haver uma questão relacionada a marginalização social e sobre a dificuldade no acesso a educação sexual entre as jovens baianas, seja por omissão do estado em implementar programas sociais efetivos acerca da saúde da mulher ou pela abordagem da sexualidade feminina ainda ser considerada um tabu para a sociedade, perpetuando assim, gestações indesejadas e contaminação por patógenos sexualmente transmissíveis.¹⁴ Além disso, o diagnóstico foi realizado comumente no terceiro trimestre gestacional o que pode provocar danos irreversíveis e letais para o feto devido a uma triagem tardia da doença. Ademais, a classificação clínica da SG foi um dado ignorado na grande maioria dos casos notificados, o que pode determinar falha terapêutica por manejo inadequado da SG. Este estudo buscou demonstrar a evolução temporal da sífilis gestacional na Bahia, apresentando os fatores de risco (faixa etária, raça/cor e nível de escolaridade) e grupos de maior vulnerabilidade. Ademais, visa contribuir na orientação de ações em gestão e saúde pública dirigidas ao combate da SG. Todavia, há limitações inerentes ao método empregado e à utilização de dados secundários em fontes oficiais, os quais possivelmente possui subnotificação de casos, classificação clínica incorreta e preenchimento incompleto das fichas de notificação.¹⁰⁻¹² Portanto, os resultados põem em pauta a carência social quanto as políticas públicas e acessibilidade de informação, cabendo ao profissional da saúde e as instituições governamentais unirem-se em prol da educação sanitária e sexual, prevenindo assim novos casos e contribuindo para a manutenção da saúde materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Sífilis na gravidez: a realidade em um hospital público. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. Fevereiro de 2019; 41 (2): 90-96;
2. Lafeté KRG, Martelli HJ, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev bras epidemiol 2016; 19(1):63-74;
3. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate. 2019; 43 (123): 1145-1158;
4. Silva GM, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CAM. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. Enferm. Glob 2020; 19 (57): 107-150;
5. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. J Health Biol Sci.2017;5(1):56-61;
6. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2017; 17(4):781-789;
7. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. Plos One. 2019; 14(7): e0219613;
8. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23 (2): 563-574;
9. Cavalcante PM, Pereira RBL, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saúde 2017; 26(2):255-264;
10. Alves PIC, Scatena LM, Haas VJ, Castro SS. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. Ciênc. saúde coletiva 2020; 25(8): 2949-2960;
11. Taylor M, Gliddon H, Findlay SN, Lavery M, Broutet N, Mercier LP. Revisiting strategies to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. The Lancet Global Health 2018; 6(1): 26-28;
12. Storey A, Seghers F, Mercier LP, Peeling RW, Owiredu MN, Taylor MM. Syphilis diagnosis and treatment during antenatal care: the potential catalytic impact of the dual HIV and syphilis rapid diagnostic test. The Lancet Global Health 2019; 7(8): e1006;
13. Suto CSS, Silva DL, Almeida EDS, Costa LEL, Evangelista, TJ. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. Rev Enferm Atenção Saúde 2016; 5(2):18-33;
14. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad. Saúde Pública 2020; 36(3): e00074519