

## INCIDÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (2012-2016), BRASIL

John Allef Santos Medeiros (1); Alissandra Alcântara da Silva (2); Ariana Rodrigues Galvão Paiva(2); Isabela de Lima da Silva(2); Amanda Almeida Gomes Dantas (3); Dany Geraldo Kramer(4)

### Resumo

A sífilis na gestação é responsável por morbimortalidade intrauterina, embora apresente fácil tratamento e diagnóstico. Assim, objetivou-se analisar as características da sífilis na gestação no Rio Grande do Norte (entre 2012 a 2016). Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo, utilizando dados de domínio público por meio do aplicativo TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados utilizados foram dos casos confirmados de sífilis na gestação no estado, registrados no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Nesse espaço de tempo foram confirmados 1.161 casos de sífilis gestacional. Desses, o maior número de casos foi na capital Natal com 364 casos. A maioria obteve teste não treponêmico reativo e classificação da sífilis como primária. Com base nos resultados, observou-se alta taxa de incidência de sífilis gestacional. Tendo em vista isso, há necessidade de ações eficazes, com foco na qualidade do pré-natal, com teste de sífilis para todas as grávidas. É preciso ampliar o diagnóstico laboratorial e disponibilizar todo o tratamento necessário durante o pré-natal e no momento do parto com o intuito de diminuir as chances de transmissão para o feto.

Palavras chaves: Sífilis gestacional; Estudo retrospectivo; Rio Grande do Norte.

### 1 INTRODUÇÃO

A sífilis na gestação está relacionada com desfechos perinatais adversos em torno dos 15% dos casos (GUINSBURG E SANTOS, 2010). Estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante

precariedade na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto (BRASIL, 2012).

Estima-se que 1,5 milhão de mulheres grávidas são infectadas com sífilis anualmente, metade delas não são tratadas e terão filhos com resultados adversos, como óbito neonatal, baixo peso ao nascer e/ou evidência clínica de infecção (WHO, 2012). No Brasil, estima-se uma taxa de prevalência da sífilis de 0,89%, sendo em 1,14% na região Nordeste (CUNHA E MERCHAN-HAMANN, 2015).

A maioria das mulheres infectadas são identificadas durante a gestação ou no momento do parto. Entretanto, observa-se que entre 38% a 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias para sífilis (ROMANELLI et al., 2006).

A sífilis gestacional pode evoluir para a sífilis congênita, pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, por via transplacentária (BRASIL, 2017), podendo ocorrer em qualquer fase da gestação, acarretando em risco de aborto, natimorto e óbito perinatal (BRASIL, 2015).

Apesar do fácil tratamento e diagnóstico da sífilis, a mesma permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da assistência pré-natal (DOMINGUES et al., 2014; CALÁS, 2015).

Esse fato advém de várias causas: obstáculos para a realização do diagnóstico e tratamento, dificuldade de abordagem das ISTs, dos parceiros sexuais não diagnosticadas e/ou tratadas e, provavelmente, do desconhecimento da relevância da doença e os danos que pode causar à saúde da mulher e do bebê. Além disso, pode ser influenciada em parte, pela redução do uso de preservativos e/ou não utilização da penicilina (MAGALHÃES et al, 2013; LIMA et al., 2013; DOMINGUES et al., 2013).

Diante do reconhecimento da sífilis na gestação como um problema de saúde pública, torna-se imprescindível conhecer a dimensão da doença em nível local. Assim, objetivou-se analisar as características da sífilis na gestação

no Rio Grande do Norte entre os anos de 2012 a 2016, dando ênfase aos dados sociodemográficos e clínicos da população afetada.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, utilizando dados de domínio público e acesso irrestrito, cujo levantamento ocorreu por meio do aplicativo TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados coletados foram referentes a todos os casos confirmados de sífilis na gestação em residentes no Rio grande do Norte, registrados entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

A taxa de incidência de sífilis em gestantes por ano foi calculada dividindo-se o número de casos confirmados pelo número total de nascidos vivos no estado e multiplicando-se por 1.000. Um gráfico de linhas foi elaborado no Microsoft Excel 2016 para exibir as tendências das taxas ao longo dos anos mais recentes – de 2012 a 2016, afim de observar a evolução da incidência. A informação dos casos confirmados de sífilis em gestantes nos anos de 2012 a 2016 foram apresentadas em um mapa de distribuição espacial obtidos por meio do TABNET.

As seguintes variáveis foram selecionadas e dispostas na forma de tabelas em número absoluto e relativo: faixa etária (10-19, 20-39, 40-59, ignorado/em branco), escolaridade (analfabeta, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, ignorado/em branco), teste não treponêmico (reativo, não reativo, não realizado, ignorado/em branco) e classificação clínica da sífilis em gestante (primária, secundária, terciária, latente, ignorado/em branco). Também foi utilizada a variável do diagnóstico de sífilis materna mediante a ocorrência de sífilis congênita (durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto) para tal, utilizou-se outra categoria no DATASUS de doenças e agravos de notificação – a sífilis congênita, sendo susceptível a alterações numéricas.

## RESULTADOS

No período de 2012 a 2016 foram confirmados cerca de 1.161 casos de sífilis em gestantes no Rio Grande do Norte. Sendo constatado o maior número de casos em Natal, a capital do estado, com 364 casos, em segundo lugar ficou a cidade de Parnamirim com 178 casos, seguido de Mossoró com 89 e São Gonçalo do Amarante com 69. O mapa a seguir ilustra a distribuição espacial dos casos confirmados da patologia, segundo município de residência no período de 2012 a 2016 (Figura 01) .

Figura 01: Mapa de distribuição espacial dos casos confirmados de sífilis gestacional. Fonte: DATASUS, 2018.

A incidência da sífilis materna no período estudado foi de 4,9 para cada 1000 habitantes. Observou-se uma oscilação dos números ao longo dos anos, sendo necessário destacar 2013 com a menor taxa: 3,7 casos por 1000 nascidos vivos, e 2016 com 5,7 por 1000 nascidos vivos sendo a maior, conforme ilustrado na Figura 02.

Figura 02: Progressão da incidência de sífilis gestacional entre 2012 a 2016. Fonte: DATASUS

Nos anos trabalhados, as faixas etárias de maior ocorrência foi entre 20 a 39 anos (70,2%) e 15 a 19 anos (25,6%). A maioria apresentava baixa escolaridade com ensino fundamental incompleto (38,9%). Quanto à classificação clínica, resposta ao teste não treponêmico e diagnóstico de sífilis materna com ocorrência de sífilis congênita, observou-se que a maioria (95,2%) teve o teste reativo, na classificação clínica (41,4%) foi agrupada como sífilis primária. Enquanto ao diagnóstico de sífilis materna obteve-se ao pré-natal (44,6%) seguido no momento do parto/curetagem (43,3%) - Tabela 01, 02, 03.

Tabela 1. Casos confirmados de sífilis em gestantes segundo teste não treponêmico e classificação clínica, Rio Grande do Norte, Brasil, 2012-2016. Fonte: DATASUS

Tabela 2. Casos confirmados de sífilis em gestantes segundo faixa etária e escolaridade, Rio Grande do Norte, Brasil, 2012-2016. Fonte: DATASUS

Tabela 3. Diagnósticos de Sífilis materna mediante a ocorrência de sífilis congênita, Rio Grande do Norte, Brasil, 2012-2016. Fonte: DATASUS

#### DISCUSSÃO

No período estudado, com dados obtidos pelo DATASUS, foi possível calcular que o Rio Grande do Norte (RN) apresentou um número de casos de sífilis materna correspondente a 1,09% dos casos que ocorreram no Brasil dos anos de 2012 a 2016. Tendo em vista esse cálculo, nota-se que a porcentagem foi pequena, considerando o tamanho e a dimensão do estado do RN que contem 3.168.027 habitantes – segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Porém, a sífilis durante a gestação é uma doença de notificação compulsória que apresenta grande risco tanto para a gestante como para o feto, necessitando de intervenções a nível estadual o quanto antes, afim de minimizar possíveis danos à saúde humana.

Existe uma tendência de doenças infecciosas terem incidência mais elevada em municípios maiores, provavelmente em razão de uma maior velocidade de disseminação em ambientes com maior densidade populacional (ROCHA et al., 2015). Neste estudo, o município com maior número de casos notificados foi a capital, Natal, seguido por Parnamirim, ambos são os municípios com maior densidade demográfica do estado (IBGE, 2018), o que pode justificar a maior ocorrência de casos.

Sendo assim, esses municípios demandam uma maior atenção e implementação de medidas profiláticas com atuação de gestores e profissionais da saúde na divulgação de informações acerca da doença e no provimento de meios de prevenção nessas localidades. Porém, alguns municípios demonstraram números alarmantes, considerando sua densidade populacional, como por exemplo São Gonçalo do Amarante que tem a população de 87.668 com 69 casos registrados, sendo esse número aproximado a quantidade de casos presentes no município de Mossoró, que possui a população de 259.815 com 89 casos. Outro que chamou atenção foi Parelhas que confirmou 24 casos, número alto considerando seu baixo número de habitantes - 20.354 pessoas, tendo em vista que Ceará-Mirim com 68.141, possuindo mais que o triplo da população de Parelhas obteve-se apenas 2

casos a mais confirmados (26). Isso demonstra uma possível deficiência do cuidado pré-natal e de ações preventivas e educacionais. Os dados populacionais foram obtidos através do último censo do IBGE, realizado no ano de 2010.

A sífilis em gestantes permanece como doença a ser prevenida e controlada; no entanto, dificilmente é possível estabelecer um grupo de risco para a doença. Segundo a pesquisa, foi possível descrever características mais comuns nessa população: mulheres jovens, entre 20 e 29 anos de idade, com uma precariedade escolar (ensino fundamental incompleto), sugerindo que esses são grupos populacionais mais expostos à infecção, o que indica a necessidade de maior atenção dos programas de controle.

Também é muito importante salientar o número de casos registrados entre gestantes adolescentes, precisando também de uma atenção voltada para esse público. Guinsburg e Santos (2010) referiram se (retirar) também encontram associado a essa condição de fatores como o baixo nível socioeconômico, ao uso de drogas e ao abandono da escola. Apesar desse grupo ter demonstrado maior número de casos, outros casos também foram notificados em mulheres com ensino médio completo e ensino superior, corroborando a favor de que a sífilis, assim como outras IST'S, não afeta apenas um grupo de risco específico, devendo ser fundamental a atividade profilática para a população em geral (PATEL et al., 2012).

Para diagnóstico, o MS recomenda a utilização de teste não treponêmico no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no momento da internação hospitalar (BRASIL, 2012). Neste estudo a maioria das gestantes realizou teste não treponêmico, apresentando número superior ao encontrado em outros estudos analisados (CAMPOS et al., 2010; CALAS, 2015). Os resultados mostraram que 88% das gestantes realizaram o teste, no entanto, esse número está além do preconizado, que é atingir uma cobertura de testagem para sífilis  $\geq 95\%$ .

Ademais, os resultados apontaram que uma significativa quantidade dos diagnósticos de sífilis materna ocorreu no momento do parto com a ocorrência da sífilis congênita, fato que indica deficiências na assistência pré-

natal realizada no Rio Grande do Norte. Segundo o estudo realizado por Araújo et al. (2012), a maioria das gestantes realizaram o pré-natal, porém em 38% delas o diagnóstico de sífilis só foi possível no momento do parto ou da curetagem. Outros estudos recentes também demonstraram resultados parecidos, com a realização do pré-natal conforme preconizado, mas, com a não realização dos exames de rastreamento, evidenciando a dificuldade do diagnóstico e tratamento no atendimento pré-natal (DONALÍSIO et al., 2007; CAMPOS et al., 2010; GUINSBURG E SANTOS, 2010; LIVIA et al., 2013; ARAUJO et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2013)..

Sabe-se que o momento do parto não é o momento ideal para diagnóstico da sífilis, visto que o diagnóstico precoce, realizado ainda no acompanhamento pré-natal, possibilita a adoção de medidas efetivas que permitem prevenir a ocorrência da transmissão vertical e demais eventos adversos relacionados à doença (Saraceni, 2005). Tendo em vista isso, enfatiza-se que o diagnóstico e tratamento da sífilis constituem medidas simples, de baixo custo e que devem ser efetivadas na assistência pré-natal (BRASIL, 2012).

Observou-se também que a quantidade de casos registrados da sífilis congênita (1.808) é maior que os da sífilis materna (1.161), sendo que a mesma só vai ser possível ocorrer caso a mãe esteja infectada e não tratada. Isso evidencia falhas durante o registro e atualização dos dados no sistema do DATASUS.

Os resultados mostraram também um maior número de casos de gestantes com sífilis primária, diferente de outros estudos recentes (SOEIRO et al., 2014; CALÁS, 2015), onde foi encontrado maior número de casos na fase clínica latente e ignorados, respectivamente.

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer estágio clínico da sífilis materna. Contudo, a transmissão é maior quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária, pois quanto mais recente a infecção, mais *Treponemas pallidum* estarão circulantes, afetando mais gravemente o conceito (BRASIL, 2014; BRASIL B, 2015). Portanto, isso demonstra a relevância do diagnóstico precoce e tratamento imediato das gestantes, com o intuito

de minimizar a transmissão vertical e as possíveis complicações ocasionadas por essa condição.

O tratamento adequado realizado na gestante é feito com penicilina, devendo ser concluído 30 dias antes do parto, utilizando a dose da medicação conforme estágio da doença e o parceiro sexual, se for o caso, também deve ser devidamente medicado (BRASIL, 2005). O tratamento inadequado é extremamente comum, sendo verificado em vários estudos anteriores (DONALÍSIO et al., 2007; CAMPOS et al., 2010; GUINSBURG et al., 2010; LIMA et al., 2013), sua principal causa é observada em relação ao tratamento dos parceiros das gestantes.

Um estudo realizado por Campos et al. (2012), investigou o motivo do não tratamento dos parceiros e verificou que eles são informados da doença e simplesmente não realizam o tratamento, questionando se o contexto cultural do adoecimento no homem. Sendo assim, é necessária uma atenção especial para os parceiros das gestantes.

É preciso enfatizar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual, para que as gestantes com sífilis e seu(s) parceiro(s) evitem relações sexuais ou mantenham práticas para o sexo seguro, com o uso de preservativo, durante o tratamento. **Vale ressaltar, que deve-se recomendar** o uso regular do preservativo (masculino ou feminino) também no período pós-tratamento.

O desafio para a saúde pública é aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o tratamento durante a assistência prestada a gestante ao longo da gestação e no momento do parto.

A investigação de todo caso diagnosticado e notificado de sífilis congênita, assim como a testagem oportuna de gestantes e parceiros com a captação precoce para o pré-natal, juntamente com a oferta de um tratamento adequado para o casal grávido, são as medidas de controle e prevenção mais eficazes no controle desta doença.

### 3 CONCLUSÃO

Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, foi o município que apresentou o maior número de casos da sífilis gestacional. A mesma foi predominante na faixa etária de 20 a 39 anos com ensino fundamental incompleto. A realização do teste não treponêmico encontrou-se abaixo do preconizado e o diagnóstico da sífilis em gestantes foi realizado tardiamente em grande parte dos casos. Além disso, observou-se maior número de casos de sífilis primária, o que aumenta a possibilidade de infecção fetal.

Com base nos dados obtidos, nota-se um crescimento dos casos de sífilis gestacional, fato potencializado por um serviço inadequado dos testes pré-natais e sendo em sua maioria, a população com baixo nível social a mais afetada. Reforça-se a necessidade de ações mais efetivas, principalmente, na assistência pré-natal, com testagem para sífilis em todas as gestantes, diagnóstico e tratamento adequado, no intuito de reduzir a transmissão vertical. Ademais, programas de educação em saúde devem ser reforçados visando mitigar esta problemática e os riscos à saúde materna e fetal.

### REFERÊNCIAS

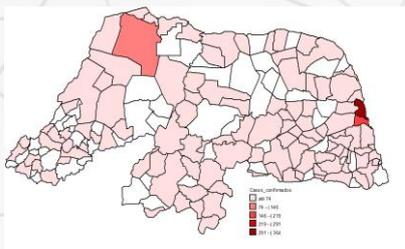
- ARAÚJO M.A.L., FREITAS S.C.R., MOURA H.J., GONDIN A.P.S., SILVA R.M. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brasil. BMC Public Health 2013; 13: 206.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
- CALÁS J. Sífilis gestacional em municípios selecionados da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
- CAMPOS A.L.A., ARAÚJO M.A.L., MELO S.P., ANDRADE R.F.V., GONÇALVES MLC. Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Ver Bras Ginecol Obstet 2012; 34(9): 397 402
- CUNHA, A.R.C., MERCHAN-HAMANN E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(6):479-86.

- DOMINGUES R.M.S.M., SARACEN V., HARTZ Z.M.A., LEAL M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013;47(1):147-57.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev. Saúde Pública 48 (5) Out 2014
- DONALÍSIO M.R., FREIRE J.B., MENDES E.T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém nascido. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16(3): 165-73.
- GUINSBURG R., SANTOS A.M.N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.
- LIMA M.G., RIBEIRO G.S., SANTOS R.F.R., BARBOSA G.J.A.. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciênc Saúde Coletiva 2013; 18(2): 499-506
- MAGALHÃES D.M.S., KAWAGUCHI I.A.L., DIAS A., CALDERON I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saúde Pública 2013; 29(6): 1109-20.
- PATEL S.J., KLINGER E.J., O'TOOLE D., SCHILLINGER A. Missed opportunities for preventing congenital syphilis infection in New York City. Obstet Gynecol 2012; 120(4): 882-8
- Rocha L.E.C., Thorson A.E., Lambiotte R. The non-linear health consequences of living in large cities. J Urban Health. 2015;92(5):785-99. doi:10.1007/s11524-015-9976-x
- SOEIRO C.M.O, MIRANDA A.E., SARACENI V., SANTOS M.C., SINESIO T, FERREIRA L.C.L. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: Cad Saúde Pública. 2014;30(4):715-23.
- WHO - World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: World Health Organization; 2012.

Sobre o(s) autor(es)

- (1) Graduando do curso de enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). allefsantos@gmail.com
- (2) Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. amandantas2@gmail.com
- (3) Prof. Dr. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste - RENASF Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). dgkcs@yahoo.com.br

Figura 01: Mapa de distribuição espacial dos casos confirmados de sífilis gestacional.



Fonte: DATASUS, 2018

Figura 02: Progressão da incidência de sífilis gestacional entre 2012 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2018

Tabela 1. Casos confirmados de sífilis em gestantes segundo teste não treponêmico e classificação clínica, Rio Grande do Norte, Brasil, 2012-2016.

| Teste não treponêmico |              |              |
|-----------------------|--------------|--------------|
| Resultado             | N            | %            |
| Reativo               | 1006         | 86,6         |
| Não reativo           | 16           | 1,3          |
| Não realizado         | 84           | 7,2          |
| Ignorado/sem branco   | 55           | 4,7          |
| Classificação clínica |              |              |
| Resultado             | N            | %            |
| Primária              | 481          | 41,4         |
| Secundária            | 50           | 4,3          |
| Terciária             | 87           | 7,4          |
| Latente               | 169          | 14,5         |
| Ignorado/sem branco   | 374          | 32,2         |
| <b>Total</b>          | <b>1.161</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: TABNET/DATASUS, 2018.

Fonte: DATASUS, 2018

Tabela 2. Casos confirmados de sífilis em gestantes segundo faixa etária e escolaridade, Rio Grande do Norte, Brasil, 2012-2016.

| Faixa Etária              |              |              |
|---------------------------|--------------|--------------|
| Resultado                 | N            | %            |
| 10 - 14                   | 29           | 2,4          |
| 15 - 19                   | 298          | 25,6         |
| 20 - 39                   | 816          | 70,2         |
| 40 - 59                   | 18           | 1,5          |
| Escolaridade              |              |              |
| Resultado                 | N            | %            |
| Ignorado/sem branco       | 345          | 29,7         |
| Analfabeto                | 15           | 1,2          |
| Fundamental incompleto    | 452          | 38,9         |
| Fundamental completo      | 105          | 9,0          |
| E ensino médio incompleto | 125          | 10,7         |
| E ensino médio completo   | 105          | 9,0          |
| Superior completo         | 6            | 0,5          |
| Superior incompleto       | 8            | 0,7          |
| <b>Total</b>              | <b>1.161</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: TABNET/DATASUS, 2018.

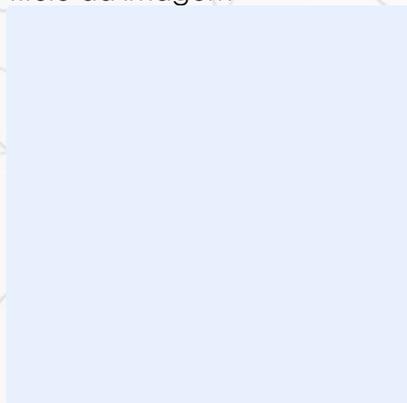
Fonte: DATASUS, 2018

Tabela 3. Diagnósticos de Sífilis materna mediante a ocorrência de sífilis congênita, Rio Grande do Norte, Brasil, 2012-2016.

| Diagnóstico de Sífilis materna |             |              |
|--------------------------------|-------------|--------------|
| Resultado                      | N           | %            |
| Ignorado/em branco             | 60          | 3,3          |
| Durante o pré-natal            | 807         | 44,6         |
| Momento do parto/curetagem     | 783         | 43,3         |
| Após o parto                   | 151         | 8,3          |
| Não realizado                  | 7           | 0,3          |
| <b>Total</b>                   | <b>1808</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: DATASUS, 2018

Título da imagem



Fonte: Fonte da imagem