

## OCORRÊNCIA DE SÍFILIS GESTACIONAL NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL NO PERÍODO DE 2008 A 2018

Joice Élica Espindola P. Ozelame<sup>1</sup>, Cássia de Paula Pires<sup>2</sup>, Oleci Pereira Frota<sup>3</sup>

1. Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

2. Mestranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias, UFMS

3. Professor do Instituto Integrado em Saúde/UFMS-Curso de Enfermagem/Orientador

### Resumo

Causada pela bactéria *treponema pallidum*, a sífilis é uma doença infecciosa sistêmica que pode ser transmitida por via sexual ou vertical. A transmissão vertical ocorre quando a doença é transmitida de mãe infectada não tratada ou tratada inadequadamente, para o conceito acarretando na Sífilis Congênita. Não resta dúvidas que a Sífilis Gestacional (SG) destaca-se como grave problema de saúde pública no estado de MS e requer estratégias de enfrentamento resolutivas, urgentes e prioritárias. Diante disso, o objetivo deste estudo foi apresentar a evolução histórica da incidência da SG e perfil epidemiológico das gestantes acometidas por este agravo entre o período de 2008 a 2018 no estado de MS. Para tanto, foi realizado um estudo transversal, retrospectivo, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. Observou-se um aumento progressivo dos casos de sífilis gestacional no MS ao longo destes dez anos, principalmente entre mulheres com baixa escolaridade e faixa etária de 20 a 39 anos.

**Palavras-chave:** pré-natal; infecções sexualmente transmissíveis; perfil epidemiológico.

### Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, com períodos bem definidos de atividade clínica e latência e pode ser transmitida de forma sexual ou vertical (AZULAY; AZULAY; NERY, 2013). Embora tenha agente etiológico conhecido, tratamento eficaz e de baixo custo, bem como grande possibilidade de cura, ainda segue como um problema em saúde pública (MAGALHÃES et al., 2011). Por meio da transmissão vertical, a qualquer momento da gestação ou quadro clínico da doença, uma mulher infectada não tratada ou tratada inadequadamente pode acarretar a ocorrência da Sífilis Congênita (SC). Isto ocorre quando a doença é transmitida ao conceito por via transplacentária, podendo causar aborto, natimortalidade, óbito ou deficiências visual, auditiva, física e mental (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram anualmente 340 milhões de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) no mundo, dos quais 12 milhões são por sífilis. No Brasil, foram notificados 49.013 casos de SG em 2017 contra 37.436 notificados em 2016. Um aumento superior a 11 mil casos (30%) de um ano para o outro. Em 2017, o Brasil registrou uma elevada taxa de incidência de SC: 8,6 casos/mil nascidos vivos. No estado de Mato Grosso do Sul (MS), os dados são ainda mais preocupantes, haja vista que mostrou uma taxa superior à média nacional: 10,2 caso/ mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Em 2007, a OMS lançou uma iniciativa mundial para eliminar a transmissão da sífilis, no entanto, os casos da doença continuam ascendentes em gestantes (PADOVANI et al., 2018), e o número de notificações de SC tem aumentado em todas as regiões do Brasil (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Não resta dúvidas que a SG destaca-se como grave problema de saúde pública no estado de MS e requer estratégias de enfrentamento resolutivas, urgentes e prioritárias. Visando nutrir essas estratégias, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de apresentar a evolução histórica da incidência da SG no estado do MS e o perfil epidemiológico das gestantes acometidas por este agravo entre os anos de 2008 e 2018.

### Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter descritivo e abordagem quantitativa.

Os dados foram coletados de 01 a 08 de março de 2019, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), referentes aos casos notificados de SG no estado de MS, no período de 2008 a 2018.

Para obtenção dos dados, seguiu-se o seguinte caminho metodológico: acesso ao portal DATASUS e seleção dos itens - acesso à informação; informações de saúde (TABNET); epidemiológicas e morbidades; Doenças e Agravos de Notificação de 2007 em diante. Posteriormente, foram selecionados os itens sífilis em gestante e SC por Unidade Federativa (UF).

A população do estudo foi composta pelo total de casos notificados confirmados de SG no período de 2008 e 2018. Posteriormente, as informações colhidas foram inseridas e organizadas pelo aplicativo Microsoft® Office Excel® 2010, de acordo com as seguintes variáveis: ano de ocorrência, faixa etária, grau de escolaridade das gestantes e realização de pré-natal.

### Resultados e Discussão

Este estudo evidenciou um aumento progressivo do número de casos notificados de SG no período de 2008 a 2018 no estado de MS. De um total de 9.548 casos confirmados de SG ao longo destes 10 anos, 2017 e

2018 foram os anos que tiveram maior incidência da doença, e apresentaram um total de 1.413 (16,24%) e 1.512 (15,9%) dos casos confirmados de SG, respectivamente. O menor número de casos foi registrado em 2008 com apenas 571 (6,0%) casos confirmados. Este achado pode ser atribuído ao fato das notificações para SG ter se tornado obrigatório a partir de 2005, o que demonstra não só o aumento de casos, mas também melhora no sistema de notificação devido melhor capacitação dos recursos humanos e ampliação das consultas de pré-natal (SOUZA; BENITO, 2016).

No entanto, a subnotificação pode mascarar uma situação ainda mais grave. Em um estudo de coorte realizado em Belo Horizonte, apenas 44,8% das gestantes foram notificadas com sífilis nas unidades básicas de saúde (UBS), com uma estimativa de 55,2% de subnotificação (NONATO et al., 2015). Em 2017, Tiago et al. realizou um estudo da ocorrência de sífilis na população indígena do MS e observou uma importante subnotificação nesta população. Destacou ainda que, além da falta de notificação, a falha no preenchimento também compromete a identificação correta do indivíduo, o que dificulta identificar diferenças nas necessidades de saúde de grupos específicos.

Observou-se que, de 2008 a 2018, houve maior ocorrência de sífilis em gestantes com idade entre 20-39 anos e 15-19 anos, com 6877 (71,8%) e 2278 (23,8%) dos casos confirmados, respectivamente. Com relação à faixa etária mais acometida (20-39 anos), o ano com menor número de casos confirmados foi 2009, com 292 casos confirmados, e o ano com maior ocorrência da SG foi 2017, com 1085 casos. Em 2018 foram registrados 1022 casos confirmados de SG para esta faixa etária. Tal redução, em relação ao ano anterior, pode estar relacionada a casos ainda não inseridos no sistema ou que ainda não foram confirmados para SG. Apesar desta redução, 67,7% das mulheres com diagnóstico confirmado em 2018 tinham idade entre 20 e 39 anos.

O maior número de casos no grupo de 20 a 39 anos ocorre por ser o auge da vida reprodutiva, o que leva a um maior número de gestações nessa faixa etária (SOUZA; BENITO, 2016). Estudos semelhantes apontaram mulheres nesta faixa etária como as mais acometidas pela SG, juntamente com outras características sociodemográficas como baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico que podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde (MAGALHÃES, 2013; NONATO, 2015). No que tange à faixa de 15 a 19 anos, deve-se considerar que a adolescência é um período que apresenta características próprias em relação à comportamento, afeto e vida sexual, que se relacionam com desenvolvimento da autonomia, vivência da sexualidade plena, experimentação e troca de parceiros, além da crença no mito da invulnerabilidade, fatores estes que expõem esta população a riscos como relações sexuais eventuais e desprotegidas (MONTEIRO et al., 2015).

Constatou-se que no MS houve maior prevalência de SG entre mulheres com baixo grau de escolaridade, de formação entre 5ª e 8ª série do ensino fundamental incompleta. O elevado número de casos nesta população pode estar relacionado à falta de compreensão dos meios de prevenção de IST (CAVALCANTE et al., 2017). Nonato et al. (2015) relataram que a baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, bem como entendimento limitado da importância dos cuidados com a saúde e medidas de prevenção da doença. Macedo et al. (2017) revelaram que a baixa escolaridade é um dos fatores associados à ocorrência de sífilis na mulher, juntamente com situações de pobreza e situação conjugal.

Observou-se ainda, um número elevado de casos de transmissão vertical nesta população. De 2812 casos confirmados de SC entre 2008 e 2018, 679 (24,1%) ocorreram em filhos de mães com formação entre 5ª e 8ª série incompleta, seguido de 348 (12,4%) com ensino médio completo. Em um estudo nacional de base hospitalar, foi observado que a baixa escolaridade esteve associada à ocorrência da SC e quanto menor a escolaridade maior a ocorrência da sífilis e SC (DOMINGUES; LEAL, 2016). Diversos estudos apontam a baixa escolaridade como fator de risco para a transmissão vertical juntamente com início tardio ou não realização do pré-natal (OLIVEIRA et al., 2016; NONATO et al., 2015). Fatores sociodemográficos, como faixa etária e baixa escolaridade, são situações de vulnerabilidade e demonstram a necessidade de maiores investimentos em promoção da saúde e prevenção de agravos nesta população (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

No estado do MS, a incidência de SC em 2018 foi de 10,2 casos para cada mil nascidos vivos e 75% das mães de crianças com SC realizaram o pré-natal. Em estudo realizado de 2007 a 2014 no município de Sobral, no Ceará, evidenciou-se que do total de crianças com SC, 85% das gestantes realizaram pré-natal, porém somente 48% foram diagnósticas durante o pré-natal e 83% não tiveram seus parceiros tratados (CAVALCANTE et al., 2017). Estas situações demonstram que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante ainda não é suficiente para garantir o controle e alcance da meta de incidência de SC estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, que é de um caso para cada mil nascidos vivos (MAGALHÃES, 2013).

## **Conclusões**

Este estudo evidenciou um aumento progressivo dos casos de sífilis em gestante nos últimos dez anos. Percebeu-se que este aumento não está apenas relacionado ao número de casos, mas também à melhora no sistema de notificação da doença. Destaca-se, porém, a necessidade de aprimorar o preenchimento das fichas de notificação, uma vez que é alto o número de respostas em branco ou assinaladas como ignorado, situações estas que podem mascarar o real panorama da sífilis em gestantes.

Em relação ao perfil da gestante acometida pela sífilis, observou-se que a maioria eram jovens de baixa escolaridade. Embora estas gestantes tenham realizado as consultas de pré-natal, fica claro que as ações voltadas para prevenção da SC ainda se mostram ineficientes, e mesmo com estratégias para promover a eliminação da doença, ainda existem lacunas que precisam ser trabalhadas no âmbito da atenção básica.

Vale destacar a importância do constante aprimoramento do conhecimento e da prática de médicos e enfermeiros envolvidos na assistência à gestante no âmbito da atenção primária, desde o diagnóstico até o

tratamento da doença, no intuito de preencher as lacunas ainda existentes no manejo da sífilis durante o pré-natal.

Como limitações do estudo, considera-se a elevada quantidade de informações registradas como “em branco” e “ignorado” no banco de dados do SINAN, uma vez que estas informações são relevantes para a realização de uma investigação fidedigna dos casos. No entanto, espera-se que os resultados fornecidos conduzam a novos estudos acerca deste tema e fomentem a busca por estratégias de fortalecimento da atenção à gestante com sífilis durante o pré-natal, no intuito de alcançar as populações mais vulneráveis e garantir a captação da gestante, diagnóstico e tratamento em tempo adequado.

## Referências bibliográficas

- AMORAS, B.C.; CAMPOS, R.A.; BESERRA, P.E. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, v. 8, n. 1, p. 163-171, jan-jun. 2015
- AZULAY, D.R.; AZULAY, R.D.; NERY, J.A.C. Sífilis. *In*: COURA, J. R. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 139, p. 1610-1619.
- AZEVEDO, D.M.S.; REIS, R.B.S.; TELES, M.F. Incidência e caracterização dos casos de sífilis congênita na maternidade de um hospital do sudoeste baiano. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v.13, n. 43, p.387-387, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n.2, p.255-264, abr-jun, 2017.
- DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.6, jun, 2016.
- MACEDO, V.C.; LIRA, P.I.C.; FRIAS, P.G.; ROMANGUERA, L.M.D.; CAIRES, S.F.F.; XIMENES, R.A.A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017.
- MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, v.22, sup. 1, p. s43-s54, 2011.
- MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. n. 45. v. 49. Brasília, 2018. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018> >. Acesso em 20 mar, 2018.
- MONTEIRO, M.O.P.; COSTA, M.C.O.; VIEIRA, G.O.; SILVA, C.A.L. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM - DST/HIV/ AIDS de Feira de Santana, Bahia. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 21-32, jul-set 2015.
- MOREIRA, K.F.A.; OLIVEIRA, D.M.; ALENCAR, L.N.; CAVALCANTE, D.F.B.; PINHEIRO, A.S.; ORFÃO, N.H. Profile of notified cases of congenital syphilis. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v.22, n.2, e48949, 2017
- NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Sífilis na Gestação e Fatores Associados a Sífilis Congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, out-dez, 2015.
- OLIVEIRA, S.I.M.; CASSIANO, A.N.; FRANÇA, D.F.; SOUZA, J.R.S.; SILVA, R.K.C.; SOUZA, N.L. Análise dos fatores preditores à transmissão vertical da sífilis: estudo seccional. **Online braz j nurs**. sup. 15, p. 556-559, nov, 2018. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5639> >. Acesso em 25 mar, 2019.
- PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELLOSO, S.M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, e3019, 2018.
- SOUZA, W.N.; BENITO, L.A.O. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Brasil no Período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p.97-104, jul-dez, 2016.
- TIAGO, Z.S.; PICOLI, R.P.; GRAEFF, S.V.B.; CUNHA, R.V.; ARANTES, R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011- 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n. 3, p.503-512, jul-set, 2017.