

Incidência de sífilis adquirida em uma cidade da microrregião do sudoeste baiano

Incidence of acquired syphilis in a city of the microregion southeastern Bahia

Esleiane de Sena Soares¹
Eliane Maria de Carvalho¹
Kamila Tuany Lacerda Leão Lima²

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de sífilis adquirida na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil no período de 2011 a 2016. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa documental de estudo descritivo com uma abordagem quantitativa e transversal, utilizando as variáveis: gênero, etnia e idade. **Resultados:** Um total de 57 pacientes notificados e confirmados com sífilis adquirida foi avaliado entre os anos de 2011 e 2016. Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) ao se avaliar em que faixa etária houve maior número de casos durante os anos estudados, sendo, portanto, entre 15-35 anos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo constataram que não houve aumento dos casos notificados de sífilis e que a mesma não atinge um grupo específico, e por isso é de suma importância que as campanhas de prevenção e toda a assistência continuem sendo prestadas a toda a população, independentes de etnia, gênero ou idade, para que os números de casos não venham a aumentar.

Palavras-chave

Sífilis; incidência; doenças sexualmente transmissíveis

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa transmitida por via sexual e materno-fetal através da espiroqueta do agente etiológico *Treponema pallidum*, obtendo como classificação da doença, respectivamente, a forma adquirida e congênita, que possui um amplo espectro de manifestações com evolução crônica dividida em estágios, cada um deles com diferentes formas clínicas.⁽¹⁻³⁾ Na sífilis adquirida as espiroquetas irão se multiplicar no local onde foram inoculadas. Como resposta de defesa ocorrem erosões e ulcerações que acometem a pele, mucosa genitália, ou qualquer parte do corpo, dando início aos estágios da doença.⁽⁴⁻⁶⁾ Os estágios serão determinados de acordo com a forma conduzida do indivíduo infectado. A descoberta inicial da doença traz consigo o tratamento rápido e, consequentemente, uma cura, mas o retardamento do diagnóstico leva aos estágios com maiores consequências, como, por exemplo, a fase terciária.^(7,8) As fases iniciais da sífilis adquirida (primária e secundária) têm maior transmissibilidade da doença, e isso ocorre devido à grande quantidade de espiro-

quetas presentes nas lesões desses estágios. O diagnóstico laboratorial da sífilis no estágio primário pode estar negativo, e isso se deve ao teste de VDRL se positivar apenas entre cinco e seis semanas depois da infecção.^(9,10) O estágio secundário é caracterizado por lesões palmares e plantares, que auxiliam no diagnóstico da doença e da fase em que se encontra; além dessas características, há presença de febre, dor de cabeça, linfadenopatia entre outros sintomas. As lesões podem apresentar-se mínimas ou de maneira duvidosa; além disso, com a ausência de tratamento, elas podem desaparecer dando início ao período de latência.^(6,11-13)

No período de latência ocorre uma maior virulência, tornando mais fácil detectar a doença devido à grande reatividade nos testes sorológicos. Apesar disso, esse estágio não apresenta sinais e sintomas clínicos da sífilis, motivo pelo qual os pacientes não procuram o serviço de saúde, e tal diagnóstico só é possível através das testagens realizadas em campanhas promovidas pelos serviços de saúde.^(8,9,12,14-16) O terceiro estágio da doença é decorrente da evolução de pessoas com sífilis latente ou de pessoas

¹Biomédica. Centro Universitário dos Guararapes (UniFG) – Jaboatão dos Guararapes - PE, Brasil.

²Biomédica. Universidade de Uberaba, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde/Pontifícia Universidade Católica de Goiás . Brasil.

Instituição: Centro Universitário dos Guararapes (UniFG) – Jaboatão dos Guararapes - PE, Brasil.

Conflito de interesses: não há conflito de interesses

Recebido em 12/07/2018

Artigo aprovado em 27/06/2019

DOI: 10.21877/2448-3877.201900757

não tratadas. O *Treponema* invade qualquer órgão ou tecido promovendo a formação de granulomas destrutivos e, como consequência dessa invasão, causa diversas doenças devastadoras, dentre elas destacam-se a sífilis cardiovascular e a neurosífilis. A sífilis cardiovascular geralmente é assintomática e o acometimento mais comum é a aortite, que causa complicações como aneurisma e insuficiência da válvula aórtica; já a neurosífilis se manifesta como assintomática e tardia (parenquimatosa), podendo apresentar uma paralisia geral ou um quadro similar ao de tumor cerebral.^(8,9,12,17,18) A notificação compulsória de sífilis adquirida em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010.⁽¹⁹⁾ A sua distribuição é mundial e a estimativa no ano de 2012 foi de 5,6 milhões casos novos de sífilis adquirida.⁽²⁰⁾ No Brasil, após uma série de aumentos de sífilis adquirida, congênita e gestacional, foram apresentados pela primeira vez os dados de sífilis adquirida no Boletim Epidemiológico, numa série histórica de 2010 – o ano em que foi instituída a portaria de notificação compulsória de sífilis adquirida – 2016, e estas notificações foram feitas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O controle da sífilis tem se tornado um desafio para a saúde pública, podendo ser notada claramente pelas notificações no SINAN nos anos de 2010 a 2016, onde obtiveram um total de 227.663 casos de sífilis adquirida.^(15,19) Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a incidência de sífilis adquirida na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil no período de 2011 a 2016.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental de estudo descritivo com uma abordagem quantitativa e transversal. A população do estudo foi composta pelos casos de sífilis adquirida, com teste VDRL positivo, notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O instrumento de pesquisa utilizado foram os registros de notificação do banco de dados do SINAN, liberados pela Vigilância Epidemiológica de Guanambi, Bahia, utilizando as variáveis: gênero, etnia e idade. A pesquisa foi desenvolvida por meio de série temporal entre 2011 e 2016, realizada em Guanambi, Bahia. Foram incluídos no presente estudo dados de sífilis adquirida notificada e publicada no SINAN, independente do gênero e etnia. A idade utilizada para o estudo foi igual ou acima de 15 anos, que é a idade mínima do sistema para as notificações. Foram excluídas as formas primárias da doença devido ao teste de VDRL se encontrar negativo neste estágio da infecção. Foram também excluídos os casos notificados de sífilis congênita e gestantes com sífilis, visto que a pesquisa se propôs a trabalhar com casos de sífilis adquirida. Após a coleta dos dados, os mesmos foram tabulados e organizados em uma planilha

Excel, versão Windows 7, utilizando o *software* GraphPad prism 5.0 para análise estatística. Utilizou-se em todas as análises o teste do Q-quadrado, comparando o resultado do Q calculado com o Q-tabelado. O nível de significância adotado foi de 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 57 pacientes notificados e confirmados com sífilis adquirida foi avaliado entre os anos de 2011 e 2016, visto que, durante o ano de 2015, não houve registros de casos. Os dados foram obtidos através de uma pesquisa pública realizada pelo SINAN e disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município de Guanambi, Bahia. O número de casos de sífilis adquirida no município de Guanambi distribuiu-se de forma homogênea ($Q = 7,772$) entre os anos estudados (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de casos de Sífilis Adquirida entre os anos de 2011 a 2016 notificados e confirmados no município de Guanambi, BA

Ano	Casos	Q Calculado	Q Tabelado
2011	23		
2012	13		
2013	9		
2014	6		
2016	6		
Total	57	7,772	9,488

*Teste Q-quadrado

Segundo os dados apresentados na Tabela 1 não houve diferença estatística entre os números de casos nos anos analisados, ou seja, não houve crescimento na incidência de sífilis na cidade de Guanambi, Bahia entre os anos de 2011 e 2016. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2016, a Bahia teve 6.334 casos de sífilis adquirida notificada entre 2011 e 2016, já no Brasil o crescimento entre os anos de 2010 e 2016 foi de 227.663 casos, com uma maior predominância na região sudeste com 62,1%, enquanto que na região nordeste a porcentagem foi de 4,7%.⁽¹⁹⁾ No ano de 2015, não houve notificação na presente pesquisa, sugerindo-se que houve subnotificações, pois esse problema corrobora com o de uma pesquisa de sífilis utilizando dados notificados e busca ativa feita na cidade de Palmas, em Tocantins. Na busca ativa foi identificado o triplo de casos de sífilis quando comparado com os casos notificados, sendo que, no final da pesquisa, os autores encontraram uma porcentagem de 64% de subnotificações no sistema.⁽²¹⁾ Ao relacionar os períodos analisados (anos) com as idades desses pacientes, encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), confirmando uma distribuição não homogênea entre as idades mais acometidas ($Q=22,211$). A faixa etária predominante foi entre 15 e 35 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação entre os períodos analisados (anos) e as idades dos pacientes notificados com sífilis adquirida no município de Guanambi, Bahia

Idade	2011	2012	2013	2014	2016	Total	Q Calculado*	Q Tabelado
15-35	12	11	6	1	3	33		
36-55	7	2	3	5	3	20		
56-76	4	0	0	0	0	4		
Total	23	13	9	6	6	57	22,211	5,991

*Teste Q-quadrado

Os resultados apresentados na atual pesquisa são semelhantes aos dados apresentados no Boletim Epidemiológico do ano de 2016, onde, no Brasil, 55,6% dos casos de sífilis adquirida em 2015 eram na faixa etária de 20-39 anos.⁽¹⁹⁾ No entanto, se comparada com os dados da pesquisa feita na cidade de Feira de Santana no período de 2003 a 2012, a prevalência maior foi apresentada em adolescentes entre 11 e 20 anos,⁽²²⁾ o que também foi mostrado em uma pesquisa feita no estado de Goiás no período de 2007 a 2009.⁽²³⁾ Em Salvador, Bahia os entrevistados com resultados positivos para sífilis tinham idade média de 25 anos,⁽²⁴⁾ assim como no hospital de Santa Cruz, no Rio Grande do Norte (RN), onde foi feito um estudo sobre sífilis com pacientes de 19 a 23 anos como faixa etária predominante, com uma porcentagem de 50%. Assim sendo, com base em todos os outros estudos em consonância com o atual, sugere-se que a vida sexual esteja iniciando precocemente, trazendo consigo consequências, dentre elas uma exposição maior de risco de contaminação de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, é importante ressaltar que a vida sexual nessa faixa etária é mais ativa.⁽²⁵⁾ Na Tabela 3 analisou-se o gênero e o relacionou com os anos estudados, não demonstrando diferença estatisticamente significativa, confirmando uma distribuição homogênea entre homens e mulheres (Q= 2,123).

Tabela 3 - Relação entre os períodos analisados (anos) e o sexo dos pacientes notificados com sífilis no município de Guanambi, Bahia

Sexo	2011	2012	2013	2014	2016	Total	Q Calculado*	Q Tabelado
Feminino	12	2	4	2	3	23		
Masculino	11	11	5	4	3	34		
Total	23	13	9	6	6	57	2,123	3,841

*Teste Q-quadrado

No atual estudo não houve diferença estatisticamente significativa, ou seja, tanto homens quanto mulheres que adquiriram sífilis preservaram equivalência durante os anos avaliados, mas os dados da presente pesquisa são desiguais quando comparados com uma pesquisa feita em Feira de Santana, Bahia no qual se atestou maior presença de sífilis entre adolescentes do sexo masculino, sugerindo uma oscilação entre os gêneros.⁽²²⁾ No Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, na série histórica anali-

sada havia 60,1% de casos de homens com sífilis adquirida.⁽¹⁹⁾ Em São Paulo, uma pesquisa feita sobre a prevalência de sífilis adquirida em moradores de rua teve positividade de 9,1% em mulheres e 6,6% em homens.⁽²⁶⁾ Em Salvador, Bahia, um estudo feito sobre a vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis, a porcentagem de homens com sífilis foi de 14%, com a prevalência de sífilis e HIV maior entre os homossexuais.⁽²⁴⁾ Segundo Miranda et al.⁽²⁷⁾ e Souza,⁽²⁸⁾ a prevalência das infecções sexualmente transmissíveis (IST) é mais comum em homens do que em mulheres devido à resistência ao uso de preservativo ainda muito comum entre os homens. A Tabela 4 apresenta a relação da etnia dos pacientes com os anos analisados, tendo como resultado uma relação homogênea (Q = 4,404) cujos dados não apresentaram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 4 - Relação entre os períodos analisados e a etnia dos pacientes notificados com sífilis no município de Guanambi, Bahia.

Etnia	2011	2012	2013	2014	2016	Total	Q Calculado*	Q Tabelado
Branca	9	1	5	4	1	20		
Preta	1	2	3	1	2	9		
Parda	8	4	1	1	1	15		
Ignorado	5	6	0	0	2	13		
Total	23	13	9	6	6	57	4,404	7,815

*Teste Q-quadrado

A sífilis, segundo o presente estudo, não prevalece em uma etnia específica, o que não corrobora com os resultados do Boletim Epidemiológico,⁽¹⁹⁾ que apresentaram 40,1% para pessoas de cor branca e 31,0% para as de cor parda. Em outro estudo na Bahia, 16,7% dos homens e 7,1% das mulheres eram pardos(as) e 83,3% dos homens e 92,3% das mulheres foram identificados como não pardos(as),⁽²²⁾ enquanto que no Rio Grande do Norte a prevalência foi de 83% de pacientes pardos; segundo os estudos, a prevalência de sífilis em pardos é sugestiva de uma população mais exposta a essa infecção.⁽²⁵⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo constataram que a sífilis adquirida não atinge um grupo específico, apesar de ter apresentado um valor significativo em pessoas com idade entre 15-35 anos. A pesquisa possui dados fragilizados visto que ocorreram possíveis subnotificações no município, informação essa baseada na falta de notificações durante o ano de 2015. A subnotificação impossibilita conhecer a verdadeira situação de sífilis adquirida, tornando-se prejudicial às ações de controle da doença, pois essas são baseadas nos dados de notificações do sistema (SINAN). Apesar desse estudo não apresentar uma diferença estatisticamente significativa em relação ao número de casos

nos anos avaliados, não se pode negligenciar uma queda perceptível no número total de casos, ao se compararem os anos separadamente. Esse resultado é sugestivo de duas possíveis causas: a subnotificação e as ações adotadas pelo CTA/SAE como medidas de controle direcionadas à informação à população, incentivo ao uso do preservativo e, principalmente, diagnóstico e tratamento dos pacientes e parceiro/as. O crescimento no número de casos de sífilis adquirida no território brasileiro vem aumentando consideravelmente, trazendo uma preocupação geral, pois, além dos problemas causados pela própria doença, ainda há o aumento do risco de infecção pelo HIV.

Abstract

Objective: The objective of this study was to evaluate the incidence of acquired syphilis in the city of Guanambi, Bahia, Brazil from 2011 to 2016. **Methods:** This is a documentary research of descriptive study with a quantitative and transversal approach, using the variables: Gender, ethnicity and age. **Results:** A total of 57 reported and confirmed patients with acquired syphilis were evaluated during 2011-2016. Among which there was a statistically significant difference ($p \leq 0, 05$) in relation to the age group with the highest number of cases during the studied years, being herefore, between 15-35 years. **Conclusion:** The results of this study showed that there was no increase in syphilis cases notified and that it did not affect a specific group, and so it is very important that the prevention campaigns and all assistance be provided to the entire population, regardless of gender, ethnicity and age; so that the numbers of cases will not increase.

Keywords

Syphilis; incidence; sexually transmitted diseases

REFERÊNCIAS

1. Fraga DD. Detecção de *Treponema pallidum* em líquido cefalorraquidiano (LCR) por reação em cadeia da polimerase (PCR) em pacientes HIV positivos assintomáticos com diagnóstico de sífilis latente. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.
2. Giacani L, Lukehart SA. The Endemic Treponematoses. *Clin Microbiol Rev.* 2014 Jan; 27(1): 89–115.
3. Miranda LF. O seguimento de doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis na Rede-SUS do Distrito Federal. 85 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical)- Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
4. Lawrence D, Cresswell F, Whetham J, Fisher M. Syphilis treatment in the presence of HIV: the debate goes on. *Curr Opin Infect Dis.* 2015 Feb;28(1):44-52.
5. Stamm LV. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect.* 2015 Jun;143(8):1567-74
6. Guimarães RA. Epidemiologia da sífilis em usuários de crack institucionalizados em Goiânia, Goiás. 2016. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2016.
7. Benzaken A. Detecção de sífilis adquirida em comunidades de difícil acesso da região Amazônica: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos? Tese (Doutorado Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Fiocruz / Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.
8. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Microbiologia Médica.* 6ª ed. Ed. Elsevier. 2009. p. 397-403.
9. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.* Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126. 2006.
10. Anand A, Luthra A, Dunham-Ems S, Caimano MJ, Karanian C, LeDoyt M, et al. TprC/D (Tp0117/131), a trimeric, pore-forming rare outer membrane protein of *Treponema pallidum*, has a bipartite domain structure. *J Bacteriol.* 2012 May;194(9):2321-33. Erratum in *J Bacteriol.* 2014 Sep;196(18):3360.
11. Ronald Ballard, Edward W. Hook III. Sífilis. p.121-127, 2013. Em: Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. Publicado pela Oms em 2013. Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diagnostico_laboratorial_doencas_sexualmente_transmissiveis.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015. Acessível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
13. Kremastinou J, Polymerou V, Lavranos D, Aranda Arrufat A, Harwood J, Martínez Lorenzo MJ, et al. Evaluation of elecsys syphilis assay for routine and blood screening and detection of early infection. *J Clin Microbiol.* 2016 Sep;54(9):2330-6.
14. Mattei PL, Beachkofsky TM, Gilson RT, Wisco OJ. Syphilis: a reemerging infection. *Am Fam Physician.* 2012;86(5):433-40.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Diagnóstico de Sífilis. Brasília, 2016a.
16. Seña AC, Wolff M, Martin DH, Behets F, Van Damme K, Leone P, et al. Predictors of serological cure and Serofast State after treatment in HIV negative persons with early syphilis. *Clin Infect Dis.* 2011 Dec;53(11):1092-9.
17. Binnicker MJ, Jespersen DJ, Rollins LO. Direct comparison of the traditional and reverse syphilis screening algorithms in a population with a low prevalence of syphilis. *J Clin Microbiol.* 2012;50(1):148-50.
18. Carvalho GP. Sífilis: a importância investigatória e sua cadeia de transmissão - relato de experiência em estratégia de saúde da família. 2015.62 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Volume 47-nº 35. Brasília, 2016b. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html. Acesso em: 20 de março de 2017.
20. WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>. Acesso em: 20 de março de 2017.
21. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Sci méd.* 2007;17(4): 205-11.
22. Monteiro MOP, Costa MCO, Vieira GO, Silva CAL. 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. *Adolescência & Saúde*, v. 12, n.3, p. 21-32, 2015.
23. Garcia FLB. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás. [dissertação]. Goiás: Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás, 2009.
24. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRFS. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 May;31(5):1035-1048. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500015&lng=en
25. Dantas LA, Jerônimo SHNM, Teixeira GA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. *Enferm. glob.* 2017;16(46):217-245. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200217&lng=es

26. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDR, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP, et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Rev. bras. epidemiol.* 2014;17(2):341-354. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200341&lng=en
27. Miranda AE, Carvalho MF, Lara LTR, Moherdau F, Barreira D. Prevalência de infecção pelo HIV, sífilis, hepatites em homens com sinais e sintomas de DST. *DST j. bras. doenças sex. transm;*18(1): 18-22, fev. 2006.
28. Souza AP. Coinfecção HIV e sífilis: prevalência e fatores de risco/ HIV and syphilis coinfection: prevalence and risk factors. Rio de Janeiro; s. n, 2015. 90p. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Mestre.

Correspondência

Eseiane de Sena Soares
Rua Estrela Dalva, nº 09 – Bairro São Francisco
46445-000 – Carinhanha- BA, Brasil