

Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes

Impact of educational level and age on late diagnosis of syphilis in pregnant women

Allana Lopes Pereira¹, Luana Ribeiro da Silva¹, Larissa Moni Palma¹,
Letícia Coutinho Lopes Moura², Marcos de Assis Moura^{1,2}

Descritores

Infecções sexualmente transmissíveis; Sífilis; Gestantes; Fatores de risco; Cuidado pré-natal

Keywords

Sexually transmitted infections; Syphilis; Pregnant women; Risk factors; Prenatal care

Submetido:

24/06/2020

Aceito:

10/08/2020

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Luana Ribeiro da Silva
Rua Alfredo Teixeira Lopes, 425,
Jardim do Sol, 36062-030, Juiz de
Fora, MG, Brasil.
luana_ribeirovrb@hotmail.com

RESUMO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Treponema pallidum* e transmitida sexual e verticalmente durante a gestação. Essa doença acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais, devido ao tratamento inadequado. Neste estudo, realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, no período entre 2010 e 2017, observou-se uma correlação entre o fator etário e educacional na contração da sífilis em gestantes, visto que 34,62% das gestantes acometidas pela doença estão na faixa etária entre 20 e 24 anos, e 86,88% delas possuem apenas ensino fundamental e médio. Dessa forma, podemos concluir que uma baixa formação acadêmica e a faixa etária jovem adulta são fatores que colaboram para uma maior incidência de sífilis nessas mulheres.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease, caused by Treponema pallidum and transmitted sexually and vertically during pregnancy. This disease affects practically all organs and systems, and, despite having effective and low-cost treatment, it has remained a public health problem until today, due to inadequate treatment. In this study conducted in Juiz de Fora, Minas Gerais, between 2010 and 2017, there was a correlation between the age and educational factor in the contraction of syphilis in pregnant women, since 34.62% of pregnant women affected by the disease are in the age group between 20 and 24 years old and 86.88% of them have only elementary and high school education. Thus, we can conclude that a low academic background and the young adult age group are factors that interfere in a higher incidence of syphilis in these women.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de transmissão sexual, vertical e sanguínea. É caracterizada por variadas manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), e pode evoluir para complicações graves se não for tratada ou se receber tratamento inadequado.^(1,2)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sífilis acomete mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação é um desafio nos sistemas de saúde. Estima-se a ocorrência de aproximadamente 1 milhão

de casos de ISTs no mundo por dia, entre clamídia, gonorréia, sífilis e tricomoníase. A presença de ISTs, como sífilis ou gonorréia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção pelo HIV.⁽³⁾

No período de 2010 a 2017, verificou-se que a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,6 vezes, passando de 2,4 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos. A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 casos por 100 mil habitantes em 2017.⁽³⁾

As principais características sociodemográficas das gestantes com sífilis são: idade inferior a 20 anos; escolaridade baixa; pardas ou negras. É importante ressaltar que as mulheres com menor escolaridade apresentaram prevalência maior de sífilis na gestação, sendo também um importante marcador de maior risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis.^(4,5)

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, entre 2005 e 2017, 52% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7%, na de 15 a 19 anos e 20,2%, na de 30 a 39 anos. Em relação à escolaridade, 53,1% das mulheres não tinham o ensino médio completo.⁽³⁾

Mulheres jovens são as mais expostas às doenças sexualmente transmissíveis devido à atividade sexual cada vez mais precoce e aliada à negligência quanto ao uso de contraceptivos.⁽⁶⁾ Ademais, a adolescência compreende um período de mudanças físicas, mentais, comportamentais e sociais, além do amadurecimento das características sexuais e o início da atividade sexual. O pouco conhecimento dos adolescentes e jovens sobre as ISTs é corroborado pelo fato de 25% desses jovens com menos de 25 anos estarem infectados por ISTs.^(7,8)

O número de parceiros, o sexo desprotegido, o uso de álcool e drogas ilícitas e o tabagismo têm sido evidenciados na literatura como comportamentos de risco para a ocorrência de ISTs em jovens. A simultaneidade de dois ou mais comportamentos de risco, entre o uso de álcool, fumo e drogas, esteve presente em 14,7% dos meninos e em 21,5% das meninas, enquanto a prevalência de não uso de camisinha e dois ou mais parceiros simultaneamente foi de aproximadamente 12% em ambos os sexos.⁽⁷⁾

A maioria das mulheres recebe o diagnóstico durante o pré-natal, conforme preconizado pelo MS, por meio do teste de VDRL realizado no início da assistência pré-natal e repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto. Os dois primeiros exames visam garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança, a fim de evitar sífilis congênita. Apesar dessa recomendação, somente 55,2% das gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal.^(6,9)

No Brasil, apesar da alta cobertura de pré-natal, a qual é superior a 95%, essas altas taxas não necessariamente significam qualidade e adequação da assistência. Ademais, observam-se gestantes com nenhuma consulta pré-natal ou em quantidades insuficientes, principalmente na população de mulheres jovens e de baixa escolaridade.^(6,9)

Segundo o MS, 56,5% das gestantes com sífilis foram tratadas inadequadamente, 27,3% não receberam tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% tiveram a terapêutica adequada.^(5,6) Cerca de 25% dos casos não tratados, ou tratados inadequadamente, resultaram em aborto espontâneo, natimortos, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita.⁽⁴⁾

O propósito do presente estudo é analisar a relação da baixa escolaridade com incidência e prevalência de casos de sífilis em gestantes até 24 anos de idade.

MÉTODOS

A análise foi feita em 503 notificações de sífilis em gestantes realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), desde 2007, pelo Município de Juiz de Fora – MG, no período de 2010 a 2017. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Suprema – Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda. (CEP/FCMS-JF) e regulamentado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) com o número 2.773.986 e CAAE: 87544518.3.0000.5103. Foram tabulados os dados referentes a idade gestacional, faixa etária ao diagnóstico e escolaridade – considerando quatro subitens: analfabeto, fundamental, médio e superior –, presentes na ficha de investigação de sífilis em gestantes, registrados no Sinan do MS da República Federativa do Brasil e coletados no Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Município de Juiz de Fora. A análise dos dados foi realizada mediante aplicação do programa Microsoft Excel 2016® e por meio do teste exato de Fisher ou do qui-quadrado de Pearson, com intervalo de confiança (IC) de 95% e o valor *p* associado com nível de significância *p* < 0,05.

RESULTADOS

Das notificações avaliadas (503), foram descartadas 9, devido à inconformidade e à ausência de informações na ficha de investigação delas; dessa forma, foram tabulados 494 dados de idade ao diagnóstico. Como o objetivo da pesquisa é analisar a relação da baixa escolaridade com a incidência e prevalência de casos de sífilis em gestantes até 24 anos de idade, consideramos 320 dados de grau de escolaridade e 475 dados de idade gestacional, uma vez que em 174 pacientes foi ignorado o grau de escolaridade e em 19 gestantes não foi questionada a idade gestacional.

A tabela 1 mostra os casos de gestantes com sífilis notificados no Sinan segundo a faixa etária e a escolari-

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo de sífilis em mulheres

Variável	n (%)
Idade ao diagnóstico	
15 a 19 anos	130 (26,32)
20 a 24 anos	171 (34,62)
25 a 29 anos	106 (21,46)
30 a 34 anos	55 (11,13)
35 a 39 anos	26 (5,26)
40 a 45 anos	4 (0,81)
≥45 anos	2 (0,40)
Totais	494 (100,0)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (0,63)
Fundamental	173 (54,06)
Médio	139 (43,44)
Superior	6 (1,88)
Totais	320 (100,0)
Ausente no sistema	174 (35,22)
Idade gestacional	
1º trimestre	65 (13,68)
2º trimestre	111 (23,37)
3º trimestre	299 (62,95)
Totais	475 (100,00)
Ausente no sistema	19 (3,8)

dade. A incidência de mulheres com diagnóstico positivo para sífilis em idade inferior a 20 anos foi de 26,32%, seguidas por mulheres com faixa etária de 20 a 24 anos (34,63%) (Figura 1).

Das notificações analisadas, 26,32% das mulheres tiveram o diagnóstico na faixa de 15 a 19 anos, e 34,62% tiveram diagnóstico na faixa etária entre 20 e 24 anos. Uma hipótese para essa maior incidência é que a partir dos 20 anos as pacientes, além de serem sexualmente ativas, concluem a educação básica e, portanto, não possuem mais a influência das atividades pedagógicas promovidas pela escola (Figura 1).

Verificou-se maior chance de diagnóstico no terceiro trimestre (62,95%), visto que muitas gestantes iniciam o

pré-natal nesse período. Cerca de 54,06% concluíram o ensino fundamental e 43,44%, o ensino médio (Figura 2).

Em relação à associação entre a idade da gestante e a formação escolar, observada na tabela 2, destaca-se que mulheres com idade igual ou superior a 20 anos e com formação igual ou superior ao ensino médio apresentam risco de contaminação 36% maior em relação ao grupo com menor formação (razão de incidência [RI] 1,36; IC 0,83; 2,21), porém sem significância estatística. A tabela 2 mostra ainda que tanto as mulheres de até 19 anos quanto as maiores de 20 anos possuem – a maioria – até o ensino fundamental (57 e 118 pessoas, respectivamente).

Na tabela 3, podemos perceber que, independentemente da formação escolar, o diagnóstico ocorreu no terceiro trimestre de gestação na maioria dos casos

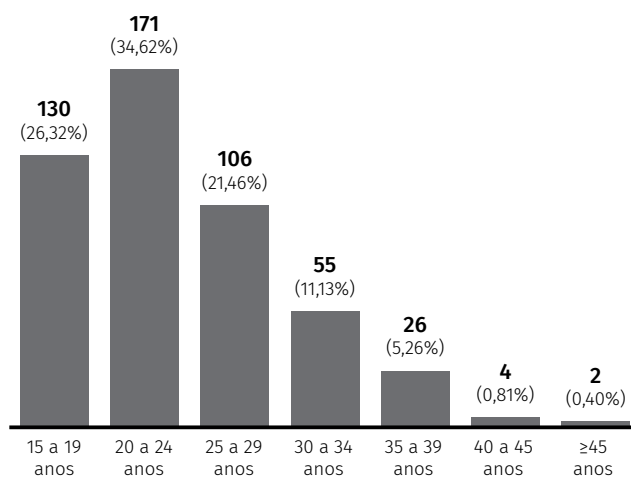


Figura 1. Incidência relacionada à idade (%)

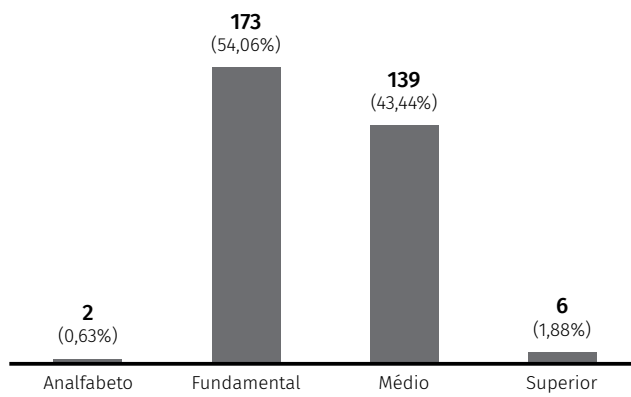


Figura 2. Incidência relacionada à formação n(%)

Tabela 2. Comparação entre os dois perfis de idade (até 19 anos e ≥20 anos) com a formação escolar

Variável	Total	Idade até 19 anos n (%)	Idade ≥20 anos n (%)	RI (IC)	p-value
Até fundamental	175	57 (32,57)	118 (67,43)	1	0,242
Médio e superior	145	38 (26,21)	107 (73,79)	1,36 (0,83-2,21)	

RI: razão de incidência; IC: intervalo de confiança.

Tabela 3. Comparação entre o trimestre do diagnóstico e a formação escolar em duas categorias (até o fundamental e médio e superior)

Variável	Totais de linha n (%)	Até o fundamental n (%)	Médio e superior n (%)	RI (IC)	p-value
1º trimestre	41 (13,23)	25 (60,98)	16 (39,02)	1	0,551
2º trimestre	76 (24,52)	43 (56,58)	33 (43,42)	1,19 (0,55-2,60)	
3º trimestre	193 (62, 26)	101 (52,33)	92 (47,67)	1,47 (0,71-2,83)	

analisados. Parece haver uma tendência de aumento na RI em direção ao terceiro trimestre – segundo trimestre (RI 1,19; IC 0,55; 2,60) vs. terceiro trimestre (RI 1,47; IC 0,71; 2,83). Nesse contexto, o efeito clínico de 47% de risco de diagnóstico no terceiro trimestre merece atenção. Além disso, a análise mostrou que a ocorrência da sífilis na gestação pode ter relação com a deficiência de instrução e conhecimento, o que talvez tenha levado a maioria das pacientes a procurar por acompanhamento pré-natal mais tardiamente, atrasando os exames para diagnóstico, o qual às vezes nem é feito, bem como o possível tratamento.

DISCUSSÃO

O pré-natal é fornecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser realizado por todas as gestantes, sendo instituído no mínimo por seis atendimentos. No Brasil, a cobertura é superior a 90%, porém uma alta taxa de cobertura não significa um pré-natal de qualidade e a adequação da assistência. Além disso, há gestantes no país sem acompanhamento ou nenhuma consulta pré-natal, deixando essa população em condição de vulnerabilidade e manifestando maior prevalência de sífilis na gravidez.⁽¹⁰⁻¹²⁾

O rastreamento dessa doença na gestação deve ser realizado na primeira consulta, quando é solicitado o exame sorológico de VDRL, o qual, caso negativo, será solicitado novamente no terceiro trimestre. Com o diagnóstico precoce, é possível o tratamento dessas mulheres e, consequentemente, a diminuição da transmissão vertical, abortos, prematuridade e óbitos neonatais ocasionados por essa infecção.⁽⁵⁾

De acordo com o estudo realizado, a prevalência foi maior no intervalo de 20 a 24 anos, com 34,62%. Isso pode ser explicado pela vulnerabilidade desse grupo, mais exposto às ISTs, visto que está em uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de ser um período de descobertas e de grande influência de grupos sociais. Além disso, observa-se o início da vida sexual cada vez mais precoce, aliado à prática desprotegida tanto para evitar a gestação quanto para a prevenção de ISTs.^(6,9,11,12) Tal fato corrobora os dados fornecidos pelo MS entre 2005 e 2017, que demonstraram uma prevalência de sífilis de 24,4% em gestantes menores de 20 anos e de 51,6% em gestantes entre 20 e 29 anos.⁽³⁾

Das pacientes analisadas, 54,06% possuíam até o ensino fundamental e uma pequena parcela tinha o ensino superior (1,88%). Portanto, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento mostraram-se estatisticamente associados à sífilis em gestantes, assim como em outros estudos realizados.⁽³⁾

É possível fazer uma relação entre a idade mais jovem e a baixa escolaridade, visto que estudiosos apontam que grande parte das gestações na adolescência ocorre após o abandono da escola. Além disso, em um estudo realizado na Nigéria, África, foi documentada a redução do número de alunas que abandonaram os estudos por motivo de gravidez não desejada após a implementação de atividades de educação sexual, portanto, demonstrando a importância de difundir esse ensino nas escolas.^(13,14)

O baixo nível educacional está relacionado ao menor acesso à informação, bem como ao restrito entendimento da importância das medidas de prevenção das ISTs durante a gestação e de como isso pode afetar o futuro conceito.^(4,5)

Em referência ao diagnóstico da sífilis em gestante, observou-se que a prevalência foi de 62,95% no terceiro trimestre da gestação. Apesar de os dados do estudo não corroborarem os fornecidos pelo MS, no qual a maior proporção ocorreu no primeiro trimestre de gestação (39,8%), ainda são de extrema importância a captação precoce da gestante, a assistência pré-natal de qualidade, assim como a oferta de oportunidades de tratamento adequado.^(3,4)

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram a predominância de sífilis nas gestantes em grupos populacionais específicos, como mulheres jovens, com idade entre 20 e 24 anos, e escolaridade até ensino fundamental. Além disso, a maioria das gestantes teve o diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre. Diante desse cenário, infere-se que há necessidade de intervenções mais vigorosas voltadas para a prevenção e o diagnóstico precoce da sífilis na mulher e no seu parceiro, começando nas escolas com a instituição de aulas de educação sexual, que mostrarão a importância da utilização de preservativos para evitar tanto gravidez quanto ISTs. Cabe à equipe multiprofissional a realização de busca ativa das

gestantes faltosas nas consultas de pré-natal, além de ações para a conscientização da população quanto aos riscos da prática sexual insegura e da importância do autocuidado, principalmente entre os mais vulneráveis. Com as medidas anteriormente citadas, presume-se que haverá diminuição dos casos de sífilis em gestantes nos seguimentos de maiores casos citados neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. 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):341-54. doi: 10.1590/1809-4503201400020005ENG
2. Marques JVS, Alves BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CC, Vasconcelos RL. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. *Sanare*. 2018;17(2):13-20.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. *Bol Epidemiol Sífilis* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 27];49(45):1-48. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
4. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):255-64. doi: 10.5123/s1679-49742017000200003
5. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-94. doi: 10.5123/S1679-49742015000400010
6. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
7. Neves RG, Wendt A, Flores TR, Costa CS, Costa FS, Tovo-Rodrigues L, et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):443-54. doi: 10.5123/s1679-49742017000300003
8. Rodrigues RM. Gravidez na adolescência. *Nascer Crescer*. 2010;19(3):S201.
9. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1747-55. doi: 10.1590/S0102-311X2010000900008
10. Nunes JT, Marinho ACV, Davim RMB, Silva GGO, Felix RS, Martino MMF. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(12):4875-84.
11. Freitas EP, Dell Agnolo CM, Giarola LB, Pelloso SM, Bercini LO, Higarashi IH. [Perception of tens on sexual practice in adolescence]. *Rev Psicol Criança Adolesc*. 2014;5(2):139-47. Portuguese.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S85-S100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
13. Romanelli RMC, Carellos EVM, Souza HC, Paula AT, Rodrigues LV, Oliveira WM, et al. Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2015;27(1-2):35-9.
14. Ajuwon AJ. Benefits of sexuality education for young people in Nigeria [Internet]. Lagos: ARSRC; 2005 [cited 2009 Nov 5]. Available from: <http://www.arsrc.org/downloads/uhsss/ajuwon.pdf>