

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM VDRL POSITIVO EM UMA REDE DE LABORATÓRIOS PRIVADOS NA CIDADE DE SÃO LUÍS

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH POSITIVE VDRL IN A NETWORK OF PRIVATE LABORATORIES IN THE CITY OF SÃO LUÍS

BRENDA RAFAELLA SILVA **GOMES**¹, CAROLYNNE RODRIGUES CANTANHEDE **SILVA**¹, ERISON CARDOSO DOS **SANTOS**¹, HENRIQUE NELSON PEREIRA **COSTA JUNIOR**¹, KARLA CONCEIÇÃO COSTA **OLIVEIRA**², LÍVIA CRISTINA **SOUSA**³, FRANCISCA BRUNA ARRUDA **ARAGÃO**⁴, GERUSINETE RODRIGUES BASTOS DOS **SANTOS**^{5*}, NEMER SCANDER LAHUD ANTONIO **NETTO**⁶, CAROLINA XAVIER **LIMA**⁷

1. Graduados em Biomedicina pela Faculdade Estácio de São Luís; 2. Graduada em Odontologia, pela Universidade Federal do Maranhão – (UFMA) e Especialista em Prótese Dental pela INAPÓS, Brasil; 3. Enfermeira técnica da coordenação de DST/AIDS e Hepatites Virais; 4. Enfermeira e especialista em Saúde Pública (Universidade Estácio de Sá) e Saúde da Família pela a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA); 5. Farmacêutica – Bioquímica e especialista em Citologista Clínica pela a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança (UFMA); 6. Graduado em Psicologia, pela Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP), São Paulo, SP, Brasil; 7. Professora da Faculdade Estácio de São Luís, Mestre em Biologia Parasitária pelo UniCEUMA.

* Rua 11, Quadra 5, Casa 1, Aracagy, São José de Ribamar, Maranhão, Brasil CEP: 65110-000. gerusinete@hotmail.com

Recebido em 05/03/2017. Aceito para publicação em 25/05/2017

RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica que possui como agente causador o *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa em forma de espiral. Ainda hoje, a sífilis ocupa uma importância relevante entre os problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando-se como Sífilis adquirida ou Sífilis congênita. O trabalho objetivou analisar o perfil epidemiológico de pacientes com VDRL positivo em uma rede de laboratórios privados na cidade de São Luís, Maranhão. Avaliaram-se, por uma pesquisa transversal, os dados dos prontuários de 20.646 pacientes, considerando as variáveis, sexo e idade, para análise de cada indivíduo entre os meses de Junho e Julho de 2016. Os pacientes foram submetidos ao teste VDRL (teste não-treponêmico), um método quantitativo, de baixo custo, de fácil execução e que apresenta positividade entre a segunda e a quarta semana após aparecimento do cancro de inoculação. Dos 20.646 pacientes analisados, 643 (3,11%) pacientes tiveram resultados positivos, entre homens, mulheres, crianças e recém-nascidos. Todos foram confirmados pelo teste treponêmico. Os resultados obtidos revelaram que a maior incidência de positividade ocorreu no sexo feminino com um percentual de 59,70% dos casos analisados na faixa etária entre 22 a 35 anos.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis, *Treponema pallidum*, incidência. VDRL.

ABSTRACT

Syphilis is a chronic systemic infectious disease that has as its causative agent *Treponema pallidum*, a

gram-negative, spiral-shaped bacterium. Even today, syphilis plays an important role among public health problems in Brazil and in the world, presenting as acquired syphilis or congenital syphilis. The objective of this study was to analyze the epidemiological profile of patients with positive VDRL in a network of private laboratories in the city of São Luís, Maranhão. Data from the charts of 20,646 patients were analyzed by gender, age and gender. For analysis of each individual between June and July 2016. Patients were submitted to VDRL (non-treponemal test), a quantitative method, low cost, easy to perform and that shows positivity between the second and the fourth Week after onset of cancer of inoculation. Of the 20,646 patients analyzed, 643 (3.11%) patients had positive results among men, women, children and newborns. All were confirmed by the treponemal test. The results showed that the highest incidence of positivity occurred in the female sex with a percentage of 59.70% of the cases analyzed in the age group between 22 and 35 years.

KEYWORDS: Syphilis, *Treponema pallidum*, incidence, VDRL.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença crônica infecciosa de origem bacteriana, que há séculos desafia a humanidade. Apesar do tratamento se mostrar eficaz ela ainda se apresenta como um sério problema de saúde pública, que pode

acometer sistemas e órgãos diversos como pele, fígado e sistema nervoso central¹.

A bactéria, *Treponema pallidum*, causadora da doença é uma espiroqueta gram-negativa, possui cerca de 8 micrômetros de comprimento, tem em torno de 10 a 15 espiras que podem se apresentar com maior ou menor número e variações no tamanho².

A forma mais comum de transmissão da sífilis é por via sexual, por transfusão sanguínea ou por contato com a lesão de um indivíduo infectado, podendo também ser contraída por via transplacentária (congenita). Quando adquirida, a sífilis caracteriza-se por três fases marcantes e o período de incubação pode variar entre nove a noventa dias, sendo mais comum o período de três semanas¹.

A sífilis primária também conhecida como *cancro duro*, por ser uma lesão ulcerada (cancro) geralmente única com a base endurecida e indolor, normalmente aparece cerca de 21 dias após o contato sexual, podendo apresentar gânglios. Ocorre com maior frequência na vulva, pequenos lábios e com visualização mais difícil nas paredes vaginais e colo uterino³.

A lesão primária também pode surgir em outras regiões, como no ânus, na mucosa retal, cavidade oral ou em qualquer região da pele em que houver solução de continuidade. O cancro regride espontaneamente entre 3 e 4 semanas, sem deixar cicatrizes e, geralmente, entre a segunda e quarta semanas do aparecimento do cancro, as reações sorológicas tornam-se positivas³.

A sífilis secundária caracteriza-se por manifestações na pele ou mucosas, que ocorrem geralmente de seis a oito semanas após período de incubação. A sífilis tende a ser maculosa, sem descamação ou prurido, simétricas, ovais ou arredondadas, levemente eritematosas e costuma acometer as regiões palmares e plantares, face, região perianal e tronco⁴.

O indivíduo nesse estágio pode apresentar febre baixa, mialgia e cefaleia. Na sífilis secundária a infecção pode ser transmitida através do contato com feridas abertas ou erupções cutâneas durante relação sexual. Os sintomas podem desaparecer sem tratamento. Porém, se não for tratada, a infecção progredirá para o estágio latente e possivelmente para sífilis terciária³.

O estágio latente da sífilis inicia quando os sintomas dos estágios primário e secundário desaparecem, isto é, esta fase é marcada pela não manifestação da sintomatologia, porém apresenta sorologia positiva para a doença. É dividida em sífilis latente recente (menos de um ano de infecção) e sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção). A duração é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária⁵.

Na sífilis terciária, a doença pode danificar os órgãos do organismo, incluindo o cérebro, nervos, olhos, coração, vasos sanguíneos, fígado, ossos e articulações. Esses

danos podem ocasionar problemas nos nervos, paralisia, cegueira, demência, e outros problemas de saúde. Algumas pessoas vão a óbito. O estágio costuma se manifestar entre 10 e 30 anos⁴.

A sífilis congênita pode ocorrer em qualquer fase gestacional e surge como resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada, ou inadequadamente tratada, podendo ocasionar abortos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais ou recém-natos enfermos que, caso não sejam tratados, podem desenvolver graves complicações³.

Assim, a prevalência de sífilis em gestantes vem persistindo como um relevante problema de saúde pública pelo grau da doença em alguns casos e pelo elevado número de notificações registradas nos últimos tempos³.

O diagnóstico laboratorial da sífilis depende da sua fase de infecção e pode ser obtido por pesquisas do *Treponema pallidum*, a partir do exsudato da lesão primária ao tecido. Entre os testes NÃO TREPONÊMICOS, o mais utilizado é o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) que é um teste quantitativo, de baixo custo, fácil execução e apresenta positividade entre as segunda e quarta semanas após aparecimento do cancro de inoculação⁶.

O VDRL (teste não-treponêmico) costuma reagir entre cinco e seis semanas após infecção e entre duas a três semanas após surgimento do cancro⁷. Testes treponêmicos são realizados para detecção do IgM, e podem ser o FTA-ABS, ELISA e TPHA⁸.

Para o tratamento da sífilis, Mahoney mostrou em 1943 que a penicilina agia em todos os estágios da sífilis. Até hoje, a droga continua como primeira alternativa pela resposta com regressão das lesões primárias e secundárias pela rapidez e sensibilidade à droga que a bactéria apresenta, sendo também utilizada na terapêutica da sífilis congênita¹.

No Brasil, foi estimado que a totalidade dos casos, em 2003, de sífilis eram de 843.300 casos. Entre 1998 e 2004 os registros de sífilis congênita totalizaram 24.448 casos¹. A Organização Mundial de Saúde, em 2008, estimou que em média 12 milhões de pessoas estivessem infectadas com *Treponema pallidum*, entre estes, cerca de 2 milhões de gestantes⁹.

Tendo em vista a magnitude da doença como um problema de saúde pública e sua elevada incidência no Brasil, este trabalho tem por objetivo identificar o perfil epidemiológico de pacientes com VDRL positivo de uma rede de laboratórios privados no Estado do Maranhão entre os meses de Junho e Julho de 2016.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa transversal, que avaliou os dados dos prontuários de indivíduos que solicitaram diagnóstico em uma rede de laboratório privada, locali-

zada em São Luís - MA, entre Junho e Julho de 2016.

Foram considerados como variáveis deste estudo, a idade e o sexo de cada paciente. No que diz respeito à idade, foi realizada uma análise estratificada em faixas de dez em dez anos para a verificação do perfil em cada período.

A amostra dos pacientes foi obtida por punção de veia cubital, em tubo de coleta a vácuo, sem anticoagulante, para a realização do teste VDRL (Teste não-treponêmico). Este consiste em um método de triagem para detecção da sífilis por reação de floculação, que busca anticorpos (reaginas) no soro, plasma ou líquido cefalorraquidiano.

O procedimento técnico deste teste inicia-se adicionando, em uma placa escavada, 50 µl da amostra do paciente e 20 µl do reagente. Agita-se manualmente com movimentos circulares ou em um agitador por 4 minutos a 180 rpm, examinando, em seguida, no microscópio óptico no aumento de 100x. Observa-se uma floculação quando o teste apresenta resultado reagente (positivo), devendo ser feita uma titulação para obter o valor dessa positividade, que pode ser alta ou baixa, positivo forte ou fraco.

No intuito de cumprir a Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, com a obtenção do teste não-treponêmico positivo, realizou-se o teste treponêmico no equipamento Immulite. O Immulite® trata-se de um equipamento de bancada utilizado para a realização de testes de imunoenaios através do método da quimi-luminescência, sendo geralmente indicado para rotinas pequenas e possui produtividade de 120 testes/hora, com função STAT, sem necessidade de carregar lista de trabalho, realizando ensaios de rotina, especiais, o resultado do teste geralmente é obtido em 15 minutos.

Para melhor entendimento e análise dos dados, realizou-se uma distribuição em gráficos e tabelas, e para a análise estatística utilizou-se o software GraphPad – Prism (programa que possibilita a atualização automática de resultados e gráficos).

3. RESULTADOS

Durante o período estudado, 20.646 pacientes realizaram o teste de triagem para o diagnóstico da sífilis, VDRL (Figura 1). Destes, 643 (3,11%) pacientes tiveram resultados positivos e todos foram confirmados pelo teste treponêmico. Santana *et al.*⁸, em um estudo em Fortaleza realizado em 2000, encontrou uma incidência de 2,8%, reforçando, assim, os dados encontrados neste trabalho (Figura 2).

Dentre os 643 resultados positivos, observou-se uma maior incidência em mulheres com 384 amostras positivas (59,70%), enquanto que os homens apresentaram 259 (40,30%) (Figura 3). Quanto à frequência do sexo,

foi possível identificar um relevante aumento no número de casos positivos em mulheres, visto que, estas costumam procurar os serviços de saúde com maior frequência que os homens¹⁰. Assim, é mais provável que se tenha um diagnóstico mais frequente no sexo feminino.

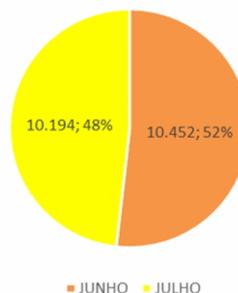


Figura 1. Demonstração gráfica do total de pacientes que realizaram o VDRL nos meses de Junho e Julho de 20. **Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

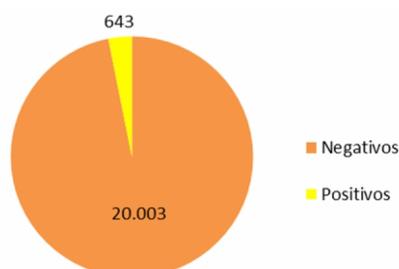


Figura 2. Demonstração gráfica dos resultados do VDRL nos pacientes analisados. **Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

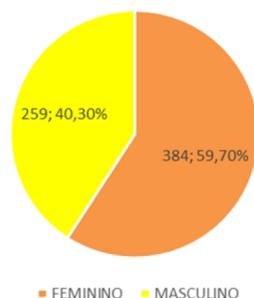


Figura 3. Demonstração gráfica dos sexos dos pacientes analisados. **Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

O levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹, apontou que, nos últimos 10 anos (2004 - 2014), a população de homens em São Luís sofreu uma queda de 0,45% em relação às mulheres. De acordo com o órgão, enquanto a população masculina constitui 46,81% do total de habitantes do território ludovicense, o público feminino é de 53,19%. O estudo mostrou também que, atualmente, a cidade de São Luís (cuja população é de 1.014.837 pessoas) possui 539.842 mulheres e 474.995 homens, uma diferença de 64.847 pessoas a mais do sexo feminino. Colaborando

para justificar o fato de que o sexo feminino seja o de maior incidência no presente trabalho.

O padrão masculino possui um índice de pouca procura por assistência médica e por cuidados preventivos em relação à saúde. Homens preferem utilizar farmácias ou prontos socorros como serviços de saúde e, sabendo-se que esses serviços são limitados às demandas emergenciais, os homens seriam atendidos com maior rapidez e precisão, de forma breve e superficial. Lembrando também, que há escassos programas preventivos de saúde dirigidos ao sexo masculino¹².

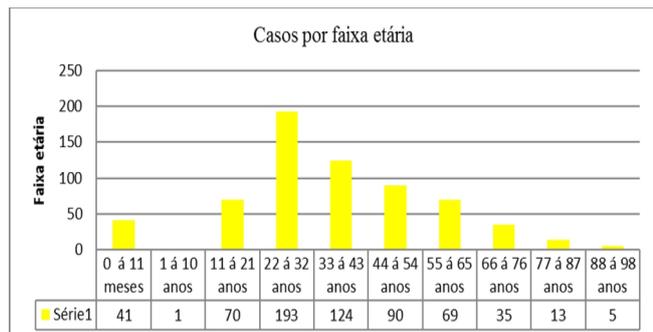


Figura 4. Demonstração gráfica das faixas etárias dos pacientes analisados. **Fonte:** Elaborado pelos autores (2016).

Com base na análise dos dados obtidos, verificou-se que a idade com maior incidência é entre 22 e 32 anos. Em um estudo realizado em Portugal, por Ferreira et al.¹⁰, constataram que a sífilis foi diagnosticada com maior frequência em idades mais jovens (35,1±11,6 anos, mediana 30 anos). O que reforça os dados obtidos em nosso trabalho (Figura 4). Os jovens são as maiores vítimas desta infecção devido à pouca preocupação com os aspectos preventivos, ou seja, são menos vigilantes nas relações sexuais¹³.

A sífilis é uma doença cujo tratamento e controle é imprescindível para romper-se a cadeia de transmissão do *Treponema pallidum*. São necessárias mais políticas públicas que incentivem o uso do preservativo, o cuidado com materiais perfuro cortantes e o acompanhamento do pré-natal pra que maiores complicações sejam evitadas. Também, faz-se necessário o aconselhamento do paciente procurando mostrar a importância da comunicação com o parceiro¹⁴.

O número de registros positivos para sífilis neste estudo evidenciou a ocorrência cada vez mais frequente de uma possível, sífilis congênita, com 41 casos (6,37%) (Figura 4). Em estudo realizado no Pará, foi encontrada uma incidência de 9,1% de sífilis congênita¹⁵, dado que se assemelha ao encontrado neste trabalho. O que resulta na necessidade de se desenvolver ações efetivas voltadas a seu controle, assim como de educação em saúde para a população, na tentativa de evitar possíveis complicações, com o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

5. CONCLUSÃO

A análise dos resultados positivos obtidos pelo teste VDRL concordou com os parâmetros de outras séries descritas na literatura. Com relação à idade, verificamos que o diagnóstico de sífilis foi mais frequente entre os mais jovens, na faixa etária de 22 a 32 anos.

O fato de homens procurarem tardiamente por ajuda médica, impondo obstáculos e demonstrando resistência, revelam que eles ignoram a aparição dos primeiros sintomas de uma possível doença ou quando diagnosticados, não seguem com as recomendações médicas, o que implica na disseminação de possíveis infecções que, sem tratamento aumenta o risco de transmissão para sua(s) parceira(s). Em contrapartida, as mulheres possuem maior notificação da doença por buscarem frequentemente por serviços de saúde.

Assim, o presente estudo cumpriu seu objetivo de apontar o perfil epidemiológico da sífilis na cidade de São Luís – MA e evidenciou que, o índice de mulheres infectadas pela bactéria é maior do que de homens, alerta-se também que não se pode deixar de destacar os cuidados que devem ser tomados para a prevenção e tratamento adequado daqueles indivíduos infectados pelo *Treponema pallidum*, a fim de erradicar completamente os casos de sífilis na cidade.

REFERÊNCIAS

- [01] Aveleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. Bras. Dermat, Rio de Janeiro, 2006; 81(2):111-26.
- [02] Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 100p. (Série TELELAB).
- [03] Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010. [acesso em: 2016 dez. 04]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf.
- [04] Azulay MM, Azulay DR. Treponematoses. In: Azulay MM, Azulay DR. Dermatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 240-51.
- [05] Marangoni DV, Schester M. Doenças infecciosas: conduta diagnostic e terapêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- [06] Nadal SR, Framil VMS. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da Sífilis. Rev.bras.Coloproct 2007; 27(4).
- [07] Rotta O. Diagnóstico sorológico da sífilis. An Bras Dermatol. 2005; 80(3):299-302.
- [08] Santana RL, Parahyba MJPC, Alencar MJ, Marques DA. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. RBAC, 2006; 38(2):71-73.
- [09] Silva ACZ, Bonafê SM. Sífilis: uma abordagem geral. In: Anais eletrônicos do 8º Encontro Internacional de Produção Científica, 2013; Maringá. [acesso em: 2016 jun.

- 01]. Disponível em: www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/cit_mostra/ana_carolina_zschornak_da_silva.pdf.
- [10] Ferreira O, Lisboa C, Ramos FM, Azevedo F. Sífilis numa consulta de infecções sexualmente transmissíveis – análise de 880 doentes. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2012;70:99-104.
- [11] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados estatísticos. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [acesso em: 2016 dez. 04]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- [12] Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. *Enfermagem em foco, Cariri*, 2011; 2(2):108-11.
- [13] Costa Junior FMC, Maia ACB. Concepções de Homens Hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, jan./mar. 2009; 25(1):55-63. [acesso em: 2016 dez. 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>.
- [14] Anjos KF, Santos VC. Sífilis: uma realidade prevenível, sua erradicação, um desafio atual. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009; 2(2):257-263. [acesso em: 2016 dez. 04]. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1027>.
- [15] Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Holanda VGDA. Sífilis congênita: incidência em recém – nascidos. *Jornal de Pediatria* 1999; 75(2). [acesso em: 2016 dez. 04]. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-02-119/port.pdf>.