

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ.

EPIDEMIOLOGICAL FINDINGS OF CONGENITAL SYPHILIS AT A MATERNITY SERVICE IN CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.

Autores: Rafael de Souza Campos Fernandes¹, Ricardo de Souza Campos Fernandes¹, Regina Célia de Souza Campos Fernandes².

Instituição: Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

¹ Alunos do sexto ano da Faculdade de Medicina de Campos, RJ.

² Professora Doutora. Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos, RJ.

Resumo

Introdução: A transmissão materno-infantil ocorre em praticamente todos os conceitos de mães com sífilis primária ou secundária não tratadas. Ela pode acontecer em qualquer fase da gravidez ou estágio da doença materna. Nosso país não conseguiu cumprir o acordo assumido em 1993 para eliminação da sífilis congênita até o ano 2000 (< 1 caso para 1.000 nascidos vivos).

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico das gestantes atendidas nos anos de 2003 e 2004 e que apresentaram VDRL positivo por ocasião do parto ou curetagem, na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, em Campos-RJ; notificar os casos de sífilis congênita; concluir a investigação; tratar os casos confirmados.

Método: Análise de 33 fichas de investigação de sífilis congênita. Foram determinadas as frequências de 7 variáveis de exposição e de sífilis congênita por estrato, com intervalo de confiança de 95%. Foi utilizado o teste exato de Fisher para verificação de associações das variáveis com o desfecho sífilis congênita.

Resultados: Das gestantes analisadas, 72,7% tinham menos de 30 anos; 78,8% tinham até o primeiro grau completo; a frequência de abortos foi de 39,45% e de natimortos de 15,2%; em 84,8% dos casos houve comparecimento ao pré-natal sendo a sífilis diagnosticada nesta ocasião em 33,3% deles; o tratamento do parceiro apenas aconteceu em 9,1% dos casos. Foram confirmados 2 recém-natos com sífilis congênita e tivemos 8 casos presumíveis (1 recém-nato, 6 abortos e 1 natimorto).

Conclusões: Há necessidade de melhora da qualidade do atendimento pré-natal, havendo urgência na universalização da testagem da gestante pelo VDRL na admissão para o parto; bem como a testagem de todos os filhos de mães com sorologia positiva, que deveriam ter a sua investigação concluída ainda na maternidade. Nosso estudo reitera a relevância que a sífilis congênita detém, mesmo nos dias atuais, na mortalidade fetal e perinatal em nosso país.

Descritores: Sífilis congênita. Recém-nascido. Gestante.

Abstract

Introduction: Mother-to-child transmission occurs almost in all babies born of women with untreated primary or secondary syphilis. Infection can be transmitted to the fetus at any time during gestation or any clinical stage of disease in pregnant women. Brazilian Public Health did not achieve the year 2000 goal for elimination of congenital syphilis set at < 1 case for 1000 newborns.

Objectives: To describe and analyze the epidemiological profiles of pregnant women reactivities by VDRL testing at delivery or submitted to curettage at the Maternity Unit of the Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos in Campos- RJ from 2003 to 2004; to notify cases of congenital syphilis, conclude investigations and treat confirmed cases.

Methods: Analysis of 33 notifications of congenital syphilis. The frequencies of variables under study were determined as well as the frequency of syphilis (95% confidence interval). Associations of variables with the outcome "congenital syphilis" were verified using the Fisher exact test.

Results: 72,7% of women were <30 years of age; 78,8% had only first grade education level; story of abortion was reported by 39,4% and story of stillborns was reported by 15,2%; 84,8% of pregnant women had access to prenatal care and 33,3% of those were diagnosed with syphilis. The final classification of studied cases was: 2

newborns with confirmed syphilis and 8 cases of suspected syphilis (1 newborn, 6 abortions and 1 stillborn).

Conclusions: It is necessary to improve the efficiency of antenatal care and the universal screening by VDRL of pregnant women at admission for delivery. It is crucial to test for VDRL all babies born of women with positive VDRL. Newborns must have complete investigation before releasing them from the hospital.

Keywords: Congenital syphilis. Newborn. Pregnant women.

Introdução

A sífilis é uma doença relatada desde o século XV. Na década de 40, com a comercialização da penicilina, à qual o *Treponema pallidum* é suscetível, acreditou-se na possibilidade de sua erradicação, que não se concretizou. A partir dos anos 80, a sífilis volta a ter destaque associada a novos fatores: expansão do uso de drogas ilícitas, prostituição, gravidez na adolescência, migração para os grandes centros urbanos e acesso limitado aos cuidados de saúde¹. Há que se considerar também o aumento do risco de aquisição de sífilis pela co-infecção por outros microorganismos causadores de doenças sexualmente transmissíveis, como o vírus da hepatite B e o vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana)².

A transmissão na sífilis congênita ocorre em praticamente todos os conceitos de mães com sífilis primária ou secundária não tratadas (70 a 100% e 90%, respectivamente)¹.

Ela pode acontecer em qualquer fase da gravidez ou estágio da doença materna. A magnitude do problema é percebida a partir da estimativa da Organização Mundial de Saúde de uma incidência de 12,2 milhões de casos de sífilis por ano, principalmente nos países em desenvolvimento. Do total de gestantes no mundo, 10 a 15% estariam infectadas pelo *Treponema pallidum*³. Além da elevada prevalência, é importante considerar a letalidade da sífilis congênita, o que reforça a necessidade de prevenir a sua ocorrência.

Trabalho publicado em 2002 analisando os coeficientes de mortalidade por sífilis congênita nas regiões brasileiras entre 1980 e 1995 mostrou uma elevação de 120% na região Nordeste neste período com queda discreta (11,55%) até 1995. Os óbitos se concentraram no primeiro ano de vida, sendo que 30,8% ocorreram ainda no primeiro dia após o nascimento e ao final do primeiro mês de vida, apenas 18,8% das crianças sobreviveram⁴.

Também é importante atentar para o fato de que na prática clínica muitas vezes os lactentes são oligo ou assintomáticos na era pós-penicilina^{5,6}. Assim sendo além da atenção aos sinais e sintomas da sífilis congênita devemos investigar todas as crianças cujas mães apresentaram sífilis na gestação, detectada no pré-natal ou no parto, devendo ser conferida especial atenção aos casos caracterizados como de tratamento inadequado. O VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) é o método sorológico de eleição, se prestando também para controle do tratamento e da cura. Barsanti et al⁷ encontraram 2,4% de positividade ao VDRL em 1000 parturientes e apenas 2 não foram confirmadas por teste treponêmico; não se encontrou nenhum caso de VDRL positivo entre os filhos de mães com VDRL negativo.

Como parte do esforço para eliminação da sífilis congênita até o ano 2000 (definido como <1 caso/1000 nascidos vivos)³ foram criados pelo Ministério da Saúde em 1996, Grupos de Investigação da Sífilis Congênita, que a partir de 2000 repassam seus dados a cada 3 meses para a Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS). Um deles foi implantado em 2001 no Hospital da Beneficência Portuguesa. De 1742 gestantes testadas nos nove primeiros meses, 59 tiveram VDRL positivo, uma prevalência de 3,5%. Infelizmente só foi concluída a investigação de 5 casos. Nos anos de 2001 e 2002 nenhum caso de sífilis congênita foi notificado em nosso Município, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde⁶. Este cenário nos levou a este estudo sobre a sífilis na gestação e a sífilis congênita, buscando sensibilizar profissionais de Saúde e autoridades do nosso Município para a gravidade do problema, que prescinde de elevados investimentos para o seu enfrentamento.

Objetivos

Nosso objetivo principal foi avaliar o perfil epidemiológico da Sífilis Congênita em uma maternidade do município de Campos dos Goytacazes-RJ. Nossos objetivos secundários foram: identificar as gestantes com VDRL positivo atendidas para parto ou curetagem na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos em Campos-RJ, no período de fevereiro de 2003 a outubro de 2004; estudar os fatores epidemiológicos maternos; notificar os casos de sífilis na gestação e congênita; investigar todos os casos notificados; realizar o tratamento dos casos confirmados.

Método

Tratou-se de um estudo transversal feito a partir da revisão das fichas de notificação de casos de sífilis congênita relativas aos partos ou curetagens de gestantes reativas ao VDRL e atendidas pelo Sistema Único de

Saúde no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, no período de fevereiro de 2003 a dezembro de 2004. Foram estudadas as seguintes variáveis: faixa etária materna; escolaridade materna; história de abortos; história de natimortos; frequência ao pré-natal; diagnóstico da sífilis na gestação; e tratamento do parceiro. Especial atenção foi dada ao desfecho dos casos e à sua interpretação, tendo em vista os fatores possivelmente associados à transmissão vertical da sífilis. Foram aferidas as frequências dessas variáveis. Para análise do banco de dados gerado foi utilizado o pacote de gerência de dados e análise Epi Info 2004. A prevalência da sífilis congênita foi calculada com intervalo de confiança de 95%. Foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis de exposição e o desfecho sífilis congênita.

Para verificar possíveis associações se utilizou o teste exato de Fisher, devido ao pequeno tamanho amostral.

Resultados

No primeiro ano do estudo tivemos um total de 1705 partos (aqui também incluídas as curetagens) e uma prevalência de VDRL positivo entre as gestantes de 1,52% (26/1705).

Na tabela 1 são mostradas as variáveis relacionadas à sífilis congênita. Houve predomínio de gestantes com idade inferior a 30 anos e com escolaridade igual ou inferior ao primeiro grau. A história de abortos foi positiva em 39,4% dos casos (13/33) e a de natimortos em 15,2%(5/31). A frequência ao pré-natal foi elevada, de 84,8%(28/33). O diagnóstico de sífilis foi realizado em 33,3% (11/33) das gestantes analisadas, sendo o tratamento do parceiro realizado em apenas 9,15% dos casos(1/11).

Na tabela 2 se encontra a classificação final dos casos estudados. Tivemos 2 casos confirmados de sífilis congênita e 8 casos presumíveis.

Tabela 1 - Frequência relativa das variáveis de exposição e dos casos de sífilis congênita na população de puérperas analisadas no período de 2003-2004 no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, Campos-RJ.

Variáveis de exposição	Frequência da variável		Frequência de sífilis congênita por estrato	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Faixa Etária Materna				
0-29 anos	24	72,7 (54,5-86,7)	8	33,3 (15,6-55,3)
≥ 30 anos	9	27,3 (13,3-45,5)	2	22,2 (2,8-60,0)
Escolaridade Materna				
≤ 1º grau	26	78,8 (61,1-91,0)	8	30,8 (14,3-51,8)
> 1º grau	7	21,2 (9-38,9)	2	28,6 (3,7-71,0)
História de abortos				
Sim	13	39,4 (22,9-57,9)	6	53,8 (19,2-74,9)
Não	20	60,6 (42,1-77,1)	4	20,0 (5,7-43,7)
História de natimortos				
Sim	5	15,2 (5,1-31,9)	1	20,0 (0,5-71,6)
Não	28	84,8 (68,1-94,9)	9	32,1 (15,9-52,4)
Frequência ao pré-natal				
< 5 consultas	10	30,3 (15,6-48,7)	3	30,0 (6,7-65,2)
≥ 5 consultas	18	54,5 (36,4-71,9)	2	11,1 (1,4-34,7)
Nenhuma consulta	5	15,2 (5,1-31,9)	5	100 (47,8-100)
Diagnóstico de sífilis na Gestação				
Sim	11	33,3 (18-51,8)	3	27,3 (6,0-61,0)
Não	22	66,7 (48,2-82,0)	7	31,8 (13,9-54,9)
Tratamento do parceiro				
Sim	1	9,1 (0,2-41,3)	0	0 (0,0-97,5)
Não	10	90,9 (58,7-99,8)	10	100 (69,2-100)

Tabela 2. Classificação final dos casos de sífilis congênita segundo os critérios de notificação.

Classificação final	n (%)
Confirmado	2 (6,1)
Presumível	8 (24,2)
Descartado	23 (69,7)
Ignorado	0 (0)

Discussão

O presente estudo surgiu a partir da evidência de que a sífilis congênita persiste como causa de morbidade na vida intra-uterina levando em mais de 50% dos casos a desfechos negativos da gestação, tais como aborto, nati e neomortalidade e complicações precoces e tardias em nascidos vivos.

Saraceni e colaboradores⁸ estudando a situação no Município do Rio de Janeiro em 2002 evidenciaram que a sífilis congênita respondeu por 16,2% dos óbitos fetais e 7,9% dos neonatais precoces. Eles também comprovaram a importância das campanhas para a eliminação da sífilis, que determinaram uma redução de 29% do número de óbitos por sífilis congênita em 2001 e 2002, mas com subsequente aumento de 39,3% de 2001 para 2002 com o encerramento das mesmas.

Nosso estudo sobre a situação da sífilis congênita na Maternidade da Sociedade Portuguesa de Beneficência em Campos-RJ nos anos de 2003 e 2004 envolveu diferentes profissionais (médicos, acadêmicos de Medicina, enfermeiros e assistentes sociais). Com ele se conseguiu dar visibilidade ao agravo sífilis congênita, inclusive com apresentações em eventos locais e em congressos nacionais. No ano de 2003 o número de casos notificados à Secretaria Estadual subiu de 0 para 5, chegando em 2004 a 20 casos. Infelizmente com a descontinuidade do trabalho voltamos para apenas 1 caso em 2005⁶.

Tais dados sinalizam para a necessidade de inserção da sífilis de forma mais sistemática nos currículos médicos e para a necessidade de incentivo à educação médica continuada dos profissionais envolvidos no pré-natal e assistência obstétrica para rastreamento, tratamento, acompanhamento e notificação dos casos de sífilis, de modo que se consiga efetivamente eliminar a sífilis congênita do país.

Verificamos uma prevalência de VDRL positivo em gestantes de 1,52% (26/ 1705) no ano 2003. No ano de 2004 não foi possível a determinação devido à inconsistência dos dados coletados. O resultado de 2003 demonstra redução importante dos casos de VDRL positivos em gestantes admitidas para parto ou curetagem em relação a 2001 (3,5 para 1, 52 %). O valor de 2003 é muito próximo ao valor nacional do ano 2000 (1,7%), obtido a partir do Estudo de soroprevalência de sífilis entre púerperas⁹.

Nossos resultados obtidos a partir da conclusão da investigação de 33 casos de sífilis congênita não diferiram dos estudos anteriores em relação à reduzida escolaridade materna e à sua baixa idade, levando ao desconhecimento da entidade sífilis com o seu curso subclínico na maior parte do tempo e da importância do diagnóstico seja por avaliação clínica periódica ou por ocasião do pré-natal. A exuberância da frequência do relato de história de abortos, muitas vezes múltiplos de uma única paciente ilustra a relevância da sífilis na gênese de óbitos no período fetal. A sífilis materna já foi inclusive associada com um risco 10 vezes maior de evolução para perda fetal¹⁰.

Com relação à história de natimortalidade tivemos valor menor do que o encontrado para a de abortos, mas que ratifica a inclusão da sífilis congênita no seu diagnóstico diferencial.

O comparecimento ao pré-natal ocorreu em 84,8% dos casos (28/33), sendo que em 54,5% (18/33), o número de consultas foi igual ou superior a 5. Em metade dos casos de sífilis congênita (confirmados e presumíveis) houve o comparecimento das gestantes ao pré-natal.

Isto suscita a interpretação de que para a população estudada a frequência ao pré-natal não se traduziu em garantia de diagnóstico, tratamento correto da sífilis materna e seguimento mensal dos casos até o parto. A necessidade de melhoria na assistência pré-natal é urgente, restando como última possibilidade de diagnóstico, a testagem de todas as mulheres internadas para curetagem pós-aborto e de todas as parturientes. Por ocasião do desenvolvimento do presente estudo, ainda havia em nosso município uma maternidade atendendo a pacientes do Sistema Único de Saúde e que não testava por VDRL suas parturientes.

Finalmente também foi confirmada a dificuldade na testagem e tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis diagnosticada, o que as expõe ao risco de reinfecção, principalmente se tal aspecto não é enfatizado durante o acompanhamento. Devido ao pequeno tamanho da amostra não foi possível caracterizar a associação das variáveis analisadas com o desfecho sífilis congênita.

Na classificação final tivemos 2 casos confirmados de sífilis congênita precoce: em um deles ocorreu o óbito ainda no primeiro dia de vida e em outro houve a necessidade de permanência em UTI pediátrica. Isto corrobora os dados da literatura sobre a gravidade da evolução clínica destes menores^{1,4,8,10}. Em um deles a gestante havia sido tratada corretamente, em outro não. O tratamento do parceiro não foi feito em nenhum dos 2 casos.

Tivemos 8 casos presumíveis, um de sífilis congênita precoce, um natimorto e 6 abortos.

À exceção dos 2 casos clássicos, grandemente sintomáticos, em nenhum dos demais foi feito exame clínico criterioso dos recém-natos, VDRL, RX de ossos longos e estudo líquórico ainda durante a permanência na maternidade. Estes exames efetuados em ambulatório nos permitiram descartar o diagnóstico de sífilis congênita em 23 casos. Todas as fichas de notificação referentes aos casos acompanhados foram preenchidas e enviadas para a Divisão de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde.

Conclui-se do presente estudo que a qualidade da assistência pré-natal precisa ser melhorada em nosso município; e que os recém-natos de mães com sífilis tratada ou não na gestação e os recém-natos de mães identificadas como portadoras de sífilis apenas no parto devem ter o diagnóstico de sífilis congênita realizado ainda durante a permanência na maternidade. Mais uma vez ficou patente a importância da sífilis na mortalidade fetal e neonatal.

Referências Bibliográficas

1. Sampaio MG. Sífilis Congênita: aspectos clínicos e epidemiológicos atuais de uma doença antiga. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
2. Sztajnbnok DCN. Prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus Da Hepatite B e *Treponema pallidum* em gestantes atendidas em maternidade pública do Rio de Janeiro. [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita- Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
4. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980- 1995. J Bras de Patologia e Medicina Laboratorial 2002; 38(4): 267-271.
5. Zenker PN, Berman SM. Congenital syphilis: trends and recommendations for evaluation management. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 516- 22.
6. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - Assessoria de DST / AIDS. Boletim Epidemiológico de DST/ AIDS. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde; 2005.
7. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Trop* 1999; 32: 605- 11.
8. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1244-50.
9. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Sífilis Congênita C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(3):168- 75.
10. Aquino MM, Cecatti JG, Mariani Neto C. Risk factors associated to fetal death. *Rev Paul Med* 1998; 116; 1852-7.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao professor Dr. Enrique Medina-Acosta pelo auxílio na revisão do texto e à bióloga Luciana Cordeiro de Araújo pela participação na análise estatística.