

Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário

Clinical and epidemiological profile of congenital syphilis at a university hospital inpatient unit

Luciana Korf Chinazzo¹, Cristiano do Amaral de Leon²

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita (SC) ainda representa um grave problema de saúde pública, que pode ser evitado e controlado através de medidas simples como a assistência pré-natal adequada. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência, o perfil clínico e epidemiológico da SC na unidade de internação de um hospital universitário, no período de julho/2013 a junho/2014. **Métodos:** Foram considerados casos todos pacientes neonatos, diagnosticados com sífilis congênita, e suas mães com exame VDRL positivo, e controles, todos os pacientes neonatos, com diagnóstico negativo para SC, e suas mães, com exame VDRL negativo. Os dados foram coletados em instrumento padrão, com revisão de prontuários. **Resultados:** Houveram 3.842 nascimentos. Destes, 88 foram identificados como sífilis materna, todos correlacionados com neonatos diagnosticados com sífilis congênita. Observou-se uma prevalência de 2,29%, ou seja, 22,9 casos em 1.000 nascidos/vivos. Entre as pacientes com diagnóstico de sífilis, 43,2% realizaram 6 ou mais consultas pré-natais, contra 62,3% do grupo controle; 55,7% realizaram triagem pré-natal com exames sorológicos no 1º trimestre, contra 90,3% do outro grupo. Entre os casos, dos 63,6% de pacientes com diagnóstico de sífilis durante a gestação, 89,3% usaram penicilina no tratamento, e 53,8% o completaram. Dos parceiros, 23,2% realizaram o tratamento. **Conclusões:** No estudo, evidenciou-se uma prevalência elevada de sífilis congênita quando comparada à literatura, correlacionando-se com o baixo número de consultas pré-natais. Apesar do tratamento instituído ser de fácil acesso e prevenir a transmissão da doença ao conceito, nota-se que o mesmo não está sendo realizado adequadamente, reduzindo a sua efetividade.

Descritores: Sífilis, sífilis congênita, doenças sexualmente transmissíveis, saúde pública, prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis (CS) continues to be a serious public health problem that can be prevented and controlled using simple measures such as adequate prenatal care. The aim of this study was to describe the prevalence, clinical and epidemiological profile of the CS in the inpatient unit of a university hospital from July 2013 to June 2014. **Methods:** All neonates diagnosed with CS, and their mothers with positive VDRL tests, were considered cases; all neonates testing negative for CS, and mothers with negative VDRL tests, were considered controls. Data were collected from patient charts using a standard instrument. **Results:** There were 3,842 births in the period assessed. Of these, 88 had a diagnosis of maternal syphilis, all correlated with neonates diagnosed with CS. A prevalence of 2.29%, or 22.9 cases per 1,000 live births, was observed. Among the patients diagnosed with syphilis, 43.2% had had 6 or more prenatal visits, versus 62.3% in the control group; 55.7% underwent prenatal screening with serological tests in the 1st trimester, versus 90.3% in the control group. Among cases, of the 63.6% of patients diagnosed with syphilis during pregnancy, 89.3% used penicillin, and 53.8% completed treatment. Among the mothers' partners, 23.2% underwent treatment. **Conclusions:** The study revealed a high prevalence of CS when compared to the literature, correlated with a low number of prenatal visits. Even though treatment is easily accessible and can prevent transmission of the disease to the baby, the present findings suggest that treatment is not being performed properly, reducing its effectiveness.

Keywords: Syphilis, congenital syphilis, sexually transmitted diseases, public health, prevention.

1. Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Luterana do Brasil - Hospital Universitário Ulbra/Mãe de Deus, Canoas, RS, Brasil.

2. Médico Pediatra e Professor adjunto em Pediatria, Universidade Luterana do Brasil - Hospital Universitário Ulbra/Mãe de Deus, Canoas, RS, Brasil.

Como citar este artigo: Chinazzo LK, de Leon CA. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. Bol Cien Pediatr. 2015;04(3):65-9.

Introdução

A sífilis é uma das enfermidades mais antigas descritas na literatura médica, mas que só foi caracterizada como infecção de transmissão materno-fetal na década de 1930^{1,2}. Nas gestantes, a possível ocorrência da sífilis congênita (SC) nos dias de hoje é preocupante, pois o rastreamento sorológico obrigatório no acompanhamento pré-natal (PN), o tratamento e a prevenção adequados são perfeitamente capazes de evitar a infecção do conceito e a reinfecção materna. Estas medidas são amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença³⁻⁵.

Define-se SC, para fins de vigilância epidemiológica, como toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com VDRL reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no PN ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou que tenha recebido tratamento inadequado; crianças com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos), testes não treponêmicos reagentes após 6 meses (exceto em situação de seguimento terapêutico), testes treponêmicos reagentes após 18 meses, títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita; e ainda toda situação de evidência de *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto^{1,4,6-8}.

O tratamento adequado da infecção materna é efetivo para prevenir a transmissão materna para o feto e para tratar a infecção fetal⁵. O tratamento de escolha é a penicilina e a orientação terapêutica avalia se o recém-nascido (RN) é de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, ou se o RN é de mãe adequadamente tratada, independentemente do VDRL do RN^{1,8}. O tratamento da gestante é considerado adequado quando este for completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente⁷. O tratamento materno será considerado inadequado quando realizado com qualquer regime não penicilínico; tratamento incompleto, mesmo sendo com penicilina; tratamento inadequado para a fase clínica da doença; tratamento realizado no mês antecedente ao parto; quando os títulos reagínicos não decresceram; parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não há informação disponível^{1,7,9,10}.

Este tema foi escolhido pois a SC representa um problema de saúde pública, com aumento ano a ano, apesar de ser evitável quando a mulher é diagnosticada e tratada durante a gestação, sendo considerado um marcador da qualidade da assistência PN. Diante da relevância desta doença, este estudo objetiva descrever sua prevalência, perfil clínico e epidemiológico na unidade de internação do hospital universitário na cidade de Canoas, RS, no período de julho/2013 a junho/2014.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso-controle, retrospectivo, descritivo, qualitativo, com análise estatística das variáveis. Foram considerados *casos* todos pacientes neonatos, diagnosticados com sífilis congênita, e suas mães com exame VDRL positivo; e *controles* todos os pacientes neonatos, com diagnóstico negativo para SC, e suas mães, com exame VDRL negativo, sendo pareados 2 controles para cada caso. As variáveis consideradas quanto à mãe foram a idade, cor da pele, número de consultas PN realizadas, sorologias realizadas no PN e no momento do parto, período do diagnóstico da sífilis materna, titulação do VDRL da mãe, tratamento utilizado pela mãe e pelo parceiro, sendo este completo ou não. Quanto ao neonato foram consideradas a idade gestacional (IG), sexo, peso, titulação do VDRL, exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) e raios-X (RX) de ossos longos. Os dados foram coletados em instrumento padrão, com revisão de prontuários.

Resultados

Houveram 3.842 nascimentos. Destes, 88 foram identificados como sífilis materna, todos correlacionados com neonatos diagnosticados com sífilis congênita. Observou-se uma prevalência de 2,29%, ou seja, 22,9 casos em 1.000 nascidos/vivos. Entre as pacientes com diagnóstico de sífilis, 52,3% tinham entre 20 e 29 anos, 43,2% realizaram 6 ou mais consultas PN, contra 62,3% do grupo controle ($p = 0,002$), e 18,2% destas pacientes não realizaram consultas PN; 55,7% realizaram triagem PN com exames sorológicos no 1º trimestre, contra 90,3% do outro grupo ($p < 0,001$) (Tabela 1). Entre os casos, dos 63,6% das pacientes com diagnóstico de sífilis durante a gestação, 89,3% usaram penicilina no tratamento, e 53,8% o completaram. Dos parceiros, 23,2% realizaram o tratamento (Tabela 2).

No perfil dos RN avaliados com diagnóstico de SC, 36,4% deles apresentaram titulação de VDRL de 1:1, e

Tabela 1 - Perfil geral das gestantes avaliadas – Canoas, RS, 2013-2014

Características das gestantes	Casos (88)	Controles (176)
Idade (anos)		
≤ 19	15 (17,0)	38 (21,6)
20 a 29	46 (52,3)	94 (53,4)
30 a 39	24 (27,3)	40 (22,7)
40	3 (3,4)	4 (2,3)
Cor da pele		
Branca	66 (75,9)	151 (85,8)
Preta	18 (20,7)	20 (11,4)
Parda	3 (3,4)	5 (2,8)
Não informado	1 (0,4)	–
N° de consultas pré-natal		
< 6	34 (38,6)	52 (31,1)
6 ou mais	38 (43,2)	104 (62,3)
Não realizado	16 (18,2)	11 (6,6)
Não informado	–	9 (3,4)
Sorologias no pré-natal		
1° Trimestre	49 (55,7)	159 (90,3)
3° Trimestre	62 (70,5)	140 (79,5)

63,6% maior que 1:2, sendo que 25% destes era maior que 1:4, e 2 pacientes apresentaram titulação de VDRL 4 vezes maior que a titulação materna. Um recém-nascido apresentou o exame do LCR positivo para VDRL, e 2 apresentaram o exame de RX de ossos longos com alterações (Tabela 3). Na comparação dos RN avaliados, não houve diferença estatisticamente significativa em relação a IG ($p = 1,000$) e ao peso ao nascimento ($p = 0,113$) entre os grupos estudados, ainda que na literatura, na SC, a maioria dos RN apresenta-se com baixo peso, devido principalmente à prematuridade. O parto prematuro entre 30 e 36 semanas de gestação é muito frequente nos conceitos portadores de SC quando o dado referente à idade gestacional IG pode ser obtido (Tabela 4).

Discussão

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde (MS), a soroprevalência para sífilis em gestantes é elevada, estimando-se que ocorram cerca de 1 a 5 casos de SC para cada mil nativos¹. A prevalência deste estudo alcançou 22,9 casos em 1.000 nascidos/vivos, representando um valor muito superior quando comparado à meta estabelecida do MS para a eliminação da sífilis congênita (o que significa até 1 caso de sífilis congênita/1.000 nascidos vivos/ano)⁷.

Tabela 2 - Perfil das gestantes avaliadas com diagnóstico de sífilis – Canoas, RS, 2013-2014

Perfil da gestante	N (%)
Sorologias na hora do parto	
Anti-HIV positivo	4 (4,5)
HBsAg positivo	1 (1,1)
Diagnóstico de sífilis	
Durante a gestação	56 (63,6)
Na hora do parto	32 (36,4)
Tipo de tratamento da mãe na gestação	
Penicilina	50 (89,3)
Não realizado	6 (10,7)
Tratamento da mãe na gestação	
Completo	30 (53,8)
Incompleto	20 (35,5)
Não realizado	6 (10,7)
Tratamento do parceiro durante a gestação	
Completo	13 (23,2)
Incompleto	11 (19,6)
Não realizado	3 (5,3)
Não informado	29 (51,9)
Titulação de VDRL da mãe na hora do parto	
≤ 1:4	48 (54,5)
> 1:4	40 (45,5)

Em relação à SC, citam-se como fatores de risco a ausência de assistência PN, gestante adolescente e/ou sem parceiro fixo, sendo o primeiro fator o principal, responsável por cerca de 70 a 90% dos casos⁸. Neste estudo, observou-se que a quantidade de gestantes com diagnóstico de sífilis que realizou o número mínimo de consultas PN preconizado pelo MS foi significativamente inferior comparado ao grupo controle.

Tabela 3 - Perfil dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita – Canoas, RS, 2013-2014

Características do recém-nascido (RN)	N (%)
Sexo	
Feminino	51 (58,0)
Masculino	37 (42,0)
Titulação de VDRL	
1:1	32 (36,4)
1:2	16 (18,2)
1:4	18 (20,5)
> 1:4	22 (25,0)
Titulação de VDRL RN/mãe	
< 4 vezes o título materno	86 (97,7)
4 vezes o título materno	2 (2,3)
Exame do líquido cefalorraquidiano	
Positivo para VDRL	1 (1,1)
Exame de raios-X de ossos longos	
Alterado	2 (2,3)

O tratamento da sífilis é simples e barato e tem a capacidade de minimizar as consequências da doença para a mãe e o feto, tornando obrigatória a triagem da doença de forma rotineira no PN¹¹. O MS tem salientado a importância do tratamento rotineiro no pré-natal do parceiro nos casos de gestantes portadoras de sífilis⁶. Observou-se no estudo que cerca da metade das gestantes realizou o tratamento completo, e que somente 23,2% dos parceiros o fizeram.

O exame de VDRL positivo no sangue neonatal não necessariamente indica que o RN está infectado, havendo a possibilidade de transferência passiva de anticorpos maternos, sendo a avaliação quantitativa para a SC considerada positiva quando superior a 1:2^{11,12}. Constatou-se neste estudo que todos os neonatos foram tratados com o esquema penicilínico completo, independente da titulação do exame não treponêmico, devido à chance de tratamento materno inadequado ou impossibilidade de acompanhamento do RN após a alta hospitalar.

A possibilidade de erradicação da sífilis congênita encontra-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional que, embora de fácil diagnóstico, tratamento barato e eficaz, ainda se mantém como um grave problema de saúde pública.

A SC é considerada um evento sentinela da qualidade da assistência médica. A sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao PN, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença. A melhoria da vigilância epidemiológica, avanço no diagnóstico e tratamento adequado são medidas essenciais para a eliminação da mesma.

Tabela 4 - Perfil geral dos recém-nascidos avaliados – Canoas, RS, 2013-2014

Características dos recém-nascidos (RN)	Casos (88)	Controles (176)
Idade gestacional		
< 37 semanas	8 (9,1)	16 (9,1)
37 semanas	80 (90,9)	159 (90,9)
Peso ao nascimento		
PIG ¹	15 (17,0)	18 (10,5)
AIG ²	70 (79,5)	138 (80,7)
GIG ³	3 (3,4)	15 (8,8)

1. Pequeno para a idade gestacional.

2. Adequado para a idade gestacional.

3. Grande para a idade gestacional.

No estudo, evidenciou-se uma prevalência elevada de SC quando comparada à literatura, correlacionando-se com o baixo número de consultas PN. Apesar do tratamento instituído ser de fácil acesso e prevenir a transmissão da doença ao conceito, nota-se que o mesmo não está sendo realizado adequadamente, reduzindo a sua efetividade. Justifica-se ainda algumas limitações de dados por ser um estudo retrospectivo, sendo válido a aplicação de outras análises a partir dos resultados obtidos.

Referências

1. Campos Júnior D, Burns DAR, et al. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª ed. Vol 2. Barueri, SP: Manole; 2014.
2. Kamb ML, Newman LM, Riley PL, Mark J, Hawkes SJ, Malik T, et al. A road map for the global elimination of congenital syphilis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2010;2010:1-6.
3. Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, et al. *Current pediatrics: diagnóstico e tratamento*. 20ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Hannam S, Sothinathan U, Fowler A, Zuckerman M, Reeves I, Tenant-Flowers M. Detection and follow up of infants at risk of congenital syphilis. *Arch Dis Child*. 2006;91:620-5.
6. Tayra A, Matida LH, Saraceni V, Paz LC, Ramos Jr AN. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. *DST-J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):111-9.
7. Vaz MJR. Sífilis congênita: critérios de notificação. *Saúde Coletiva*. 2008;05(25):199-205.
8. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia – Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.
9. McPhee SJ, Papadakis MA, et al. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 50th ed. MGHM; 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Freitas F, et al. *Rotinas em obstetrícia*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Picon PX, Marostica PJC, Barros E, et al. *Pediatria: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Correspondência:
Luciana Korf Chinazzo
E-mail: lukorf@gmail.com