

PATRÍCIA BARETTA

**SÍFILIS: PREVALÊNCIA EM GESTANTES E RECÉM-
NASCIDOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do curso
de Graduação em Medicina.**

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003

PATRÍCIA BARETTA

**SÍFILIS: PREVALÊNCIA EM GESTANTES E RECÉM-
NASCIDOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson Cardoso

Orientadora: Prof.^a Dra Anelise Steglich Souto

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

DEDICATÓRIA

Obrigada pela paciência e pela compreensão
Obrigada por suportar a distância com serenidade,
Pelas horas de conversa para tentar animar-me e não me deixar desistir
Obrigada...

Obrigada por estar sempre por perto, mesmo que distante.

Obrigada pelo apoio,
Pelo amor incondicional,
Pelos conselhos sem fim,
Obrigada...

É o fim da jornada tão sonhada,
Mas o começo de uma nova batalha.

Obrigada pela confiança

Pelo colo

E pela amizade...

Cheguei onde estou

E lutarei para ser cada vez melhor,

Porque há vocês...

Vocês que me ensinaram o amor acima de tudo

O perdão, a persistência

E o respeito pelo próximo.

Levarei comigo o carinho, a ternura,

E mostrarei a todos que,

Se sou o que sou

Devo isso à bênção de ter vocês, MÃE E PAI,

Comigo para todo o sempre...

OBRIGADA
AMO VOCÊS

Patrícia Baretta

AGRADECIMENTOS

Agradeço a colaboração e a paciência de minha orientadora Professora Dra. Anelise. Agradeço às minhas amigas Denise Caon de Souza, Carla Feix, Roseli dos Santos, Juliana Schmitz, Cristiane Eyng, Fernanda Philippi, Karin Hedwig Stricker pela ajuda nas horas de desespero, elas que lutaram tanto quanto eu para chegar ao final do caminho e ver que valeu a pena, tanto pelos erros quanto pelos acertos e tanto pelas decepções quanto pelas conquistas. Ao meu amigo Eduardo Jorge pela ajuda dispensada apesar do próprio trabalho que o ocupava. Agradeço à minha família, por estar sempre presente, por ser compreensiva devido à distância e principalmente minha mãe Vera Lúcia Aver, meu pai Elmerindo Baretta e meu irmão Samuel Baretta, por seu amor incondicional que me manteve em pé, lutando até o final. Agradeço a Deus pela proteção, pela iluminação nas horas difíceis. Agradeço a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram na conclusão deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
SUMMARY.....	vi
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	06
3 MÉTODO.....	07
4 RESULTADOS.....	09
5 DISCUSSÃO.....	14
6 CONCLUSÕES.....	16
NORMAS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE.....	21
ANEXO.....	23

RESUMO

Sífilis é uma doença sexualmente transmissível produzida pelo *Treponema pallidum*. A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do microorganismo da gestante infectada para o seu concepto.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a ocorrência de sífilis nas gestantes que tiveram seus partos no Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina, e analisar os fatores associados à presença de sífilis congênita nos seus recém-nascidos. Para tanto, foram analisados prontuários de 531 puérperas e seus recém-nascidos.

A prevalência de sífilis na gestante foi de 0,94% e de sífilis congênita de 0,75%. Fatores como idade materna, raça, renda familiar, escolaridade, número de consultas pré-natal e estado civil não mostraram correlação significativa com a ocorrência de sífilis congênita. O único fator que esteve associado à ocorrência de sífilis congênita foi o maior número de gestações.

Verificou-se, em nosso meio, que as medidas de redução de sífilis congênita obtiveram algum resultado. Mesmo assim, os esforços na eliminação desta doença devem continuar, visando à incidência menor ou igual a um caso/1000 nascidos vivos proposta pelo Ministério da Saúde.

SUMMARY

Syphilis is a sexually transmissible disease produced by the *Treponema pallidum*. Congenital syphilis is an infection caused by hematogenic dissemination of the microorganism from the infected pregnant woman to her conceptus.

The objective of this study was to evaluate the syphilis occurrence in pregnant women who delivered their babies at the Hospital Universitário – UFSC and to analyse the factors associated to the presence of congenital syphilis in their newborns. For that, data from 531 puerperants and their babies were analysed.

The prevalence of syphilis in pregnant woman was 0,96% and of congenital syphilis was 0,75%. The occurrence of congenital syphilis does not show significant correlation with factors as pregnant women age, race, family income, education, number of prenatal consultations and marital status. The only factor that had been associated with the occurrence of congenital syphilis was the multiparity.

We verified in our center that the measures to reduce congenital syphilis have obtained some result if we compare our 0,75% index with the Brazilian index of 2%. Even so, the efforts to eliminate this disease should continue, seeking an incidence smaller to 1 case/1000 alive newborns, proposed by Health Ministry.

1 INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença sexualmente transmissível provocada pelo *Treponema pallidum*¹. A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do microorganismo da gestante infectada para o seu concepto, sendo que a transmissão pode ocorrer em qualquer fase gestacional. A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 70 a 100% na fase primária e secundária da doença, reduzindo para 30 a 40% na fase latente ou terciária². A taxa de morte perinatal é de em média 40% nas crianças infectadas^{2,3,4}. Em nosso meio, Duarte *et al.*⁵ verificaram em 1994, que a sífilis representa a segunda causa de óbito fetal, ficando apenas após as síndromes hipertensivas.

Até 60% das crianças com sífilis congênita apresentam-se assintomáticas ao nascimento, podendo desenvolver sintomatologia meses ou anos mais tarde. De acordo com a idade de apresentação da sintomatologia, a sífilis congênita é dividida em:

1 – precoce – quando a sintomatologia surge até os dois anos de vida e são: baixo peso, coriza serossangüinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio, hepatomegalia e esplenomegalia, alterações respiratórias/pneumonia, icterícia, anemia severa, hidropsia, edema, pseudoparalisia dos membros, fissuras periorificiais, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

2 – tardia – quando a sintomatologia surge a partir dos dois anos de vida e são: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, retardo mental².

Os fatores epidemiológicos de risco para a sífilis congênita são: a não realização do pré-natal, pré-natal inadequado ou incompleto – assistência de baixa qualidade, mãe com múltiplos parceiros, mãe com outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e uso de drogas injetáveis pela mãe ou pelo parceiro².

O rastreamento e diagnóstico da sífilis em gestantes e sífilis congênita podem ser feitos através do VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), RPR (Rapid Plasma Reagin), FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption), TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination) ou ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Também pode ser feito Rx de ossos longos em recém-nascidos (RN) suspeitos, mesmo assintomáticos, pois em 4 a 20% destes, o achado radiográfico estará presente. O exame do líquido cefalorraquidiano

deve ser realizado em todos os recém-nascidos que se enquadrarem na definição de caso, pois a conduta terapêutica dependerá da confirmação ou não de neurosífilis ².

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, realizando o teste VDRL e o tratamento imediato dos casos diagnosticados (inclusive dos parceiros, evitando a reinfecção da gestante). Antes da gravidez, as medidas de prevenção e controle são o uso regular de preservativos, a redução do número de parceiros sexuais e o tratamento imediato dos casos diagnosticados de sífilis em mulheres e seus parceiros ².

A recomendação do Ministério da Saúde é que se realize o teste VDRL ou RPR no primeiro trimestre da gravidez, ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez. Na triagem para sífilis no local do parto, realizar o VDRL ou RPR em toda mulher admitida para parto ou por abortamento, ou devido a outras intercorrências durante a gestação. Realizar VDRL ou RPR em amostra de sangue periférico de todos os RN cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação ou no momento do parto, ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita ^{2,4}.

A Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, em mala direta entregue aos profissionais de saúde em 2002, propõe como rotina a realização de VDRL no primeiro trimestre de gestação ou primeira consulta pré-natal, e outra no terceiro trimestre de gestação. Na admissão para o parto, o teste VDRL deverá ser feito nas gestantes não testadas no pré-natal, gestantes não testadas no terceiro trimestre ou quando os resultados não estão disponíveis na admissão para o parto ⁶.

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde para as gestantes com sífilis é usar Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI (unidades internacionais), IM (intra-muscular), dose única para a sífilis primária; duas doses com intervalo de uma semana para a sífilis secundária e sífilis latente recente e três doses (em três semanas) para sífilis tardia, sífilis terciária ou com duração ignorada. O tratamento e seguimento do parceiro devem ser realizados simultaneamente ao da gestante ^{2,4}.

A conduta para os RN de mulheres com sorologia positiva na gestação ou parto está sumarizada no anexo 1 ².

Pode-se apresentar como definição de caso de sífilis congênita, segundo o Ministério da Saúde:

1 – toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, ou seja, aplicação de qualquer terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta ou instituição de tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores do parto. Isto independente da presença de sinais, sintomas ou resultados laboratoriais; **ou**

2 – toda criança que apresentar teste não treponêmico (VDRL, RPR) positivo para sífilis e alguma das seguintes condições:

- Evidência de sintomatologia de sífilis congênita no exame físico
- Evidência de sífilis congênita no exame radiológico;
- Evidência de alterações liquóricas;
- Título de anticorpos não treponêmicos do recém-nato maior ou igual a 4 vezes o título materno, na ocasião do parto;
- Evidência de elevação de títulos de anticorpos não treponêmicos em relação a títulos anteriores;
- Positividade para anticorpos IgM contra *Treponema pallidum.*; **ou**

3 – toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* em material colhido de lesões, placenta, cordão umbilical ou necropsia, em exame realizado através de técnicas de campo escuro, imunofluorescência ou outra coloração específica (caso confirmado); **ou**

4 – toda criança com teste não treponêmico positivo após o sexto mês de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de sífilis adquirida; **ou**

5 – todo caso de morte fetal ocorrida após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi tratada inadequadamente, é definido como natimorto por sífilis.

Esta definição é uma adaptação da definição publicada em 1989 pelo *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)*⁷ dos Estados Unidos da América.

Apesar de ser conhecido o seu agente etiológico, o modo de transmissão e existir terapêuticas efetivas que possibilitam elevados índices de cura, o número de casos relatados de sífilis voltou a aumentar, principalmente a partir de 1980, e atualmente a sífilis representa sério problema de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil^{3,8,9,10}. A ocorrência de sífilis congênita evidencia a insuficiência dos programas de controle da sífilis, principalmente em gestantes, refletindo, por conseguinte, as precárias condições de educação e de atendimento à saúde da população brasileira⁹. O número de casos de sífilis congênita a partir da segunda metade dos anos 90 nos países desenvolvidos começou a diminuir devido à

mobilização dos sistemas de saúde, o mesmo não ocorrendo no Brasil, onde a incidência continua elevada ¹¹. Diante deste quadro, o Ministério da Saúde propôs, em 1993, a eliminação da sífilis congênita, tendo como objetivo, incidência menor ou igual a um caso/1.000 nascidos vivos até o ano de 2000 ¹¹.

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória desde 22 de dezembro de 1986 através de Portaria nº 542 criada pelo Ministério da Saúde ¹².

Recentemente o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Nascer – Maternidades, o qual visa reduzir a transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a morbimortalidade associada à sífilis congênita, promovendo a realização de testes laboratoriais em todas as parturientes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto tem por finalidade a qualificação dos profissionais da área da saúde no que diz respeito à melhoria do atendimento à gestante, puérpera e RN, garantindo o diagnóstico do HIV e sífilis⁴.

Em pesquisa realizada na maternidade do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de maio a setembro de 1996, a incidência de sífilis congênita foi de 9,1% ³. Em estudo realizado no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, em Londrina, a soroprevalência da sífilis nas gestantes atendidas no local foi de 1,6% ¹³. Em 3.664 recém-nascidos em maternidade de São Paulo (São Paulo), no período de dezembro de 1991 a julho de 1992, 5,6% tinham VDRL positivo ¹⁴. Na cidade de Ribeirão Preto, no ano de 1991, em pesquisa realizada com 3.195 gestações resolvidas, a frequência de sífilis materna foi de 2,3% ⁵. Em Florianópolis, no ano de 1992, verificou-se uma prevalência de 2,9% em pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo que eram soropositivos 3,6% dos homens, 2,4% das mulheres e no ano de 1995, a prevalência foi de 3,4% em homens e 2,9% em mulheres¹⁵. Dados dos Consolidados Estaduais dos Relatórios Trimestrais dos 429 Grupos de investigação de Sífilis Congênita – GISC (localizados em maternidades e serviços de pré-natal) indicaram que no período de agosto de 2000 a agosto de 2001 ocorreram 1.736 casos de sífilis congênita entre 87.336 nascidos vivos (19,87 casos/1000 nascidos vivos) ^{11,16}.

Bateman *et al.*¹⁷ em 1977, baseado em uma análise conduzida pelo CDC de Atlanta, nos Estados Unidos, revelou que o custo médio de tratamento de uma criança com sífilis congênita foi US\$ 11.031 maior que uma criança sem sífilis. Ajustando este custo para outras condições de risco maternas e relativas aos recém nascidos – como uso de drogas injetáveis

ou prematuridade, o custo ainda foi US\$ 4.690 maior. A partir destes dados, estimou-se que o custo anual ajustado do tratamento para sífilis congênita nos Estados Unidos foi de US\$ 18.4 milhões.

Considerando a simplicidade da testagem e terapêutica de sífilis materna e o elevado custo da sífilis congênita, assim como seus danos possíveis ao RN, torna-se mais fácil compreender porque a relação custo benefício da prevenção da sífilis congênita é tão favorável¹⁸.

Para avaliar os resultados das medidas de controle da sífilis congênita, é necessário que, periodicamente, as maternidades verifiquem a ocorrência desta doença, assim como a soroprevalência materna.

2 OBJETIVOS

2.1 Verificar a prevalência de sífilis na gestante e de sífilis congênita em maternidade de hospital público.

2.2 Verificar os fatores de risco para a sífilis congênita.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

Este é um estudo observacional, transversal e de coleta retrospectiva dos dados.

3.2 Amostra

O tamanho da amostra foi calculado baseado no número provável de nascimentos no período de um ano (média 150/mês). Considerando a soropositividade para sífilis em gestantes em 2% e um nível de confiança de 95%, chegou-se ao valor de 531 gestantes. Inicialmente, 543 gestantes e seus RN com partos realizados no período de novembro de 2001 a novembro de 2002 no Hospital Universitário (HU), Florianópolis – SC foram selecionadas de forma aleatória para o estudo, isto é, nascimentos ocorridos durante o período de estudo, em dias pré-determinados (2 a 3 vezes por semana). Após seleção, 12 prontuários analisados não continham informações suficientes para a realização da pesquisa e foram excluídos do trabalho. Dentre estes, havia um caso de feto morto (FM).

3.3 Procedimentos

Os dados foram coletados em prontuários fornecidos pelo Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) do HU. Quando o resultado de teste VDRL não se encontrava no prontuário, este foi obtido no laboratório do hospital.

Utilizando-se uma ficha previamente elaborada (apêndice), foram coletados dados das gestantes sobre: idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, gestações anteriores, nº de consultas pré-natais e resultados de VDRL durante o pré-natal; e dados dos RN sobre: gênero, idade gestacional, índice de Apgar, peso ao nascimento. A idade gestacional, que para fins de cálculos foi considerada em semanas completas, era estimada pelo neonatologista assistente através dos métodos de Capurro¹⁹ ou Ballard²⁰. Nos casos com diagnóstico de sífilis congênita, de acordo com a definição do Ministério da Saúde, foram verificadas ainda a sintomatologia e avaliação laboratorial.

De acordo com a rotina do serviço no período do estudo, todas as gestantes admitidas para parto eram submetidas a testagem sorológica (VDRL) se esta não havia sido realizada no último trimestre ou seu resultado não disponível, ou ainda se ocorrera soropositividade durante o pré-natal. Em caso de VDRL materno positivo, também era testado VDRL no

sangue periférico do neonato. VDRL do líquido e Rx de ossos longos eram realizados quando indicados.

3.4 Análise estatística

Os dados colhidos foram armazenados no programa Epidata 2.0 e transportados ao programa Epiinfo 6.04 para análise dos mesmos. O nível de significância estabelecido foi de 5%. Foram utilizados os testes de qui-quadrado e análise da variância no tratamento estatístico dos dados.

4 RESULTADOS

No período de 15 de novembro de 2001 a 14 de novembro de 2002 ocorreram 1668 nascimentos no HU – UFSC. 531 binômios (mãe e RN) foram estudados.

A média da idade das gestantes do estudo foi de 24 anos, com mediana de 25,1 anos. 343 (65%) das mulheres eram “do lar” enquanto 188 (35%) trabalhavam “fora de casa”.

As demais características maternas estão sumarizadas na tabela 1 e figura 1.

Tabela 1 – Características das 531 mulheres estudadas com seus valores absolutos e porcentagem

	n	%
Estado Civil		
Solteira	47	8,9
Casada	201	37,9
União Estável	272	51,2
Separada	8	1,5
Viúva	3	0,6
Escolaridade		
Nenhuma	3	0,6
1º. grau incompleto	208	39,2
1º. grau completo	141	26,5
2º. grau completo	121	22,8
superior	58	10,9
Renda Familiar (salários mínimos)		
< 3	261	49,4
3 a 5	165	31,2
> 5	102	19,3
nº de gestações		
1	204	38,4
2	153	28,8
3 ou mais	174	32,8
Aborto prévio		
Sim	124	23,4
Não	407	76,6
nº de consultas pré-natal		
Nenhuma	6	1,1
1 a 5 consultas	186	34,9
6 consultas ou mais	339	63,8

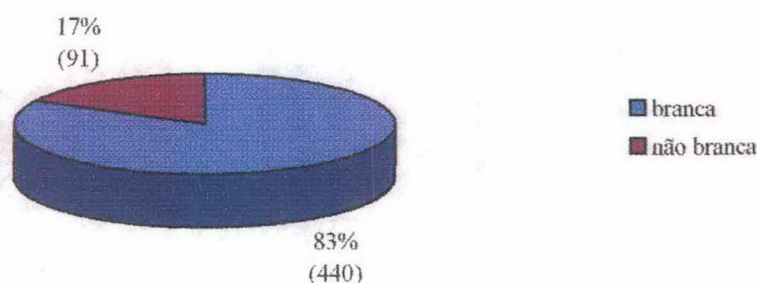


Figura 1 – Distribuição da raça entre as 531 mulheres estudadas

Dos RN participantes do estudo, 288 (54%) eram do gênero masculino e 243 (46%) do feminino. A idade gestacional, o peso ao nascer e o índice de Apgar no 5º minuto podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2 – Características dos 531 RN estudados

	Média	Desvio padrão
Idade gestacional (semanas)	38,6	2,1
Peso ao nascimento (g)	3.210	624,28
Apgar 5º minuto	9	0,66

Das gestantes estudadas, 7 tiveram VDRL positivo em algum momento da gestação. Duas delas tiveram VDRL positivo (título 1:1) somente no primeiro trimestre da gestação, negativando depois de repetido o exame. Portanto, 5 (0,94%) mulheres do grupo estudado eram sororreagentes para sífilis. Destas, duas tiveram sorologia positiva no 2º. e 3º. trimestre de gestação, sendo que uma delas realizou o tratamento corretamente e na admissão para o parto o VDRL era negativo; na outra, o tratamento foi considerado incompleto. Outra gestante teve VDRL positivo no 1º. e 2º. trimestre, assim como na admissão para o parto e o tratamento era duvidoso. Outra, o VDRL foi positivo no 1º. e 3º. trimestre, assim como na admissão para o parto e não fizera tratamento completo. A última teve seu diagnóstico apenas na admissão para o parto, sem história de exames laboratoriais ou tratamento durante a gestação. Os testes VDRL com positividade em título baixo (1:1) foram confirmados com FTA-Abs. De acordo com a definição de sífilis congênita, quatro (0,75%) RN classificaram-se

como portadores da doença. Destes, apenas um teve VDRL de sangue periférico reagente. O VDRL do líquido foi realizado em dois RN, sendo ambos não reagentes. O Rx de ossos longos foi realizado em três dos quatro RN, sendo todos considerados dentro dos padrões de normalidade. Todos os RN foram assintomáticos ao nascimento e não manifestaram sintomatologia durante o período em que se encontraram no HU.

A situação sorológica, o tratamento das 5 mães e investigação de seus RN expostos acima podem ser visualizados na tabela 3.

Tabela 3 – Situação sorológica e tratamento das 5 mães soropositivas para sífilis durante o estudo e investigação de seus RN

	VDRL materno (título)				Tratamento materno na gestação	Recém-nascidos			
						VDRL		Rx ossos	sintomatologia
1º. tri	2º. tri	3º. tri	parto		sangue	líquor			
1	NR	1:4	1:2	NEG	Adequado	NEG	NR	Normal	Nenhuma
2	NR	1:16	1:4	NEG	Incompleto	NEG	NEG	Normal	Nenhuma
3	1:4	1:4	NR	1:1	Duvidoso	NEG	NR	Normal	Nenhuma
4	1:16	NEG	1:2	1:1	Incompleto	1:1	NEG	Normal	Nenhuma
5	NR	NR	NR	1:1	Não realizado	NEG	NR	NR	Nenhuma

NR: não realizado

NEG: negativo

A distribuição dos RN de acordo com o gênero, como está representado na figura 2, nos bebês com ou sem sífilis congênita, não diferiram significativamente.

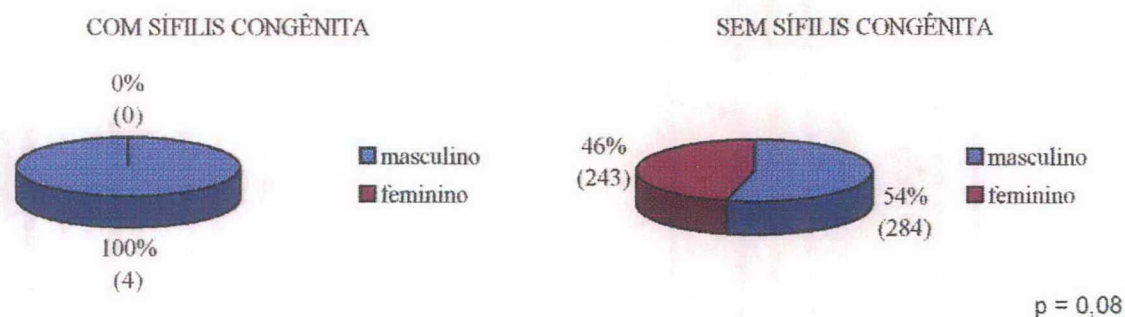


Figura 2 – Distribuição dos RN estudados segundo o gênero e sendo portadores ou não de sífilis congênita.

Da mesma forma, não houve diferença significativa entre os RN com ou sem sífilis quando comparados o peso ao nascer, idade gestacional e Apgar de 5º minuto (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos RN estudados com ou sem sífilis, de acordo com idade gestacional, peso ao nascer e Apgar no 5º minuto.

	Com Sífilis		Sem Sífilis		p
	Média	DP	Média	DP	
Idade gestacional (semanas)	39	0,8	38,6	2,1	0,76
Peso ao nascimento (g)	3.156	724	3.162	624	0,98
Apgar 5º minuto	8,5	1	8,9	0,6	0,19

DP: desvio padrão

Dentre as características maternas, a idade média das mães cujos filhos tiveram ou não o diagnóstico de sífilis congênita foi de 24 anos (4,08 de desvio padrão) e 25,11 anos (5,96 de desvio padrão) respectivamente ($p= 0,7$).

A comparação de outras características materno-obstétricas dos RN com ou sem sífilis congênita pode ser observada na tabela 5. O número de gestações foi significativamente maior nas mães de crianças com diagnóstico de sífilis congênita.

Tabela 5 – Comparação de características das mães dos RN estudados com ou sem sífilis congênita

	Com Sífilis n (%)	Sem sífilis n (%)	p
Raça			
Branca	3 (75%)	437 (82,9%)	0,8
Não Branca	1 (25%)	90 (17,1%)	
Estado Civil			
Solteira	1 (25%)	46 (8,7%)	0,51
Casada	0	201 (38,1%)	
União Estável	3 (75%)	269 (51%)	
Separada	0	8 (1,5%)	
Viúva	0	3 (0,6%)	
Escolaridade			
Nenhuma	0	3 (0,6%)	0,27
1º. grau incompleto	4 (100%)	204 (38,7%)	
1º. grau completo	0	141 (26,7%)	
2º. grau completo	0	121 (23%)	
superior	0	58 (11%)	
Trabalha fora			
Sim	0	188 (35,7%)	0,33
Não	4 (100%)	339 (64,3%)	
Renda Familiar (salários mínimos)			
< 3	2 (50%)	259 (49,2%)	0,55
3 a 5	0	165 (31,4%)	
> 5	0	102 (19,4%)	
Aborto prévio			
Sim	1 (25%)	123 (23,3%)	0,99
Não	3 (75%)	404 (76,7%)	
nº consultas pré-natal			
nenhuma	0	6 (1,1%)	0,86
1 a 5 consultas	1 (25%)	185 (35,1%)	
6 consultas ou mais	3 (75%)	336 (63,8%)	
nº de gestações, média (DP)	3,8 (1,5)	2,3 (1,6)	0,03

DP: desvio padrão

5 DISCUSSÃO

A Sífilis Congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do microorganismo da gestante infectada para o seu concepto, cuja incidência no Brasil foi de 1,98% entre o período de agosto de 2000 a agosto de 2001 (detectados 1.736 casos de sífilis congênita entre 87.336 nascidos vivos) ¹¹.

No presente trabalho, o percentual de sífilis nas gestantes foi de 0,94% e a prevalência de sífilis congênita foi de 0,75%, ou seja, quatro casos entre 531 nascimentos. Em três (75%) deles, as mães tiveram diagnóstico durante o pré-natal, sendo que duas receberam tratamento incompleto e uma não tinha referência quanto ao tratamento. No quarto caso, não houve diagnóstico durante o pré-natal (não foram realizados exames), somente na admissão para o parto, embora a mãe tivesse realizado duas consultas. Entre as outras gestantes investigadas, uma teve diagnosticada sífilis durante o pré-natal e foi tratada corretamente e duas tiveram VDRL positivo no primeiro trimestre, na titulação 1:1, repetindo após, dando resultado negativo. De acordo com a literatura ^{9, 13}, é sabido que a reação VDRL sofre influência de outras situações ou enfermidades, inclusive da gestação, onde testes não treponêmicos como o VDRL, podem, em títulos baixos, representar falso resultado, necessitando confirmação por técnica específica para este fim, como por exemplo, o FTA-Abs. Isto justificaria os casos falso positivos encontrados neste trabalho.

Na literatura pesquisada, tem sido descrita uma distribuição equivalente entre meninos e meninas ²². Neste estudo, 100% dos casos de sífilis congênita eram do sexo masculino, diferença esta não significativa ($p = 0,08$). A não ocorrência de sífilis congênita em bebês femininos pode-se dever ao pequeno número de casos encontrados.

De acordo com os últimos dados de sífilis congênita notificados pelo SINAN no período de abril a julho de 1998, a mediana de idade materna foi de 22 anos (em um total de 46 notificações) e 53,2% tinham apenas o primeiro grau de escolaridade. 70,2% das mães eram donas de casa, 58,3% tinham tido até duas gestações anteriores, 58,3% não tinham consultas de pré-natal registradas e 20,8% realizaram de 4 a 6 consultas. A sífilis na gravidez foi diagnosticada em 34% ¹¹.

No presente trabalho, evidenciou-se que a mediana de idade materna foi de 24 anos entre toda a amostra, sendo que os casos diagnosticados (quatro casos) tiveram como idade materna 20, 21, 27 e 28 anos, o que está de acordo com estudos encontrados na literatura,

onde as gestantes encontravam-se na faixa etária de 19 a 28 anos ^{5,23}. O nível de escolaridade materna também foi baixo – 100% delas tinham apenas o primeiro grau incompleto. As quatro mães eram donas de casa e quanto à renda familiar, 50% das mães tinham renda de até três salários mínimos e das outras duas não foram encontrados dados a respeito. Todas as mães com sífilis tiveram pelos menos duas gestações anteriores. Relativo às consultas de pré-natal, os números foram 2, 6, 7 e 9 consultas entre os casos diagnosticados. Observando-se o número de consultas de pré-natal, poderia ser esperado um tratamento adequado e a prevenção da ocorrência de sífilis no recém-nascido.

Mascola *et al.* ²¹ consignaram, em estudo realizado no Texas que 66% das mães com sífilis eram solteiras. Neste trabalho, observou-se que 25% das mães de RN com sífilis congênita eram solteiras e 75% delas tinham história de união estável. 75% das mães eram da raça branca e 25% de raça não branca, isto pode se dever à prevalência maior da população branca no sul do país, apesar de que não há associação biológica entre a raça e o risco de transmissão de sífilis para o feto ²³.

Ainda no relatório do SINAN, dentre as crianças, 6,4% foram natimortos; dos nascidos vivos, 72,7% eram assintomáticas ao nascer, com uma mediana de peso de 2.957g. A taxa de óbito pós-natal foi de 4,4% ¹¹. Quanto às crianças com sífilis congênita, diagnosticadas durante o estudo, a idade gestacional teve uma média de 39 semanas. A média de peso ao nascer foi de 3.156 g. Nenhuma das crianças apresentou sinais clínicos ao nascimento e todas tiveram alta hospitalar clinicamente estáveis, sem registro de óbito.

Não se verificou ocorrência de natimortos entre a amostra estudada. O único caso inicialmente verificado foi excluído por falta de informação no prontuário e, verificado o estudo sorológico desta mãe, constatou-se VDRL negativo no 3º trimestre. A ausência de natimortos na amostra, que foi aleatória, poderia ser justificada pela baixa ocorrência no serviço, que foi 14 casos no período estudado.

Este estudo evidenciou que no nosso meio, as medidas para redução de sífilis congênita já obtiveram algum resultado, uma vez que, do esperado índice de 2%, encontrou-se 0,75%. Porém, levando-se em consideração a proposta do Ministério da Saúde de eliminação da sífilis congênita, tendo como objetivo incidência menor ou igual a 1 caso/1.000 nascidos vivos até o ano de 2000, pode-se dizer que o índice de 7,5 casos /1.000 nascidos vivos ainda é insatisfatório, justificando a manutenção dos esforços preventivos.

6 CONCLUSÕES

1. A prevalência verificada de sífilis na gestante que teve seu parto no Hospital Universitário no período estudado é de 0,94% e de sífilis congênita de 0,75%.
2. As mães de crianças com sífilis congênita tiveram número de gestações significativamente maior. Não se verificou diferença nas demais variáveis estudadas.

NORMAS

Foi utilizada para a realização deste trabalho a **NORMATIZAÇÃO PARA OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**. Resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, julho de 2001.

Para as referências foram utilizadas as normas determinadas pela convenção de Vancouver.

REFERÊNCIAS

1. Campos JMS. Sífilis na gravidez: como evitar, como tratar. Ministério da Saúde 1997. Brasília, A 4 Mãos LTDA.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita - Manual de Assistência e Vigilância Epidemiológica 1998.
3. Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Holanda VGDA. Sífilis Congênita: incidência em recém-nascidos. J Pediatr (Rio J.) 1999; 75[2]: 119-25.
4. Coordenação Nacional de DST e AIDS, Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Nutrição do Ministério da Saúde. Projeto Nascer 2002.
5. Duarte G, Gir E, Almeida AMD, Hayashida M, Zanetti ML. Morte Fetal por Sífilis: avaliação epidemiológica realizada em Ribeirão Preto, Brasil. Bol.Oficina Sanit.Panam 1994; 116[4]: 290-7.
6. Secretaria de Estado da Saúde - SC. É difícil descobrir ser soropositivo - Mais difícil ainda é nascer soropositivo. Mala direta. 2002.
7. Ministério da Saúde. Definição de Caso de Sífilis Congênita para fins de vigilância Epidemiológica 1998.
8. Sampaio SAP. Sífilis. In: Veronesi R. Doenças infecciosas e parasitárias. 1976; 817. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
9. Mendes KHC, Duarte G, Gir E, Aleixo YA, Capuano DM. Soropositividade para sífilis em amostras sanguíneas, procedentes de quatro regiões (136 bairros) da cidade de Ribeirão Preto - SP. Medicina, Ribeirão Preto 1996; 29 (jan./mar.): 123-9.
10. Stoll B. Congenital Syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic tests for syphilis. Pediatr Infect Dis J 1994; 13: 845-53.

11. Ministério da Saúde, UVAD - CN DST/AIDS. Sífilis Congênita - Situação atual - Dados dos Relatórios Trimestrais 1998.
12. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente transmissíveis - Bol epidemiológico 1989; 1[1].
13. Reiche EMV, Morimoto HK, Farias GN, Hisatsugu KR, Geller L, Gomes ACLF, et al. Prevalência de tripanossomiase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33[6]: 1-12. Uberaba.
14. Guinsburg R, Santos A, Leal D, Pacheco A, Okida K, Trigueiro T, et al. Sorologia positiva para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário. Associação com fatores de riscos maternos e com sorologia positiva para HIV-1. *Revista da Associação Médica do Brasil* 1993; 39: 100-4.
15. Bazzo M, Saleh T, Pinheiro J. Prevalência de sífilis em pacientes ambulatoriais atendidos no laboratório do Hospital Universitário da UFSC. *Rev. Ciênc. Saúde* 1995; 14[1/2]: 63-8. Florianópolis.
16. Ministério da Saúde. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita 1993.
17. Bateman DA, Phibbs CS, Joyce T, Heagarty MC. The hospital cost of congenital syphilis. *J Pediatr* 1997; 130[5]: 752-8.
18. Ramos MC, Secretaria de Estado de Saúde de Porto Alegre. Sífilis Congênita, ainda um desafio (editorial). *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2001; 13[3]: 3-4.
19. Capurro H, Konichezkys, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1978; 93: 120.
20. Ballard J, Khoury C, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman B, Lipp R. New Ballard Score expanded to include extremely premature infant. *J Pediatr* 1991; 119: 417-23.

21. Mascola L, Pelosi R, Blount J, Binkin N, Alexander C, Cates WJr. Congenital Syphilis. Why is it still occurring? JAMA 1984; 252[13]: 1719-22.
22. Dorfman DH, Glaser JH. Congenital Syphilis presenting in infants after the newborn period. N Engl J Med 1990; 323[19]: 1299-302.
23. Centers for Disease Control. Congenital Syphilis - United States. MMWR 3-9-1999; 48[34]: 757-61.

APÊNDICE

DADOS DA MÃE

nº _____

Nome: _____ Idade: _____ Registro: _____

Raça: branca não brancaEstado Civil: solteira casada união estávelEscolaridade: nenhuma 1º grau incompleto 1º grau completo
 2º grau incompleto 2º grau completo superiorTrabalha fora: sim nãoRenda familiar: até 3 salários mínimos de 3 a 5 salários mínimos
 de 5 a 10 salários mínimos mais de 10 salários mínimos

G _ P _ C _ A _

Nº consultas pré-natal: _____

VDRL: 1º trimestre : positivo negativo 2º trimestre : positivo negativo 3º trimestre : positivo negativo admissão do parto : positivo negativo não realizadoDADOS DO RNData de Nascimento: ____ / ____ / ____ Gênero: masc. fem. Reg.: _____IG: Capurro _____ Ballard _____

Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Peso ao nascimento: _____

VDRL líquor: positivo negativo não fezVDRL sangue: positivo negativo não fezEvolução (manifestações clínicas): _____

_____Rx ossos longos: normal alterado Alta _____ dias Óbito _____ dias Feto morto

ANEXO

ANEXO 1 – Tratamento da sífilis congênita no período neonatal

		SITUAÇÃO DO TRATAMENTO MATERNO			
		Ignorado, não realizado ou realizado inadequadamente		Tratamento adequado	
<u>NO RN</u>		VDRL, Rx ossos longos Hemograma, Líquido Cefalorraquidiano (LCR)		VDRL Se alterações clínica ou sorológica: Rx, Hemograma, LCR	
		Sem alterações Clínicas e / ou laboratoriais ou somente VDRL positivo	Alterações clínicas Radiológicas ou LCR	Sem alterações	Alterações clínicas, radiológicas ou LCR
<u>TRATAMENTO</u>					
		A	B ou C	Acomp. ou A	B ou C

Tratamentos:

“A” = Penicilina G Benzatina 50.000 UI/Kg (única)

“B” = Penicilina G Cristalina 100.000 UI/Kg/dia, ev, 10 dias .

“C” = Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg/dia, por 10 dias (1 dose diária)

Alteração liquórica: 14 dias tratamento “B”.

Seguimento: VDRL mensalmente até que se torne não reagente

Nas alterações de LCR, reavaliação liquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo.

FONTE: 2 adaptado

**TCC
UFSC
PE
0484**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0484

Autor: Baretta, Patrícia

Título: Sífilis : prevalência em gesta



972807714

Ac. 254079

Ex.1 UFSC BSCCSM