
Detecção de sífilis congênita em pacientes atendidos na rede particular de saúde em Jundiaí, SP

Detection of congenital syphilis in patients attended by particular service health in Jundiaí, SP

Mayara Maia Broso¹, Bane Celestino de Oliveira², Cláudia de Moura¹

¹Curso de Biomedicina da Universidade Paulista, Jundiaí-SP, Brasil; ²Setor de Imunologia do Laboratório Anchieta, Jundiaí-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Identificar a sífilis em amostras de soro de pacientes gestantes de faixa etária diversa e identificação de sífilis congênita em neonatos e seus efeitos adversos. **Métodos** – Os prontuários de gestantes e neonatos submetidos ao exame de detecção de sífilis foram concedidos por um laboratório de análises clínicas de Jundiaí, São Paulo, cujo atendimento do público compreende planos de saúde e atendimento particular, não conferindo atendimento ao Sistema Único de Saúde, nos meses de agosto de 2011 até agosto de 2012. Foram analisados dois dados principais: a presença de positividade para a gestante e, se após o parto, houve ou não transmissão vertical para o neonato. **Resultados** – Através do V.D.R.L., verificou-se em 4460 amostras, 93 foram positivas para sífilis e em 130 amostras de soro de neonatos, apenas um apresentou positividade para sífilis. **Conclusão** – É possível ainda visualizar casos de pacientes acometidos pela sífilis congênita atendidos pela rede particular de saúde, o que comprova que a sífilis congênita pode acometer qualquer pessoa independente de classe social, por isso a importância de um acompanhamento pré-natal durante a gestação.

Descritores: Sífilis; Sífilis congênita; *Treponema pallidum*

Abstract

Objective – To identify the syphilis in serum samples from pregnant patients of diverse age and identification of congenital syphilis in newborns and its adverse effects. **Methods** – The medical records were pregnant women and neonates undergoing the screening test for syphilis were granted by a clinical laboratory of Jundiaí, São Paulo, whose public service is not include, from August 2011 until August 2012. We analyzed two major data: the presence of positivity for the pregnant and after the birth, or there was no vertical transmission to the newborn. **Results** – Through VDRL, was found in 4460 samples, 93 were positive for syphilis and 130 serum samples from neonates, only one was positive for syphilis. **Conclusion** – Congenital syphilis prevails in cases of lower-class patients due to lack of information on its severity and lack of medical care, however it is still possible to see cases where patients private network, which proves that pregnancy and congenital syphilis can affect anyone regardless of social class, so the importance of prenatal care during pregnancy.

Descriptors: Syphilis; Congenital syphilis; *Treponema pallidum*

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa causada por *Treponema pallidum*, espiroquetas longas, flexíveis e finas, não podem ser visualizadas em microscópio óptico, somente por meio de microscópio de campo escuro, imunofluorescência através de raspado da lesão. O *T. pallidum* não é cultivável em meios de cultura. Entretanto sabe-se que existem vários antígenos, os quais são idênticos aos de outras espécies de treponemas patogênicos, como a cardiolipina no *T. pallidum*, encontrada nos tecidos humanos e de animais, com importância no diagnóstico sorológico da sífilis¹⁻².

A infecção inicia-se assim que a bactéria atravessa o epitélio da pele ou mucosa, fixa-se ao tecido conjuntivo e inicia a proliferação, causando infecção sistêmica. A sífilis pode ser dividida em três formas clínicas: primária, secundária e terciária. A primária aparece entre 10 a 20 dias após o contato, é caracterizada pela presença do cancro duro, localizado em órgãos genitais. A secundária surge de duas a 10 semanas após o aparecimento do cancro duro, caracterizada por linfadenopatias generalizadas, erupções cutâneas, úlceras rasas em mucosas da boca e órgãos sexuais. A terciária aparece de

oito a 25 anos após a infecção inicial. Todos os tecidos do organismo podem ser tornar local de uma lesão².

A sífilis em gestantes afeta as condições de saúde do neonato. Apesar de ter diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta grandes preocupações, principalmente em países pobres. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença. Em aproximadamente 40% das infecções intra-uterinas não tratadas ocorre o aborto espontâneo ou a morte perinatal³⁻⁶. Estudos mostram que o *T. pallidum* estava presente em material obtido de abortos em período de nove e dez semanas de gestação, portanto causa de abortamento espontâneo⁷⁻⁸. A sífilis congênita pode ser de dois tipos: sífilis congênita precoce, que aparece até os primeiros dois anos de vida, e a sífilis congênita tardia, que ocorre após esse intervalo⁸.

Em neonatos existem maior mortalidade e as características podem ser icterícia, hepatomegalia, lesões cutâneas, cegueira, anemia, rinite, sofrimento respiratório, edema articular, distrofia de metáfise, reações periósseas, alterações do osteíteico, alterações no líquido cefalorraquidiano^{7-9,16}. A principal forma de transmissão da sífilis é por contato sexual, mas pode ser transmitida

também por outros mecanismos, como contato direto com mucosas, transfusão de sangue fresco (raramente ocorre, devido aos organismos sobreviverem de 24 à 48h sob condições de armazenamento de banco de sangue), por meio de inoculação direta por agulha infectada ou manipulação de material infectado^{2,10}. O risco de a mãe transmitir ao feto é elevado, sendo de grande importância a conscientização das gestantes em fazer o acompanhamento pré-natal^{7,11}. Do início da infecção até cinco semanas, onde geralmente existe presença do cancro duro o melhor diagnóstico é o de microscopia de campo escuro ou imunofluorescência, onde é feita análise do raspado da lesão^{2,12-14}. Após, o diagnóstico é sorológico, utilizando antígenos de cardiolipina através do V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory) ou FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibodies, Absorbed), onde as células do *T. pallidum* fixadas em lâmina são tratadas com soro do paciente, em seguida pelo soro anti IgG marcador^{5,13,15}.

O diagnóstico da sífilis congênita pode-se confirmar por provas diretas encontrando *T. pallidum* em lesões, líquidos corporais ou tecidos, amostra de Líquor, em testes sorológicos do sangue do cordão umbilical e sangue periférico do recém-nato¹⁴. A penicilina é a melhor escolha para o tratamento da sífilis, e da sífilis na gestação. É um antibiótico muito ativo, ela age interferindo na síntese peptidoglicano, componente da parede celular do *Treponema pallidum*, que resulta na entrada de água no treponema que o leva a destruição. A sensibilidade do treponema à droga, a rapidez da resposta com regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose são vantagens que permanecem até hoje. Até agora não ocorreu seleção de *T. pallidum* resistente^{12,15-16}. Em pacientes tratados após dois anos do início da infecção, os testes sorológicos geralmente não ocorrem negatificação^{2,16}.

A sífilis em gestante é muito similar a doença em não gestantes, porém ela afeta o resultado da gravidez, e as condições de saúde do neonato. Apesar de ter um diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta grandes preocupações, principalmente em países pobres. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença. Em aproximadamente 40% das infecções intra-uterinas não tratadas ocorre o aborto espontâneo ou a morte perinatal. A sífilis não era considerada uma causa de aborto, devido ao feto estar protegido da infecção transplacentária nos primeiros quatro ou cinco meses de gestação pela função da barreira eficaz de citotrofoblasto. Porém é sabido que a bactéria estava presente em material obtido de abortos em período de nove e dez semanas de gestação⁸.

Logo entende-se que a sífilis primeiramente preocupa-se em doenças congênitas, mas a transmissão da bactéria ao feto em idade precoce prova que pode haver um abortamento espontâneo. Considerando a principal fonte de transmissão para sífilis o contato sexual, nota-se de grande importância o acompanhamento gestacional com especialista e a importância do

pré-natal, pois se a doença é detectada no início da gestação, essa pode ser tratada inicialmente diminuindo os riscos de o feto adquirir a sífilis congênita, evitando abortamento, mantendo a gestante e o feto em estado de saúde.

Isto posto, o presente trabalho teve como objetivo a Identificação de *Treponema Pallidum* em amostras de soro de pacientes gestantes e identificação de sífilis congênita em fetos e neonatos, expor a diferença entre gestantes que fizeram o acompanhamento de pré-natal com especialistas e gestantes que não fizeram o acompanhamento; divulgar a gravidade da sífilis congênita e demonstrar a eficácia da metodologia do teste de V.D.R.L. para sífilis.

Métodos

Os materiais analisados foram prontuários de gestantes e neonatos atendidos no Laboratório Anchieta Jundiá, SP, que atendem preferencialmente pacientes com acompanhamento de saúde em planos de saúde particulares e atendimentos particulares gerais. O laboratório não está credenciado para atendimento de pacientes oriundos do SUS (Sistema Único de Saúde). Foram analisados dados de gestantes que se submeteram ao teste de pesquisa de sífilis de diferentes faixas etárias. O estudo foi retroativo tendo como base agosto de 2011 até agosto de 2012. Foram analisados dois dados principais: a presença de positividade para a gestante e, se após o parto, se houve ou não transmissão vertical para o neonato.

O método utilizado nessa pesquisa foi o teste de V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory), onde desde o início da infecção, surgem no soro do indivíduo infectado reaginas, que reagem com o antígeno de cardiolipina e lecitina. O teste aceita amostras de soro, plasma empregando heparina, EDTA ou oxalato de sódio como anticoagulantes, ou amostras de líquido cefalorraquidiano (LCR). Para a realização do teste foi utilizado o kit "V.D.R.L. test" (Wiener), seguindo as indicações da O.M.S (Organização Mundial de Saúde). O kit segue pronto para uso conforme instruções do fabricante, mantendo-o sob refrigeração (2-10°C) até a data de vencimento especificado em cada lote. Foram realizados provas qualitativas, caso esta obtenha resultado reativo, realiza-se então a prova semiquantitativa.

Comitê de Ética e Pesquisa

Este trabalho foi realizado de acordo com os Princípios Éticos, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e aprovado pelo comitê de Ética – nº de CAAE: 03864012.5.0000.5512 (Anexo 01).

Resultados

A partir dos dados coletados de prontuários analisados num retrospecto de 13 meses, verificamos a positividade para o teste de sífilis e ainda, a possibilidade de transmissão vertical de mãe para o neonato. Nos resul-

Tabela 1. Número total de mulheres gestantes atendidas para verificação do V.D.L.R., índice de positividade entre gestantes e verificação da possibilidade de transmissão vertical entre os neonatos atendidos logo após o nascimento

Ano	Mês	Total de pacientes analisados	Gestantes Positivas	Recém-nascidos	
				Negativo	Positivo
2011	Agosto	356	1	7	1
	Setembro	297	–	5	–
	Outubro	318	3	4	–
	Novembro	282	4	7	–
	Dezembro	304	2	6	–
2012	Janeiro	273	–	–	–
	Fevereiro	372	5	10	–
	Março	362	22	25	–
	Abril	347	41	41	–
	Maior	393	11	13	–
	Junho	376	3	7	–
	Julho	393	1	3	–
	Agosto	387	–	2	–
Total		4460	93 (2,08%)	130	1

tados obtidos no retrospecto, verificamos que a média de atendimento de gestantes foi aproximadamente 343,07 atendimentos mensais (4460 atendimentos totais) para investigação da doença, com desvio padrão de aproximadamente 41 atendimentos. Dentre a verificação da positividade nas gestantes, o resultado apresentado foi de aproximadamente 7,15 resultados positivos mensais, num total de 93 resultados positivos (aproximadamente 2% dos atendimentos) apresentando variação de positividade mensal, com desvio padrão de 11,65 (para mais ou para menos) em relação ao número de pacientes positivos por mês de atendimento (Tabela 1).

Dentre os neonatos que foram possíveis a verificação da transmissão vertical da doença, apenas um neonato apresentou resultado positivo aos testes de referência, cuja mãe foi diagnosticada positivamente (Tabela 1).

Discussão

No período de um ano, de agosto de 2011 até agosto de 2012, foram analisadas mulheres gestantes de faixa etária diversa, em um laboratório particular na cidade de Jundiaí, São Paulo. O laboratório atende pacientes particulares e principalmente com planos de saúde, onde o mesmo não encontra-se cadastrado para atender pacientes do Sistema Único de Saúde.

Foram avaliados o exame de detecção de sífilis com o teste de V.D.R.L., onde dentre as 4460 gestantes atendidas, 93 (2%) apresentaram resultado positivo para a sífilis. Destes encontrando-se um caso de transmissão vertical, onde o neonato adquiriu a infecção. Num estudo realizado entre 2007 e 2008 no Rio de Janeiro, foram observados 1,9% dos casos apresentando sífilis congênita nos casos positivos para sífilis entre gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁷. Os dados, comparando-se com os encontrados neste estudo, mostra que não há diferenças entre faixas econômicas das pessoas avaliadas, onde a sífilis congênita está presente em qualquer faixa econômica da população.

Por ser um laboratório particular, onde as gestantes em análises tem um acompanhamento pré-natal com

médicos especialistas, nota-se que as infectadas para a sífilis fizeram o tratamento e não transmitiram a doença ao neonato. Porém ainda comprovam-se casos positivos.

A definição de caso de sífilis congênita baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹⁸. Acompanhando e comparando os dados obtidos na pesquisa com os dados informados pelo SUS, nota-se um grande número de pacientes infectados, sendo que em 2005, foram observados mais de 5000 casos de sífilis congênita no Brasil, existindo um predomínio da doença no Nordeste e Sudeste brasileiros e números menores em áreas Sul, Centro-oeste e Norte¹⁷. No Estado do Ceará encontra-se um dos maiores índices de crescimento da sífilis congênita³.

Analisando os dados do ministério da saúde do Brasil, observa-se um número crescente de casos de sífilis congênita, onde os números continuaram crescendo ou mantendo-se constantes, mas não diminuindo. Por tratar de pacientes de rede pública, que fazem o acompanhamento sem planos de saúde, nota-se maior positividade, pois muitas vezes as mesmas não comparecem em consultas e exames de seu pré-natal, ou ainda se quer fazem os devidos tratamentos. Porém como ainda existem casos de positividade em pacientes de rede particular, comprova-se que a falta de informação existe em qualquer tipo de classe social¹⁷.

Há tendência de aumento das notificações de sífilis congênita no Brasil, com desigualdades sociais na distribuição dos casos. Observa-se uma associação negativa entre a incidência de sífilis congênita em municípios com altas coberturas da Saúde da Família; mas, após controle de covariáveis, esse efeito pode ser atribuível à cobertura de pré-natal e a características demográficas dos municípios nos quais essa Estratégia foi prioritariamente implantada¹⁹. No estudo apresentado, mesmo com a realização do pré-natal, ainda assim, houve caso de sífilis congênita.

Durante nosso estudo, no mês de abril de 2012, uma gestante com VDRL reagente apresentou titulação de 1:128, após iniciar o tratamento repetiu-se o exame no

mês de julho onde permaneceu reagente com titulação de 1:64. Até o momento não houve outro teste realizado para comparação. O parto estava previsto para dezembro de 2012, onde havia grandes possibilidades do neonato apresentar positividade para sífilis e de adquirir sequelas. O aumento expressivo nos meses de março e abril de 2012 se deu, provavelmente à prática com risco de transmissão de sífilis, principalmente sexual, sem proteção por parte dos envolvidos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2008 estimava que 12 milhões de pessoas, entre elas dois milhões de gestantes, estariam infectadas pelo *Treponema pallidum*. Além disso, observa-se uma tendência de aumento da incidência de sífilis e de sífilis congênita em todo o mundo²⁰. Não apenas no Brasil, mas em várias partes do mundo, a sífilis congênita permanece na lista de doenças prioritárias, com um nível de controle em situação pior do que a própria transmissão vertical da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)²³.

Em 2009 o número de sífilis congênita em todo o Brasil foi de 4972 casos, segundo o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)^{18,20}. Verificamos apenas um caso de sífilis congênita entre os pacientes atendidos na rede particular, verificando que a conscientização pode ser um fator chave para evitar o contágio ao neonato.

A sífilis por se tratar de uma doença sexualmente transmissível aumenta sua gravidade em relação ao feto, se não for tratado inicialmente na gestação pode ocorrer um aborto espontâneo, ou ainda após o quarto mês de gestação torna-se ainda mais infectante em relação ao feto, aumentando as chances de uma transmissão vertical¹⁸.

No mundo as infecções causam cerca de 10 a 25% de óbitos fetais, entre elas a sífilis é a mais encontrada. O risco da transmissão vertical varia com o estágio em que a mãe encontra-se da infecção e a idade gestacional em que ocorre a exposição fetal. Em gestantes com sífilis recente a taxa de transmissão vertical é de 70 a 100%, em gestantes com sífilis tardia a taxa de transmissão vertical é de 30 a 40%. Em gestantes com a infecção recente e não tratada podem ocorrer o aborto tardio ou óbito fetal em 25% dos casos, 11% em óbito de neonatos, 13% em parto prematuro ou baixo peso ao nascer e 20% apresentam sinais clínicos de sífilis congênita. Observa-se que 500.000 casos de óbito fetal registrados por ano correspondem a sífilis congênita⁸.

Em pacientes com planos de saúde ou com acompanhamento particular de especialista existe um índice baixo da sífilis congênita, mas ainda existem casos. Já em pacientes de rede pública o índice ainda é elevado para a doença e nota-se grande preocupação. A maior prevalência de sífilis congênita encontra-se em gestantes com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, promiscuidade sexual e principalmente a falta de assistência pré-natal²².

Por se tratar de uma doença de simples detecção e baixo custo, tanto para o diagnóstico como para o

tratamento, que consiste em administração de anti-bióticos de penicilina, ainda é alarmante o número de casos positivos tanto para gestantes, como para casos congênitos¹⁸.

Conclusões

Mesmo com números mais baixos ainda existem casos em pacientes de rede particulares portadores de sífilis e que a transmissão vertical ocorre, o que comprova que a sífilis gestacional e congênita pode acometer qualquer pessoa independente de classe social.

Conclui-se a gravidade dessa doença infecciosa para qualquer indivíduo, principalmente em caso de gestantes para que não ocorra uma transmissão vertical, por isso a importância de um acompanhamento com especialista durante a gestação.

Como nota-se os casos de sífilis congênita tem aumentado ano, após ano, o que chama atenção dos profissionais da área da saúde para maior divulgação de sua gravidade e informação de toda a população, para que ocorra prevenções e acompanhamentos regulares durante toda a gestação, não faltando as consultas e realizando os exames solicitados e tratamentos quando necessários, sempre com a orientação do médico especialista.

Referências

1. Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn WC. Diagnóstico Microbiológico. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan; 2005.
2. Trablusi LR, Alterthum F, Gompertz OF, Candeias JAN. Microbiologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999.
3. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves LC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: uma doença não controlada. Cad Saúde Públ. 2010;26:1747-55.
4. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périsse ARS, Dias MFR, Nery JACN. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. 2010;85:767-85.
5. Laurenti R, Silveira MH, Siqueira AAF. Mortalidade perinatal em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Públ. 1975;9:115-24.
6. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, Leal MCL. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador de qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saúde Publ. 2005;21:1244-50.
7. Charles D. Infecções obstétricas e perinatais. 1ª ed. Porto Alegre; Artes Médicas: 1995.
8. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34:56-62.
9. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação sorológica na mãe e no recém-nascido. Rev Soc Bras Med Trop. 1999;32:605-11.
10. Carrazzone CFV, Brito AM, Gomes YM. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. Rev Bras Hematol Hemoter. 2004;26:93-8.
11. Rotta O. Diagnóstico sorológico da sífilis. An Bras Dermatol. 2005;80:299-302.
12. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81:111-26.

13. Benzaken AS, García EG, Sardinha JCG, Dutra Júnior JC, Pelling R. Testes rápidos para diagnósticos de sífilis: validação em clínicas de DST na Região Amazônica, Brasil. *Cad Saúde Publ.* 2007;23:456-64.
14. Henry JB. *Diagnósticos clínicos e tratamentos por métodos laboratoriais*. 19ª ed. São Paulo: Manole; 1999.
15. Pagana KD, Pagana TJ. *Manual de Testes Diagnósticos e Laboratoriais*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.
16. Nadal SR, Souza VM. Interpretações das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. *Rev Bras Coloproctol.* 2007;27:479-82.
17. Domingues RMSM, Sacareni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Publ.* 2013;47:147-57.
18. Ministério da saúde. Departamento de informações do SUS. Rede interagencial de informação para saúde. Incidência de sífilis congênita; 2006 [acesso em 10 out 2012]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ind_basicos_2_edicao.pdf
19. Araújo CL, Shimizu HE, Souza AI, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Públ.* 2012;46:479-86.
20. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. Implantação do programa de humanização no pré-natal e nascimento; 2012 [acesso em 12 out 2012]. Disponível em: www.sgc.goias.gov.br/.../arq_974_arq_673_.
21. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23:647-52.
22. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de promoção e proteção à saúde. Núcleo de epidemiologia/SE AS/CE; 2012 [acesso em 01 de junho de 2012]. Disponível em: www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?
23. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AI, Hamann EM. Incidência de sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Publ.* 2012; 46:479-86.

Endereço para correspondência:

Claudia de Moura
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Paulista
Av. Armando Giassetti, 577 – Vila Hortolândia
Júdiá-SP, CEP 13214-525
Brasil

E-mail: cmoura.bio@gmail.com

Recebido em 7 de maio de 2013
Aceito em 27 de agosto de 2013