

---

# SÍFILIS E GRAVIDEZ: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO NAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE ESCOLA – UFRJ

## *SYPHILIS AND PREGNANCY - ESTIMATE OF OCURENCE AND RISK FACTORS IN PREGNANT WOMEN UNDER THE CARE OF MATERNIDADE ESCOLA - UFRJ*

---

*Renato AM Sá<sup>1</sup>, Rita BG Bornia<sup>2</sup>, Alfredo A Cunha<sup>3</sup>, Cristiane A Oliveira<sup>4</sup>,  
Guilherme PG Rocha<sup>4</sup>, Eduardo B Giordano<sup>4</sup>*

### RESUMO

**Fundamento:** A sífilis é uma infecção sexualmente transmitida que, na gestação, pode trazer efeitos desastrosos para o feto. Sua prevalência é estimada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 5%. Este conhecimento permite melhor abordagem no seu diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Determinar a prevalência de sífilis e fatores de risco no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999, na Maternidade-Escola da UFRJ. **Método:** Foram incluídas no estudo 5.519 mulheres que tiveram seus partos em nosso serviço. Foi considerada como portadora da infecção, toda paciente com o teste não treponêmico (VDRL) positivo, em qualquer momento da gestação, e com qualquer titulação. A positividade do VDRL foi correlacionada com a ocorrência de óbito neonatal, a idade materna, o estado civil da mãe, grau de instrução materno e a realização de acompanhamento pré-natal. **Resultados:** Dentre as 5.519 gestantes, observamos positividade de 2,2% do VDRL. Foi observada correlação estatisticamente significativa entre o VDRL positivo e o grau de instrução materno, assim como o número de consultas de pré-natal. **Conclusões:** A escolaridade da mãe e a qualidade do atendimento pré-natal são fatores de risco para a infecção sífilítica durante a gestação.

**Palavras-chave:** sífilis congênita, sífilis na gestação, DST

### ABSTRACT

**Background:** Syphilis is a sexually transmissible disease which, during pregnancy, may have disastrous effects on the fetus. Its occurrence rate is reckoned at 5% by the City Health Secretariat. Knowledge of that rate favors a better approach to both diagnosis and treatment of the disease. **Objective:** Determine the rate of syphilis occurrence and risk factors in the Maternidade Escola – UFRJ, from January 1994 to December 1999. **Method:** Our study covered 5,519 women who went into labor under our care. Every patient who tested positive for VDRL with anytime during pregnancy was considered infected. VDRL-positiveness was cross-referred to neonatal death occurrence, mother's age, marital status and education, as well as to pre-birth assistance. **Results:** a 2.2% VDRL-positive rate was found among the 5,519 pregnant women. A statistically significant correlation between VDRL positiveness and the mother's education level, as well as between VDRL positiveness and the number of pre-birth appointment **Conclusions:** Education levels as well as the quality of pre-birth assistance are risk factors for syphilis infection during pregnancy.

**Keywords:** congenital syphilis, syphilis infection during pregnancy, STD

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):6-8, 2001

## INTRODUÇÃO

Na população geral, as doenças infecto-parasitárias figuram como importante causa de morbiletalidade, tendo a sífilis algumas características que lhe dão destaque. É doença de elevada prevalência, com importante morbiletalidade na popula-

ção acometida, exibindo contudo, diagnóstico e terapêutica de fácil execução e baixo custo. Isto implica em grande benefício à população exposta, com baixo custo, além de se evitar os altíssimos custos relativos ao tratamento das seqüelas desta infecção.<sup>1</sup>

No ano de 1999, o coeficiente de natalidade no município do Rio de Janeiro foi de 18,2:1000 habitantes para uma população total estimada em 5,5 milhões de habitantes, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ). Estima-se no Município do Rio de Janeiro, uma positividade de 5,0%

<sup>1</sup> Mestre em Clínica Obstétrica – UFRJ

<sup>2</sup> Doutor em Clínica Obstétrica – UFRJ

<sup>3</sup> Doutor em Obstetrícia – EPM

<sup>4</sup> Residente Ginecologia-Obstetrícia – UFRJ

dos testes para sífilis aplicados em gestantes, alcançando estas cifras 10% em algumas áreas (SMS/RJ-99).<sup>2</sup>

Quanto à infecção congênita, que acomete o feto durante o desenvolvimento intra-uterino, houve, em 1998, um total de 749 casos notificados. Destes, 82 (11%) compunham-se de óbitos fetais e 42 (5,7%) de óbitos neonatais. É notável que em mais de 70% dos casos notificados, as gestantes freqüentaram serviço de assistência pré-natal durante a gravidez.<sup>2</sup>

Há vários fatores associados a este dado. Dentre eles, podemos citar as dificuldades de diagnóstico intrínsecas ao método, a circulação destas informações na rede de saúde e o início tardio do acompanhamento pré-natal destas gestantes. Na rede pública municipal de saúde, o diagnóstico da sífilis é feito através do teste sorológico não treponêmico, *Veneral Disease Research Laboratory*, o VDRL. Como parâmetro de atividade da doença utilizou-se titulação de 1:4 ou superior, assim como, a elevação de quatro vezes da titulação inicial em dosagens seqüenciais. Valores mais baixos podem representar ascendentes ou decrescentes após tratamento, doença latente em fase tardia, cicatriz imunológica ou, mais raramente, falso positivo.<sup>3</sup>

Em situações de dúvida diagnóstica, está recomendada a confirmação com o teste treponêmico (FTAAbs), mais específico que, no entanto, não está disponível na maioria das unidades da rede pública.<sup>3</sup>

Em função da dificuldade de realização de FTAAbs, da facilidade e baixo custo da terapêutica, é recomendado que toda gestante com VDRL positivo seja tratada, com qualquer titulação, a menos que haja documentação de tratamento anterior e títulos em declínio.<sup>4</sup>

A determinação da prevalência de sífilis, através da positividade do VDRL, e dos fatores causais relacionados a esta, são passos essenciais ao desenvolvimento de estratégias e implantação de medidas nos vários níveis de prevenção. Tais medidas repercutirão positivamente nas taxas de infecção vertical e, conseqüentemente, na morbi-mortalidade infantil.

O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de sífilis e os principais fatores de risco associados na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999, através da positividade do teste não treponêmico (VDRL) e sua possível correlação com óbito neonatal.

## PACIENTES E MÉTODO

Foram incluídas no estudo 5519 mulheres que deram à luz em nosso serviço, de janeiro de 1994 a dezembro de 1999. Deve-se ressaltar que este número configura o total de partos ocorridos na instituição. A testagem para sífilis, na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, é realizada em todas as gestantes, durante o pré-natal, como rotina da instituição, assim como, em toda gestante externa no momento de sua admissão.

Foi considerada para o estudo, toda gestante que exibiu testagem positiva, com qualquer titulação, durante o acompanhamento pré-natal ou na testagem realizada na admissão.

A positividade do VDRL foi correlacionada com os dados a seguir:

- óbito neonatal
- idade materna
- estado civil materno
- grau de instrução materno
- freqüência de acompanhamento pré-natal

Em relação ao estado civil, as gestantes foram classificadas em dois grupos:

- Grupo 1 – casadas ou com união estável
- Grupo 2 – solteiras

Em relação à freqüência em serviço de pré-natal definimos igualmente:

- Grupo 1 – freqüência até três consultas de pré-natal
- Grupo 2 – freqüência em mais de três consultas de pré-natal

## RESULTADOS

Dentre as 5519 gestantes testadas 119 (2,2%) tiveram o VDRL positivo em algum momento da gestação. Cinco óbitos neonatais foram correlacionados ao VDRL positivo e 112 encontrados nas gestantes com VDRL negativo. Não houve alteração na freqüência de óbito neonatal pela presença do VDRL positivo durante a gestação (Tabela 1).

Também não foi observada correlação entre a idade materna e VDRL positivo durante a gravidez ( $p=0,46$ ).

Com relação ao estado civil, entre as gestantes estudadas, 60,4% foram classificadas como casadas e 39,6% como solteiras. A freqüência de positividade do VDRL foi de 1,8% nas casadas e de 2,6% nas demais, não sendo estatisticamente significativa a diferença encontrada entre os dois grupos (Tabela 2).

Quanto ao grau de instrução observamos que 1,5% delas eram analfabetas, 69,9% tinham educação primária, 25,8% freqüentaram o segundo grau e apenas 3,5% tinham nível superior. As freqüências de VDRL positivo foram respectivamente 3,5%, 2,5%, 1,5% e 1,5%. Como se pode observar a positividade do VDRL é tanto mais freqüente quanto menor é o grau de instrução da gestante, associação que se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 3).

Dentre nossas gestantes, 18,8% tiveram entre nenhuma e três consultas de pré-natal, enquanto 81,2% foram atendidas em mais de quatro oportunidades. Observamos freqüência de VDRL positivo muito maior entre aquelas gestantes que tiveram três ou menos consultas de pré-natal, consideradas como não tendo feito acompanhamento pré-natal. (Tabela 4)

## DISCUSSÃO

O primeiro ponto a ser observado é que a grande maioria da população atendida mora nas proximidades da Instituição. Isto é um diferencial pois a mesma se localiza na área AP 2.1, correspondente à zona sul da cidade, onde observamos melhor infraestrutura sanitária e de saúde, além de ser a área com maior concentração de renda e maior nível de escolaridade no município. Para ilustrar esta observação registre-se que nesta área, temos as maiores taxas de morte por doenças cardiovasculares e neoplásicas, mostrando também as menores taxas de morte por causas externas e por causas mal definidas. Esta área também apresenta os menores índices de mortalidade infantil além de ter coeficiente de mortalidade materna igual a zero.<sup>2</sup>

Por estes motivos, a população atendida em nosso serviço e incluída no estudo, sofre um viés de seleção em relação as demais áreas do município, sem contudo, invalidar os resultados obtidos.

Observamos prevalência de VDRL positivo de 2,2%, que foi a metade dos 5,3% que a Secretaria Municipal de Saúde estimou em 1999 para a população do município. Para explicar essa diferença dois fatores podem ser considerados: em primeiro lugar melhores indicadores de saúde relacionados a esta região da cidade<sup>2</sup>; e a taxa de cobertura da testagem do VDRL nas gestantes. As taxas de cobertura da testagem do VDRL no município giram em torno de 10% do total de gestantes. Já em nosso serviço a taxa de cobertura é de 100%, uma vez que todas as gestantes são testadas pelo menos uma vez. Portanto, nossos resultados exprimem, absolutamente, a prevalência da infecção nas gestantes assistidas no ambulatório de pré-natal.

Dentre os fatores estudados, observamos uma relação estatisticamente significativa entre a positividade do VDRL e o grau de instrução materno e o número de consultas de pré-natal. Observamos que quanto maior o grau de instrução materno e o número de consultas de pré-natal (este último observado como um dos critérios de qualidade da assistência pré-natal) menor foi a prevalência de VDRL positivo encontrada.

A assistência pré-natal deve ser encarada como uma oportunidade ímpar para a implementação de ações preventivas de saúde. É ocasião em que, tradicionalmente, a mulher procura o serviço de saúde, as vezes seu primeiro e único contato com o mesmo. É nesta ocasião única que pode o médico orientar a mulher quanto a hábitos de vida e também identificar, ainda em fase inicial, uma série de fatores mórbidos que podem acometer a gestante. Daí o rastreamento de sífilis e a prevenção do câncer de colo uterino através da colpocitologia oncótica. Também tem o pré-natalista a oportunidade de informar sobre planejamento familiar e esclarecer dúvidas sobre o curso normal e as intercorrências possíveis na gestação.

O grau de instrução pode ser avaliado como indicador de qualidade de vida. Isto permite que a gestante compreenda melhor fatos como as modificações em seu corpo durante a gravidez, eventos que deve considerar normais ou não, auxiliando assim seu pré-natalista na identificação e tratamento

precoce dos eventos deletérios que podem intercorrer na gestação.

Epidemiologicamente, uma das maneiras de medir o grau de desenvolvimento de uma população, é a análise das causas de morte na mesma. Com os progressos alcançados nas áreas de saúde pública e medicina a partir da Segunda Guerra Mundial, observou-se uma progressiva queda nas mortes por doenças infecto-parasitárias e aumento nas mortes por doenças crônico-degenerativas. O barateamento e disseminação dessas tecnologias permitiram que os países ditos “em desenvolvimento”, entre eles o Brasil, seguissem esse perfil. Também se sabe que essas mudanças são acessíveis primeiro àquela parcela da população dotada de maior renda e de maior escolaridade, alcançando, posteriormente, as parcelas menos favorecidas.

A sífilis, como doença infecto-parasitária, sofre influência direta dos fatores citados, justificando ações sociais de longo, médio e curto prazos que certamente influenciariam a prevalência desta infecção.

Em prazo menor, é desejável a ampliação da rede de assistência e da qualidade da mesma, que permitirão melhoria no diagnóstico e tratamento da sífilis, reduzindo sua morbimortalidade.

Uma política de informação, através de campanhas para atrair as gestantes ao serviço de saúde e o desejo do médico de cuidar, informar, enfim, de prestar um bom atendimento às suas pacientes são fatores que contribuiriam para a diminuição da sífilis em nosso município.

## CONCLUSÃO

Em nosso estudo, observamos uma prevalência de sífilis de 2,2%. Também foi observada correlação estatisticamente significativa entre a presença de VDRL positivo durante a gestação e o grau de instrução materno, assim como, o número de consultas de pré-natal realizadas pela gestante. O menor grau de instrução e a ausência ou baixo número de consultas de pré-natal, mostraram-se fatores de risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília, DF, 1999.
2. Rio de Janeiro. S/SSC/Coordenação de Programas de Epidemiologia. SMS/RJ, 1999.
3. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. **MMWR** 1998; 38(s8):1-43.
4. Nogueira S. A, Reis M.A.B & Lambert J.S. **Manual para diagnóstico e tratamento de infecções na gravidez**. Rio de Janeiro, 2000. p.20-25

### Endereço para correspondência:

Renato AM Sá

E-mail: [rsa.ntg@terra.com.br](mailto:rsa.ntg@terra.com.br)