











RELATO DE CASO

Natimorto por sífilis congênita em região metropolitana do Rio de Janeiro em 2023: relato de caso

A stillborn due to congenital syphilis in the metropolitan region of Rio de Janeiro in 2023: case report

Adriana Camara Colombo¹ , Cecília Turque dos Santos¹ , Michelle Gomes Soares Toledo¹ , Claudia Cristina de Oliveira¹ , Carolina Varella Leal Passos^{2*} , Paula Varella Leal Passos² , Christina Thereza Machado Bittar³ , Yael Lahtermaher⁴ , Anderlúcia Corrêa Guedes² , Mauro Romero Leal Passos⁵ 

RESUMO

Introdução: A sífilis e seus desfechos são importantes questões de saúde pública, com destaque para a sífilis congênita (SC) que apresenta grande número de casos no Brasil. O estado do Rio de Janeiro apresenta a maior taxa de incidência e de óbitos por SC entre todos os estados da federação. **Objetivo:** Relatar caso de natimorto por sífilis congênita em 2023 na região metropolitana do Rio de Janeiro, bem como identificar ocasiões no pré-natal que possam ter contribuído para esse desfecho fatal. **Relato de caso:** Primigesta entre 25 e 29 anos iniciou pré-natal em agosto/2022 e refere teste rápido para sífilis (TR) não reagente na primeira consulta. Entretanto, na caderneta da gestante não há comprovação desse TR. Em janeiro/2023, realizou TR para sífilis com resultado reagente. O tratamento ocorreu apenas no dia seguinte com somente uma dose de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina (PB). O VDRL só foi coletado em fevereiro/2023, dias após o tratamento, tendo resultado de 1:512. Em março/2023, foi admitida numa Maternidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro com diagnóstico de óbito fetal. Ainda na maternidade, a paciente negou lesões sífilíticas recentes em si ou em parcerias sexuais. Dez dias após a internação, houve visita à unidade de saúde onde ocorreu o pré-natal com relato de “classificação como sífilis primária porque era a primeira vez que a paciente apresentava teste positivo”, administrando somente uma dose de PB para tratamento no caso. Além disso, não há médico na unidade, e os exames laboratoriais são solicitados, agendados e coletados em dias diferentes, resultando em frequente atraso de recebimento de resultados e manejo. Quanto ao tratamento apenas no dia seguinte do diagnóstico, foi explicado que o posto recebe o antibiótico somente após a notificação do caso para a secretaria de saúde. Fragmentos da placenta foram encaminhados para análise histopatológica e pesquisa *Treponema pallidum* PCR, que demonstrou vilite crônica associada a alterações vasculares fetais, compatíveis de sífilis congênita e detectado material genético de *Treponema pallidum*. **Conclusão:** A ocorrência e os óbitos por SC refletem, na maioria dos casos, assistência pré-natal inadequada, seja no atendimento direto à gestante ou no estabelecimento dos fluxos de atenção na rede básica de saúde.

Palavras-chave: sífilis; sífilis congênita; gestação; óbito; natimorto.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis and its outcomes are important public health issues, with emphasis on congenital syphilis (CS), which has a large number of cases in Brazil. The state of Rio de Janeiro has the highest rate of incidence and deaths from CS among all states in the federation. **Objective:** To report the case of a stillborn due to congenital syphilis in 2023 in the metropolitan region of Rio de Janeiro, as well as to identify instances in prenatal care that may have contributed to this fatal outcome. **Case report:** First pregnant

¹Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes – Duque de Caxias (RJ), Brasil.

²Universidade de Vassouras – Vassouras (RJ), Brasil.

³Laboratório Bittar – Niterói (RJ), Brasil.

⁴Universidade Souza Marques – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense – Niterói (RJ), Brasil.

*Autor para correspondência: carolvarellalp@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar

Recebido: em 01/10/2023 – Aprovado em: 10/11/2023.

between 25 and 29 years old, the patient started prenatal care in August 2022 and reported a non-reactive rapid test for syphilis (RT) at the first consultation. However, there was no proof of this RT in the pregnant woman's record. In January 2023, she underwent RT for syphilis with positive results. Treatment occurred only the following day with just one dose of 2.4 million units of benzathine penicillin (BP). The VDRL was only collected in February 2023, days after treatment, resulting in 1:512. In March 2023, she was admitted to a Maternity Hospital in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro with a diagnosis of fetal death. While still in the maternity ward, the patient denied recent syphilitic lesions on herself or in sexual partners. Ten days after hospitalization, there was a visit to the health unit where prenatal care took place with a report that "classification as primary syphilis because it was the first time that the patient had tested positive". Only one dose of PB was administered for treatment in this case. Furthermore, there was no doctor in the unit and laboratory tests were requested, scheduled and collected on different days, resulting in frequent delays in receiving results and handling them. As for treatment, only on the day following the diagnosis was it explained that the clinic will receive the antibiotic after the case has been notified to the health department. Fragments of the placenta were sent for histopathological analysis and *Treponema pallidum* PCR research, which demonstrated chronic villitis associated with fetal vascular changes, compatible with congenital syphilis, and detected genetic material of *Treponema pallidum*. **Conclusion:** The occurrence and deaths due to CS reflect, in most cases, inadequate prenatal care, whether in direct care for pregnant women or in the establishment of care flows in the basic health network.

Keywords: syphilis; congenital syphilis; gestation; death; stillborn.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistêmica, crônica e curável. O agente etiológico, *Treponema Pallidum*, é exclusivo do ser humano e apresenta como principais vias de transmissão a sexual e a vertical^{1,2}. Há pelo menos 500 anos é responsabilizada por grande morbimortalidade na população humana, e somente no início do século XX, com o advento da penicilina, a antibioticoterapia efetiva contra a doença foi capaz de reduzir sua incidência, mas não de erradicá-la. A epidemia de HIV/AIDS nos anos 1980 diminuiu ainda mais sua incidência, contudo, a partir dos anos 2000, houve reemergência da doença³. Em gestantes, a taxa de transmissão intraútero pode chegar a 80%, e até 50% das gestantes com sífilis não tratadas terão eventos gestacionais adversos².

A SC está associada ao aumento de risco de desfechos perinatais negativos, como abortamento, natimortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, além dos sinais e sintomas da doença. As principais estratégias para controlar a SC são o diagnóstico e o tratamento adequado das gestantes durante o pré-natal, as quais não impedem a transmissão vertical, mas permitem o rápido tratamento dos recém-nascidos contaminados, reduzindo as sequelas do futuro. As falhas nessa assistência ao pré-natal, como subdiagnóstico, tratamento inadequado da gestante e parceria sexual, reinfecções e até resistência ao tratamento proposto, são responsáveis por manter a SC como causa de morbimortalidade aos recém-nascidos^{4,5}.

A erradicação da SC é considerada um problema de saúde pública prioritário na América Latina e no Caribe⁴. A fim de que a SC seja considerada controlada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO) estabeleceram as seguintes metas: alcançar 0,5 ou menos casos a cada 1.000 nascidos vivos (NV); mínimo de 95% de cobertura pré-natal; 95% das gestantes com acompanhamento pré-natal testadas para sífilis e pelo menos 95% das mulheres com teste reagente tratadas adequadamente. Um cenário distante para a maioria dos países dessas regiões⁴.

No Brasil, a incidência da SC aumentou progressivamente nos últimos anos. Em 2017, foram registrados 8,6 casos a cada 1.000 NV⁴. Em 2020, o Ministério da Saúde do Brasil publicou um inquérito nacional que identificou que 98% das instituições que prestam assistência ao parto no país executam testes rápidos para sífilis na admissão das parturientes, entretanto, apenas 17% manejam adequadamente os recém-nascidos expostos à sífilis e 18% realizam as condutas essenciais para as que tem diagnóstico de SC, revelando mais um momento importante no combate contra a SC⁶.

OBJETIVO

Relatar caso de natimorto por sífilis congênita em 2023 na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, bem como identificar momentos no pré-natal que possam ter contribuído para esse desfecho.

MÉTODOS

Estudo observacional e qualitativo com coleta de dados realizada por meio da análise documental do prontuário, do cartão de pré-natal da gestante, e de entrevistas com a paciente e com os profissionais responsáveis pelo pré-natal na unidade de origem. A discussão está fundamentada nas ações de vigilância epidemiológica e formas de otimizar a prevenção de desfechos desfavoráveis relacionados à sífilis congênita. Os dados foram analisados com objetivo de relacionar os momentos do pré-natal que possam ter contribuído para o desfecho e possíveis intervenções.

RELATO DO CASO

Primigesta entre 25 e 29 anos iniciou pré-natal em agosto/2022, com 8 semanas e 5 dias de gestação, relata que na ocasião apresentou teste rápido para sífilis (TR) com resultado não reagente. Entretanto, na caderneta da gestante não há comprovação desse exame. Nessa

mesma consulta, foram solicitados exames de rotina e estabelecida conduta expectante com acompanhamento do pré-natal.

Em janeiro/2023, após saber que o parceiro com quem tinha iniciado relacionamento recentemente estava em tratamento para doença sexualmente transmissível não especificada, a paciente solicitou exames ao pré-natal. Nessa ocasião foi realizado TR para sífilis que obteve resultado reagente. O tratamento se deu apenas no dia seguinte com somente uma dose de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina (PB). O VDRL só foi coletado em fevereiro/2023, dias após o tratamento, tendo resultado de 1:512.

Em março/2023, compareceu novamente à consulta pré-natal, não sendo registradas queixas tampouco alterações no exame físico. No dia seguinte, foi admitida numa Maternidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro queixando-se de cólica, recebendo diagnóstico de óbito fetal, após passar por outros dois hospitais de dois municípios onde foi informada ausência de vaga para internação.

A vigilância epidemiológica acerca do caso foi iniciada ainda na maternidade com entrevista com a própria paciente, que negou manifestações clínicas recentes de lesões de sífilis em si ou em parcerias sexuais. Relatou que em junho de 2022 terminou relacionamento com o marido, pai de sua filha natimorta. Disse que, na época, ele fez “exames” para admissão para novo emprego e “todos” foram não reagentes. Sobre parcerias sexuais, afirmou que, em dezembro de 2022, teve dois encontros sexuais com outra pessoa que depois

contou que estava tratando para algum problema, mas não sabia ao certo de que se tratava.

Depois de tal suspeita, foi ao posto de saúde e lá realizaram teste rápido para sífilis, sendo este reagente. Entretanto, não recebeu tratamento neste dia. Perguntada se em algum momento das consultas de pré-natal algum profissional do posto de saúde fez qualquer indagação sobre parcerias sexuais, a resposta da parturiente foi: não. Ao ser indagada sobre o que pensava do quadro que estava vivenciando, disse, de pronto, “me sinto culpada”.

Dez dias após a internação, houve visita à unidade de saúde onde ocorreu o pré-natal para conversar com profissional da equipe que atendeu a gestante. Foi relatado que “classificaram como sífilis primária porque era a primeira vez que a paciente apresentava teste positivo”, justificando a decisão de administrar somente uma dose de PB para tratamento no caso.

Além disso, na entrevista na unidade de saúde foi constatado que na unidade não há médico para acompanhar o pré-natal. Foi declarado também que, na unidade, os exames complementares são solicitados, agendados e coletados materiais em dias diferentes, resultando em frequente atraso de recebimento de resultados como demonstrado em caderneta de pré-natal (Figura 1).

Quanto ao tratamento dias depois do diagnóstico, foi explicado que o posto de saúde recebe o antibiótico somente após a notificação do caso para a secretaria de saúde. Após a chegada da medicação, a gestante é convocada para a administração da PB. Esse fluxo não difere entre gestantes e não gestantes.

| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° |
|--|---|--------------------|--------------------------------------|--|---|---|-------------------------|--|----|-----|-----|
| Data | 31/08/22 | 29/09/22 | 25/10/22 | 22/11/22 | 21/12/22 | 23/01/23 | 29/02/23 | 15/03/23 | | | |
| Queixa | Náusea | Náusea | Cólica | Náusea | Cólica | — | Cólica | Cólicas | | | |
| IG - DUM/USG | 8º 5d | 12º 3d | 16º 5d | 20º 5d | 24º 5d | 29º 5d | 34º 4d | 36º 5d | | | |
| Peso (kg)/IMC | 44,500 | 56,200 | 46,600 | 49,5 | 49,0 | 51,500 | 55,0 | 54,600 | | | |
| Edema | — | — | — | — | — + | — + | — + | — + | | | |
| Pressão arterial (mmHG) | 90 x 60 | 100 x 50 | 90 x 50 | 90 x 60 | 90 x 60 | 90 x 50 | 100 x 70 | 90 x 60 | | | |
| Altura uterina (cm) | — | 32 cm | 35 cm | 39 cm | 34 cm | 39 cm | 34 cm | 36 cm | | | |
| Apresentação fetal | — | Reluzca | Reluzca | Reluzca | Reluzca | cefálico | Reluzca | cefálico | | | |
| BCF/Max. fetal | — | 340 @ | 335 @ | 340 @ | 360 @ | 340 @ | 357 @ | 340 @ | | | |
| Taque, se indicado | — | — | — | — | — | — | — | — | | | |
| Exantema (presença ou relato) | — | — | — | — | — | — | — | — | | | |
| Participou de atividades educativas | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | | | |
| Realizou visita à maternidade | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | | | |
| Desseja colheir DU pós-parto na maternidade? | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | | | |
| Observações | Avaliado USG, solicitados exames e feito exame de rotina. | Aguardando exames. | Aguardando exames, não houve coleta. | Solicitado USG, aguardando exames, não coletado resultado. | Aguardado USG, não coletado, aguardando exames, não houve coleta. | Aguardando exames, feito teste rápido sífilis reagente, feito tratamento. | Avaliado exames de USG. | Aguardando exames, não coletado USG, não houve coleta. | | | |

Figura 1. Caderneta de pré-natal da gestante. Observar número de vezes que aguarda resultado de exames.

Fragmentos da placenta foram encaminhados para análise histopatológica e pesquisa por PCR em tempo real (RT) multiplex com conjunto *Allplex™ Genital Ulcer Assay (Seegene)*, que demonstrou vilité crônica associada a alterações vasculares fetais, compatíveis de sífilis congênita e PCR-RT para *Treponema pallidum* (TP) detectado. Para os demais patógenos do conjunto, *Citomegalovirus* (CMV), *Haemophilus ducreyi* (HD), Vírus Herpes simples tipo 1 (HSV1), Vírus Herpes simples tipo 2 (HSV2), *Lymphogranuloma venereum* (LGV) e Vírus Varicella-zoster (VZV), os resultados foram não-detectados.

DISCUSSÃO

O caso relatado representa mais um dos inúmeros desfechos desfavoráveis e possivelmente evitáveis do cenário da sífilis congênita no Brasil. A literatura existente é assertiva em relacionar os impactos da sífilis congênita com a assistência pré-natal. O perfil sociodemográfico da SC evidencia que as mais susceptíveis à doença são as gestantes no terceiro trimestre, pardas, com ensino fundamental incompleto e que residem em zona urbana⁷. Por isso, a enorme desigualdade social em que as gestantes brasileiras vivem, com baixa escolaridade e educação sexual conservadora, contribuem para alta prevalência da SC no país.

Este caso evidencia diversos momentos em que a assistência pré-natal prestada à gestante poderia se beneficiar de melhorias, como:

1. Registro na caderneta da gestante (pré-natal), tornando possível averiguar se todos os exames pré-natais preconizados pelo Ministério da Saúde foram realizados e seus resultados; e
2. Classificação correta da sífilis em primária ou secundária.

A ausência de lesões compatíveis com sífilis primária tanto na gestante quanto na parceria sexual exclui a classificação como primária. Além disso, a ausência de registro de teste rápido para sífilis no início do pré-natal sugere forte possibilidade de sífilis latente indeterminada, a qual deveria ter sido tratada com três doses de 2,4 milhões de unidades de PB em vez de uma dose apenas. Os fluxos estabelecidos pela unidade em relação à coleta de exames e administração de medicação culminam em atrasos diagnósticos e de tratamento que podem prejudicar o seguimento dos casos.

No município de Vitória foram analisadas 1.158 notificações de SC, e identificaram que 36,4% dos diagnósticos nas mães aconteceram no terceiro trimestre da gravidez; a maioria das crianças (95,7%) foi diagnosticada menos de sete dias depois do nascimento; o pré-natal foi realizado em 76,2% gestantes, entretanto o esquema de tratamento foi considerado inadequado em 54,1% das notificações⁸.

Segundo Boletim Epidemiológico, número especial de outubro de 2023, o estado do Rio de Janeiro, com a taxa de incidência/1.000 nascidos vivos de 23,0, continua com a maior taxa entre todos os estados do Brasil⁹.

Mais sério do que a taxa de incidência de SC, o estado do Rio de Janeiro, desde 2010, é o estado da federação brasileira com o maior número de óbitos e de coeficiente de mortalidade infantil por SC, alcançando o vergonhoso coeficiente de 20,5 óbitos/100.000 NV⁹.

Vale relatar ainda que, segundo extenso artigo de revisão de artigos científicos sobre SC com dados brasileiros, apenas 20% dos autores nacionais Moraes e colaboradores citam em suas conclusões a má qualidade do pré-natal como sendo base para a ocorrência de SC¹⁰.

O caso estudado é mais um exemplo de como a assistência pré-natal precisa de constante atualização, treinamento e investimentos, a fim de contribuir para a redução da sífilis congênita e de tantas outras enfermidades evitáveis no país.

Não há necessidade de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa para este trabalho, pois não se trata de uma série de casos, mas foi assinado termo de consentimento informado^{10,11}.

Fortalezas

Evidenciar que é possível realizar a vigilância epidemiológica de sífilis congênita, no caso aqui, natimorto por sífilis congênita, iniciando a investigação ainda na maternidade. Mais, fazer visita à unidade básica onde foi realizado o pré-natal, conversando com profissional que acompanhou a gestante e identificando oportunidades perdidas para que o desfecho tão desfavorável acontecesse.

Limitações

Não conseguimos identificar, entrevistar ou testar as parcerias sexuais da parturiente.

CONCLUSÃO

A ocorrência de sífilis congênita, abortos, natimortos e óbitos por SC refletem, na maioria dos casos, assistência pré-natal inadequada, seja no atendimento direto à gestante ou no estabelecimento dos fluxos de atenção na rede básica de saúde. O caso descrito foi mais um exemplo, infelizmente.

Participação de cada autor

ACC: Atendimento à paciente, entrevista, revisão. CTC: Atendimento à paciente, entrevista, revisão. MGST: Atendimento à paciente, entrevista, pesquisa bibliográfica, redação, revisão. CCO: Entrevista, Vigilância epidemiológica, revisão. CVLP: Entrevistas, Vigilância epidemiológica, pesquisa bibliográfica, redação, revisão. PVL: Entrevistas, Vigilância epidemiológica, pesquisa bibliográfica, redação, revisão. CTMB: Análises laboratoriais, revisão. YL: Pesquisa bibliográfica, redação, revisão. ACG: Pesquisa bibliográfica, redação, revisão. MRLP: Entrevistas, Vigilância epidemiológica, pesquisa bibliográfica, redação, revisão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatitis virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
3. Beale MA, Marks M, Cole MJ, Lee MK, Pitt R, Ruis C, et al. Global phylogeny of *Treponema pallidum* lineages reveals recent expansion and spread of contemporary syphilis. *Nat Microbiol.* 2021;6(12):1549-60. <https://doi.org/10.1038/s41564-021-01000-z>.
4. Canto SVE, Araújo MAL, Almeida RLF, Cutrim BEC. Hospitalization costs for congenital syphilis in the state of Ceará. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2021;21(1):311-8. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100016>
5. Santos RR, Niquini RP, Bastos FI, Domingues RMSM. Diagnostic and therapeutic knowledge and practices in the management of congenital syphilis by pediatricians in public maternity hospitals in Brazil. *Int J Health Serv.* 2019;49(2):322-42. <https://doi.org/10.1177/0020731417722088>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Inquérito nacional sobre ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatitis nas instituições que realizam parto. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
7. Moraes ARB, Almeida ABG, Azevêdo BLS, Freitas GM, Menezes MLB, Barros RMM, et al. Epidemiological profile of gestational syphilis and congenital syphilis in a reference center in Northeast Brazil: risk factors and trend from 2019 to 2021. *DST J bras Doenças Sex Transm.* 2023;35:e23351304. <https://doi.org/10.5327/DST-2177-8264-2023351304>
8. Guimarães LLM, Ribeiro ALC. Congenital syphilis in the city of Vitória/ES in 2010-2020. *DST J bras Doenças Sex Transm.* 2023;35:e23351211. <https://doi.org/10.5327/DST-2177-8264-2023351211>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Sífilis 2023 [Internet]. *Boletim Epidemiológico*; 2023 [acessado em 21 out. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>
10. Moraes JSS, Passos MRL, Eleutério Junior J. Sífilis congênita, uma enfermidade associada a um pré-natal ineficiente? *J Bras Ginecol.* 2023;132. <https://doi.org/10.5327/JBG-0368-1416-202200079>
11. Goldim JR, Fleck MP. Ética e publicação de relatos de caso individuais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(1):2-3.