



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE MEDICINA

HILANNA SAMARA SANTOS DO ROSÁRIO
ZYDAN GREGÓRIO AGUIAR

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA EM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ**

BELÉM-PA

2023

HILANNA SAMARA SANTOS DO ROSÁRIO

ZYDAN GREGÓRIO AGUIAR

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA EM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Medicina do Centro Universitário do Estado do
Pará, como requisito parcial para conclusão da
graduação em Medicina.

Orientadora: Profa. Ma. Silvana
Cristina Rodrigues da Silva

Co-orientadora: Profa. Ma. Renata
Trindade Damasceno

BELÉM-PA

2023

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Rosário, Hilanna Samara Santos do.

Principais complicações de sífilis congênita em serviço de referência do estado do Pará / Hilanna Samara Santos do Rosário, Zydán Gregório Aguiar; orientadora Silvana Cristina Rodrigues da Silva, coorientadora Renata Trindade Damasceno. – 2023.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, 2023.

1. Sífilis congênita – Epidemiologia – Pará. 2. Recém-nascidos. 3. Sífilis congênita – Complicações e sequelas. I. Aguiar, Zydán Gregório. II. Silva, Silvana Cristina Rodrigues da, orient. III. Damasceno, Renata Trindade. IV. Título.

CDD 23º ed. 614.5472

DEDICATÓRIA

"Ninguém na vida, por mais brilhante que seja, constrói nada sozinho". Essa frase resume perfeitamente o que aprendi ao longo dessa caminhada. Ainda que haja um esforço próprio, especialmente em relação às horas destinadas aos estudos, este fim não seria possível sem a colaboração de pessoas tão especiais, que dedicaram ao longo desses anos de diversos meios para a realização deste sonho.

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, e pelo privilégio de poder me dedicar exclusivamente aos estudos, especialmente em uma área tão nobre quanto a medicina. Procuro lembrar-me sempre de tamanha responsabilidade, e da confiança depositada em mim para cumprir esse propósito.

Além disso, sou grata aos meus pais Abel Faro e Maria Eunice por todo suporte que me oferecem desde a mais tenra idade, por sempre me apoiarem a lutar pela realização dos meus objetivos, e por não medirem esforços para me auxiliar. Devo tudo o que me tornarei no âmbito profissional, e tudo o que já sou como pessoa, a vocês!

Agradeço a minha família materna e paterna (Avós, tios, primos), que não citarei nomes uma vez que todos, sem exceção, desde o primeiro momento neste curso destinam a mim todo carinho, amor e orações para que minha trajetória fosse próspera. Não esquecendo também da tia Julia Onishi, por todo suporte nos primeiros anos da faculdade, minha eterna gratidão. Espero retribuí-los da melhor forma possível, em breve.

Meus sinceros agradecimentos aos professores que ao longo destes 6 anos serviram como inspiração, como modelo profissional que procurarei seguir nos próximos anos. Em especial, à Dra. Silvana Rodrigues e Dra. Renata Damasceno, por nos confiarem a realização deste estudo, pela atenção, paciência e carinho com que nos acolheram ao longo deste período de execução do trabalho.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao Meu companheiro Zydan Aguiar, Meu amor, por ter sido até aqui meu par em todas as esferas, incentivador e melhor amigo. Que nosso futuro seja tão feliz quanto o nosso presente.

Hilanna Samara Santos do Rosário

Acima de tudo dedico este trabalho à Deus, pela infinita benevolência e misericórdia para comigo, que me permitiu chegar a este momento.

Aos meus pais Jucelino Moraes de Aguiar e Genylida Gregório de Aguiar, pelos ensinamentos, amor, incentivo e apoio incondicionais.

Ao meu irmão, Záyron Gregório Aguiar, por toda dedicação e empenho que o fazem ser o modelo e reflexo que almejo seguir na medicina.

À toda minha família, Aguiar e Gregório, pelo apoio e felicidade em cada uma das minhas vitórias.

Dedico também a todos os professores que ajudaram a me formar como pessoa e futuro médico, especialmente à Profa. Dra. Silvana Rodrigues e Profa. Dra. Renata Damasceno, nossas orientadoras, que pela paciência, suporte, incentivos e correções deram vida a este trabalho.

Por fim, dedico à Hilanna Samara Santos do Rosário, Meu Amor, por cada segundo compartilhado que sou feliz ao teu lado. Que nossos sonhos se realizem.

Zydan Gregório Aguiar

“O doente, depois de Deus, é o nosso verdadeiro patrão.”

São João Calábria

RESUMO

Introdução: A Sífilis Congênita configura como uma das principais patologias de transmissão vertical observadas na prática clínica. Embora apresente manejo bem estabelecido com protocolos clínicos específicos, ainda se nota indicadores significativos de acometimento do binômio materno-fetal por esta patologia, com a possibilidade do desenvolvimento de complicações à criança desde o período gestacional até anos após seu nascimento. **Objetivo:** Avaliar a prevalência das principais complicações de Sífilis Congênita em crianças atendidas em um serviço de referência do estado do Pará no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. **Métodos:** Estudo realizado através da análise de prontuários de recém-nascidos atendidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Resultados:** Foram avaliados 117 prontuários dos quais 41% dos recém-nascidos eram assintomáticos. Dos neonatos que apresentaram manifestações clínicas, as mais prevalentes foram icterícia (39,3%) e desconforto respiratório (23,1%). **Conclusão:** Devido ao considerável quantitativo de RN assintomáticos ou com sintomas inespecíficos, destaca-se cada vez mais a relevância da testagem materna ao longo do pré-natal, com correto registro na caderneta da gestante do manejo instituído, além do rastreio da criança no periparto para que esta seja tratada precocemente. É indispensável que nos serviços de atenção a gestante sejam reavaliadas as falhas existentes no processo de registro acerca do tratamento da genitora e de seus parceiros, informações indispensáveis no fluxo da abordagem destes indivíduos no momento do parto e que podem evitar a manutenção dos indicadores de SC.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Anomalias Congênitas; Recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: Congenital Syphilis (CS) is one of the main pathologies of vertical transmission observed in clinical practice. Although it has well-established management with specific clinical protocols, significant indicators of maternal-fetal involvement by this pathology are still observed, with the possibility of developing complications for the child from the gestational period until years after birth. **Objective:** To evaluate the prevalence of the main complications of Congenital Syphilis in children attended at a reference service in the state of Pará from January 2019 to December 2020. **Methods:** Study carried out through the analysis of medical records of newborns attended at the Units Intensive Care Unit (ICU) and Neonatal Intermediate Care Unit (ICU) of the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation. **Results:** 117 medical records were evaluated, of which 41% of newborns were asymptomatic. Of the neonates who presented clinical manifestations, the most prevalent were jaundice (39.3%) and respiratory distress (23.1%). **Conclusion:** Due to the considerable number of asymptomatic NBs or those with nonspecific symptoms, the importance of maternal testing throughout the prenatal period, with correct registration in the pregnant woman's booklet of the instituted management, in addition to the screening of the child in the peripartum so that it is treated early. It is indispensable that in the care services for pregnant women, existing flaws in the registration process regarding the treatment of the mother and her partners are reassessed, essential information in the flow of approaching these individuals at the time of delivery and that can prevent the maintenance of CS indicators.

Key words: Congenital syphilis; Congenital Anomalies; Newborn.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	19
Tabela 2 - Realização do pré-natal e testes de diagnóstico das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	20
Tabela 3 - Titulação do VDRL materno no Pré-Natal das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	21
Tabela 4 - Titulação do VDRL no Parto das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	22
Tabela 5 - Tratamento materno para Sífilis das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	23
Tabela 6 - Perfil dos neonatos diagnosticados com sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	24
Tabela 7 - Prevalência de manifestações clínicas e radiológicas nos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	24
Tabela 8 - Tempo transcorrido entre o nascimento, diagnóstico de sífilis congênita, início das manifestações clínicas e duração da internação dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	26
Tabela 9 - Associação entre o tempo de internação e a adequação do tratamento para sífilis dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	27
Tabela 10 - Associação entre o número de consultas e a adequação do tratamento para sífilis dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.	29
Tabela 11 - Correlação entre os títulos de VDRL maternos no parto e a gravidade dos sintomas do recém-nascido.	30

LISTA DE ABREVIATURAS

IST	Infecção Sexualmente Transmissível
SC	Sífilis Congênita
TR	Teste Rapido
UI	Unidade Internacional
RN	Recém-nascido
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
VDRL	Venereal Disease Research Laborator
SUS	Sistema Único de Saude
HIV	Human Immunodeficiency Virus
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal
FTA-abs	Fluorescent treponemal antibody absorption
UTI	Unidade de terapia intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
FSCMP	Fundação Santa Casa se Misericórdia do Pará
PB	Benzilpenicilina Benzatina
PC	Benzilpenicilina Cristalina
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de estudo.....	17
3.2 Local do estudo	17
3.3 AMOSTRA.....	17
3.4 Critérios de inclusão.....	17
3.5 Critérios de exclusão.....	17
3.6 Aspectos éticos	18
4 RESULTADOS.....	19
5 DISCUSSÃO.....	31
6 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	40

1 INTRODUÇÃO

Transmitida pelo agente *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta gram negativa¹, a sífilis é uma infecção sistêmica, prevenível e tratável, de grande relevância na composição dos indicadores relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A transmissão ocorre predominantemente pela via sexual, contexto no qual é denominada sífilis adquirida. No entanto, a via transplacentária, responsável pela designada sífilis congênita, destaca-se pelo potencial de acometimento do binômio materno-fetal, sendo responsável por complicações e variados desfechos desfavoráveis que podem ocorrer desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança².

A sífilis adquirida apresenta estágios clínicos variáveis, sendo eles:

- I. Sífilis recente:
 - a. Sífilis primária: cancro duro (úlceras genitais, em geral únicas e indolores, que desaparece espontaneamente) em associação a linfadenopatia regional.
 - b. Sífilis secundária: lesões cutâneas (condiloma plano, roséola; maculopápulas; placas mucosas) além de linfadenopatia generalizada, sintomas constitucionais e uveíte.
 - c. Latente recente (até um ano de evolução): assintomáticos
- II. Sífilis tardia:
 - a. Latente tardia (após um ano de evolução): assintomáticos.
 - b. Terciária: Lesões cutâneas de caráter destrutivo (gomas ou nódulos), alterações ósseas (periostite, sinovites, artrites); manifestações neurológicas como lesão de nervos cranianos, meningite, quadros demenciais; manifestações cardiovasculares (aneurisma de aorta, estenose de coronárias)³.

Em todos os estágios supracitados, a infecção se desenvolve principalmente através da penetração do *Treponema* diretamente em regiões de mucosa do indivíduo ou por soluções de continuidade⁴. Nesse contexto, a prevenção torna-se essencial, e desenvolve-se não somente através do estímulo ao uso de preservativos nas relações afim de evitar a transmissão pela via sexual ou partir da abordagem de indivíduos com

possíveis comportamentos sexuais de risco, mas também através do rastreio de IST, ainda que em indivíduos assintomáticos⁵.

Os testes sorológicos, que são a base para o rastreio dessa patologia no período gestacional, têm indicação para serem feitos no 1º e 3º trimestre, e desde 2016, com a Portaria Nº 2.012 de 19 de outubro que aprovou o “Manual Técnico Para Diagnóstico da Sífilis”, há também a indicação de realizar no momento da admissão para os procedimentos relacionados ao parto uma nova testagem na parturiente, além das duas testagens preconizadas ao longo do pré-natal⁶.

A detecção do *Treponema* pode ser feita através de exames diretos, em que se busca pela presença da espiroqueta diretamente em amostras das lesões ativas, ou através de testes imunológicos. Estes são mais utilizados na prática clínica, e podem ser subdivididos em não treponêmicos e treponêmicos, cuja diferença se dá pela capacidade de detecção de anticorpos não específicos e específicos contra o *Treponema pallidum*, respectivamente^{7,8}.

O teste rápido (TR) para sífilis, exemplo de teste treponêmico, foi instituído a partir da portaria nº 77 de 12/01/2012 na rede de atenção básica à saúde, especificamente no contexto do pré-natal⁹, a fim de possibilitar o rastreio nas gestantes e também em seus respectivos parceiros. Atualmente, o TR é designado como preferencial para início da investigação da gestante, uma vez que apresenta significativa sensibilidade, encontra-se disponível no Sistema Único de Saúde e oferece o resultado em um curto período (em média 30 minutos)¹⁰. Estes aspectos positivos favorecem também a testagem no momento imediatamente anterior o parto, auxiliando assim no manejo do RN¹¹.

Sendo assim, o diagnóstico é confirmado mediante a positividade de um teste não treponêmico concomitantemente a um treponêmico, e deve-se destacar que, caso a paciente seja gestante, apenas um teste reagente, independentemente de sua classe, já autoriza o início do tratamento³. No entanto, o Brasil apresenta discrepâncias regionais no que concerne a realização de sorologias voltadas para o diagnóstico de sífilis ao longo do pré-natal, sendo a Região Norte a com os menores índices¹², fator que prejudica o diagnóstico em estágios iniciais da doença e pode expor o nascituro a futuras complicações.

Na sífilis congênita, a transmissão vertical ocorre a partir de uma gestante não tratada ou inadequadamente tratada². No Brasil, é considerado como “adequadamente tratada” quando houver administração de Benzilpenicilina Benzatina com o esquema terapêutico realizado de acordo com o estágio clínico respeitando o intervalo entre as doses, tendo sido iniciado em até 30 dias antes do parto, além da presença de documentação que comprove o tratamento e queda no título em teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em 3 meses ou de quatro diluições em 6 meses⁸.

A droga de escolha, Benzilpenicilina Benzatina, é administrada de acordo com estágio clínico em que a gestante se enquadra:

- Sífilis recente: É realizada a dose única de 2,4 milhões UI intramuscular (1,2 milhões UI em cada glúteo).
- Sífilis tardia ou de duração ignorada: É realizado o esquema de 3 doses de 2,4 milhões UI intramuscular (1,2 milhões UI em cada glúteo), uma vez por semana por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI.

A medicação apresenta abrangente potencial de cura, possibilitando a remissão da patologia não somente na gestante, mas também no feto uma vez que atravessa a barreira transplacentária¹³. Esse aspecto torna-se relevante visto que na modalidade de sífilis gestacional, a disseminação da espiroqueta ao concepto dá-se através da passagem pelo cordão umbilical, pelo qual ganha a corrente sanguínea, gerando relevante resposta inflamatória que é responsável pela sintomática apresentada pelo neonato¹⁴. O potencial de acometimento fetal varia também de acordo com o estágio da doença em que a gestante se encontra (primária, secundária ou terciária), sendo os índices de transmissão significativamente maiores mediante um quadro de sífilis primária ou secundária da portadora, bem como quanto maior o tempo de exposição do feto ao agente⁸.

Por outro lado, o tratamento do recém-nascido (RN) depende primariamente se o tratamento da mãe foi adequado ou não, além de considerar achados do exame físico e demais exames complementares. No contexto de uma genitora não tratada ou inadequadamente tratada, caso o RN apresente ao nascimento um teste não treponêmico não reagente, exame físico normal e resultado dos exames (análise do

LCR, hemograma, radiografia de ossos longos) sem alterações, cabe o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina em dose única. Todavia, se o neonato neste mesmo contexto materno apresentar qualquer alteração no exame clínico ou laboratorial ou um teste não treponêmico reagente, há duas possibilidades: instituir o tratamento durante 10 dias com Benzilpenicilina Cristalina ou Benzilpenicilina Procaína na ausência de neurosífilis, ou tratá-lo obrigatoriamente com Benzilpenicilina Cristalina em regime de internação hospitalar mediante a vigência de neurosífilis, também durante o mesmo período⁸.

Os possíveis desfechos da infecção são dependentes de fatores como o período gestacional ou faixa etária do neonato, variando desde complicações como prematuridade, aborto, natimortalidade ou morte neonatal, sendo estes eventos mais comuns em gestações cuja gestante é diagnosticada com sífilis¹⁵. É possível também classificar as manifestações clínicas em precoces (do nascimento aos dois anos de vida) ou tardias (crianças acima de dois anos). Compreendem entre as manifestações precoces: hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, rinite serossanguinolenta, palidez, sofrimento respiratório, pneumonia, febre, ascite, linfadenopatia, lesões dérmicas como petéquias ou exantemas, e pseudoparalisias. No que concerne às manifestações tardias, por serem decorrentes da vigência de um processo inflamatório contínuo, podem ser encontrados dentes de Hutchinson, molares em amora, ceratite intersticial, surdez neurológica, fronte olímpica e nariz em sela¹⁶.

A relevância da sífilis congênita no contexto de morbimortalidade materno e infantil não é algo recente. Primeiro indício disso, pode-se destacar a inserção da recomendação para realização de teste VDRL na primeira consulta e no 3º Trimestre da gestação, como um dos princípios gerais preconizados pela Portaria do Ministério da Saúde que versa sobre a instituição do Pré-natal adequado e humanizado¹⁷. Além disso, em 2003, outra iniciativa do Ministério da saúde intitulada “Projeto Nascer”, também visava instituir não somente a assistência à gestante, puérpera ou Recém-nascido com sífilis, mas também desenvolver ações de vigilância epidemiológica a esse grupo, em maternidades do SUS e conveniadas¹⁸.

Em 2007, o mesmo órgão adotou o Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis, destacando que a ação visa garantir o preconizado do Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida¹⁹. Além disso, o Brasil tentou

adequar-se ao Plano para Eliminação da Sífilis Congênita nas Américas, instituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cuja meta era de até o ano de 2015, alcançar 0,5 casos/1000 nascidos vivos²⁰.

Cabe ressaltar que as ações de assistência prestadas no decorrer da gestação são uma ferramenta oportuna ao enfrentamento da sífilis. O Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) instituído no ano 2000 pelo Ministério da Saúde, versa a respeito da relevância da adoção de ações básicas para um acompanhamento de qualidade da gestante, como a instituição de um número mínimo de 6 consultas até o parto, além de medidas para rastreamento de doenças crônicas e infecciosas maternas¹⁷. Este seguimento torna-se primordial para o diagnóstico precoce e possibilidade de tratamento das gestantes, sendo também uma ferramenta relevante para prevenção da sífilis congênita, uma vez que o pré-natal de baixo risco desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde preconiza a testagem sistemática das pacientes com gestação em curso²¹.

No entanto, apesar das medidas tomadas ao longo dos anos, a taxa de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos no Brasil, nos anos de 2019 e 2020 foi de 8,2 e 7,7 respectivamente, estando, portanto, acima da média estipulada anteriormente²². Além disso, o estado do Pará consta como uma das 10 Unidades Federativas que, no ano de 2020, apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade por sífilis congênita em menores de 01 ano de idade, para cada 100.000 mil nascidos vivos, concomitantemente, apresentando também a maior redução dos índices de notificação de casos do país, no mesmo período analisado²³.

Há um custeio realizado pelo Ministério da Saúde aos exames de pré-natal, configurando como um investimento para controle da sífilis⁶, uma vez que se enquadram nesse contexto o direcionamento de verbas para aquisição de métodos laboratoriais como VDRL, FTA-abs, entre outros. Nos anos de 2020 e 2021 por exemplo, os valores investidos em testes rápidos de sífilis foram de 17,2 e 22,9 milhões de reais, respectivamente; no que concerne ao tratamento de sífilis congênita, no ano de 2020, o total de 1,02 milhões de reais foram destinados para este fim²⁴. Logo, as complicações relacionadas à doença demandam custeio adicional de

assistência hospitalar⁶, o que por sua vez apresenta potencial de aumento da necessidade de verbas provenientes da União.

Dessa forma, pode-se concluir que apesar da sífilis congênita ser uma patologia cujo diagnóstico, aspectos clínicos e manejo são bem estabelecidos, as taxas de incidência ainda são significativas, bem como seu impacto na saúde pública ²⁵, suscitando, assim, a necessidade de abordar a temática e buscar meios para amenizar os possíveis prejuízos advindos pelo seu desenvolvimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a prevalência das principais complicações de sífilis congênita em crianças atendidas em um serviço de referência do estado do Pará no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020.

2.2 Específicos

- Descrever perfil epidemiológico e sorológico das genitoras de crianças diagnosticadas com sífilis congênita.
- Analisar o tempo entre nascimento e o diagnóstico.
- Determinar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento específico da sífilis congênita.
- Identificar a prevalência dos desfechos de alta e mortalidade neonatal.
- Avaliar a adequação do tratamento de neonatos nos casos de sífilis congênita.
- Relacionar os títulos de VDRL materno no momento do parto com a gravidade das complicações de sífilis congênita.
- Relacionar adequação do tratamento materno para sífilis com o número de consultas realizadas do pré-natal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo. O levantamento de dados foi realizado a partir da análise de prontuários dos recém-nascidos atendidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários neonatal (UCI), da maternidade Santa Casa de misericórdia do Pará. O instrumento utilizado consistiu em um formulário criado pelos autores (APÊNDICE A) e que constava informações referentes à mãe, ao parceiro e ao neonato, sendo preenchido a partir do auxílio da plataforma Google Forms. Realizou-se análise estatística descritiva do banco de dados no Microsoft Excel a partir do programa BioStat versão 5.3, sendo considerado significativo estatisticamente p -valor $<0,05$.

3.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no hospital de referência da Região Norte em atendimento materno infantil. Os prontuários físicos e eletrônicos foram coletados na Gerência de Arquivo Médico (GAME) da instituição.

3.3 Amostra

A população alvo é composta por recém-nascidos atendidos na UTI/UCI neonatal do hospital, que apresentaram diagnóstico para sífilis congênita com CID-10 A50.0, durante a internação, entre os anos de 2019 e 2020.

3.4 Critérios de inclusão

Neonatos que apresentaram diagnóstico de sífilis congênita em algum momento durante sua internação na UTI/UCI neonatal da fundação, nos anos de 2019 a 2020. Neste trabalho o critério de diagnóstico utilizado refere-se ao preconizado pelo PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS – 2022.

3.5 Critérios de exclusão

- Pacientes cujos diagnósticos não incluíram sífilis congênita
- Pacientes que receberam diagnóstico de sífilis congênita, mas que foram tratados no Alojamento Conjunto (AlCon) da instituição.
- Neonatos cujo diagnóstico de sífilis congênita foi estabelecido fora do período designado na metodologia deste trabalho.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, localizado no Centro de Estudo Dr. Carivaldo Boulhosa, 1º andar do Prédio Centenário na Rua Bernal do Couto, nº 988, sendo a coleta de dados iniciada somente após a avaliação e aprovação do CEP.

Houve aplicação do Termo de utilização de Dados (TCUD) e Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o intuito de assegurar o sigilo quanto à identidade, bem como os direitos dos participantes cujos prontuários serão analisados.

Além disso, os alunos pesquisadores comprometeram-se quanto ao resguardo das informações coletadas, garantindo o cumprimento das determinações estabelecidas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados estão armazenados em acervo próprio dos autores por período estabelecido pelos orientadores do projeto de pesquisa. Sendo transcorrido o período em questão, serão descartados.

Houve elaboração de Carta de Aceite da instituição como documento de comprovação da ciência do estabelecimento de saúde quanto a pesquisa desenvolvida em suas dependências.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

No presente estudo, a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, foram incluídos 117 prontuários para análise. Em nenhum dos registros foi evidenciado o desfecho de óbito, havendo alta de todos recém-nascidos. Em relação a informações maternas presentes nestes documentos, 72 genitoras (61,5%) apresentavam como faixa etária no momento do parto entre 20 e 39 anos. As idades variaram de 15 a 41 anos, com média de 22,85 anos. Quanto ao grau de escolaridade das mesmas, 111 prontuários (94,9%) não apresentavam esta informação descrita. Além disso, 87 genitoras (74,4%) eram procedentes da Região Metropolitana de Belém (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara do Pará, Santa Izabel do Pará e Castanhal) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
Idade materna no Parto		
De 15 a 19 Anos	41	35,0
De 20 a 39 Anos	72	61,5
De 40 a 59 Anos	3	2,6
Não Informado	1	0,85
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	4	3,4
Ensino Médio Incompleto	2	1,7
Não Informado	111	94,9
Procedência		
Região Metropolitana de Belém	87	74,4
Fora da Região Metropolitana de Belém	30	25,6

Fonte: Autoria própria. As porcentagens são relativas ao total de pacientes (n=117).

No que concerne à realização do pré-natal, observou-se ainda que 86 registros (73,5%) pontuavam que as genitoras haviam frequentado consultas deste programa, sendo que deste total, 42 mães (48,8%) compareceram em menos de 6 consultas, ao passo que somente 25 (29,1%) realizaram 6 consultas ou mais. Além disso, foram analisadas informações acerca da realização de sorologias específicas para sífilis, a partir de dois períodos estipulados para caracterizar a amostra: durante o pré-natal e no momento intraparto. Evidenciou-se que o VDRL foi o teste com maior percentual de registros em ambos os períodos, especialmente no período de internação que antecedeu imediatamente o nascimento das crianças, sendo 112 (95,7%) genitoras cujos prontuários de seus filhos apontavam terem sido submetidas a realização do VDRL no momento intraparto, e 24 (20,5%) ao longo da gestação. O TR por sua vez apresentou discretos indicadores, com 10 (8,5%) documentos com descrição de realização deste exame antes e apenas 2 (1,7%) no momento do parto.

Tabela 2 - Realização do pré-natal e testes de diagnóstico das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Continua		
Variável	Frequência	Porcentagem
Realizou Pré-Natal?		
Não	25	21,4
Sim	86	73,5
Não Informado	6	5,1
Realizou Teste Rápido para Sífilis no Pré-natal?		
Não	11	9,4
Sim	10	8,5
Não Informado	96	82,1
Realizou Teste Rápido para Sífilis no Parto?		
Não	13	11,1
Sim	2	1,7
Não Informado	102	87,2

Tabela 2 - Realização do pré-natal e testes de diagnóstico das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Conclusão
		Percentagem
Realizou VDRL para Sífilis no Pré-Natal?		
Não	11	9,4
Sim	24	20,5
Não Informado	82	70,1
Realizou VDRL para Sífilis no Parto?		
Não	1	0,9
Sim	112	95,7
Não Informado	4	3,4

Fonte: Autoria própria. As percentagens são relativas ao total de pacientes (n=117).

Considerando as titulações dos testes VDRL maternos descritos, no pré-natal (n=21) a maior titulação observada foi de 1:64, ao passo que no período intraparto (n=106) a maior titulação obtida foi 1:256. Quando analisada a prevalência destes indicadores, o resultado “Não Reagente” (7 ou 33,3%) predominou nos registros referentes aos testes realizados ao longo da gestação (Tabela 3), enquanto o valor de 1:32 (21 ou 19,8%) destacou-se no período da ocasião do nascimento do RN (Tabela 4).

Tabela 3 - Titulação do VDRL materno no Pré-Natal das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Continua
		Percentagem
Titulação do VDRL para Sífilis no Pré-Natal		
1:2	1	4,7
1:4	1	4,7
1:8	4	19

Tabela 3 - Titulação do VDRL materno no Pré-Natal das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Conclusão
		Percentagem
Titulação do VDRL para Sífilis no Pré-Natal		
1:16	2	9,5
1:32	2	9,5
1:64	3	14,2
Reagente	1	4,7
Não reagente	7	33,3

Fonte: Autoria própria. As percentagens são relativas aos casos que realizaram VDRL no Pré-Natal (n=21).

Tabela 4 - Titulação do VDRL no Parto das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Percentagem
Titulação do VDRL para Sífilis no Parto		
1:2	14	13,2
1:4	20	18,9
1:8	13	12,3
1:16	12	11,3
1:32	21	19,8
1:64	6	5,7
1:128	1	0,9
1:256	6	5,7
Reagente	4	3,8
Não reagente	9	8,5

Fonte: Autoria própria. As percentagens são relativas aos casos com realização de VDRL no parto (n=106).

A respeito da realização do tratamento materno específico para sífilis, nenhuma das genitoras cumpriu os critérios para adequação, enquanto 44,4% não o haviam realizado e 30,7% afirmaram terem feito o esquema de Benzilpenicilina Benzatina mas não apresentaram comprovação descrita no prontuário. Um total de 72,6% dos prontuários não continham registros acerca do tratamento dos parceiros destas gestantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Tratamento materno para Sífilis das parturientes com filhos portadores de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
Tratamento Materno para Sífilis		
Inadequado	22	19,7
Adequado	0	0,0
Ignorado	7	6,0
Não Realizado	52	44,4
Sem Comprovação	36	30,7
O Parceiro Realizou Tratamento Adequado?		
Não	25	21,4
Sim	7	6,0
Não Informado	85	72,6

Fonte: Autoria própria. As porcentagens são relativas ao total de pacientes (n=117).

Referente ao perfil dos recém-nascidos com sífilis congênita incluídos neste estudo, ao serem feitas as análises relacionadas as variáveis de Idade Gestacional, Peso ao nascer e Peso relacionado a idade gestacional, observou-se que a parcela mais significativa das crianças não apresentava indicadores fora dos padrões de normalidade, sendo 74,4% neonatos com Peso adequado; 66,7% com Peso Adequado para Idade Gestacional e 82,9% nascidos a termo. Completando a amostra, por outro lado, somente 20,5% das crianças apresentaram Baixo peso e 16,2% foram classificadas como prematuras. Por fim, 93,2% dos RN nasceram na própria Maternidade Santa Casa (Tabela 6).

Tabela 6 – Perfil dos neonatos diagnosticados com sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
Onde Nasceu		
Maternidade da Santa Casa	109	93,2
Domicílio	2	1,7
Outro Hospital fora da Região Metropolitana de Belém	6	5,1
Peso ao Nascer		
Muito Baixo Peso	2	1,7
Baixo Peso	24	20,5
Peso Adequado	87	74,4
Macrossomia	4	3,4
Idade Gestacional		
Prematuro Limítrofe	19	16,2
Termo	97	82,9
Pós-Termo	1	0,9
Tamanho		
PIG	35	29,9
AIG	78	66,7
GIG	4	3,4

Fonte: Autoria própria. As porcentagens são relativas ao total de pacientes (n=117).

Referente às complicações de sífilis congênita (Tabela 7), 41% dos RN eram assintomáticos. Dos neonatos que apresentaram manifestações clínicas, as mais prevalentes foram icterícia (39,3%) e desconforto respiratório (23,1%). Dentre as alterações em exames complementares, somente 2 recém-nascidos (1,7%) apresentaram alterações ósseas. Cabe ressaltar que o item “Não se aplica” engloba as porcentagens relativas aos RN sem alterações nos exames de radiografia óssea, mas que não foram avaliados quanto as demais possíveis alterações em exames laboratoriais, como o hemograma.

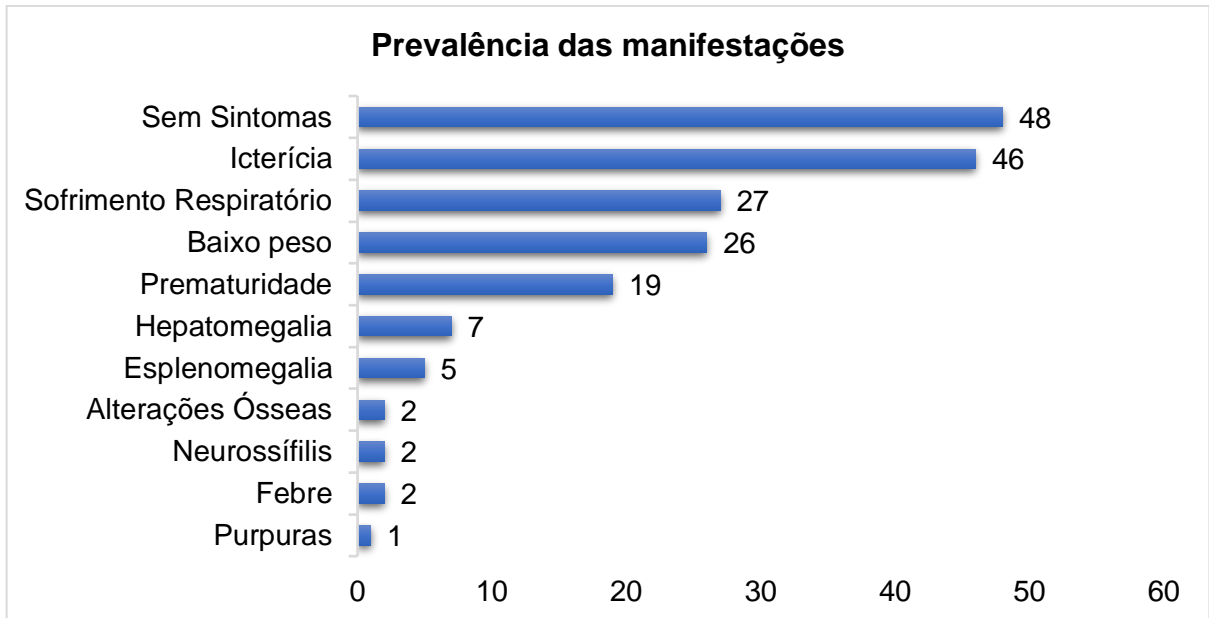
Tabela 7 - Prevalência de manifestações clínicas e radiológicas nos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
Manifestações clínicas		
Sem Sintomas	48	41,0
Prematuridade	19	16,2
Baixo peso	26	22,2
Icterícia	46	39,3
Sofrimento Respiratório	27	23,1
Hepatomegalia	7	6,0
Esplenomegalia	5	4,3
Febre	2	1,7
Neurosífilis	2	1,7
Purpuras	1	0,9
Alterações em exames complementares		
Alterações Ósseas	2	1,7
Não se aplica	113	96,5

Fonte: Autoria própria. As porcentagens são relativas ao total de pacientes (n=117).

A Figura 1 exibe graficamente estas informações.

Figura 1 - Prevalência manifestações clínicas e radiológicas nos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.



Fonte: Autoria própria

A partir da comparação do tempo transcorrido entre o nascimento e o início das manifestações clínicas, todos neonatos cujos prontuários apresentavam estas informações (n=72 ou 61,5%) enquadraram-se no período de 0 a 10 dias. Os demais, uma vez que eram assintomáticos, foram classificados como “Não se aplica”. Da mesma forma, este mesmo percentual de RN obtiveram um intervalo de 0 a 7 dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico de sífilis congênita. Adotando a perspectiva acerca do tempo entre o nascimento e o diagnóstico de SC, 97,4% (114) das crianças o obtiveram nos 7 primeiros dias após o nascimento. No que concerne a duração da internação destes bebês na UTI/UCI neonatal da Maternidade, a média total foi de 10 dias, sendo que 83,7% (98) obtiveram duração igual ou superior a 10 dias (Tabela 8).

Tabela 8 – Tempo transcorrido entre o nascimento, diagnóstico de sífilis congênita, início das manifestações clínicas e duração da internação dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	Frequência	Porcentagem
Tempo do Nascimento ao Início das Manifestações		
0 - 10 Dias	72	61,5
Não se aplica	45	38,4
Tempo do Início dos Sintomas ao Diagnóstico		
0 – 7 Dias	72	61,5
Não se aplica	45	38,4
Tempo do Nascimento ao Diagnóstico		
0 – 7 Dias	114	97,4
8 – 14 Dias	1	0,85
15 – 28 Dias	2	1,7
Tempo de Internação		
De 1 a 9 dias	19	16,2
≥ 10 Dias	98	83,7

Fonte: Autoria própria. As porcentagens são relativas ao total de pacientes (n=117).

4.2 Relações estatísticas

A Tabela 9 mostra a correlação entre o tempo de internação e a realização de tratamento adequado do RN. Houve associação significativa entre essas variáveis ($p < 0,001$): dos 98 bebês com tempo de internação maior ou igual a 10 dias, 96 (82%) haviam realizado tratamento específico adequado. Dos 19 neonatos com tempo de internação de 1 a 9 dias, 8 (42,1%) realizaram tratamento específico inadequado, sendo essa proporção maior que o esperado pelo teste estatístico (\dagger).

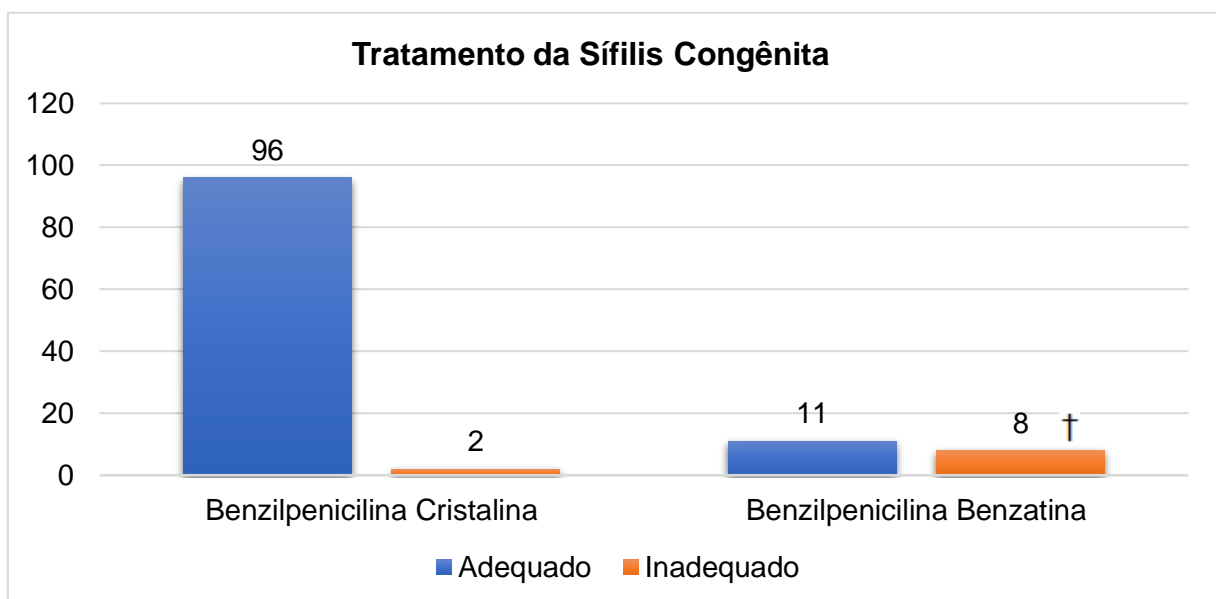
Tabela 9 - Associação entre o tempo de internação e a adequação do tratamento para sífilis dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará

Tratamento Específico do Recém-Nascido	Tempo de internação		P<0,05
	≤ 9 dias (Benzilpenicilina Benzatina)	≥ 10 dias (Benzilpenicilina Cristalina)	
Adequado	11 (57,9%)	96 (97,9%)	
Inadequado	8 (42,1%) †	2 (2,0%)	

Fonte: Autoria própria. As percentagens são relativas ao total de cada coluna. Em todos os casos foi utilizado o teste qui-quadrado. †: essa frequência foi superior ao esperado.

Considera-se que os neonatos com tempo de internação inferior a 10 dias foram tratados com Benzilpenicilina Benzatina, enquanto os internados por período igual ou superior a 10 dias com Benzilpenicilina Cristalina. A Figura 2 exibe graficamente os resultados relativos a esta análise.

Figura 2 - Associação entre o tipo de tratamento e a adequação tratamento para sífilis dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará



Fonte: Autoria própria. Foi utilizado teste qui-quadrado: $p < 0,05$. †: Essa frequência foi superior ao esperado ao acaso.

A Tabela 10 mostra a associação entre o número de consultas do pré-natal e a realização do tratamento materno adequado. Houve associação significativa entre estes indicadores ($p=0,019$): das genitoras cujo número de consultas foi inferior a 6, 45,2% não realizaram nenhum tratamento para Sífilis.

Tabela 10 - Associação entre o número de consultas e a adequação do tratamento para sífilis dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita atendidos na UTI/UCI neonatal do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2019 a 2020, Belém-Pará.

Variável	< 6 (n=42)	≥ 6 (n=25)	p<0,05
Tratamento materno			
Inadequado	9 (21,4)	5 (20,0)	
Adequado	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não Informado	2 (4,8)	2 (8,0)	
Não Realizado	19 (45,2)†	3 (12,0)*	
Sem Comprovação	12 (28,6)	15 (60,0)	

Fonte: Autoria própria. As variáveis categóricas são exibidas como n (%). As percentagens são relativas ao total de cada coluna. Foi utilizado teste qui-quadrado. *: esta frequência foi inferior ao que seria esperado ao acaso. †: essa frequência foi superior ao esperado.

Quando realizada análise comparativa entre as titulações de VDRL das genitoras no momento do parto e a gravidade dos sintomas do RN, não foi obtido associação estatística relevante uma vez que o p-valor resultante foi maior que 0,05. Vale ressaltar que, para este fim, as variáveis foram divididas de forma que valores de VDRL $\leq 1/8$ foram considerados como baixa titulação, e $> 1/8$ como altas titulações. No que concerne a gravidade dos sintomas, foram estabelecidos como critério de gravidade a presença de duas ou mais manifestações clínicas, radiológicas ou laboratoriais, conforme evidenciado pela Tabela 11.

Tabela 11 - Correlação entre os títulos de VDRL maternos no parto e a gravidade dos sintomas do recém-nascido.

VDRL no parto	Menos que duas manifestações	Duas ou mais manifestações	p>0,05
≤ 1/8	43	3	
>1/8	36	8	

Fonte: Autoria própria.

5 DISCUSSÃO

Uma vez que os indicadores acerca da sífilis congênita podem ser produtos de uma assistência pré-natal incipiente, é relevante definir o perfil materno com o intuito de aprimorar a assistência prestada. Neste trabalho, o retrato das genitoras apresenta predominantemente uma média de 22,8 anos, residentes da região metropolitana de Belém (74,4%). No entanto, informações sobre a escolaridade materna foram desprezadas quase que na totalidade dos prontuários, sendo obtidos apenas 6 descrições sobre esta variável (5,1%). Este fator contribui para que estudos acerca desta cobertura possam ser considerados incipientes, uma vez que a deficiência no registro de dados nos respectivos sistemas de informações é uma realidade²⁶.

No que concerne a realização de sorologias voltadas para o diagnóstico desta patologia ao longo do pré-natal, a Região Norte apresenta os menores índices¹². Na instituição alvo deste estudo, observou-se uma média de 83,2% de prontuários com ausência do registro sobre a realização ou não de VDRL, TR para sífilis ou outro teste treponêmico neste período, evidenciando que há também um negligenciamento no registro de informações indispensáveis para manejo da sífilis na gestante⁸.

Quando feita associação entre o número de consultas de pré-natal e a realização do tratamento materno, observou-se que dentre as gestantes que realizaram menos de 6 consultas, 45,2% não realizaram o tratamento para sífilis e 21,4% o realizaram de forma inadequada; estes dados sublinham o pressuposto pelo Ministério da Saúde de que o mínimo de 6 consultas faz-se necessário para um pré-natal adequado, evidenciando também uma associação direta entre a insuficiência quantitativa de consultas do pré-natal e a não realização ou inadequação do tratamento para sífilis durante a gestação²⁷. Sucedendo a esta análise, destaca-se também o fato de que mesmo em cenários cujo número de consultas foi igual ou superior ao preconizado, 20% destas gestantes ainda apresentaram tratamento inadequado, denotando que apesar do quantitativo mínimo estar adequado, é possível questionar a qualidade da assistência prestada²⁷.

Cabe destacar que tão importante quanto a realização do rastreamento e da efetivação do tratamento no período gestacional, o registro a respeito do tratamento prévio específico para sífilis é essencial, pois serve como documento comprobatório

do estado de saúde atual da mulher e do recém-nascido⁸. A partir dos registros acessados, observou-se que nenhuma gestante apresentou comprovação do tratamento para sífilis ou redução de títulos sorológicos, resultando assim na classificação destas genitoras como: Tratamento Adequado (0%), Tratamento Inadequado (18,8%), Tratamento Sem Comprovação (30,7%), Tratamento Não Realizado (44,4%) e Ignorado (5,9%). Este cenário evidencia uma falha no registro de comprovação escrita em prontuário médico ou caderneta da gestante, aspecto que é preconizado como um dos itens avaliados para definição do tratamento como adequado⁸.

Apesar do tratamento das parcerias sexuais não constituir como critério para a definição do tratamento na gestante, este faz-se necessário uma vez que há a possibilidade de reinfecção antes do parto. Nos prontuários avaliados, em relação ao status do tratamento dos parceiros das genitoras dos neonatos incluídos neste estudo, 72,6% não apresentavam informação quanto ao tratamento, 21,3% não o realizaram e somente 5,9% informaram terem sido tratados. Este indicador mostra-se inferior ao observado em um estudo realizado em seis unidades federativas do país, dentre as quais o estado do Amazonas configurou como o representante da Região Norte com o total de 19,1% de parceiros tratados²⁸ demonstrando um possível fator que auxilia na manutenção dos índices de sífilis congênita no cenário atual.

Referente ao perfil do recém-nascido, observou-se que apesar das altas taxas de não realização do pré-natal ou tratamento inadequado da gestante, os neonatos em sua maioria apresentaram peso adequado (74,4%), nascimento a termo (82,9%) e peso adequado para a idade gestacional (66,7%). Diferentemente ao evidenciado pelo estudo Nascer no Brasil, os indicadores de prematuridade e baixo peso ao nascer deste trabalho foram mais expressivos, sendo 20,5% de baixo peso e 16,2% prematuro limítrofe, comparados aos 9,5% e 11,8% respectivamente do estudo supracitado²⁹.

Acerca das complicações de sífilis congênita, o presente trabalho demonstrou que dos recém-nascidos assistidos pela FSCMP, 41% nasceram assintomáticos, dado que destoa ao relatado na literatura que indica uma variação de 50 a 90% de neonatos que não apresentarão sintomas ao nascer^{8,28,29}. Dentre as manifestações mais prevalentes encontradas, destacam-se a icterícia (39,3%) e o desconforto respiratório

(23,1%), achados comuns e inespecíficos nesta faixa etária quando analisados fora do contexto de uma patologia específica, evidenciando novamente a relevância da investigação adequada através do uso de sorologias, exames radiológicos e laboratoriais³⁰.

Os exames complementares auxiliam no diagnóstico de outras complicações como a neurosífilis, a partir da punção do líquido cefalorraquidiano (LCR), ou de alterações radiológicas como a periostite, através do raio-x de ossos longos. Estas medidas fazem parte do conjunto de exames priorizados pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais, especificamente a partir do contexto de uma genitora não tratada adequadamente⁸. Durante a coleta dos dados foi observado que 49,5% dos casos identificados não realizaram punção para coleta do LCR. Além disso, haviam prontuários sem o registro a respeito da coleta ou não do LCR, bem como com descrição sobre demora da chegada da equipe ou do material para realização da punção e a ocorrência de acidentes de coleta, configurando assim um cenário permissivo a não identificação de complicações. Não houve associação relevante entre maiores titulações do VDRL materno no momento do parto e a gravidade das manifestações da sífilis congênita no RN.

Dos recém-nascidos que apresentaram manifestações clínicas, todos (n=72) as iniciaram nos 10 primeiros dias de vida e obtiveram diagnóstico em até 7 dias do início sintomas. Da mesma forma 97,4% foram diagnosticados em até 7 dias do nascimento, dados que refletem a importância de uma avaliação inicial dos neonatos, uma vez que torna possível a realização do diagnóstico e tratamento precoces, reduzindo assim as chances de manifestações clínicas secundárias a sífilis, sejam elas imediatamente após o nascimento ou tardias².

O tempo de internação pode traduzir o esquema de tratamento utilizado uma vez que a Benzilpenicilina Benzatina (PB) é aplicada em dose única, enquanto a Benzilpenicilina Cristalina (PC) necessita de 10 dias de aplicação, de forma que quando o neonato recebe esta última, deve ficar pelo menos 10 dias internado⁸. Nesse sentido, foi observado uma média de 10 dias de internação nos prontuários, denotando a maior necessidade de utilização da PC no respectivo hospital alvo desse estudo. Evidenciou-se também uma relação com associação positiva entre o período

de internação inferior a 9 dias e escolha do tratamento inadequado para o neonato, sugerindo que os critérios de utilização da Benzilpenicilina Benzatina ainda não estão de fato consolidados na atuação dos prestadores de saúde.

6 CONCLUSÃO

O perfil das gestantes portadoras de sífilis no período gestacional assistidas pela Santa Casa de Misericórdia do Pará no período de 2019 a 2020 é predominantemente constituído por mulheres procedentes da Região Metropolitana de Belém, com média de 22,8 anos. Em relação a efetividade da cobertura do pré-natal, nota-se também uma parcela significativa de genitoras que o realizaram de forma inadequada ou não o realizaram.

Dado o número de recém-nascidos assintomáticos ou com sinais clínicos de baixa gravidade, a melhor forma de abordagem dos possíveis casos de sífilis congênita permanece sendo a testagem materna e do recém-nascido, seja através dos testes treponêmicos ou não treponêmicos, para a identificação em tempo oportuno da necessidade de instituição do início do tratamento, e assim, evitar desfechos tardios e graves nos filhos de mães portadoras de sífilis. Cabe também ratificar a necessidade de orientar as gestantes especialmente sobre a importância de frequentar assiduamente a rotina de consultas de pré-natal disponibilizadas, bem como da gravidade da patologia em questão.

O grande número de prontuários sem registro acerca da execução ou não do tratamento da gestante ou dos seus parceiros, além da realização dos exames complementares nas crianças nascidas neste cenário, podem favorecer a manutenção do número de casos de sífilis congênita ou até mesmo contribuir para ascensão destes índices, e indicar o desconhecimento dos protocolos clínicos por parte dos profissionais que assistem estas mulheres.

Sendo assim, indicamos como necessário implementar as seguintes ações na tentativa de solucionar ou amenizar o impacto das problemáticas apontadas:

- I. Valorizar a capacitação dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos demais centros de assistência que realizam o pré-natal destas gestantes, uma vez que são agentes decisivos para a realização de um manejo adequado do binômio materno-fetal, tal como o registro na caderneta da gestante a respeito da efetivação do tratamento específico para sífilis além das titulações seguintes que auxiliam na comprovação da resposta à terapêutica instituída. Estas

ações apresentam também potencial de evitar futuras intervenções desnecessárias como o tratamento de gestantes previamente tratadas, mas que não apresentaram comprovação.

- II. Reforçar nos hospitais de referência que acolhem as genitoras no momento do parto a consolidação do conhecimento acerca dos protocolos clínicos vigentes, a fim de evitar condutas discrepantes do que de fato é preconizado.
- III. Ratificar nos centros de ensino médico, através da introdução da temática de sífilis congênita na grade curricular universitária, a responsabilidade destas instituições e dos futuros profissionais no cuidado global das gestantes, desde a realização do rastreio e do manejo até o seguimento da criança exposta ou portadora de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. Waugh M. O centenário do *Treponema pallidum*: sobre a descoberta de *Spirochaeta pallida*. *Int J DST AIDS*. 2005
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 2021;
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Ministério da Saúde. 2019. 248 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Secr Vigilância em Saúde, Dep Doenças Condições Crônicas e Infecções Sex Transm. 2020;(0014125063):1–248.
5. Freitas FLS, Benzaken AS, Passos MRL de, Coelho ICB, Miranda AE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2021;30(spe1):1–15.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.012, de 19 de outubro de 2016.
7. Silva RA, Estécio TCH, Binhardi MFB, Assis JC, Santos CCM. Breve histórico da sífilis e evolução do diagnóstico laboratorial no período de 2005 a 2016. *Rev Inst Adolfo Lutz*. São Paulo, 2020;79:e1793.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Ministério da Saúde. 2022. 248 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha. Nota Técnica Conjunta N°391/2012/SAS/SVS/MS. Brasília; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sífilis. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis: Ministério da Saúde, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/ist/sifilis>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica. Ministério da Saúde, 22 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/rede-cegonha/testes-rapidos-de-hiv-e-sifilis>.
12. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal M do C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014Oct;48(Rev. Saúde Pública, 2014 48(5)).

13. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2021. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500005&lng=pt. Epub 28-Fev-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100005.esp1>.
14. MacDonald MG, Seshia MMK. *Avery Neonatologia, Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 7a. Guanabara Koogan; 2018.
15. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91³:217–26.
16. Rocha AFB, Araujo MAL, Barros VL de, Americo CF, Junior GB da S. Complicações, manifestações clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção : revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2021;74⁴ :1–9.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 569, de 1o de junho de 2000.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Série F Comun e Saúde. 2003;80.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Plano Operacional. 2007;
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Ministério da Saúde. 2014;84.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Distrito Federal; 2020.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Distrito Federal; 2021.
24. BRITO, Fernando. Ministério da Saúde lança Campanha Nacional de Combate às Sífilis Adquirida e Congênita em 2021. [S. l.]: Ministério da Saúde, 14 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-combate-as-sifilis-adquirida-e-congenita-em-2021>. Acesso em: 20 dez. 2021.
25. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2016;34(3):251–3.
26. Gravena AAF, Paula MG de, Marcon SS, Carvalho MDB de, Pelloso SM. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. *Acta paul enferm* [Internet]. 2013;26(Acta paul. enferm., 2013 26(2)).

27. Aguiar ZG. Correlação entre prevalência de sífilis congênita com pré-natais quantitativamente inadequados. TCC (Graduação) – Curso de Medicina. Centro Universitário do Estado do Pará. Belém; 2020.
28. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44.
29. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(Cad. Saúde Pública, 2016 32(6)).
30. Motta, IA; et al; Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tao alta? *Rev Med Minas Gerais* 2018;28 (Supl.6): e-S280610.

APENDICE A – FORMULÁRIO DE DADOS

INFORMAÇÕES MATERNAS	
Idade no momento do parto	
Escolaridade	<p style="text-align: center;">Analfabeto ()</p> <p style="text-align: center;">Fundamental Incompleto ()</p> <p style="text-align: center;">Fundamental Completo ()</p> <p style="text-align: center;">Ensino médio Incompleto ()</p> <p style="text-align: center;">Ensino Médio Completo ()</p> <p style="text-align: center;">Ensino Superior Incompleto ()</p> <p style="text-align: center;">Ensino Superior Completo ()</p> <p style="text-align: center;">Ignorado ()</p>
Procedência	<p style="text-align: center;">Região metropolitana de Belém ()</p> <p style="text-align: center;">Fora da região metropolitana de Belém ()</p>
Realizou pré-natal?	<p style="text-align: center;">Sim () Não ()</p> <p style="text-align: center;">Ignorado ()</p>
Se sim, números de consultas do pré-natal	<p style="text-align: center;">≥ 6 ou < 6 consultas</p> <p style="text-align: center;">Ignorado ()</p>

Realizou teste rápido para sífilis no pré-natal?	Sim () Não () Ignorado ()
Se sim	Reagente () Não Reagente () Ignorado ()
Realizou teste rápido para sífilis no parto?	Sim () Não () Ignorado ()
Se sim	Reagente () Não Reagente () Ignorado ()
Realizou VDRL para sífilis no pré-natal?	Sim () Não () Ignorado ()
Se sim, qual titulação?	Ignorado ()
Realizou teste rápido para sífilis no parto?	Sim () Não () Ignorado ()
Se sim, qual resultado?	Ignorado ()
Realizou algum outro teste treponêmico no pré-natal?	Sim () Não () Ignorado ()
Se sim, qual?	
Tratamento materno para sífilis	Adequado () Inadequado () Não realizado () Sem comprovação () Ignorado ()

A parceria realizou tratamento adequado?	Sim () Não () Ignorado ()
INFORMAÇÕES DO NEONATO	
Onde nasceu?	<p>Maternidade da Santa Casa ()</p> <p>Em outro hospital na região metropolitana de Belém ()</p> <p>Em outro hospital fora da região metropolitana de Belém ()</p> <p>Domicílio ()</p>
Peso ao nascer	<p>Extremo baixo peso ()</p> <p>Muito baixo peso ()</p> <p>Baixo peso ()</p> <p>Adequado ()</p> <p>Macrossomia ()</p>
Idade gestacional	<p>Prematuro limítrofe ()</p> <p>Prematuro extremo ()</p> <p>Termo ()</p> <p>Pós-termo ()</p> <p>Ignorado ()</p>

<p>Qual o período entre o nascimento e o início dos sintomas?</p>	<p>0 – 10 dias () 11 – 20 dias () >20 dias () Ignorado ()</p>
<p>Qual o tempo entre o início dos sintomas e do diagnóstico de sífilis congênita?</p>	<p>0 – 7 dias () 8 – 14 dias () 15 – 28 dias ()</p>
<p>Qual o tempo entre o nascimento e o diagnóstico?</p>	<p>0 – 7 dias () 8 – 14 dias () 15 – 28 dias ()</p>
<p>Realizou exame LCR?</p>	<p>Reagente () Não reagente () Não realizou () Ignorado ()</p>
<p>Quais as complicações no momento do diagnóstico?</p>	<p>Febre () Hepatomegalia () Esplenomegalia () Edema () Rinite sífilica () Icterícia () Pênfigo palmo plantar ()</p>

	<p>Púrpuras ()</p> <p>Pseudoparalisia de Parrot ()</p> <p>Ascite ()</p> <p>Neurosífilis ()</p> <p>Sofrimento respiratório ()</p> <p>Linfadenopatia ()</p> <p>Sepse ()</p>
Quais os achados laboratoriais e radiológicos no momento do diagnóstico?	<p>Alterações do LCR ()</p> <p>Osteocondrite ()</p> <p>Não se aplica ()</p>
Quanto tempo o neonato ficou internado?	
Foi realizado o tratamento específico adequado no neonato?	<p>Sim () Não ()</p> <p>Ignorado ()</p>
Qual o desfecho?	<p>Óbito () Alta ()</p> <p>Ignorado ()</p>