



**Faculdade
Pernambucana
de Saúde**

**RECÉM NASCIDOS DE MÃES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NO MOMENTO
DO PARTO ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE EGRESSO DO
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA:
UMA SÉRIE DE CASOS.**

Área Temática: Saúde da Criança

Nathalia Martins da Costa e Silva

Orientadora: Taciana Duque de Almeida Braga

Recife

2016

Pesquisadores:

Nathalia Martins da Costa e Silva

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (0xx81) 99804-4347

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, 4261. Apto.: 1002. Derby – Recife – PE.

E-mail: nathaliamartins15@hotmail.com

Fonte de auxílio: bolsa de pesquisa da CNPq

Aline de Andrade Gouveia

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (0xx81) 99988-2838

Endereço: Rua Faustino Porto, 295, apto 202, Boa Viagem, Recife – PE.

E-mail: aline-nine@hotmail.com

Danilo de Lima Meneses

Estudante de medicina da 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (0xx71) 8813-0952.

Endereço: Rua José Moreira Leal, 34, apto 902, Boa Viagem, recife – PE.

E-mail: med.dan.nilo@gmail.com

Taciana Duque de Almeida Braga

Coordenadora do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.

Tel: (0xx81) 30357777

Endereço: Av. Jean Emile Favre, nº 422. Imbiribeira – Recife - PE.

E-mail: tacianaduque@fps.edu.br

RESUMO:

OBJETIVO: Descrever uma série de casos de recém-nascido de mães que apresentaram diagnóstico de Sífilis no momento de admissão visando identificar as características maternas, os aspectos relacionados à investigação da gestante durante pré-natal, e as características e investigação laboratorial do recém-nascido. **MÉTODO:** Realizado estudo de série de casos na unidade neonatal interna do IMIP, localizado na cidade do Recife – PE, durante o período de Julho de 2015 à Setembro de 2016. A população do estudo foi composta por recém-nascidos de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis à admissão na maternidade e que estavam matriculados no ambulatório dos egressos da unidade neonatal interna do IMIP e nascidos no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015. A coleta de dados foi realizada através de formulário estrutura do com base nas fichas de seguimento do ambulatório e complementadas com os prontuários de internação. **RESULTADOS:** A maioria dessas gestantes era procedente do Recife e região metropolitana e encontravam-se na faixa etária entre 21 e 35 anos. Em relação ao grau de instrução, apenas 2,4% não possuíam nenhuma escolaridade e 44,2%, referiram possuir de 4 a 7 anos de estudos concluídos. A assistência pré-natal foi identificada em 86,9% gestantes e destas, 11,7% realizaram ao menos 3 consultas e a maior parte dessas gestantes realizaram mais de 6 consultas. Das gestantes 6,3% tiveram positividade para HIV/AIDS, 21,1% tinham história de abortamento e 68,9% eram primíparas. Foi observado que 65% gestantes realizaram VDRL durante o pré-natal sendo negativo em apenas uma delas. O tratamento do parceiro foi observado em 20,3% gestantes e em 21,8% não foi realizado. Parto normal foi observado em 61%; 55,4% eram de termo e 31,1% apresentavam baixo peso ao nascer. Foi observado que 51,1% dos recém-nascidos apresentaram VDRL reagente, e 7 demonstraram VDRL reagente no líquido. A radiologia dos ossos longos mostrou alteração em apenas 1% recém-nascidos. O tempo médio de internação hospitalar foi de, aproximadamente, 11,7 dias. **CONCLUSÃO:** Pela importância

epidemiológica, uma série de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação e seus recém-nascidos, pode contribuir para avaliar a assistência prestada a esses pacientes, e o grau de cumprimento das rotinas estabelecidas para esse acompanhamento. A observação de lacunas no acompanhamento pré-natal em relação ao rastreio e acompanhamento dessa infecção corroboram achados anteriores.

Palavras-chave: sífilis congênita; doença sexualmente transmissível, transmissão vertical.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: To describe a series of cases of newborns of mothers who had Sífilis diagnosis on admission date to identify the maternal characteristics, aspects related to the investigation of pregnant women during prenatal care, and the characteristics and laboratory investigation of the newborn. **METHOD:** Conducted study of case series in the internal neonatal unit of IMIP, located in the city of Recife - PE during the period July 2015 to September 2016. The study population consisted of infants born to mothers who had diagnosis of syphilis on admission to the maternity and who were enrolled in the clinic of the graduates of internal neonatal unit of IMIP and born between January 2010 to December 2015. data collection was performed using form structure based nasdas chips following the clinic and complemented with hospital records. **RESULTS:** Most of these women was coming from Recife and metropolitan region and were nafaixa-age between 21 and 35 years. Regarding the level of education, only 2.4% did not have any schooling and 44.2% reported having 4 to 7 years of completed studies. Prenatal care was identified in 86.9% of pregnant women and of these, 11.7% had at least 3 visits and most of these women held more than 6 queries. Of pregnant women 6.3% were positive for HIV / AIDS, 21.1% had abortion history and 68.9% were primiparous. It was observed that 65% of pregnant patients VDRL during prenatal being negative only one. The partner of treatment was observed in 20.3% pregnant women and 21.8% was not performed. Normal delivery was observed in 61%; 55.4% were term and 31.1% had low birth weight. It was observed that 51.1% of newborns had positive VDRL, and 7 demonstrated positive VDRL in cerebrospinal fluid. Radiology of long bones showed changes in only 1% of newborns. The average length of hospital stay was approximately 11.7 days. **CONCLUSION:** The epidemiological importance, a number of cases of pregnant women diagnosed with syphilis in pregnancy and their newborns may help to evaluate the care given to these patients, and the degree of compliance with established

routines for this accompaniment. A observation gaps in prenatal care in relation to screening and infection accompaniment this corroborate previous findings.

Keywords: congenital syphilis; sexually transmitted disease, vertical transmission.

INTRODUÇÃO:

A sífilis congênita é um importante problema de saúde pública no Brasil no mundo, principalmente em países em desenvolvimento. Das várias doenças, que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que tem a maior taxa de transmissão, podendo ser facilmente prevenida, com um adequado segmento da gravidez¹. De acordo com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) a sífilis congênita ultrapassou índice de 0,5 casos por cada 1000 nascidos vivos².

O Ministério da Saúde no Brasil (MS), em 1993, lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita juntamente com a proposta de controle dos agravos nas Américas, formulado pela OPAS e OMS. Foi definida como meta, a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos^{3,4}.

A sífilis congênita é considerada agravo de notificação compulsória desde 1986, entretanto a notificação de sífilis na gestação tornou-se obrigatória só a partir de 2005⁴⁻⁶. A notificação e vigilância da sífilis na gestante são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é objetivo do plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, lançado em 2007⁷.

Entre os anos de 1998 e 2005 foram notificados ao MS (Brasil) 29.396 casos de sífilis congênita. De 2005 a junho de 2014 foi notificado no Sistema de Informação de Agravos e notificações (SINAN) 100.790 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,1% foram notificados na região Sudeste, 23,5% no Nordeste, 12,4% no Norte, 11,6% no Sul e 10,3% no Centro-Oeste⁸.

A detecção precoce de sífilis durante a gestação e o emprego de medidas para evitar a transmissão vertical ao feto são um dos objetivos dos programas e da vigilância epidemiológica, evitando assim o surgimento de novos casos. Para alcançar esse objetivo

deve-se oferecer à mulher a oportunidade de ser aconselhada, acompanhada por uma equipe multidisciplinar e iniciar os protocolos de tratamento para prevenção da transmissão vertical⁹. Na assistência pré natal, além da sífilis, são consideradas eficazes as investigações para: rubéola, hepatite B, toxoplasmose, HIV/AIDS para que sejam adotadas as medidas de prevenção^{5,6,10}.

A investigação de sífilis na gestação é recomendada na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal¹⁰. Os testes sorológicos baseiam-se em métodos treponêmicos e não treponêmicos. Os testes não treponêmicos utilizam antígenos não derivados do agente casual, sendo o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) o mais utilizado possuindo alta sensibilidade e baixa especificidade. Os testes treponêmicos são, principalmente o *Fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-Abs) e o teste rápido *Determine TP*^{®4,11,12}. O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico, de uso único para detecção de anticorpos específicos para o *treponema pallidum*. Dentro da proposta de ampliação de acesso ao diagnóstico, o teste rápido para sífilis é utilizado em situações especiais e como triagem¹³. Para o diagnóstico de sífilis devem ser utilizados Teste treponêmico (teste rápido ou FTA-ABS) mais um teste não treponêmico, VDRL. A ordem da realização fica a critério do serviço de saúde. Se a investigação inicia com um teste rápido reagente, deve-se coletar sangue para a realização de teste não treponêmico, entretanto, em gestantes o tratamento deve ser iniciado diante do primeiro teste reagente, podendo ser o teste rápido, VDRL ou FTA-ABS^{14,15}.

Cerca de 50% das mulheres infectadas durante a gestação chegam à maternidade sem o resultado de exames importantes, como: sífilis, toxoplasmose e HIV, necessitando assim, de testes rápidos no momento do parto^{4,16}.

Estudo realizado no Brasil entre os anos de 2000 e 2006 com uma amostra de 16.168 parturientes evidenciou que 75,1% das gestantes apresentavam, pelo menos, um resultado do

teste para sífilis por ocasião da internação para o parto, 16,9% apresentavam resultado dos dois testes e 11,8% possuíam cartão de pré-natal sem registro de resultados de sífilis. De acordo com esse estudo, entre as mulheres que fizeram 6 ou mais consultas de pré-natal, a cobertura de dois testes, como preconiza o ministério da saúde, foi de apenas 26,2%, cobertura considerada baixa. Além disso, foi identificado que 2,6% das parturientes não realizavam testes sorológicos para sífilis no pré-natal e nem no parto, somente 10,5% o realizaram no momento do parto, e apenas 14,1% seguiram todas as recomendações do ministério da saúde^{4,17}.

Em Pernambuco, estudo realizado em duas maternidades de referência para gestante de alto risco na cidade do Recife, no ano de 2007, demonstrou que 94,4% das parturientes realizaram o acompanhamento pré-natal e que apenas 68,6% dessas haviam realizado pelo menos um teste sorológico para Sífilis¹⁸.

Alguns fatores estão associados à soroprevalência de sífilis na gestação, como: baixa escolaridade, ser solteira e ter renda familiar menor que um salário mínimo, idade da primeira relação sexual menor que 17 anos, gravidez anterior, presença de outras doenças sexualmente transmissíveis anteriores à gravidez na puérpera e parceiro, infecção pelo HIV, realização da última consulta de pré-natal anterior ao terceiro trimestre de gestação e ter tido parto pré-termo ou natimorto anterior^{4,19,20}.

A sífilis congênita ocorre devido à disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto. Trata-se de condição prevenível quando a gestante infectada e seus parceiros sexuais são identificados e tratados de forma adequada¹⁵.

Na criança, a apresentação congênita da sífilis é considerada precoce quando surge até o segundo ano de vida. O diagnóstico é complexo pois a maioria são assintomáticas ou com

sinais e sintomas discretos e pouco específicos, sendo necessária a associação de critérios clínico-epidemiológicos e laboratoriais¹⁵.

No recém-nascido, os testes laboratoriais devem ser feitos diante de mães com sífilis confirmada na gestação ou no parto mesmo que adequadamente tratadas, uma vez que em 14% dos casos existe a possibilidade de falha terapêutica durante a gestação^{12,15}. O FTA-Abs pode ser reagente até o 18º mês de vida, em razão da transferência passiva de anticorpos maternos e raramente são utilizados para definição diagnóstica em crianças até essa idade. Assim, não é recomendável a realização de exames treponêmicos para a confirmação de sífilis congênita em recém-nascidos^{7,12}. Os testes não treponêmicos, como o VDRL são indicados para diagnóstico e seguimento terapêutico, devido ao fato de serem testes qualitativos e quantitativos. Entretanto, em crianças com menos de 18 meses de idade é necessário que o título encontrado em um VDRL reagente seja duas vezes maior que aquele da amostra materna, devendo ser confirmado em uma segunda coleta¹⁵. Recomenda-se ainda exames complementares como hemograma, exame do líquor, radiografia de ossos longos, exame oftalmológico e audiológico na investigação da sífilis congênita²¹.

Devido às altas taxas de sífilis na gestação, o MS incluiu a sífilis congênita como um indicador de avaliação da atenção básica, uma vez que reflete diretamente a qualidade de assistência perinatal, e em particular a atenção pré-natal, sendo um importante marcador da qualidade dessa assistência. A ocorrência de sífilis congênita é, portanto, considerada um “evento sentinela”, pois trata-se de uma doença totalmente evitável, se a assistência pré-natal for bem realizada^{9,22}.

O IMIP é hospital de referência no estado de Pernambuco, nordeste do Brasil, na assistência materno infantil e no período de 2010 a 2015, foram notificados no serviço 466 nascidos vivos com o diagnóstico de sífilis congênita, incluindo os nascidos na própria instituição e os encaminhados de outro serviço²³.

Esse estudo trata da uma série de casos de recém-nascido de mães que apresentaram teste sorológico para Sífilis positivo na admissão da maternidade do IMIP visando identificar as características maternas, os aspectos relacionados à investigação da gestante durante pré-natal, e as características e investigação laboratorial do recém-nascido.

MÉTODOS:

Realizado estudo de série de casos na unidade neonatal interna do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, localizado na cidade do Recife, Pernambuco, durante o período de Julho de 2015 à Setembro de 2016.

A população do estudo foi composta por recém-nascidos de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis à admissão na maternidade e que estavam matriculados no ambulatório dos egressos da unidade neonatal interna do IMIP e nascidos no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015.

Foram coletados dados referentes a aspectos sociodemográficos maternos como: idade, procedência, escolaridade, moradia, estado civil e dados referentes a assistência pré-natal, teste sorológico para Sífilis e HIV e antecedentes obstétricos .Sobre o RN, foram coletadas informações sobre peso, sexo, idade gestacional e o tipo de nascimento e o a presença de positividade do teste sorológico para Sífilis no soro e LCR assim como alterações referentes ao exame radiológico de ossos longos.A coleta de dados foi realizada através de formulário estrutura do com base nas informações dos prontuários de internação e das fichas de seguimento do ambulatório no qual é feito o acompanhamento das crianças com diagnóstico de Sífilis congênita.

O processamento e análise dos dados foram realizados através dos Softwares EPI info 3.5e o Excel 2010. Para análise das variáveis numéricas foram calculadas medidas de tendência central. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP sob registro nº 3625-13.

RESULTADOS:

Foram identificados 206 recém-nascidos de mães que apresentaram VDRL positivo no momento da admissão na maternidade. A maioria dessas gestantes era procedente do Recife e região metropolitana e encontravam-se na faixa etária entre 21 e 35 anos. Em relação ao grau de instrução, apenas 2,4% não possuíam nenhuma escolaridade e 44,2%, referiram possuir de 4 a 7 anos de estudos concluídos. (Tabela 1)

A assistência pré-natal foi identificada em 179 gestantes (86,9%) e destas, 21 (11,7%) realizaram ao menos 3 consultas e a maior parte dessas gestantes realizaram mais de 6 consultas. Das gestantes analisadas 13 (6,3%) tiveram positividade para HIV/AIDS, 43 (21,1%) tinham história de abortamento anterior e 142 (68,9%) eram primíparas. Em relação aos testes sorológicos para Sífilis, foi observado que 134 (65%) gestantes realizaram VDRL durante o pré-natal sendo negativo em apenas uma delas. Importante destacar a falta de informação sobre a realização do VDRL no pré-natal em 52 das 106 gestantes. O tratamento do parceiro foi observado em 27 gestantes (20,3%), em 29 (21,8%) não foi realizado e em 77 (57,9%) não havia essa informação (Tabela 2).

Dos 206 recém-nascidos, 126 (61%) nasceram de parto normal, 114 (55,4%) eram de termo e 64 (31,1%) apresentavam baixo peso ao nascer (Tabela 3).

Na análise da investigação complementar do recém-nascido e tratamento instituído, foi observado que em 106 recém-nascidos (51,1%) o VDRL foi reagente, e 7 apresentaram VDRL reagente no Líquor. A radiologia dos ossos longos mostrou alteração em apenas 2 (1%) recém-nascidos. Realizaram tratamento com penicilina cristalina 34 recém-nascidos (16,5%) 88 (42,7%) com penicilina procaína, 46 (22,3%) com penicilina benzatina, 22 (10,7%). Fizeram uso de penicilina cristalina seguido da procaína, 3 (1,5%) penicilina cristalina seguido de procaína, 9 (4,4%) penicilina procaína seguido de benzatina e 4 (1,9%) sem

informação. O tempo médio de internação hospitalar (em dias) foi de, aproximadamente, 11,7 dias (Tabela 4).

DISCUSSÃO:

A sífilis congênita ainda é um importante problema de saúde pública em muitos países no início do século XXI. No Brasil, vem se mostrando como um evento de alta magnitude e ainda apresenta marcadores desfavoráveis no que diz respeito ao seu controle, gerando, além disso, a necessidade de prioridade política para sua abordagem^{5,6}. Esse estudo trás uma série de 206 casos de Sífilis diagnosticada na gestação, as lacunas do acompanhamento pré-natal e a repercussão desse diagnóstico no acompanhamento do recém-nascido.

A assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população. O pré-natal compreende o conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das gestantes e de recém nascido, além do estabelecimento de ações adequadas a prevenção ao diagnóstico e manuseio clínico, tendo o mínimo de seis consultas preconizadas pelo MS para atingir o acompanhamento adequado. A cobertura do pré-natal na série estudada foi inferior a 90 %, sendo ainda mais baixa a frequência de gestantes que realizaram seis ou mais consultas^{5,7}.

Outros estudos evidenciaram a existência de uma elevada taxa na cobertura pré-natal em parturientes atendidas em maternidades públicas no Brasil que variam entre 81 e 95% de acordo com a região, porém a sífilis congênita, que poderia ser evitada quando se compara com a alta taxa de realização do pré-natal, ocorre em cercaem 70% mostrando uma falha em relação à profilaxia da doença. Nos municípios pobres do Nordeste (NE) essa cobertura é cerca de 90%^{5,13}. No município do Recife, parturientes atendidas em maternidades de alto risco apresenta o percentual de realização de pré-natal de 96%, sendo o percentual esperado de mulheres testadas através do VDRL durante o pré-natal de 100%.

O presente estudo mostrou que o VDRL foi realizado em 65% das gestantes, sendo a maioria (99,3%) reagente. É importante destacar que apenas 39,8% das gestantes com VDRL reagente

no pré-natal, realizaram o tratamento com 3 doses da penicilina benzatina e com 21,8% dos seus parceiros não foram tratados.

Em um número expressivo de prontuários faltavam informações como, os exames de VDRL de repetição mensal para evolução sorológica dos pacientes tratados adequadamente e a falta de informação a respeito do tratamento do parceiro (57,9%); fato, que, caso confirmado, reforça o risco de transmissão vertical^{5,16}, demonstrando as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento adequado da sífilis durante a gestação^{9,18}.

Em termos epidemiológicos, alguns estudos mostram que a maioria das gestantes que realizam pré-natal e que possuem o diagnóstico de sífilis tem o quadro da sua doença na fase latente ou desconhecida e adota o tratamento com a penicilina G benzatina de 2,4 milhões UI em 3 doses (7,2 milhões UI), com intervalo de uma semana entre as doses, repetindo mensalmente o exame de VDRL com evolução sorológica esperada de titulação menor que 1:4 ou declinando. Algumas situações devem ser mencionadas e implicam em tratamento materno inadequado: uso de terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta (tempo e/ou dose); instituição do tratamento dentro dos trinta dias anteriores ao parto ou término da terapia preconizada menos de 30 dias antes do parto; manutenção do contato sexual com parceiro não tratado; ausência de confirmação de decréscimo dos títulos reagínicos; evidência de reinfeção (incremento dos títulos reagínicos em, pelo menos, quatro vezes)^{14,24}.

Entre as características sociodemográficas a idade materna menor que 20 anos e a escolaridade igual ou inferior a oito anos de estudo estão associadas à ocorrência de sífilis congênita. A baixa escolaridade foi observada na presente série de casos. Considera-se que este fator pode estar relacionado ao menor acesso à informação, a um entendimento limitado da importância nos cuidados com a saúde e, conseqüentemente, com as medidas de prevenção

A ocorrência de coinfeção com HIV observado nas gestantes, requer acompanhamento especial. Sabe-se que a história natural da sífilis pode ser profundamente alterada como resultado da coinfeção pelo HIV. As lesões de sífilis primária e secundária podem apresentar-se de maneira atípica, os títulos de VDRL podem sofrer retardo em sua queda ou negatificação e até resultados falso-negativos não são incomuns⁶. O risco de adquirir infecção pelo HIV é de até cinco vezes maior em pessoas com sífilis¹⁸. Devido à subnotificação da sífilis e a notificação adequada dos casos de HIV torna-se difícil manter a vigilância nos casos de coinfeção. Devemos salientar que pacientes que têm sífilis devem ser re-testados para o HIV após 3 meses, inclusive gestantes no período pré-natal, visando o tratamento adequado para evitar uma possível transmissão vertical²³. O Brasil é signatário junto à OPAS/OMS para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis nas Américas. Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, que no pré-natal destaca a prevenção e o tratamento das IST, HIV/AIDS e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de HIV e sífilis¹⁴.

Em relação ao recém-nascido, o parto prematuro é muito frequente nos conceitos portadores de sífilis congênita. Na presente série de casos cerca de 40% apresentavam idade gestacional abaixo de 37 semanas.

Observamos que 61,1% das gestantes tiveram parto normal. Apesar de a transmissão poder ocorrer no canal de parto, a maior parte se dá intraútero. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação¹⁵.

Aproximadamente a metade dos recém-nascidos apresentaram VDRL reagente. O teste VDRL negativo do RN não exclui a possibilidade de sífilis congênita. Foi observado que houve muitos casos de recém nascidos com VDRL negativo de mães com exame reagente na admissão no momento do parto. Recomenda-se nesses casos que persistindo a suspeita a

suspeita epidemiológica de ocorrência de sífilis, o teste deve ser repetido com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos, entretanto, caso haja dúvida ou impossibilidade de seguimento, o tratamento do RN deve ser instituído¹⁴.

A confirmação da sífilis congênita requer demais exames além dos testes sorológicos, como o exame do liquor e rx de ossos longos. Foi observado VDRL reagente no LCR em 3,4% dos RNs, porém a ausência de positividade no exame não exclui o diagnóstico de neurosífilis¹⁷. A importância da avaliação dos ossos longos deve-se ao fato de que são encontradas lesões em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita. Sinais radiológicos de periostite, osteíte ou osteocondrite podem ser facilmente identificados²⁴. Podem também representar a única alteração em RN sem outros sinais de infecção (em 4 a 20% dos casos)²⁴, fato não observado na presente série de casos.

Todo RN com sífilis congênita confirmada ou provável deve ser tratado e acompanhado até a confirmação da cura. O regime terapêutico preferencial em casos de infecção provável é o uso de penicilina cristalina, podendo-se utilizar a penicilina procaína, preferencialmente nos casos com exame de LCR normal. A penicilina G benzatina pode ser utilizada nos casos de infecção pouco provável^{6,15,24}. Evidenciamos neste trabalho que a maioria (42,7%) dos recém nascidos fizeram tratamento com penicilina procaína, o que é adequado para uma condição de baixo percentual de neurosífilis.

Uma limitação deste estudo foi à ausência de dados no prontuário ou registro de forma ilegível, além de muitas lacunas no preenchimento das fichas e organização das informações dos pacientes acompanhados no ambulatório dos egressos. Todos esses fatores contribuem para restringir um estudo retrospectivo. Observou-se também que, após a alta hospitalar existe uma grande ausência desses pacientes para o acompanhamento no ambulatório de egresso do IMIP, o que pode sugerir dificuldade de transporte e de compreensão por parte da família da

importância de um seguimento por tempo prolongado de crianças que estão na maioria das vezes, assintomáticas. Para esses casos, a referencia dessas crianças para o seguimento nas unidades básicas de saúde, uma vez que a maioria são procedentes da região metropolitana do Recife, pode constituir um modelo mais adequado.

CONCLUSÃO:

Pela importância epidemiológica, uma série de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação e seus recém-nascidos, pode contribuir para avaliar a assistência prestada a esses pacientes durante o pré-natal, e o grau de cumprimento das rotinas estabelecidas para esse acompanhamento. A observação de lacunas nesse acompanhamento pré-natal em relação ao rastreio e acompanhamentos dessa infecção nas Unidades Básicas de Saúde corroboram achados anteriores, evidenciando a necessidade de qualificar a assistência pré-natal além de garantir a sua cobertura.

AGRADECIMENTOS:

Gostaríamos de agradecer, em primeiro lugar à Deus, que tornou possível a realização desse projeto apesar de todas as dificuldades encontradas durante o processo de pesquisa. Em segundo lugar ao IMIP que permitiu a realização dessa pesquisa e a nossa orientadora Taciana Duque de Almeida Braga por seu apoio, dedicação, paciência e incentivo. Queríamos agradecer também a Geysi Maria de Souza Lima, coordenadora do Projeto Canguru do hospital por ter nos fornecido a lista dos pacientes matriculados no ambulatório de egressos da unidade neonatal interna do IMIP e os demais profissionais que trabalham no arquivo, por serem muito solícitos na questão de prontuário, em especial a Ane Isabela Martins que se mostrou altamente disponível. O apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) também foi essencial para realização deste trabalho. Em particular aos amigos e familiares que sempre estiveram presentes, nos apoiando e incentivando. Entretanto, todo agradecimento será pouco diante do aprendizado que adquirimos.

Referência:

1. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16(3):211-217. doi:10.1590/S1020-49892004000900012.
2. Galatoire PSA, Rosso JA, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *ACM arq catarin med*. 2012;41(2):26-32. <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>.
3. Paz LC. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil : definição de casos , 2004. 2004;(January):12-17.
4. Magalhães DMDS, Kawaguchi IAL, Dias A, Paranhos Calderon IDM. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun ciênc saúde*. 2011;22(1):43-54. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST. *Brasília - DF*. 2006:140.
6. Aids BMDSSDVESPNDSTE. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis: manual de bolso. *B Texto Básicos Saúde*. 2AD;80:177.
7. Tobergte DR, Curtis S. *HIV/aids, Hepatites E Outras DST*. Vol 53.; 2013. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
8. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Sífilis-2015*. ano IV, nº.; 2015. doi:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf.
9. Rangel S. Sífilis Congênita Em Uma Maternidade Pública De Recife – Pernambuco , Brasil. 2010.

10. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Brasília: nº 32; 2012.
11. Saúde. M da SS de V em, Saúde S de A à. Plano Operacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. 2007.
12. Tobergte DR, Curtis S. *Cadernos de Atenção Básica: HIV/aids, Hepatites E Outras DST*. Vol 18. Brasília - DF; 2006. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
13. DST no Brasil | Departamento de DST , Aids e Hepatites Virais. 2005:2011.
14. Df B, Izabel A, Menezes C De. Protocolo Clínico e Diretrizes da transmissão Vertical De HIV , Sífilis e Hepatites Virais. 2015.
15. Saúde. M da SS de V em S. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. 2015.
16. Romanelli RMDC, Kakehasi FM, Tavares MDCT, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(3):329-334. doi:10.1590/S1519-38292006000300009.
17. Szwarcwald CL, Junior AB, Miranda AE, Paz LC. Resultados do Estudo Sentinela-parturiente, 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. *Brazilian J STD*. 2007;19(3-4):128-133.
18. Carvalho VCP De, Araújo TVB De. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007;7(3):309-317. doi:10.1590/S1519-38292007000300010.

19. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):490-496. doi:10.1590/S0102-311X2012000300009.
20. Pires ON, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos W a. V Igilância E Pidemiológica Da S Ífilis Na G Ravidez No C Entro De S Aúde Do B Airro U Ruará -Á Rea V Erde E Pidemiological Surveillance on Syphilis in the Pregnancy At C Entro De S Aúde Do U Ruará -Á Rea V Erde D Istrict. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;(C):1-4.
21. Ministério da Saude do Brasil. *Atenção À Saúde Do Recém-Nascido: Guia Para Os Profissionais de Saude. Volume 2.*; 2011.
http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v2.pdf.
22. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2001;23(10):647-652. doi:10.1590/S0100-72032001001000006.
23. Núcleo Epidemiológico do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - Nepi.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção a saúde do recém nascido. 2014;2:102.
25. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG , 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-694. doi:10.5123/S1679-49742015000400010.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de gestantes que apresentaram VDRL reagente na admissão da maternidade entre os anos de 2010 a 2015- IMIP, 2016

Variáveis	N (206)	%
Idade		
14 - 20	61	29,6
21 - 35	128	62,1
> 35	17	8,3
Procedência		
Recife	86	41,7
Região Metropolitana do Recife	84	40,8
Interior Urbano	32	15,5
Interior Rural	4	1,9
Escolaridade		
<4 anos	22	10,7
4 - 7 anos	91	44,2
8 - 12 anos	64	31,1
Acima de 12 anos	20	9,7
Sem escolaridade	5	2,4
Sem Informação	4	1,9

Tabela 2 – Características da assistência obstétrica e do Pré-natal de gestantes que apresentaram VDRL reagente na admissão da maternidade entre os anos de 2010 a 2015- IMIP, 2016

Variáveis	N (206)	%
Realização do Pré Natal		
Sim	179	86,9
Não	25	12,1
Sem Informação	2	1,0
Número de consultas		
Menos que 3 consultas	21	11,7
3 - 5 consultas	57	31,8
6 ou mais consultas	101	56,5
Positividade para HIV/AIDS		
Sim	13	6,3
Não	182	88,4
Sem Informação	11	5,3
Abortamento anterior		
Nenhum	161	78,1
1 aborto	29	14,1
2 abortos	8	3,9
≥ 3 abortos	6	2,9
Sem Informação	2	1,0
Gestação anterior		
Sim	63	30,6
Não	142	68,9
Sem Informação	1	0,5
Realizou VDRL no pré-natal		
Sim	134	65,0
Não	20	9,7
Sem informação	52	25,2
VDRL Reagente na gestação		
Sim	133	99,3
Não	1	0,7%
Número de doses de Penicilina Benzatina no tratamento pré-natal		
Uma dose	13	9,8
Duas doses	12	9,0
Três doses	53	39,8
Quatro doses	5	3,8
Sem informações	50	
Realizado tratamento do parceiro		
Sim	27	20,3
Não	29	21,8
Sem informação	77	57,9

Tabela 3 – Características dos recém-nascidos de mães que apresentaram VDRL reagente na admissão da maternidade entre os anos de 2010 a 2015- IMIP, 2016

Variáveis	n	%
Idade Gestacional		
28 - 34	28	13,6
35 - 37	53	25,7
> 37	114	55,4
Sem Informação	11	5,3
Peso		
< 1500g	9	4,4
1500 - 2500 g	55	26,7
Acima de 2500 g	141	68,4
Sem Informação	1	0,5
Tipo de Parto		
Normal	126	61,1
Cesáreo	78	37,9
Sem Informação	2	1,0
Tipo de nascimento		
Único	188	91,2
Múltiplo	17	8,3
Sem Informação	1	0,5

Tabela 4 – Resultados da investigação complementar e uso de antibióticos para Sífilis congênita em Recém-nascidos de mães com VDRL positivo na admissão da maternidade no período de 2010 a 2015. IMIP, 2016.

Variáveis	n	%
VDRL do RN		
Reagente	106	51,5
Não reagente	94	45,6
Sem Informação	6	2,9
VDRL do LCR		
Reagente	7	3,4
Não reagente	169	82,0
Sem Informação	30	14,6
RX de Ossos Longos		
Sem alterações	127	61,7
Com alterações	2	1,0
Tratamento		
Penicilina Cristalina	34	16,5
Penicilina Procaína	88	42,7
Penicilina Benzatina	46	22,3
Penicilina Cristalina / Penicilina Procaína	22	10,7
Penicilina Cristalina / Penicilina Benzatina	3	1,5
Penicilina Procaína / Penicilina Benzatina	9	4,4
Sem informação	4	1,9