

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
UNB-HUB/EBSERH

LÉCIA BENAIA GONÇALVES ABREU URANI

PREVALÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E
NEONATAL NA MATERNIDADE DO HUB

BRASÍLIA
2025

LÉCIA BENAIA GONÇALVES ABREU URANI

PREVALÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E NEONATAL NA MATERNIDADE DO HUB

Trabalho de Conclusão da Residência Médica
em Pediatria apresentado à Universidade de
Brasília – Hospital Universitário de Brasília -
UnB- HUB/EBSERH, como requisito parcial
para obtenção do título de especialista em
Pediatria.

Orientadora: Dra. Karina Nascimento Costa

BRASÍLIA
2025

LÉCIA BENAIA GONÇALVES ABREU URANI

PREVALÊNCIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E
NEONATAL NA MATERNIDADE DO HUB

Brasília/DF, 27/01/2025

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof(a). Dra. Karina Nascimento Costa

Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília-UnB

Orientadora

Prof(a). Dra. Fernanda Carolina Moreira Rocha

Prof(a). Dra. Maria Eduarda Canellas de Castro

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão a minha orientadora, Prof. Dr. Karina Nascimento Costa, pela sua inestimável orientação, apoio e incentivo durante todo o processo de formação em Pediatria. Agradeço a paciência, as valiosas sugestões e a constante disponibilidade para me auxiliar na superação dos desafios encontrados. Sem a sua expertise e dedicação, este trabalho não seria possível.

Agradeço também aos meus preceptores pelas valiosas discussões e colaboração durante a residência médica em Pediatria. Agradeço especialmente aos meus Coordenadores Dra. Carmen Livia e Dr. Geraldo Magela pela paciência e incentivo constantes.

Sou grato à minha família e amigos pelo apoio incondicional durante toda a minha trajetória. Agradeço aos meus pais, Lourenço e Edinólia, por acreditarem em mim e me incentivarem a sempre buscar meus sonhos. Agradeço também aos meus irmãos Winícios e Lourenço Júnior por me apoiar, agradeço meu filho Lucas e meu esposo Rodrigo pelo companheirismo e por me proporcionarem momentos de descontração e alegria.

Finalmente, agradeço ao Hospital Universitário de Brasília por me proporcionar a oportunidade de realizar a minha tão sonhada especialização. Agradeço especialmente à pelo acesso aos recursos e infraestrutura necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

“O tempo muito me ensinou: ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer na derrota, renunciar às palavras e pensamentos negativos, acreditar nos valores humanos, e a ser otimista. Aprendi que mais vale tentar do que recuar... Antes acreditar do que duvidar, que o que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.”

(Cora Coralina)

RESUMO

A sífilis é uma Infecção Sexual Transmissível (IST) de alta prevalência no Brasil, cujo risco de transmissão vertical está associado a significativos danos fetais, além de terem manejo comprovadamente eficaz na prevenção da transmissão materno-fetal oferecido e protocolado pelo SUS. Nesse contexto, preconiza-se o rastreamento pré-natal dessa enfermidade por meio do oferecimento de testes rápidos às gestantes, visando diagnóstico precoce e prevenção da transmissão em caso de resultado positivo.

Objetivos: Tendo em vista que o atendimento de qualidade à mulher e o correto manejo clínico das IST's na gestação são essenciais para a erradicação dessa doença, o presente estudo tem como objetivo determinar a prevalência de sífilis em gestantes atendidas no Hospital Universitário de Brasília (HUB), de modo a avaliar aspectos relacionados ao rastreamento pré-natal, ao tratamento da gestante e ao reflexo dessas variáveis na evolução clínica dos neonatos. A evolução foi avaliada através da análise dos dados no período de internação na maternidade e no atendimento do ambulatório de puericultura.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e descritivo analítico, baseado na análise de dados colhidos de prontuários de puérperas e neonatos admitidos na maternidade do Hospital Universitário de Brasília no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2023. Foram incluídas díades puérperas/recém-nascidos, sendo mães que foram consideradas como portadoras de sífilis gestacional por apresentarem teste treponêmico positivo na ausência de histórico de sífilis em período não gestacional, teste treponêmico positivo confirmado com realização de teste não treponêmico, teste não treponêmico positivo confirmado com a realização de teste treponêmico e/ou teste rápido positivo durante a gestação, incluindo o momento do parto. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o número CAAE: 40814320.0.0000.0030. Os dados foram armazenados em planilha Excel e posteriormente analisados. Para descrever a distribuição de dados do total da amostra e analisá-los, foi utilizado o teste de Independência – Qui-quadrado. Foi considerado significativo um valor de $p < 0,05$.

Resultados: A amostra foi composta por informações coletadas de 92 prontuários de gestantes e recém-nascidos. Os RN foram divididos em dois grupos: RN que foram expostos a sífilis e os que tiveram sífilis congênita. No período do estudo de Janeiro de 2021 a Janeiro de 2023 nasceram 4195 RN, sendo que desses, 52 foram expostos a sífilis e 40 tiveram sífilis congênita, totalizando uma prevalência 1,23% de RN expostos a sífilis e uma prevalência de 0,95 % de sífilis congênita neste período. Observamos que não houve diferença quanto ao número de consultas no pré-natal entre o grupo de RN expostos e os com sífilis congênita, mas o grupo de RN com sífilis congênita teve mais mães que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre. Quanto ao tratamento da sífilis gestacional a maioria das mães recebeu tratamento sífilis latente tardia. Observamos que houve mais tratamento inadequado entre mães mais jovens (menores de 25 anos) $p=0,021$. Entre as gestantes do grupo de mães de RN com sífilis congênita a minoria finalizou o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto. Quanto aos neonatos, a maioria era a termo e adequados para a idade gestacional, mesmo entre aqueles incluídos no grupo de mães inadequadamente tratadas. Sobre o VDRL a maioria dos neonatos apresentou titulação abaixo de 1:4 e apenas um neonato teve neurosífilis. Um dado preocupante é que 53,8% entre o RN expostos a sífilis e 40% entre os neonatos com sífilis congênita não retornaram ao ambulatório do HUB para realizar o seguimento ambulatorial. Após a alta da Maternidade uma criança foi reinternada para retratamento por apresentar aumento na titulação do VDRL durante seguimento ambulatorial. De forma preocupante somente 23,1% dos neonatos expostos a sífilis

e 33,3% dos neonatos com sífilis congênita preencheram os critérios para receber alta da infectologia, pois a maioria das crianças abandonou o seguimento. Outro aspecto significativo é que a maioria das crianças em ambos o grupo não tem registro da realização de potencial auditivo e de fundoscopia. Observou-se que o local registrado de residência não se correlacionou com a manutenção do seguimento ambulatorial dos neonatos

Conclusão: Concluimos que mães com tratamento inadequado de sífilis gestacional iniciaram o pré-natal mais tardiamente e eram mais jovens. Apesar dos diagnósticos da sífilis de algumas gestantes não terem sido realizados em tempo oportuno e de não terem sido tratadas de maneira adequadas, seja pela falta da adesão ou falhas na aplicação de todas as doses de penicilina benzatina, o mesmo não aconteceu com as crianças que foram infectadas. O diagnóstico foi realizado logo após o nascimento e todos receberam tratamentos, conforme o esquema padronizado. Por outro lado, observamos um número significativo de não retorno e abandono do seguimento ambulatorial desses neonatos. A distância entre a residência e o serviço de saúde podem ter influenciado a continuidade do seguimento, embora não tenhamos observado correlação entre local de residência a abandono do seguimento.

Palavras-chave: sífilis, gravidez, pré-natal, sífilis neonatal.

ABSTRACT

Syphilis is a highly prevalent sexually transmitted infection (STI) in Brazil, with a risk of vertical transmission associated with significant fetal harm. In addition, the SUS has proven effective management in preventing mother-to-child transmission. In this context, prenatal screening for this disease is recommended by offering rapid tests to pregnant women, aiming at early diagnosis and prevention of transmission in the event of a positive result.

Objectives: Considering that quality care for women and correct clinical management of STIs during pregnancy are essential for the eradication of this disease, the present study aims to determine the prevalence of syphilis in pregnant women treated at the University Hospital of Brasília (HUB) at the time of delivery, in order to assess aspects related to prenatal screening, treatment of pregnant women and the impact of these variables on the clinical evolution of newborns. The evolution was assessed through the analysis of data during the period of hospitalization in the maternity ward and in the childcare outpatient clinic. **Methodology:** This is a retrospective, cross-sectional, descriptive, analytical study based on the analysis of data collected from medical records of postpartum women and newborns admitted to the maternity ward of the University Hospital of Brasília from January 2021 to January 2023. The study included postpartum/newborn dyads, mothers who were considered to have gestational syphilis because they had a positive treponemal test in the absence of a history of syphilis in the non-gestational period, a positive treponemal test confirmed with a non-treponemal test, a positive non-treponemal test confirmed with a treponemal test, and/or a positive rapid test during pregnancy, including the time of delivery. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences of the University of Brasília under number CAAE: 40814320.0.0000.0030. The data were stored in an Excel spreadsheet and later analyzed. The Chi-square test of independence was used to describe the data distribution of the total sample and analyze them. A p-value <0.05 was considered significant.

Results: The sample consisted of information collected from 92 medical records of pregnant women and newborns. The newborns were divided into two groups: newborns who were exposed to syphilis and those who had congenital syphilis. During the study period from January 2021 to January 2023, 4,195 newborns were born, of which 52 were exposed to syphilis and 40 had congenital syphilis, totaling a prevalence of 1.23% of newborns exposed to syphilis and a prevalence of 0.95% of congenital syphilis. We observed that there was no difference in the number of prenatal consultations between the group of exposed newborns and those with congenital syphilis, but the group of newborns with congenital syphilis had more mothers who started prenatal care in the 3rd trimester. Regarding the treatment of gestational syphilis, most mothers received treatment for late latent syphilis. We observed that there was more inadequate treatment among younger mothers (under 25 years old) $p=0.021$. Among the pregnant women in the group of mothers of newborns with congenital syphilis, the minority completed the treatment at least 30 days before delivery. As for the newborns, the majority were full-term and appropriate for gestational age, even among those included in the group of inadequately treated mothers. Regarding the VDRL, most newborns had a titer below 1:4 and only one newborn had neurosyphilis. A worrying fact is that 53.8% of the newborns exposed to syphilis and 40% of the newborns with congenital syphilis did not return to the HUB outpatient clinic for outpatient follow-up. After discharge from the Maternity Hospital, one child was readmitted for retreatment due to an increase in VDRL titer during outpatient follow-up. Worryingly, only 23.1% of the newborns exposed to syphilis and 33.3% of the newborns with congenital syphilis met the criteria for discharge from the infectious disease department, since most of the children abandoned follow-up. Another significant aspect is that most children in both groups did not have a record of having their hearing potential tested or fundoscopy performed. It was observed

that the registered place of residence did not correlate with the maintenance of outpatient follow-up of newborns

Conclusion: We concluded that mothers with inadequate treatment for gestational syphilis started prenatal care later and were younger. Although syphilis diagnoses were not performed in a timely manner in some pregnant women and they were not treated appropriately, either due to lack of adherence or failure to administer all doses of benzathine penicillin, the same did not happen with the children who were infected. The diagnosis was made soon after birth and all received treatment according to the standardized regimen. On the other hand, we observed a significant number of non-returns and abandonment of outpatient follow-up of these neonates. The distance between residence and the health service may have influenced the continuity of follow-up, although we did not observe a correlation between place of residence and abandonment of follow-up.

Keywords: syphilis, pregnancy, prenatal care, neonatal syphilis.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1. ANÁLISE DE VARIÁVEIS DA GESTAÇÃO.....	23
TABELA 2. ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA SÍFILIS GESTACIONAL.....	24
TABELA 3. ANÁLISE DA IDADE MATERNA E VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E À SÍFILIS GESTACIONAL.....	25
TABELA 4. VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRATAMENTO PARA SÍFILIS GESTACIONAL, AOS EXAMES LABORATORIAIS MATERNOS E AOS NEONATOS NOS GRUPOS ADEQUADA E INADEQUADAMENTE TRATADOS PARA SÍFILIS.....	26
TABELA 5. VARIÁVEIS LABORATORIAIS, DE TRATAMENTO E DE SEGMENTO DOS NEONATOS EXPOSTOS À SÍFILIS E DAQUELES COM SÍFILIS CONGÊNITA.....	27
TABELA 6. SEGMENTO AMBULATORIAL DE NEONATOS EXPOSTOS A SÍFILIS E COM SÍFILIS CONGÊNITA.....	28
TABELA 7. ANÁLISE DA FREQUÊNCIA AO AMBULATÓRIO DO HUB E LOCAL DE RESIDÊNCIA.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIG – Adequado para Idade Gestacional
ES – Exposição a Sífilis
GIG – Grande para Idade Gestacional
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HUB – Hospital Universitário de Brasília
LCR – Líquor cefalorraquidiano
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAC – Organização Pan-Americana da Saúde
PIG – Pequeno Para Idade Gestacional
RN – Recém-Nascido
SC – Sífilis Congênita
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS -Sistema Único de Saúde
TV – Transmissão Vertical
UBS – Unidade Básica de Saúde
VDRL – Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT	8
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
4. METODOLOGIA	20
5. RESULTADOS.....	23
6. DISCUSSÃO.....	30
7. CONCLUSÃO	36
8. REFERÊNCIAS	38
ANEXO 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS.....	43
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	51

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível de caráter sistêmico causada por uma bactéria Gram negativa e exclusiva do ser humano, o *Treponema pallidum*. Apesar de ter tratamento de baixo custo e eficaz, a doença se mantém como um problema de saúde pública. Sua história natural varia entre períodos de atividade (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (ausência de sinais e sintomas, porém, com reatividade nos testes sorológicos). Ela também se divide em recente, quando o diagnóstico é feito em até 2 anos de infecção, e tardia, quando o diagnóstico é realizado após 2 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Essa infecção pode ser transmitida por via sexual ou por transmissão vertical. A transmissão vertical pode acontecer em qualquer momento da gestação, porém, o risco de acometimento fetal pela sífilis é influenciado pelo estágio da doença materna e também pelo tempo de exposição fetal. A transmissão é maior quando a mãe se encontra nas fases primária e secundária e no avançar da gestação, mostrando a importância do acompanhamento pré-natal para diagnóstico e tratamento da doença (DOBSON, 2020).

Aproximadamente 60 a 90% dos recém-nascidos com sífilis congênita são assintomáticos ao nascimento. Nos sintomáticos, os primeiros sintomas geralmente aparecem nos primeiros três meses de vida. As manifestações mais frequentes da Sífilis congênita precoce (surge antes dos 2 anos de vida) são alterações ósseas, pneumonia, icterícia, hepatomegalia, secreção nasal sero sanguinolenta, anemia, linfadenopatia generalizada e manifestações cutâneas, como o pênfigo palmo-plantar. Já a Sífilis congênita tardia (que surge após os 2 anos de vida) pode apresentar manifestações como alterações dentárias, deformidades faciais, ceratite intersticial, surdez neuro sensorial, lesões periostais, nariz “em sela” e dificuldade no aprendizado (DOBSON, 2020).

No Brasil em 2021, entre os casos de sífilis congênita, 25.243 (93,4%) nasceram vivos e, desse total, 24.252 (96,1%) foram diagnosticados na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 93,3% foram classificados como sífilis congênita recente, 3,8% como aborto por sífilis, 2,8% como natimorto e 0,1% (27 casos) como sífilis congênita tardia. Em toda a série histórica, os desfechos desfavoráveis da sífilis congênita representaram 9,1% do total de casos (26.771 ocorrências). Comparando os anos de 2011 e 2021, observa-se elevação dos óbitos por sífilis congênita (39,9%), óbitos por outras causas

(98,9%) e natimortos (68,9%), além de aumento em 2,7 vezes de abortos por sífilis. Em 2021, os abortos e natimortos por sífilis apresentaram incremento de 12,9% em relação ao ano de 2020. Ressalta-se que, juntos, abortos e natimortos representaram 78,0% dos desfechos desfavoráveis e 6,6% do total de casos diagnosticados de sífilis congênita em 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Atualmente, no Brasil, existem programas que visam o cuidado e atendimento humanizado à mulher, gestante, feto e recém-nascido, como a Rede Cegonha, criada em 2011 pelo governo federal. O objetivo inicial era fornecer atendimento de qualidade à mulher, desde o planejamento familiar até o parto, bem como nos 2 primeiros anos de vida da criança, através do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017a). Além disso, o programa visa reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, e garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população. Em 2017, 6 anos após a implementação do programa, ele já abrangia 98,5% dos municípios brasileiros, com cobertura de aproximadamente 2,6 milhões de gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017 b).

O oferecimento de testes rápidos às gestantes para detecção da Sífilis, nas UBS, foi implementado pela Rede Cegonha a partir de 2012, com a justificativa da necessidade de redução da transmissão vertical dessas doenças. Junto a essa ação, veio a implementação de fluxogramas de rastreamento e manejo das ISTs na gestação, capacitação dos profissionais da Atenção básica para realização dos testes rápidos e a monitoração dos resultados por sistemas integrados, como o SINAN e o SISPRENATAL WEB. (BRASIL, 2017 c).

De acordo com o DATASUS, em 2019, no Distrito Federal, foram diagnosticados 256 casos de sífilis gestacional além de 188 casos de sífilis congênita. Em relação à sífilis, alguns números assustam, pois apenas 79,9% das gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional receberam tratamento com penicilina, 53,1% das gestantes tem fase da sífilis gestacional ignorada e, pelo menos, 77,7% das crianças com sífilis congênita tiveram mãe com tratamento inadequado ou não tratada (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019; BRASIL, 2019).

Além disso, com base nos dados obtidos na avaliação da sífilis congênita podemos perceber que existe ampla cobertura do pré-natal no DF, com 82,4% dos casos tendo gestantes com realização de pré-natal, mas pode-se inferir um pré-natal pouco resolutivo, já que em apenas 68,6% dos casos a sífilis gestacional foram diagnosticados durante esse período (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019; BRASIL, 2019).

2. OBJETIVOS

O presente estudo tem o objetivo geral de avaliar a prevalência de sífilis nas gestantes atendidas pelo serviço do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Brasília e relacionar esses dados com a qualidade de atendimento pré-natal dessas gestantes e como isso possivelmente pode refletir no desfecho clínico dos neonatos, dentro do cenário do sistema público de saúde do Distrito Federal.

Os objetivos específicos são avaliar:

- 1) a prevalência de sífilis gestacional na população de gestantes que tiveram parto no Hospital Universitário de Brasília;
- 2) a qualidade do rastreamento da gestante no sistema público de saúde do Distrito Federal e entorno;
- 3) a adequação do tratamento da gestante no sistema público de saúde do Distrito Federal e entorno;
- 4) se o tratamento e rastreamento da gestante influenciaram na prevalência da sífilis congênita e no tempo de internação do neonato;
- 5) as alterações laboratoriais específicas em neonatos com sífilis congênita;
- 6) o tratamento realizado nos neonatos com sífilis congênita;
- 7) a evolução dos neonatos com sífilis congênita e os neonatos expostos a sífilis.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A sífilis é uma infecção bacteriana curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, pode evoluir para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. É uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. A transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ocorrer transmissão vertical para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O controle da sífilis é possível pela interrupção da cadeia de transmissão e da prevenção de novos casos. A detecção e o tratamento precoces são imprescindíveis para evitar a transmissão da doença, assim como o tratamento adequado do parceiro sexual.

A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento. Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em parto pré-termo ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN que apresentarão sinais sugestivos de Sífilis congênita (WHO,2022).

A sífilis congênita continua sendo um grave problema de saúde pública mundial e as ações para a sua prevenção envolvem o controle da sífilis na comunidade e em gestantes, durante o pré-natal. O aumento no número de casos de sífilis congênita, associado ao incremento na detecção da sífilis em gestantes tem mostrado que as ações que vêm sendo realizadas no DF para a eliminação da sífilis congênita ainda não são suficientes para o controle e eliminação da doença. O manejo qualificado dessa infecção requer um olhar ampliado para a compreensão do contexto biopsicossocial no qual se desenvolve, considerando que há também uma relação direta entre os determinantes sociais de saúde e a exposição à sífilis, levando a existência de grupos de gestantes mais vulneráveis. Desse modo, a participação da equipe multiprofissional durante o acompanhamento de gestantes e recém-nascidos expostos à sífilis é fundamental.

Para o combate à sífilis congênita, o tratamento da gestante com Benzilpenicilina benzatina após um teste reagente é fundamental. Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para o conceito. A

Benzilpenicilina benzatina é segura e a melhor opção para o tratamento da mãe e da criança. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal, é impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe-bebê. O histórico de tratamento e seguimento da sífilis na gestação devem estar documentados em prontuário médico ou na caderneta da gestante. Não se recomenda considerar apenas a informação verbal (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2022).

Para que o tratamento seja considerado adequado, toda gestante deve iniciar o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto e o esquema terapêutico para o estágio clínico definido no diagnóstico deve estar finalizado no momento do parto. O tratamento dos parceiros sexuais não entra nos critérios epidemiológicos de definição de casos de sífilis congênita. (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2022 b). Entretanto, faz-se imprescindível esse tratamento, considerando a possibilidade de reinfecção. Toda gestante deverá ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal, a primeira no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. O parceiro sexual também deve ser testado, conforme indicações do pré-natal do parceiro. Além disso, a realização da investigação de sífilis, imediatamente após a internação para o parto na maternidade, ou em caso de abortamento, também é obrigatória.

A resposta imunológica adequada mais rápida (diminuição da titulação em duas diluições em três meses e quatro diluições em seis meses) pode não ser obtida durante a gestação, a depender do momento em que o tratamento foi realizado, sendo essa resposta mais comum quando os títulos não treponêmicos são mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente). Atualmente, para a definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia. Quanto mais precoces forem o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá o desaparecimento dos anticorpos circulantes, com a consequente negatificação dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2022 a).

Todas as crianças nascidas de mães diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal necessitam de uma avaliação criteriosa no momento do parto, com realização de anamnese, exame físico e teste não treponêmico. Essa avaliação do profissional de saúde pode incluir outros dados e gerar uma conclusão de tratamento inadequado para sífilis durante a gestação, mesmo que este tenha sido inicialmente enquadrado dentro dos critérios epidemiológicos de

tratamento adequado. Todas as crianças com sífilis congênita serão submetidas a investigação completa, incluindo punção lombar para análise do líquido, radiografia de ossos longos, hemograma completo e VDRL de sangue periférico. As crianças com manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente preenchem critério para sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento e das titulações dos testes não treponêmicos.

Entre 60% a 90% dos RN vivos com sífilis congênita são assintomáticos ao nascimento; apenas os casos mais graves nascem com sinais/sintomas. As manifestações clínicas das crianças com sífilis congênita raramente surgem após três a quatro meses; dois terços desenvolvem sintomas em três a oito semanas. (BOWEN, V.; SU, J.; TORRONE, E, 2015). A presença de sinais e sintomas ao nascimento depende do momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação. São sinais mais frequentes (WOODS, 2005): Hepatomegalia; Esplenomegalia; Icterícia; Corrimento nasal (rinite sífilítica); Exantema maculopapular; Linfadenopatia generalizada e anormalidades esqueléticas.

As manifestações clínicas da sífilis congênita tardia estão relacionadas à inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e se caracterizam pela presença de formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos. Surgem em aproximadamente 40% das crianças nascidas de mulheres não tratadas para sífilis durante a gestação. Algumas manifestações podem ser prevenidas por meio do tratamento materno durante a gestação ou do tratamento da criança nos primeiros três meses de vida (STAMOS, J. K.; ROWLEY, A. H, 1994). Outras manifestações, como a ceratite intersticial, articulações de Clutton e surdez neurosensorial podem ocorrer e progredir, a despeito de terapêutica apropriada. (KARMODY C. S.; SCHUKNECHT, H. F, 1966).

O encaminhamento da criança exposta no momento da alta compete à maternidade ou casa de parto. Toda criança exposta será encaminhada para a Atenção Básica (AB) de sua área de residência. A Atenção Básica é o nível de atenção à saúde responsável pela puericultura e coordenação de cuidado dos usuários do SUS, sendo preferencialmente estruturado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A criança exposta também pode ser acompanhada de forma complementar em um serviço de referência existente no território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022 a).

A notificação compulsória de sífilis adquirida deve ocorrer de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, e as notificações compulsórias de sífilis em gestante e sífilis congênita, conforme a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 ou demais

normativas que venham a substituí-las (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A notificação da sífilis adquirida, da sífilis em gestantes e da sífilis congênita é obrigatória para médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente.

No Distrito Federal tem sido observado, desde 2017, o aumento do coeficiente de detecção de sífilis adquirida, passando de 54,9 casos por 100.000 habitantes naquele ano para 71,1 casos por 100 mil habitantes em 2021 (SES-DF, 2022). De 2017 a 2021 foram notificados 3.370 casos de sífilis em gestantes. No Distrito Federal, nesse período, observou-se um aumento médio de 21,6% na notificação de casos a cada ano. Em 2017, foram notificados 415 casos e em 2021, 836 casos de sífilis em gestantes, um aumento de 76% (SES-DF, 2022).

É necessário a intensificação das ações voltadas para a melhoria da qualidade das notificações para aperfeiçoar o cuidado à gestante com sífilis, com ações direcionadas à qualificação das equipes de saúde e redução da sífilis congênita. A partir da qualificação do banco de dados será possível reconhecer as fragilidades no cuidado pré-natal e as dificuldades na classificação adequada do recém-nascido na maternidade, diferenciando a criança exposta à sífilis da criança com sífilis congênita, e no cumprimento do protocolo de manejo clínico do recém-nascido com sífilis congênita. O aumento da detecção da gestante com sífilis demonstra a elevada prevalência da sífilis adquirida na população geral, em especial nas mulheres em idade fértil, muitas vezes com acesso ao teste rápido somente no pré-natal. A redução da sífilis congênita é possível a partir do diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida na população geral, oportunizando a mulheres em idade fértil com sorologia desconhecida o tratamento antes da gravidez, e do aumento da detecção da sífilis na gestante.

A sífilis congênita é considerada evento sentinela da qualidade do pré-natal, portanto, é fundamental que além de uma boa cobertura de assistência pré-natal, se identifique e corrija as falhas que ocorrem durante o cuidado, especialmente, em relação à testagem, tratamento, registro de tratamento e seguimento laboratorial com VDRL. Em 2021, 76,1% dos recém-nascidos com sífilis congênita eram filhos de mães que tinham realizado pré-natal e o tratamento materno foi inadequado ou não realizado, ou seja, realizar o pré-natal não foi uma condição suficiente para quebrar a cadeia de transmissão vertical da doença. Em relação à classificação e manejo do recém-nascido na maternidade, observou-se melhora no cumprimento do protocolo de manejo clínico dos casos de sífilis, contudo, é preocupante que casos de sífilis congênita não recebam tratamento na maternidade (SES-DF, 2022).

4. METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, transversal, descritivo analítico, baseado na análise das informações colhidas durante a admissão ao centro obstétrico e permanência na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília e ainda informações do seguimento dos bebês no ambulatório de puericultura do HuB.

1. **População:** gestantes que tiveram parto realizado no centro obstétrico do Hospital Universitário de Brasília e seus recém-nascidos;
2. **Período do estudo:** de janeiro de 2021 até janeiro de 2023.
3. **Critérios de inclusão:** presença de sorologia confirmatória para a positividade de sífilis durante a gestação, incluindo o momento do parto;
 - 3.a Sorologia confirmatória para Sífilis: (1) teste treponêmico positivo na ausência de histórico de sífilis; (2) teste treponêmico positivo confirmado com realização de teste não treponêmico; (3) teste não treponêmico positivo confirmado com a realização de teste treponêmico.
4. **Critérios de exclusão:** ausência de sorologia confirmatória para a positividade de sífilis;
5. **Coleta de dados:** a coleta de dados foi realizada através da pesquisa em prontuário eletrônico (AGHU) e preenchimento de ficha de dados idealizada para esse TCC em (ANEXO 1);
6. **Planejamento do estudo:** Os dados das gestantes e dos recém-nascidos foram coletados dos prontuários das pacientes admitidas no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Brasília de maneira retrospectiva. Para a coleta foi utilizada as fichas anexas, assim as informações das gestantes e seus recém-nascidos foram categorizadas de forma padrão. Tais dados foram analisados e correlacionados mostrando a prevalência de sífilis gestacional, a qualidade de rastreamento, adequação do tratamento, a prevalência sífilis congênita e o tempo de internação do recém-nascido das gestantes portadoras desta doença;
7. **Análise estatística:** Os dados foram armazenados em planilha Excel e

posteriormente analisados. Para descrever a distribuição de dados do total da amostra e analisá-los, foi utilizado o teste de Independência – Qui -quadrado. Foi considerado significativo um valor de $p < 0,05$.

8. Definição dos desfechos:

i. Diagnóstico de Sífilis Gestacional: teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA, etc.) + teste não treponêmico reagentes (VDRL, TRUST, etc.).

ii. Sífilis Congênita:

1. Neonatos de mãe adequadamente tratada: titulação de VDRL neonatal;
2. Duas vezes a titulação de VDRL materno. O VDRL deve ser coletado da mãe e do RN após o parto, sendo que no RN, o sangue deve ser periférico, ou seja, não deve ser coletado em vasos do cordão umbilical;
3. Neonatos de mãe não adequadamente tratada: Titulação de VDRL, coletada em sangue periférico, positiva.

iii. Gestante adequadamente tratada para Sífilis:

1. Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução → sífilis primária, secundária e latente recente): penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo);
2. Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução → sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária): penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas (Dose total: 7,2 milhões UI, IM);
3. Neurosífilis: penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

iv. Gestante inadequadamente tratada para Sífilis:

1. Paciente que não tenha recebido tratamento correto de acordo com o estágio da sífilis diagnosticada;
2. Paciente que não tenha iniciado o tratamento, pelo menos, 30 dias antes do parto;
3. Paciente que tenha sido tratada com outros antibióticos que não sejam penicilina.

v. Paciente adequadamente rastreada:

1. Sífilis: a testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual, no momento do parto e a qualquer exposição de risco ou violência sexual.

vi. Paciente inadequadamente rastreada: paciente que apresente menor número de testes durante a gestação do que os preconizados;

vii. Tempo de permanência hospitalar aumentado: quando neonato internado por > 72 horas;

9. **Aspectos éticos:** A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o número CAAE: 40814320.0.0000.0030 (**ANEXO 2**). Os prontuários das gestantes foram acessados de maneira retrospectiva o que impossibilitaria a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido por parte das gestantes, sendo por isso solicitado junto ao Comitê de Ética a dispensa do TCLE. Apesar disso, o anonimato do paciente foi garantido a partir da ficha de coleta disponibilizada em anexo.

5. RESULTADOS

A amostra foi composta por informações coletadas de 92 prontuários de gestantes e recém-nascidos no período de Janeiro de 2021 a Janeiro de 2023. Os resultados foram apresentados com o total da amostra e foram divididos em dois grupos: RN que foram expostos a sífilis e os que tiveram sífilis congênita. Foi realizado a busca de todos os atendimentos no ambulatório de C e D em que esses RNs foram acompanhados em consultas de puericultura até a alta da infectologia conforme os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde. Foram quantificados no período do estudo 4.195 nascidos vivos na Maternidade do HUB, sendo que desses, 52 foram expostos a sífilis com prevalência 1,23% e 40 tiveram sífilis congênita com prevalência 0,95%.

Na **Tabela 1** observamos variáveis sociodemográficas e da gestação no grupo dos RN expostos a sífilis e dos RN com sífilis congênita. Observamos que não houve diferença quanto ao número de consultas no pré-natal entre o grupo de RN expostos e os com sífilis congênita, mas o grupo de RN com sífilis congênita teve mais mães que iniciaram o pré-natal no 3º trimestre.

Tabela 1 - Análise de Variáveis da Gestação

		ES/SC			
		Grupo 1		Grupo 2	
		N	%	N	%
Idade	10 a 14 anos	1	1,9%	0	0,0%
	15 a 19 anos	12	23,1%	4	10,0%
	20 a 24 anos	10	19,2%	18	45,0%
	25 a 29 anos	15	28,8%	6	15,0%
	30 a 34 anos	8	15,4%	7	17,5%
	35 a 39 anos	5	9,6%	5	12,5%
	40 +	1	1,9%	0	0,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Faixa Etária	Menos de 25 anos	23	44,2%	22	55,0%
	25 ou mais anos	29	55,8%	18	45,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Reside	Brasília	20	38,5%	9	22,5%
	Águas Lindas de Goiás	32	61,5%	31	77,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Local de Pré-Natal	Brasília	18	35,3%	8	20,0%
	Águas Lindas de Goiás	33	64,7%	32	80,0%
	Total	51	100,0%	40	100,0%
IG	34 à 36 semanas e 6 dias	4	7,7%	3	7,5%
	Acima de 37 semanas	48	92,3%	37	92,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Nº de Gestações	Gesta 1	18	34,6%	12	30,0%

	Gesta 2	16	30,8%	11	27,5%
	Gesta 3 ou mais	18	34,6%	17	42,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Consultas de Pré-natal	Inadequado (até 5 consultas)	16	30,8%	13	32,5%
	Adequado (6 consultas ou mais)	36	69,2%	27	67,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
VDRL nos 3 Trimestres	Reagente	43	82,7%	36	90,0%
	Não-reagente	9	17,3%	3	7,5%
	Não realizado	0	0,0%	1	2,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Qual trimestre da Gestação foi o diagnóstico	1º Trimestre	31	59,6%	13	32,5%
	2º Trimestre	9	17,3%	9	22,5%
	3º Trimestre	10	19,2%	18	45,0%
	Não se aplica	2	3,8%	0	0,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Estágio do Diagnóstico	Sífilis Latente Recente	10	19,2%	7	17,9%
	Sífilis Latente tardia	7	13,5%	1	2,6%
	Neurosífilis	0	0,0%	1	2,6%
	Indeterminada	35	67,3%	30	76,9%
	Total	52	100,0%	39	100,0%

* ES: Expostos a sífilis; SC: Sífilis congênita

Quanto ao tratamento da sífilis gestacional a maioria das mães recebeu tratamento sífilis latente tardia. (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Esquema terapêutico para sífilis gestacional

	N	%
Penicilina Benzatina (2,4 milhões de UI, Dose única)	6	6,5
Penicilina Benzatina (2,4 milhões de UI semanal, Por três semanas)	68	73,9
Penicilina Cristalina IV (18-milhões de UI/dia, 3-4 milhões de UI a cada 4 horas por 14 dias)	1	1,1
Não se aplica	14	15,2
Outros	3	3,3
Total	92	100,0

A **Tabela 3** avalia a idade materna e variáveis relacionadas ao pré-natal e à sífilis gestacional. Observamos que houve mais tratamento inadequado entre mães mais jovens (menores de 25 anos) $p=0,021$).

Tabela 3 – Análise da idade materna e variáveis relacionadas ao pré-natal e à sífilis gestacional

		Faixa Etária				Significância (p-valor)
		Menos de 25 anos		25 anos ou mais		
		N	%	N	%	
Consultas Pré- Natal	Inadequado (até 5 consultas)	18	40,0%	11	23,4%	0,087
	Adequado (6 consultas ou mais)	27	60,0%	36	76,6%	
	Total	45	100,0%	47	100,0%	
Trimestre do diagnóstico	1º Trimestre	21	46,7%	23	48,9%	0,117
	2º Trimestre	13	28,9%	5	10,6%	
	3º Trimestre	10	22,2%	18	38,3%	
	Não se aplica	1	2,2%	1	2,1%	
	Total	45	100,0%	47	100,0%	
Estágio do diagnóstico	Sífilis recente	9	20,0%	8	17,4%	0,382
	Sífilis Tardia	2	4,4%	6	13,0%	
	Neurosífilis	1	2,2%	0	0,0%	
	Indeterminada	33	73,3%	32	69,6%	
	Total	45	100,0%	46	100,0%	
Esquema Terapêutico	Penicilina Benzatina (2,4 milhões de UI, Dose única)	4	8,9%	2	4,3%	0,700
	Penicilina Benzatina (2,4 milhões de UI semanal, Por três semanas)	32	71,1%	36	76,6%	
	Penicilina Cristalina IV (18-milhões de UI/dia, 3-4 milhões de UI a cada 4 horas por 14 dias)	1	2,2%	0	0,0%	
	Não se aplica	7	15,6%	7	14,9%	
	Outros	1	2,2%	2	4,3%	
	Total	45	100,0%	47	100,0%	
Tratamento iniciado 30 dias antes do parto	Sim	29	64,4%	35	74,5%	0,296
	Não	16	35,6%	12	25,5%	
	Ignorado	0	0,0%	0	0,0%	
	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	45	100,0%	47	100,0%	
Tratamento adequado	Sim	22	48,9%	34	72,3%	0,021
	Não	23	51,1%	13	27,7%	
	Total	45	100,0%	47	100,0%	

*Teste Qui Quadrado

Na **Tabela 4** observamos variáveis relacionadas ao tratamento para sífilis gestacional, aos exames laboratoriais maternos e aos neonatos nos grupos adequada e inadequadamente tratados para sífilis. Entre as gestantes do grupo de mães de RN com sífilis congênita a minoria finalizou o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto. Quanto aos neonatos, a maioria era a termo e adequados para a idade gestacional, mesmo entre aqueles incluídos no grupo de mães

inadequadamente tratadas.

Tabela 4 - Variáveis relacionadas ao tratamento para sífilis gestacional, aos exames laboratoriais maternos e aos neonatos nos grupos adequada e inadequadamente tratados para sífilis.

		ES/SC			
		Grupo 1		Grupo 2	
		N	%	N	%
Tratamento iniciado 30 dias antes do parto	Sim	50	96,2%	14	35,0%
	Não	2	3,8%	26	65,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Tratamento Adequado	Sim	50	96,2%	6	15,0%
	Não	2	3,8%	34	85,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Teste rápido	Reagente	35	68,6%	37	92,5%
	Não-reagente	16	31,4%	3	7,5%
	Total	51	100,0%	40	100,0%
VDRL Materno	Não reagente	5	9,8%	0	0,0%
	1:1	4	7,8%	1	2,6%
	1:2	13	25,5%	6	15,4%
	1:4	16	31,4%	4	10,3%
	1:8	8	15,7%	6	15,4%
	1:16	4	7,8%	9	23,1%
	1:32	1	2,0%	10	25,6%
	1:64	0	0,0%	1	2,6%
	1:128	0	0,0%	2	5,1%
	Total	51	100,0%	39	100,0%
VDRL Materno	Não reagente - 1:8	46	90,2%	17	43,6%
	1:16 - 1:128	5	9,8%	22	56,4%
	Total	51	100,0%	39	100,0%
IG	< 37 semanas	5	9,6%	6	15,0%
	Entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias	47	90,4%	33	82,5%
	42 semanas ou mais	0	0,0%	1	2,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
PN	> 2500g	50	96,2%	39	97,5%
	Entre 1500g e 2500g (baixo peso)	1	1,9%	1	2,5%
	Entre 1000g e 1500g (muito baixo peso)	1	1,9%	0	0,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Classificação conforme peso e IG	AIG (entre percentil 10 e 90)	46	88,5%	35	87,5%
	PIG (abaixo do percentil 10)	1	1,9%	2	5,0%
	GIG (acima do percentil 90)	5	9,6%	3	7,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Estatura	Entre percentil 10 e 90	48	92,3%	37	92,5%
	Abaixo do percentil 10	1	1,9%	1	2,5%
	Acima do percentil 90	3	5,8%	2	5,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Perímetro cefálico	Entre percentil 10 e 90	48	92,3%	38	95,0%
	Abaixo do percentil 10	1	1,9%	0	0,0%
	Acima do percentil 90	3	5,8%	2	5,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%

* ES: Expostos a sífilis; SC: Sífilis congênita

Na **Tabela 5** observamos as variáveis laboratoriais, de tratamento e de segmento dos neonatos expostos à sífilis e daqueles com sífilis congênita. Quanto ao VDRL a maioria apresentou titulação abaixo de 1:4 e a maioria não apresentou alteração no LCR. Um dado preocupante é que 53,8% entre o RN expostos a sífilis e 40% entre os neonatos com sífilis congênita não retornaram ao ambulatório do HuB para realizar o seguimento ambulatorial.

Após a alta da Maternidade uma criança foi reinternada para retratamento por apresentar aumento na titulação do VDRL durante seguimento ambulatorial e diagnóstico de neurosífilis.

Tabela 5 – Variáveis laboratoriais, de tratamento e de segmento dos neonatos expostos à sífilis e daqueles com sífilis congênita

		ES/SC			
		Grupo 1		Grupo 2	
		N	%	N	%
VDRL RN no momento do parto	Não reagente	4	7,8%	0	0,0%
	1:1	10	19,6%	3	7,7%
	1:2	21	41,2%	9	23,1%
	1:4	13	25,5%	11	28,2%
	1:8	1	2,0%	10	25,6%
	1:16	2	3,9%	6	15,4%
	Total	51	100,0%	39	100,0%
Hemograma alterado	Sim	2	3,8%	3	7,5%
	Não	7	13,5%	31	77,5%
	Não se aplica	43	82,7%	5	12,5%
	Não realizado	0	0,0%	1	2,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Alteração radiografia	Sim - Qual alteração? (Avaliado pelo pediatra. Não tem laudo do radiologista)	0	0,0%	1	2,5%
	Não	4	7,7%	33	82,5%
	Não realizado	14	26,9%	3	7,5%
	Não se aplica	34	65,4%	3	7,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Alterações na punção lombar	Não	2	3,8%	23	57,5%
	Não se aplica	49	94,2%	6	15,0%
	Não realizado	1	1,9%	11	27,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
VDRL LCR	NR	1	1,9%	9	22,5%
	Reagente	0	0,0%	1	2,5%
	Não se aplica	51	98,1%	30	75,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Celularidade LCR	< 25 cel/Dl	1	1,9%	23	57,5%
	Não se aplica	51	98,1%	17	42,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%

Proteinorraquia	< 150 mg/dL	1	1,9%	23	57,5%
	Não se aplica	51	98,1%	17	42,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Tratamento realizado	Penicilina Benzatina	0	0,0%	1	2,5%
	Penicilina Cristalina	2	3,8%	35	87,5%
	Penicilina Procaína	6	11,5%	1	2,5%
	Não se aplica	44	84,6%	3	7,5%
	Total	52	100,0%	40	100,0%
Tempo de internação do RN	Menor de 72h	45	86,5%	4	10,3%
	Menor que 10 dias	3	5,8%	1	2,6%
	Maior que 10 dias	4	7,7%	34	87,2%
	Total	52	100,0%	39	100,0%
Seguimento Ambulatório HUB	Sim	24	46,2%	24	60,0%
	Não	28	53,8%	16	40,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%

* ES: Expostos a sífilis; SC: Sífilis congênita

Na **Tabela 6** detalhamos o acompanhamento ambulatorial dos neonatos expostos e com sífilis congênita. De forma preocupante somente 23,1% dos neonatos expostos a sífilis e 33,3% dos neonatos com sífilis congênita preencheram os critérios para receber alta da infectologia (dois VDRL não reagentes seguidos). A maioria das crianças abandonou o seguimento. Outro aspecto significativo é que a maioria das crianças em ambos o grupo não tem registro da realização de potencial auditivo e de fundoscopia. Não houve correlação entre o local de residência e a frequência ao ambulatório (**Tabela 7**).

Tabela 6 – Segmento ambulatorial de neonatos expostos a sífilis e com sífilis congênita

		ES/SC			
		Grupo 1		Grupo 2	
		N	%	N	%
Número de consultas na Infectologia Pediátrica	0	32	61,5%	19	50,0%
	1	2	3,8%	3	7,9%
	2	2	3,8%	2	5,3%
	3	3	5,8%	0	0,0%
	4	4	7,7%	5	13,2%
	5	3	5,8%	4	10,5%
	6	6	11,5%	5	13,2%
	Total	52	100,0%	38	100,0%
Consultas na Infectologia Pediátrica	Veio	32	61,5%	19	50,0%
	Não veio	20	38,5%	19	50,0%
	Total	52	100,0%	38	100,0%
Qual idade da alta da Inctologia pediátrica	Anbandono	40	76,9%	26	66,7%
	1 mês	0	0,0%	1	2,6%
	2 meses	1	1,9%	1	2,6%
	3 meses	0	0,0%	3	7,7%
	Total	41	78,8%	31	81,6%

	12 meses	10	19,2%	6	15,4%
	18 meses	1	1,9%	2	5,1%
	Total	52	100,0%	39	100,0%
Qual idade da alta da Infectologia pediátrica	Abandonou	40	76,9%	26	66,7%
	Alta	12	23,1%	13	33,3%
	Total	52	100,0%	39	100,0%
Complicações após alta *	Sim – Neurosífilis	0	0,0%	1	2,6%
	Não	13	25,5%	15	38,5%
	Abandono	3 8	74,5%	23	59,0%
	Total	51	100,0%	39	100,0%
Fundoscopia	Sim	2	3,9%	3	7,5%
	Não	49	96,1%	37	92,5%
	Total	51	100,0%	40	100,0%
Potencial Evocado Auditivo	Sim	5	9,6%	8	20,0%
	Não	47	90,4%	32	80,0%
	Total	52	100,0%	40	100,0%

* ES: Expostos a sífilis; SC: Sífilis congênita

Tabela 7 – Análise da frequência ao Ambulatório do HuB e local de residência

		RESIDE				Significância (p-valor)
		Brasília		Águas Lindas de Goiás		
		N	%	N	%	
Quantas consultas na Infectologia Pediátrica	Veio	17	58,6%	34	55,7%	0,796
	Não veio	12	41,4%	27	44,3%	
	Total	29	100,0%	61	100,0%	
Qual idade da alta da Infectologia Pediátrica (VDRL negativar)	Abandonou	22	75,9%	44	71,0%	0,626
	Alta	7	24,1%	18	29,0%	
	Total	29	100,0%	62	100,0%	

*Teste Qui-Quadrado

6. DISCUSSÃO

Os casos de sífilis congênita no Hospital Universitário de Brasília (UNB) merecem especial atenção. Apesar da diminuição da taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil o resultado do estudo realizado no Hospital Universitário de Brasília no período de Janeiro de 2021 a Janeiro de 2023 não estão em consonância com a meta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para eliminação da doença.

Por fazer parte de um acordo internacional para eliminar a sífilis congênita, o Ministério da Saúde do Brasil tem empreendido ações para o alcance desse objetivo, com foco no tratamento adequado, integração com outros programas de saúde, sistemas de vigilância locais atuantes e consequente interrupção da cadeia de transmissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Nesse sentido, para o alcance da meta proposta, são imprescindíveis melhorias na qualidade da vigilância epidemiológica, associadas à correta aplicação das condutas preconizadas para o atendimento de gestantes e recém-nascidos acometidos pela doença (KOMKA MR, LAGO EG, 2007).

No presente estudo foi observado que uma proporção significativa de mães de RN com sífilis congênita realizaram o pré-natal inadequado. Este fato configura-se como um indicativo de falha na assistência pré-natal, sinalizando a necessidade de uma maior atenção da Estratégia Saúde da Família na identificação, acompanhamento e tratamento dos casos. Trata-se de uma realidade verificada no Brasil: entre os casos de sífilis notificados no país.

A atenção pré-natal adequada é uma ferramenta para a diminuição da sífilis congênita, considerando-se suas diversas oportunidades de intervenção. Entre suas ações, destacam-se a captação oportuna da gestante, o acompanhamento da gravidez, a solicitação de um exame VDRL na primeira consulta e de mais um, este próximo à 28ª semana gestacional. Somando a isso o aconselhamento e tratamento da gestante e acometida pela infecção. O pré-natal representa um momento relevante para a identificação de agravos que acometem a saúde materna e do neonato possibilitando aos profissionais de saúde incluindo toda a equipe multiprofissional espaços para a discussão e orientação da saúde, com foco em um processo de cuidar dedicado aos aspectos biológicos, psicológicos e culturais da gestante. Essa assistência multiprofissional, obtida graças à expansão da Estratégia Saúde da Família, permite um atendimento integral à gestante e seu filho, e aos profissionais envolvidos, o compartilhamento de responsabilidades sobre o atendimento prestado nesse período. Importante frisar que as

atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, nas quais diferentes profissionais - agente comunitário de saúde; técnico de enfermagem; enfermeiro; médico; cirurgião dentista -, juntos, podem atuar como agentes de prevenção da sífilis congênita. As atribuições das equipes de Saúde da Família incluem a busca ativa das gestantes faltosas (pelo agente comunitário de saúde), a identificação de vulnerabilidades e situações de risco (pelo técnico de enfermagem), a realização de consulta de pré-natal das gestantes de baixo risco (função intercalada entre médico e enfermeiro) e o desenvolvimento de atividades educativas, estas sob a responsabilidade de toda a equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Dessa forma, ressalta-se a importância da implementação de políticas que busquem qualificar a assistência pré-natal, garantindo os recursos necessários para o atendimento das gestantes e parceiros acometidos por sífilis (SES-SP, 2011).

Os achados deste estudo são relevantes à medida que denotam a necessidade da implementação de ações voltadas para a redução dos casos de sífilis congênita. É essencial a avaliação da qualidade da assistência pré-natal que vem sendo prestada no Município de Águas Lindas de Goiás e Brasília, haja vista que, na maior parte dos casos observados, as mães realizaram consultas de pré-natal durante esse período. Especial atenção, igualmente, deve ser dada aos profissionais da equipe de saúde que realizam o pré-natal, oferecendo-lhes a devida capacitação e monitoramento das atividades desenvolvidas e associadas à prevenção da sífilis congênita.

No presente estudo a maioria das mães de neonatos com sífilis congênita iniciou o pré-natal mais tardiamente demonstrando que a conduta inicial para detecção e tratamento da sífilis congênita não está totalmente em acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. O diagnóstico da maioria dos casos tem se realizado tardiamente, podendo trazer consequências adversas para as crianças acometidas. Sob esta perspectiva, é importante destacar a importância da intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle da sífilis, incluindo a melhoria do cuidado pré-natal.

O crescimento da incidência da SC pode tanto resultar no aumento real do número de casos como decorrer da melhoria na estruturação da rede de serviços de saúde. Considerando-se a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a adesão à Rede Cegonha, possivelmente, essas iniciativas de Saúde Pública contribuíram para a melhoria da notificação. Destaca-se o aumento da SC observado no país como um todo, sugerindo que os avanços imprimidos pela ESF e Rede Cegonha estão a ampliar a sensibilidade na detecção da doença, embora não se mostrem suficientes para prevenir as infecções na gestação ou mesmo detectar precocemente -

e tratar - as gestantes e seus parceiros, no sentido de se evitarem novos casos de SC. Assim como em outros estudos, a maioria das gestantes realizou pré-natal, o que deve ter contribuído para melhorar a detecção da sífilis.

No que diz respeito às características da assistência pré-natal, evidenciou-se que existe uma boa adesão das mulheres a essas consultas, mostrando que a quase totalidade dos casos em estudo frequentavam essa modalidade de atendimento na gestação. Isso representa um momento de grande valia para a mulher, para fins de diagnóstico, tratamento, promoção da saúde e prevenção de possíveis intercorrências oriundas do período gestacional, inclusive previne problemas relacionados à saúde do concepto.

Muitos fatores podem relacionar-se à falta de tratamento oportuno da gestante, como a demora no diagnóstico, a falta do medicamento para o tratamento, o desconhecimento da magnitude do agravo ou a resistência das pacientes ao tratamento. Sabe-se que a sífilis é uma doença que acomete parcelas menos favorecidas socialmente em que os fatores sociais são mais acentuados. Esse fator pode corroborar uma deficiência em seu autocuidado e comprometimento na realização do tratamento.

Evidenciou-se que, na totalidade dos casos, nasceram crianças sem sintomatologia para sífilis congênita. Esse fato merece uma investigação, principalmente pela equipe de profissionais da maternidade e da atenção básica, onde vão realizar o acompanhamento da criança. Segundo o MS, o exame de VDRL pode positivar com poucos meses após o nascimento. As ações de saúde durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura as gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e a avaliação, como diagnóstico e tratamento precoce da sífilis adquirida.

Entendemos que se faz necessário melhorar as ações para prevenção da sífilis congênita nos serviços de saúde da atenção básica, priorizando a detecção precoce da gestante, o diagnóstico e tratamento oportuno da sífilis adquirida, assim como na captação dos parceiros.

Esses devem receber uma abordagem desde o início da gestação de sua parceira, sendo sensibilizados quanto aos riscos que a sífilis poderá acarretar ao neonato acometido por essa infecção. Além disso, verifica-se um destaque maior dos casos na faixa de adultos jovens, evidenciando que as ações educativas devem ter um enfoque maior para esse grupo tendo em vista sua maior vulnerabilidade.

Quanto às características inerentes ao pré-natal das mães que tiveram filhos com SC, entendemos que há uma boa cobertura de pré-natal ofertada. No entanto, existe ainda uma

dificuldade em relação ao tratamento, sendo este realizado de maneira inadequada pela mulher. É necessário maior empenho por parte dos profissionais para lidar com esses casos, por meio da busca ativa, e também trabalhar com uma abordagem que aproxime e sensibilize os pais em relação a esse tratamento, fazendo que se sintam responsáveis pela saúde e vida do conceito. A ocorrência dos casos da SC está amplamente relacionada com falhas no tratamento das gestantes infectadas, carecendo de preenchimento de lacunas no pré-natal que reforcem as estratégias de prevenção dos casos.

Compete à maternidade no momento da alta, referenciar todas as crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita, tratadas ou em tratamento, às unidades de saúde com consultas já agendada no momento da alta. O seguimento pode ser realizado durante consultas de puericultura na atenção primária, com vigilância e monitoramento cuidadoso de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além dos testes de sífilis e exames complementares. O seguimento ambulatorial deve ser garantido a todos os neonatos expostos à sífilis ou com sífilis congênita até 18 meses de idade. Importante destacar que nenhuma mãe ou recém-nascido deve deixar a maternidade sem o conhecimento do resultado do teste para sífilis, realizado na admissão para o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A cobertura de sete ou mais consultas pré-natais entre recém-nascidos vivos aumentou de 65%, em 2014, para 71%, em 2018. Porém, a quantidade de consultas não substitui a qualidade desses atendimentos, pois a sífilis congênita continua sendo consequência da sífilis materna não diagnosticada ou não tratada de forma adequada e oportuna. Ações de prevenção à sífilis congênita relacionam-se ao cuidado da gestante no pré-natal, como rastreamento sorológico e tratamento correto e oportuno da sífilis materna, instituído o mais precocemente possível. A efetividade da assistência prestada à gestante precisa considerar todos esses parâmetros para evitar a transmissão vertical do *T. Pallidum* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Estimular a participação do pai ou parceiro durante todo o pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio. É fundamental a implementação do pré-natal do homem e seu tratamento no caso de sífilis ou de outra IST (DUARTE, 2007). Destaca-se que, além do parceiro estável ou pai da criança, é possível que a gestante tenha outras parcerias sexuais. Toda equipe de saúde deve estar atenta e assistir todas as pessoas com quem a gestante se relaciona sexualmente. Sífilis adquirida, a sífilis em gestantes e a sífilis congênita são doenças de notificação compulsória e devem ser notificadas em fichas próprias, encaminhadas à vigilância epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Importante destacar que, a despeito da melhoria observada, ainda é bastante incipiente a notificação de

casos de sífilis em gestantes e em suas parcerias sexuais, e de sífilis congênita em unidades de saúde pública e suplementar, o que contribui para a subestimação da ocorrência da sífilis no país. A priorização de políticas públicas com envolvimento de autoridades sanitárias, gestores de saúde e população geral pode levar a mudanças no cenário atual da sífilis no país.

Observamos que a maioria dos bebês infectados pela sífilis não apresentou manifestações clínicas ao nascer, o que dificulta tanto o diagnóstico quanto a conscientização da mãe sobre a importância da investigação e do acompanhamento da criança. É no decorrer dos primeiros anos de vida que podem ser desenvolvidas lesões progressivas articulares, dentárias e oculares, sequelas irreversíveis como surdez e déficit de aprendizagem. Para identificar e monitorar esses indivíduos, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil elaborou critérios de diagnóstico de SC a serem observados ao nascimento e durante o seguimento ambulatorial. O primeiro critério contempla uma definição de caso ampla, com base numa investigação epidemiológica, clínico-laboratorial e radiológica; o critério epidemiológico leva em conta, principalmente, o tratamento materno durante a gestação e visa abranger o maior número de bebês sob suspeita para indicar o tratamento quando eles têm acesso à assistência ainda na maternidade; o outro critério estabelece o diagnóstico na criança durante o seguimento clínico e laboratorial em até 18 meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As medidas preventivas mais eficazes para evitar a TV da sífilis são o diagnóstico precoce na gestante e o tratamento materno adequado. Porém, apesar de simples, acessível e de custo-eficaz, esse tratamento não tem sido feito adequadamente, acarretando um crescimento constante do número de casos de SC. E, muito embora participante de um plano global lançado há quase 20 anos (1995) para eliminação da SC, esses índices continuaram muito elevados em nosso país e demonstraram um crescimento de 71,4% entre 2000 e 2010 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2012).

O Ministério da Saúde determina que toda criança exposta à sífilis na gestação, tratada ou não no período neonatal, deve ser acompanhada ambulatorialmente. Porém, o número de estudos sobre o seguimento não condiz com a importância do tema, especialmente no Brasil. Esta pesquisa, identificou uma proporção alarmante de abandono do seguimento dos RN expostos à sífilis na gestação 76,9% (n=40) e com sífilis congênita com 66,7% (n = 26) dos casos em acompanhamento. A interrupção do seguimento afeta tanto os objetivos traçados para tais crianças como as metas estabelecidas pelo MS. O HUB está inserido na referência e contra referência à gestante e à criança sob risco. A assistência às crianças expostas a infecções congênicas tem sido feita no ambulatório de Crescimento e Desenvolvimento do HUB. No caso

da SC, a preocupação básica é investigar sinais sugestivos de SC, detectar alterações neurológicas ou outros sistemas, validar a efetividade do tratamento, estimar a necessidade de retratamento e, por fim, confirmar ou não a transmissão vertical.

A maioria das pesquisas sobre o acompanhamento das doenças crônicas na infância, de forma geral, não indica boa aderência (Williams et al, 2008) acompanhou crianças com HIV nos Estados Unidos e Porto Rico e identificou que o abandono do seguimento ocorria quando elas começavam a frequentar a escola e/ou suas mães retornavam ao trabalho. Já na Costa do Marfim, (Anaky et al, 2010) descreveu os fatores socioeconômicos e culturais como responsáveis pelo abandono do seguimento em crianças infectadas por HIV. Na Espanha, famílias de nível socioeconômico e cultural muito baixo apresentaram elevado risco de abandono do acompanhamento em crianças de muito baixo peso ao nascer antes de dois anos (VASQUEZ ET AL, 2011). Na Indonésia, foi necessário reduzir o abandono do acompanhamento das crianças com leucemia com o suporte financeiro e de transporte para o retorno das crianças aos cuidados (SITARESMI, 2010).

Uma limitação referente ao presente estudo diz respeito ao percentual do local de residência das mães em que 31.% (n=29) declararam que moram em Brasília e 68,5% (n= 63) declararam que moram em Águas Lindas de Goiás. Infere-se que muitas vezes as mães usam endereços de parentes para conseguir o parto em Brasília. Sabe-se que na prática temos pacientes de todas as regiões do Brasil que viajam de locais que não tem a assistência de pré-natal e parto e são referenciadas para Maternidade do Hospital Universitário de Brasília. Soma-se a isso a questão da subnotificação, condição possível de favorecer interpretações errôneas sobre características epidemiológicas relacionadas a uma determinada doença. Neste estudo, é difícil afirmar se a maior ou menor concentração de casos em determinados municípios representa a realidade local da doença ou se é reflexo de uma menor ou maior proporção de subnotificações. Tal realidade demonstra a necessidade de melhorias e avanços na qualidade dos sistemas de informações para que as informações produzidas possam, efetivamente, orientar a tomada de decisão no âmbito da Saúde.

7. CONCLUSÃO

Concluimos que mães com tratamento inadequado de sífilis gestacional iniciaram o pré-natal mais tardiamente e eram mais jovens. Apesar dos diagnósticos da sífilis de algumas gestantes não terem sido realizados em tempo oportuno e dos tratamentos não terem sido realizados de maneira adequada, seja pela falta da adesão ou falhas na aplicação de todas as doses de penicilina benzatina, esse fato não aconteceu com as crianças que foram infectadas. O diagnóstico foi realizado logo após o nascimento e todos receberam tratamento, conforme o esquema padronizado. Por outro lado, observamos um número significativo de não retorno e abandono do seguimento ambulatorial desses neonatos. A distância entre a residência e o serviço de saúde podem ter influenciado a continuidade do seguimento, embora não tenhamos observado correlação entre local de residência a abandono do seguimento.

Vale notar que o HUB dispõe de profissionais que após a alta do RN já deixam uma data agendada para a primeira consulta no ambulatório de seguimento de puericultura e infectologia pediátrica. Devido ao grande abandono, não comparecimento e seguimento no ambulatório é necessário reavaliar o motivo da falta. Sugerimos que após detecção do não retorno ou abandono das consultas se faça uma busca ativa desses pacientes. Quando não é possível localizá-los, uma parceria com as UBSs deverá ser formada. A busca ativa e a visita domiciliar dos agentes de saúde, assim como a remarcação da consulta por telefone.

É necessário utilizar recursos para reter os pais e mostrar a importância para saúde dessas crianças. Utilizar uma comunicação efetiva esclarecendo sobre o diagnóstico e possíveis complicações físicas e cognitivas. A estratégia da saúde da família, devido ao atendimento mais próximo da residência, pode incentivar a continuidade nos cuidados à criança exposta à sífilis na gestação e com diagnóstico de SC.

Preocupante foi igualmente a constatação de que no seguimento ambulatorial das crianças com sífilis congênita a maioria não teve registrada a avaliação audiométrica e oftalmológica que é obrigatória segundo protocolo do MS. Sugerimos que o fluxograma junto as equipes de oftalmologia e saúde auditiva seja revisto para proporcionar uma melhor avaliação dessas crianças.

Para garantir o seguimento da criança exposta à sífilis na gestação, não basta considerar somente as necessidades médicas da criança, é preciso também atender às necessidades das famílias. Monitorar essas crianças e estabelecer estratégias que incentivem a

formação de vínculos com as famílias pode auxiliar na aderência ao seguimento e oferecer assistência multidisciplinar quando necessária.

Entendemos que se faz necessário melhorar as ações para prevenção da sífilis congênita nos serviços de saúde da atenção básica, priorizando a detecção precoce da gestante, o diagnóstico e tratamento oportuno da sífilis adquirida, assim como na captação dos parceiros. Esses devem receber uma abordagem desde o início da gestação de sua parceira, sendo sensibilizados quanto aos riscos que a sífilis poderá acarretar ao neonato acometido por essa infecção. Além disso, verifica-se um destaque maior dos casos na faixa de adultos jovens, evidenciando que as ações educativas devem ter um enfoque maior para esse grupo tendo em vista sua maior vulnerabilidade.

8. REFERÊNCIAS

- 1) ANAKY MF, DUVIGNAC J, WEMIN L, KOUAKOUSSUI A, KARCHER S, TOURÉ S, et al. **Scaling up antiretroviral therapy for HIV-infected children in Côte d'Ivoire: determinants of survival and loss to programme.** Bull World Health Organ 2010; 88(7): 490-9.
- 2) BOWEN, V.; SU, J.; TORRONE, E. **Increase in incidence of congenital syphilis, United States, 2012-2014.** MMWR. Morbidity and mortality weekly report, Atlanta, v. 64, n. 44, p. 1241, 2015.
- 3) BRASIL. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2012.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Ano 1, nº 01 Disponível em: http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf (Acessado em 02 de agosto de 2014). » http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf
- 4) BRASIL. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita.** Programa Nacional de DST e Aids. Série Manuais nº 62. Brasil: Ministério da Saúde; 2005.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/ MS. **Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.** Brasília, DF: MS, 2017. p. 6. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 9 fev. 2022 b
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília, DF: MS, 2022. p. 1-210.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3. ed.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

- Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.
- 9) CEGONHA PANORAMA, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>>. Acesso em 06 de maio de 2020.
- 10) DUARTE, G. **Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções**. Rev Bras Ginecol Obstet [internet]. 2007 [citado 2020 jul 5]; 29(4):171-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf>
» <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a01v29n4.pdf>
- 11) INDICADORES E DADOS BÁSICOS DA SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em 06 de mai de 2020.
- 12) INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO DE HIV/AIDS, Secretaria de Saúde do Distrito federal, 2019. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/INFORMATIVO-AIDS-2019_PUB.pdf>. Acessado em Acesso em 30 de abril de 2020.
- 13) KARMODY, C. S.; SCHUKNECHT, H. F. **Deafness in congenital syphilis**. Archives of Otolaryngology, Chicago, v. 83, n. 1, p. 18-27, 1966.
- 14) KOMKA MR, LAGO EG. **Sífilis congênita: notificação e realidade**. Sci Med. 2007 out- dez;17(4):205-11.
- 15) MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 16) MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** [Internet]. Brasília:

- 17) MINISTÉRIO DA SAÚDE ; 2012 [citado 2020 out 15]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf [Links]

- 18) MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília:** Ministério da Saúde; 2010. 444 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- 19) MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC. DATASUS- Tabnet** [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 jul 7].

- 20) MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b [citado 2020 out 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes> [Links]

- 21) MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis 2022. Bol Epidemiol** [Internet]. 2022 . Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022

- 22) PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da

Saúde, 2019.

- 23) REDE CEGONHA. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em 06 de mai de 2020.

- 24) SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no estado de São Paulo**. Rev Saude Publica 2011 ago;45(4):812-5.

- 25) SES-DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Informativo Epidemiológico Sífilis 2022**.

- 26) SIMON R DOBSON, MD, FRCP. **Congenital syphilis: Clinical features and diagnosis**. Post TW ed. UpToDate. Waltham, MA: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-syphilis-clinical-features-and-diagnosis/>. Acessado em 30 de abril de 2020.

- 27) SITARESMI MN, MOSTERT S, SCHOOK RM, SUTARYO, VEERMAN AJ. **Treatment refusal and abandonment in childhood acute lymphoblastic leukemia in Indonesia: an analysis of causes and consequences**. Psychooncology 2010; 19(4): 361-7.

- 28) STAMOS, J. K.; ROWLEY, A. H. **Timely diagnosis of congenital infections**. Pediatric Clinics of North America, Philadelphia, v. 41, n. 5, p. 1017-1033, 1994.

- 29) TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA ATENÇÃO BÁSICA, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/testes-rapidos>>. Acesso em 06 de maio de 2020.

- 30) VÁZQUEZ M, IRIONDO M, AGUT T, POÓ MP, IBÁÑEZ M, KRAUEL X. **Follow-up programme dropouts in very low weight newborns before two years of age**. An Pediatr (Barc) 2011; 74(5): 309-16.

- 31) WILLIAMS PL, VAN DYKE R, EAGLE M, SMITH D, VINCENT C, CIUPAK G, et al. **Association of site- specific and participant-specific factors with retention of children in a long-term pediatric HIV cohort study.** Am J Epidemiol 2008, 167(11): 1375-86.
- 32) WOODS, C. R. **Syphilis in children: Congenital and acquired.** Seminars in Pediatric Infectious Diseases, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 245-257, 2005.
- 33) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women.** Geneva: WHO, 2017. Disponível: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreatment-guidelines/en/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

ANEXO 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS

1. Número do Prontuário da mãe

2. Idade

() 10 a 14 anos

() 15 a 19 anos

() 20 a 24 anos

() 25 a 29 anos

() 30 a 34 anos

() 40 anos ou mais

3. Reside em?

4. Onde realizou o Pré-Natal?

5. Escolaridade

() Analfabeta

() 1ª à 4ª série incompleta

() 4ª série completa

() 5ª à 8ª série incompleta

() Fundamental completo

() Médio Incompleto

() Médio Completo

() Superior Incompleto

() Superior Completo

() Ignorado

6. Raça/cor

() Branca

() Preta

() Amarela

- ☐ Parda
- ☐ Indígena
- ☐ Ignorado

7. Profissão

8. Idade gestacional

- ☐ Até 28 semanas
- ☐ 28 à 33 semanas e 6 dias
- ☐ 34 à 36 semanas e 6 dias
- ☐ Acima de 37 semanas

9. Número de Gestações

- ☐ Gesta 1
- ☐ Gesta 2
- ☐ Gesta 3 ou mais

10. Número de Partos Vaginais

- ☐ Para 1
- ☐ Para 2
- ☐ Para 3 ou mais
- ☐ Para 0

11. Número de Cesarianas

- ☐ C1
- ☐ C2
- ☐ C3 ou mais

12. Números de abortos

- ☐ A1
- ☐ A2
- ☐ A3 ou mais

☐ A0

13. Quantidade de Consultas no pré-natal

☐ Inadequado (Até 5 consultas)

☐ Adequado (6 Consultas ou mais)

14. Resultado do VDRL durante os 3 trimestres de Gestação

☐ Reagente Titulação ()

☐ Não Reagente () Não Realizado

15. Resultado do VDRL quantitativo da última medição? (preferencialmente no momento do parto)

16. Em qual trimestre da gestação foi diagnosticada infecção materna?

☐ 1º trimestre

☐ 2º trimestre

☐ 3º trimestre

☐ Não se aplica

17. Qual estágio da sífilis foi diagnosticado?

☐ Sífilis Recente (primária, secundária ou latente recente - Menos de 2 anos de evolução)

☐ Sífilis tardia (latente tardia ou com duração ignorada e terciária - Mais de 2 anos de evolução)

☐ Neurosífilis

☐ Não se aplica

18. Qual esquema terapêutico utilizado

☐ Penicilina Benzatina IM (2,4 milhões de UI, dose única)

☐ Penicilina Benzatina IM (2,4 Milhões de UI semanal, por 3 semanas)

☐ Penicilina Cristalina IV (18-24 milhões de UI/dia, 3-4 milhões de UI a cada 4h, por 14 dias)

☐ Não se aplica () Outros

19. O tratamento da Sífilis Gestacional foi iniciado até 30 dias antes do parto? () Sim

() Não

() Ignorado

() Não se aplica

20. O tratamento da gestante foi adequado?

() Sim

() Não

21. Qual o resultado do teste rápido para sífilis realizado no Centro Obstétrico?

() Reagente

() Não Reagente

() Não Coletado () Por que?

22. VDRL materno (Titulação)

() 1:2

() 1:4

() 1:8

() 1:16

() 1:32

23. Número do prontuário do Neonato

24. Idade Gestacional

() < 37 semanas (pré-termo)

() Entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias (a termo)

() 42 semanas ou mais (pós termo)

25. Peso ao nascimento

() >2500g

() Entre 1500g e 2500g (baixo peso)

() Entre 1000g e 1500g (muito baixo peso)

☐ <1000g (extremo baixo peso)

26. Classificação conforme peso e IG (De acordo com a curva do Dr. Paulo Margotto) ☐
AIG (entre percentil 10 e 90)

☐ PIG (abaixo do percentil 10)

☐ GIG (acima do percentil 90)

27. Estatura ao nascimento (De acordo com a curva do Dr. Paulo Margotto)

☐ Entre percentil 10 e 90

☐ Abaixo do percentil 10

☐ Acima do percentil 90

28. Perímetro Cefálico ao nascimento (De acordo com a curva do Dr. Paulo Margotto)

☐ Entre percentil 10 e 90

☐ Abaixo do percentil 10

☐ Acima do percentil 90

29. RN apresentou alguma alteração no exame físico sugestivo de sífilis congênita?

Pênfigo palmo-plantar, Lesões maculo-papulares anulares, Rinite serossanguinolenta, Icterícia, Sofrimento respiratório, Pseudoparalisia de membros, Linfadenopatia generalizada, Petéquias, Púrpuras, Fissura peribucal, Edema.

☐ Sim Qual ?

☐ Não

30. VDRL do RN pós-parto

☐ Reagente e 2 titulações maior que o materno

☐ Apenas reagente

☐ Não reagente

☐ Não realizado

☐ Não se aplica

31. Apresentou alterações no hemograma? () Sim

Série vermelha (Colocar limites da normalidade) () Série branca ()

Plaquetas () () Não

() Não realizado () Não se aplica

32. Apresentou alterações no raio-x de ossos longos?

() Sim - Qual alteração? (Avaliado pelo pediatra. Não tem laudo do radiologista)

() Não

() Não realizado

() Não se aplica

33. Apresentou alterações na punção lombar?

() Sim

() Leucócitos maior 25

() Proteínas maior 150

() Não

() Acidente de punção com impossibilidade de análise

() Não se aplica

34. VDRL do LCR

() Reagente Titulação : ()

() Não reagente

() Não se aplica

35. Qual a celularidade do LCR?

() > 25 cel/dL

() < 25 cel/dL

() Não se aplica

36. Proteinorraquia do RN

() > 150 mg/dL

() < 150 mg/Dl

☐ Não se aplica

37. Tratamento realizado

☐ Penicilina Benzatina

☐ Penicilina Cristalina

☐ Penicilina Procaína

☐ Não se aplica

38. Tempo de internação do RN:

☐ Menor de 72h

☐ Menor que 10 dias

☐ maior que 10 dias

39. Seguimento no ambulatório HUB?

☐ Sim

☐ Não

40. VDRL (titulação ao nascimento)

☐ 1:2

☐ 1:4

☐ 1:8

☐ 1:16

☐ 1:32

41. VDRL não reagente após seguimento

☐ 1 mês

☐ 2 mês

☐ 3 mês

☐ 6 mês

☐ 12 mês

☐ 18 mês

42. Quantas consultas na Infectologia pediátrica
43. Qual idade da alta infectologia pediátrica (VDRL negativar)
44. Qual complicação apresentou após a alta da maternidade?

Pênfigo palmo-plantar, Lesões maculo-papulares anulares, Rinite serossanguinolenta, Icterícia, Sofrimento respiratório, Pseudoparalisia de membros, Linfadenopatia generalizada, Petéquias, Púrpuras, Fissura peribucal, Edema.

45. Foi realizado avaliação oftalmológica (Fundoscopia)?

() Sim

() Não

46. Foi realizado Potencial Evocado Auditivo?

() Sim

() Não

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Sífilis e HIV nas gestantes atendidas no HuB no momento do Parto

Pesquisador: Karina Nascimento Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40814320.0.0000.0030

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.630.176

Apresentação do Projeto:

Conforme projeto da Plataforma Brasil:

Resumo:

A sífilis e o HIV são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de alta prevalência no Brasil, cujo risco de transmissão vertical está associado a significativos danos fetais, além de terem manejo comprovadamente eficaz na prevenção da transmissão materno-fetal oferecido e protocolado pelo SUS. Nesse contexto, preconiza-se o rastreamento pré-natal dessas enfermidades por meio do oferecimento de testes rápidos às gestantes, visando diagnóstico precoce e prevenção da transmissão em caso de resultado positivo. Tendo em vista que o atendimento de qualidade à mulher e o correto manejo clínico das ISTs na gestação são essenciais para a erradicação dessas doenças, o presente estudo tem como objetivo determinar a prevalência de sífilis e de HIV em gestantes atendidas no Hospital Universitário de Brasília no momento do parto, de modo a avaliar aspectos relacionados ao rastreamento pré-natal, ao tratamento da gestante e ao reflexo dessas variáveis no tempo de internação do neonato e em seu desfecho clínico, no cenário do sistema público de saúde do Distrito Federal. Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e descritivo, baseado na análise de dados colhidos de prontuários de gestantes admitidas ao centro obstétrico do Hospital Universitário de Brasília no período de maio de 2017 a maio de 2020. Mulheres com teste treponêmico positivo na ausência de histórico de sífilis, teste treponêmico positivo confirmado com realização de teste não treponêmico, teste não treponêmico positivo confirmado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cep@sunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.630.176

com a realização de teste treponêmico e/ou teste rápido ou sorologia para HIV positivos durante a gestação, incluindo o momento do parto, serão tidas como portadoras de sífilis e/ou HIV e serão consideradas neste estudo."

Metodologia proposta:

"Estudo retrospectivo, transversal, descritivo do tipo série de casos, baseado na análise das informações colhidas durante a admissão ao centro obstétrico do Hospital Universitário de Brasília. 1. População: gestantes que tiveram parto realizado no centro obstétrico do Hospital Universitário de Brasília; 2. Período: de maio de 2017 até maio de 2020. 3. Benefícios da pesquisa: A pesquisa vai avaliar, qualidade de rastreamento e tratamento nos serviços de pré-natal de doenças infecciosas de grande importância para a saúde não só da mulher como do recém nascido, permitindo entender o número de casos de sífilis e HIV congêntas e determinar com mais profundidade as deficiências do pré-natal enquanto ao cuidado destas doenças nas gestantes para assim poder projetar soluções que possam ser aplicadas tanto quanto no sistema de saúde privado quanto no Sistema Único de Saúde. Também vai ajudar a determinar se há uma correlação entre o diagnóstico precoce e a adequação do tratamento com a prevalência de sífilis e HIV nos recém nascidos e seu tempo de internação após parto, permitindo dar ênfase a importância desses cuidados com as gestantes. 4. Critérios de inclusão: presença de sorologia confirmatória para a positividade de HIV e sífilis durante a gestação, incluindo o momento do parto; a. Sorologia confirmatória para HIV: (1) teste-rápido para HIV reagente, (2) imunoenensaio reagente em 2 coletas distintas analisadas pelo mesmo laboratório. b. Sorologia confirmatória para Sífilis: teste treponêmico positivo na ausência de histórico de sífilis; (2) teste treponêmico positivo confirmado com realização de teste não treponêmico; (3) teste não treponêmico positivo confirmado com a realização de teste treponêmico; 5. Critérios de exclusão: ausência de sorologia confirmatória para a positividade de sífilis ou HIV durante a gestação, incluindo o momento do parto; 6. Coleta de dados: a coleta de dados será realizada através do preenchimento de ficha de dados idealizada para esse projeto, que está em anexo. 7. Planejamento do estudo: Os dados das gestantes e dos recém nascidos serão coletados dos prontuários das pacientes admitidas no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Brasília e do registro de vigilância epidemiológica, de maneira retrospectiva. Para a coleta se utilizaram as fichas anexas, assim as informações das gestantes e seus recém nascidos serão categorizadas de forma padrão. Tais dados serão analisados e correlacionados para determinar a prevalência de sífilis e HIV gestacional, a qualidade de rastreamento, adequação do tratamento, a prevalência sífilis e HIV congêntas e o tempo de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.630.176

intimação do recém nascido das gestantes portadoras destas doenças.8. Análise estatística: Os dados serão armazenados em planilha Excel e posteriormente analisados. Os dados descritivos serão analisados e apresentados tendência central (média ou mediana) de acordo com a distribuição da amostra (se normal ou não-normal) e em valores percentuais. Estatísticas descritivas e estatísticas inferenciais, como Teste t de Student, teste do qui-quadrado e teste de correlação de Pearson serão utilizados para comparar os resultados.9. Definição dos desfechos: a. Diagnóstico de Sífilis Gestacional: teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA, etc.)+ teste não treponêmico reagentes (VDRL, TRUST, etc.) b. Diagnóstico de HIV durante a gestação: teste rápido ou sorologia para HIV (esta apenas se resultado disponível em até 14 dias) positivos. c. Sífilis Congênita: i. Neonatos de mãe adequadamente tratada: titulação de VDRL neonatal >(1) duas vezes a titulação de VDRL materno. O VDRL deve ser coletado da mãe e do RN após o parto, sendo que no RN, o sangue deve ser periférico, ou seja, não deve ser coletado em vasos do cordão umbilical. ii. Neonatos de mãe não adequadamente tratada: Titulação de VDRL, coletada em sangue periférico, positiva. d. HIV congênito: i. Menores de 18 meses: dois resultados consecut"

"Critérios de inclusão: presença de sorologia confirmatória para a positividade de HIV e sífilis durante a gestação, incluindo o momento do parto; a. Sorologia confirmatória para HIV: (1) teste-rápido para HIV reagente, (2) imunoensaio reagente em 2 coletas distintas analisadas pelo mesmo laboratório.

b. Sorologia confirmatória para Sífilis: teste treponêmico positivo na ausência de histórico de sífilis; (2) teste treponêmico positivo confirmado com realização de teste não treponêmico; (3) teste não treponêmico positivo confirmado com a realização de teste treponêmico;"

"Critério de Exclusão: Serão excluídas as mães que se recusarem a participar da pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto da Plataforma Brasil:

"Objetivo Primário: Avaliar a prevalência da sífilis e do HIV no momento do parto na população de gestantes que tiveram parto realizado no Hospital Universitário de Brasília."

"Objetivo Secundário: (1) avaliar a prevalência de sífilis gestacional na população de gestantes que tiveram parto no Hospital Universitário de Brasília; (2) avaliar a prevalência de HIV na população de gestantes que tiveram parto no Hospital Universitário de Brasília; (3) avaliar a qualidade do rastreamento da gestante no sistema público de saúde do Distrito Federal; (4) avaliar a adequação do tratamento da gestante no sistema público de saúde do Distrito Federal; (5) avaliar se o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.630.176

tratamento e rastreamento da gestante influenciaram na prevalência da sífilis e do HIV congênitos e no tempo de internação do neonato; (6) comparar o impacto da mudança da diretriz do MS de sífilis congênita em 2019, na quantidade de exames realizados nos recém-nascidos; (7) comparar o impacto da mudança da diretriz do MS de sífilis congênita em 2019, na eficácia do tratamento do recém-nascido."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Um possível risco é a perda de confidencialidade das mães participantes. Para minimizá-lo a pesquisa dos dados será realizada no sistema eletrônico de prontuários (AGHU) do HuB/EBSERH onde somente os pesquisadores terão acesso. Na planilha de dados as participantes serão identificadas através de um número, não sendo possível então que outros tenham acesso aos nomes das mães participantes. Os dados serão mantidos em um banco de dados ao qual somente os pesquisadores terão acesso e esse banco de dados será matido em sigilo."

"Benefícios: A pesquisa vai avaliar, qualidade de rastreamento e tratamento nos serviços de pré-natal de doenças infecciosas de grande importância para a saúde não só da mulher como do recém nascido, permitindo entender o número de casos de sífilis e HIV congênitos e determinar com mais profundidade as deficiências do pré-natal enquanto ao cuidado destas doenças nas gestantes para assim poder projetar soluções que possam ser aplicadas tanto quanto no sistema de saúde privado quanto no Sistema Único de Saúde. Também vai ajudar a determinar se há uma correlação entre o diagnóstico precoce e a adequação do tratamento com a prevalência de sífilis e HIV nos recém nascidos e seu tempo de internação após parto, permitindo dar ênfase a importância desses cuidados com as gestantes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa da Liga de Pediatria da Área de Medicina da Criança e do Adolescente, sob a responsabilidade de Karina Nascimento Costa, professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade de Brasília.

O cronograma indica a coleta de dados entre março e julho de 2021.

O orçamento da pesquisa no valor total de R\$ 864,00, abrangendo deslocamento do pesquisador e acesso à internet, de custeio próprio.

Consta na projeto da Plataforma Brasil e na folha de rosto o N de 120 participantes de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: ceptsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.530.176

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1805914.pdf", postado em 25/02/2021.
2. Currículo Lattes de membro da equipe de pesquisa, Lucas Soares de Aguiar, graduando do Departamento de Medicina da Universidade de Brasília: "LattesI.pdf", postado em 21/02/2021.
3. Currículo Lattes de membro da equipe de pesquisa, Maria Eduarda de Almeida Santos, graduanda do Departamento de Medicina da Universidade de Brasília: "LattesI.pdf", postado em 21/02/2021.
4. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.507.799: "2CART.pdf", postado em 21/02/2021.
6. Projeto Detalhado: "2PROJ.pdf", postado em 21/02/2021.
7. Orçamento, no valor de R\$864,00, incluindo despesas de deslocamento e internet, de custeio próprio: "ORC.pdf", postado em 21/02/2021.
8. Cronograma de execução de atividades, informando coleta de dados entre março a julho de 2021: "CRONO.pdf", postado em 21/02/2021.
9. Instrumento de coleta de dados: "fichS.pdf", postado em 21/02/2021.
10. Modelo de TCLE: "TCLE.docx", postado em 25/02/2021.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer consubstanciado No. 4.507.799:

1. Quanto à documentação obrigatória:

1.1. Considerando que a Universidade de Brasília é a Instituição Proponente e o Hospital Universitário a Instituição Coparticipante, solicita-se apresentar Termo de Concordância da Instituição Proponente, a ser assinada pela Direção da Faculdade de Saúde;

1.2. Solicita-se corrigir a Instituição Proponente e apresentar Folha de Rosto assinada pela Direção da Faculdade de Saúde;

RESPOSTA: "Esclareço mui respeitosamente que conforme consta no Projeto inscrito na Plataforma Brasil, na folha de rosto e no próprio parecer a Instituição proponente do Projeto é: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH, que tem como representante responsável a Superintendente do Hospital Universitário de Brasília – HuB. Por esse motivo a folha de rosto e o Termo de Concordância da Instituição está assinada pelo responsável da Instituição proponente a Superintendente substituta do HUB, Dayde Lane Mendonça da Silva."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.630.176

2. Ressalta-se que custos com deslocamento e conexão à internet também são despesas de pesquisa, ainda que custeadas pela pesquisadora. Mesmo que os equipamentos/materiais permanentes a serem utilizados já sejam de uso pessoal da pesquisadora, solicita-se apresentar planilha de orçamento com os valores discriminados.

RESPOSTA: "Foi incluída planilha de orçamento considerando despesas da pesquisa conforme solicitado. Incluído também orçamento na plataforma Brasil."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Na Plataforma Brasil foi informado coleta de dados entre 22/06 a 17/08/20 e análise de dados entre 03/10/20 a 03/02/21, enquanto o documento ("CRONO.pdf") informa coleta entre os meses de janeiro a maio de 2021. Solicita-se uniformizar o cronograma dos documentos. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 468/2012, item XI.2.a).

RESPOSTA: "Foi corrigido o cronograma na plataforma Brasil e substituído o documento Cronograma.pdf, anexado à plataforma. Reitero que a coleta de dados será iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Em relação aos critérios de inclusão e exclusão, para que o participante seja excluído ele deverá ter sido previamente incluído, não devendo um ser a negação do outro. Solicita-se readequação dos critérios de inclusão e exclusão, tal alteração deve constar do projeto detalhado e da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: "Foi retirado do projeto na Plataforma Brasil e do Projeto.pdf (página 6 linha 7) a frase nos critérios de exclusão: "Critérios de exclusão: ausência de sorologia confirmatória para a positividade de sífilis ou HIV durante a gestação, incluindo o momento do parto" e incluída a frase : "Serão excluídas as mães que se recusarem a participar da pesquisa"."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Segundo a Resolução CNS 468/2012, item V, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados" e ainda em seu item "II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, solicita-se que seja realizada análise de riscos,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.630.176

bem como formas de minimizá-los. Tal modificação deverá constar do TCLE, do projeto detalhado e do projeto da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: "Foi acrescentado ao Projeto da Plataforma Brasil na sessão riscos e benefícios

"Um possível risco é a perda de confidencialidade das mães participantes. Para minimizá-lo a pesquisa dos dados será realizada no sistema eletrônico de prontuários (AGHU) do HuB/EBSERH onde somente os pesquisadores terão acesso. Na planilha de dados as participantes serão identificadas através de um número, não sendo possível então que outros tenham acesso aos nomes das mães participantes. Os dados serão mantidos em um banco de dados ao qual somente os pesquisadores terão acesso e esse banco de dados será matido em sigilo".

Foi acrescentado ao Projeto detalhado na sessão riscos e benefícios: (página 9):

"Um possível risco é a perda de confidencialidade das mães participantes. Para minimizá-lo a pesquisa dos dados será realizada no sistema eletrônico de prontuários (AGHU) do HuB/EBSERH onde somente os pesquisadores terão acesso. Na planilha de dados as participantes serão identificadas através de um número, não sendo possível então que outros tenham acesso aos nomes das mães participantes. Os dados serão mantidos em um banco de dados ao qual somente os pesquisadores terão acesso e esse banco de dados será mantido em sigilo. Quanto aos benefícios a pesquisa vai avaliar, qualidade de rastreamento e tratamento nos serviços de pré-natal de doenças infecciosas de grande importância para a saúde não só da mulher como do recém nascido, permitindo entender o número de casos de sífilis e HIV congêntas e determinar com mais profundidade as deficiências do pré-natal enquanto ao cuidado destas doenças nas gestantes para assim poder projetar soluções que possam ser aplicadas tanto quanto no sistema de saúde privado quanto no Sistema Único de Saúde. Também vai ajudar a determinar se há uma correlação entre o diagnóstico precoce e a

adequação do tratamento com a prevalência de sífilis e HIV nos recém nascidos e seu tempo de internação após parto, permitindo dar ênfase a importância desses cuidados com as gestantes".

Foi acrescentado ao TCLE : Página 1; Linha 14

"O risco decorrente de sua participação na pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados. Para minimizar esse possível risco a pesquisa dos dados será realizada no sistema eletrônico de prontuários do HuB onde somente os pesquisadores terão acesso. Os dados serão armazenados em uma planilha de dados onde as participantes serão identificadas através de um número, não sendo possível então que outros tenham acesso aos nomes das mães participantes. Somente os pesquisadores terão acesso ao banco de dados e esse será mantido em sigilo. Se a senhora aceitar participar, estará contribuindo para um melhor entendimento da qualidade do

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.630.176

rastreamento e tratamento de doenças infecciosas de grande importância para a saúde da mulher e do recém-nascido nos serviços de pré-natal"

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Quanto à equipe de pesquisa:

5.1. Consta, na Plataforma Brasil, os nomes de Lucas Soares de Aguiar e Maria Eduarda de Almeida Santos, entretanto não foi apresentado o currículo de tais membros. Solicita-se a inserção de tais documentos na plataforma. Solicita-se a inserção de tais documentos na plataforma, bem como esclarecimento do papel de cada um na pesquisa.

5.2. Foi anexado o currículo lattes de Isabella Rivadeneyra Zuquilanda, entretanto seu nome não consta como membro da equipe de pesquisa na plataforma. Solicita-se sua inserção na equipe de pesquisa, bem como esclarecimento de seu papel na equipe de pesquisa.

5.3. Caso haja adição de novos membros, seus nomes devem ser informados na plataforma Brasil, seus currículos anexados e uma descrição de seu papel na pesquisa. Após aprovação do projeto de pesquisa, tal informação deverá ocorrer por meio da submissão de emenda ao projeto de pesquisa

RESPOSTA: "Foram acrescentados à Plataforma Lattes os Currículos Lattes atualizados de Lucas Soares de Aguiar e Maria Eduarda de Almeida Santos. A equipe de pesquisa foi reformulada e Isabella Rivadeneyra Zuquilanda não participa mais. Foi retirado o currículo Lattes dela da Plataforma Brasil."

ANÁLISE: A documentação foi apresentada. Embora não tenham sido esclarecidos os papéis dos pesquisadores na pesquisa, considera-se a **PENDÊNCIA ATENDIDA**.

6. Os arquivos "FICHA1.pdf" e "FICHA2.pdf" encontram-se corrompidos e incompletos, solicita-se apresentar de forma integral a ficha que será utilizada para a coleta dos dados nos prontuários.

RESPOSTA: "A ficha de coleta de dados foi acrescentada à Plataforma Brasil. Os arquivos "FICHA1.pdf" e "FICHA2.pdf" foram retirados."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

7. Quanto à solicitação de dispensa de TCLE, os dados constantes em prontuários são de propriedade do paciente e de seu responsável legal. Na pesquisa em questão, por tratar-se de assunto sensível (como infecção por sífilis e/ou HIV), o risco de exposição das informações dos pacientes é aumentado. Desta forma, solicita-se apresentar modelo de TCLE (conforme disponível no site do CEP/FS) e que seja realizado contato com as participantes antes do início da coleta de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.630.176

dados, para apresentação do TCLE e obtenção do consentimento.

Conforme consta no Artigo XXII da Res. 510/2016 CNS/MS: "registro do consentimento ou do assentimento: documento em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica e digital, que registra a concessão de consentimento ou de assentimento livre e esclarecido. (...)". De acordo com o Parágrafo 1 do Artigo 15 da Res CNS 510/2016: "Quando não houver registro de consentimento e do assentimento, o pesquisador deverá entregar documento ao participante que contemple as informações previstas para o consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa.". Recomenda-se que seja feito contato telefônico (com gravação) e que a participante indique um e-mail para receber uma cópia do TCLE assinado pelo pesquisador e digitalizado.

RESPOSTA: "Acrescentado TCLE a Plataforma Brasil. Retirado termo com solicitação de dispensa do TCLE."

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 468/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1605914.pdf	25/02/2021 23:21:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/02/2021 23:21:09	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	LatME.pdf	21/02/2021 18:11:04	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	LatLpdf.pdf	21/02/2021 18:10:43	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	ficHS.pdf	21/02/2021 18:10:14	Karina Nascimento Costa	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.630.176

Cronograma	CRONO.pdf	21/02/2021 18:09:46	Karina Nascimento Costa	Aceito
Orçamento	ORC.pdf	21/02/2021 18:08:59	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	2CART.pdf	21/02/2021 18:08:21	Karina Nascimento Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2PROJ.pdf	21/02/2021 18:06:33	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	FSRESP.DOC	07/12/2020 18:10:50	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	FSCARTA.DOC	07/12/2020 18:09:16	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	FSTERMCONC.DOC	07/12/2020 18:08:29	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	LattesK.pdf	02/12/2020 16:18:20	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	Resumo.pdf	02/12/2020 16:16:15	Karina Nascimento Costa	Aceito
Outros	CARTA.pdf	02/12/2020 16:06:48	Karina Nascimento Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESPCOMP.pdf	02/12/2020 16:05:08	Karina Nascimento Costa	Aceito
Declaração de concordância	TermoConc.pdf	02/12/2020 16:04:40	Karina Nascimento Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	02/12/2020 15:49:14	Karina Nascimento Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 05 de Abril de 2021

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com