



Perfil epidemiológico de neonatos internados por doenças infectocontagiosas em hospital maternidade da região norte brasileira

Epidemiological profile of neonates admitted for infectocontagious diseases in a maternity hospital in the north brazilian region

Perfil epidemiológico de los neonatos hospitalizados por enfermedades infecciosas en una maternidad del norte de Brasil

Neurene Lameira Vieira Guimarães¹, Amanda Alves Fecury¹, Demilto Yamaguchi da Pureza¹, José Luis da Cunha Pena¹, Marluclena Pinheiro da Silva¹, Nely Dayse Santos da Mata¹, Anna Alice Garcia Caldas Nunes², Késsia Regina Ferreira Batista¹, Esther Lameira Vieira Cunha¹.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico dos neonatos internados por doenças infectocontagiosas em hospital maternidade no ano de 2022. **Métodos:** Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal, descritiva, exploratória, documental, e retrospectiva, realizada no principal hospital público de maternidade do estado do Amapá, com dados extraídos do Serviço de Arquivo Médico e do Núcleo de Epidemiologia do referido hospital. **Resultados:** Dos neonatos internados, 90,5% foi devido à sífilis congênita presumida, 8,3% devido à exposição ao HIV, 0,6% por toxoplasmose congênita e 0,6% por hepatite B. A idade mediana das mães foi de 25 anos, na maioria, de cor parda, possuindo o ensino fundamental, solteiras, donas de casa, com média de 4,5 consultas de pré-natal. Os neonatos apresentaram-se clinicamente assintomáticos em 59,04%, com o predomínio de icterícia nos sintomáticos. O tratamento de 84,7% dos neonatos ocorreu no hospital, em alojamento conjunto, com medicação endovenosa durante 10 dias, mas 14,46% apresentaram complicações clínicas com necessidade de tratamento em unidade de cuidados intermediários e intensivos. **Conclusão:** As patologias causadoras da internação dos neonatos, nesta pesquisa, são preveníveis, requerendo ainda melhorias nas ações estratégicas de prevenção, controle, e intervenção nos diversos níveis de atenção dos serviços de saúde para evitar a consequente morbidade e mortalidade neonatal.

Palavras-chave: Infecções, Prevenção de doenças, Morbidade, Recém-nascido, Mortalidade.

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiological profile of newborns hospitalized for infectious diseases in a maternity hospital in the year 2022. **Methods:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive, exploratory, documentary, and retrospective research, carried out in the main public maternity hospital in the state of Amapá, with data extracted from the Medical Archive Service and the Epidemiology Center of the aforementioned hospital. **Results:** Of the neonates admitted, 90.5% were due to presumed congenital syphilis, 8.3% due to exposure to HIV, 0.6% due to congenital toxoplasmosis and 0.6% due to hepatitis B.

¹ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá – AP.

² Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA.

The median age of the mothers was 25 years old, mostly mixed race, with primary education, single, housewives, with an average of 4.5 prenatal consultations. Neonates were clinically asymptomatic in 59.04%, with jaundice predominating in symptomatic ones. Treatment for 84.7% of newborns occurred in the hospital, in rooming-in, with intravenous medication for 10 days, but 14.46% presented clinical complications requiring treatment in an intermediate and intensive care unit. **Conclusion:** The pathologies causing hospitalization of newborns, in this research, are preventable, requiring improvements in strategic prevention, control, and intervention actions at different levels of care in health services to avoid the resulting neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Infections, Prevention of diseases, Morbidity, Newborn, Mortality.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico de los recién nacidos hospitalizados por enfermedades infecciosas en una maternidad en el año 2022. **Métodos:** Se trata de una investigación cuantitativa, transversal, descriptiva, exploratoria, documental y retrospectiva, realizada en las principales maternidades públicas. hospital del estado de Amapá, con datos extraídos del Servicio de Archivo Médico y del Centro de Epidemiología del citado hospital. **Resultados:** De los neonatos ingresados, el 90,5% fue por presunta sífilis congénita, el 8,3% por exposición al VIH, el 0,6% por toxoplasmosis congénita y el 0,6% por hepatitis B. La mediana de edad de las madres fue de 25 años, en su mayoría mestizas, con educación primaria, solteras, amas de casa, con un promedio de 4.5 consultas prenatales. Los neonatos fueron clínicamente asintomáticos en el 59,04%, predominando la ictericia en los sintomáticos. El tratamiento del 84,7% de los recién nacidos ocurrió en el hospital, en alojamiento conjunto, con medicación intravenosa durante 10 días, pero el 14,46% presentó complicaciones clínicas que requirieron tratamiento en unidad de cuidados intermedios e intensivos. **Conclusión:** Las patologías que causan la hospitalización de los recién nacidos, en esta investigación, son prevenibles, requiriendo mejoras en las acciones estratégicas de prevención, control e intervención en los diferentes niveles de atención en los servicios de salud para evitar la morbimortalidad neonatal resultante.

Palabras clave: Infecciones, Prevención de enfermedades, Morbosidad, Recién nacido, Mortalidad.

INTRODUÇÃO

As doenças infectocontagiosas são causas significativas de agravos no período fetal e neonatal, ocasionando abortamentos, partos prematuros, transmissão da gestante para o conceito, até o desfecho do óbito, sendo o conhecimento desses distúrbios importante por serem eventos preveníveis pela ação dos serviços de saúde através de medidas de prevenção, controle e intervenção, contribuindo para a diminuição da sua ocorrência nessa população vulnerável, e das possíveis consequências (OPAS, 2010; REGO MAS, et al., 2020). A transmissão de uma infecção da mãe para o filho (transmissão vertical) pode ocorrer, no útero (infecção congênita), durante o parto, e um pouco antes ou após o nascimento (infecção perinatal), através das vias ascendente (da parte superior da vagina através do colo do útero ao líquido amniótico), e hematogênica, devido à presença no sangue de vírus (viremia), bactérias (bacteremia), fungos (fungemia) ou parasitos (parasitemia), ocasionando o acometimento tanto do feto quanto do neonato, e dependendo do agente infeccioso, da idade gestacional, e da situação imunológica da mãe (PINHATA MMM E YAMAMOTO AY, 1999; OPAS, 2010; MARGOTTO PR, 2021).

As infecções perinatais afetam 0,5% a 2,5% de todos os nascimentos. Cursam com poucos sintomas na gestante, muitas vezes passando despercebidas, e no recém-nascido (RN) a maioria é assintomática, ou suas manifestações clínicas surgem tardiamente com sequelas da evolução da doença. O diagnóstico dessas infecções não é considerado fácil, sendo fundamental para a sua precisão o conhecimento da história social materna, gestacional e perinatal, assim como o exame clínico do bebê, juntamente com os exames complementares sorológicos, colhidos no mesmo período da mãe e do bebê (pareados) (REGO MAS, et al., 2020). Dentre as doenças infectocontagiosas, que causam agravos ao feto ou ao neonato,

encontram-se a Sífilis Congênita (SC), a Toxoplasmose Congênita, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), os Vírus da Hepatite B e C, havendo a influência de vários fatores no risco de infecção materna, como, nível socioeconômico, condições de habitação e saneamento, estado de imunização natural e/ou ativa, hábitos higiênico-alimentares, atividade profissional materna e até complicações obstétricas perinatais, práticas sexuais e drogadição, sendo infecções sexualmente transmissíveis, exceto a toxoplasmose, e também doenças de notificação compulsória (PINHATA MMM E YAMAMOTO AY, 1999, REGO MAS, et al., 2020; MARGOTTO, 2021).

A SC apresenta-se, ainda, como um dos maiores desafios à saúde pública mundial nos dias atuais, por ser uma doença evitável, de fácil tratamento, mas com alta transmissibilidade e frequência, e complicações graves, sendo, globalmente, a segunda principal causa de natimortos e estando associada à morbidade e à mortalidade significativas entre os neonatos afetados. É causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum* (*t. pallidum*), com transmissão vertical em qualquer período da gestação, e em qualquer fase da doença, assim como em gestações sucessivas, pela passagem do *T. pallidum* através da placenta, das membranas e fluidos amnióticos e também pelo contato com lesão genital materna no momento do parto, ou com lesões sífilíticas na mama (MARGOTTO PR, 2021; RAMCHANDANI MS, et al., 2023; SANKARAN D, et al., 2023).

A taxa de transmissão vertical é variável com o tempo de doença e com o tratamento materno, entretanto, a probabilidade de ocorrência da sífilis é influenciada pelo estágio da doença e pela duração da exposição fetal. Portanto, a transmissão é maior quando a mãe se apresenta na fase primária ou secundária sendo, de 70% a 100%, em mulheres não tratadas, e, de 30% na fase latente. Já em mães tratadas adequadamente, a transmissão é reduzida a 1,5%. O diagnóstico de SC é baseado na história materna do pré-natal e em exames complementares, pois 80% dos neonatos acometidos são assintomáticos (VIEIRA JM, 2020; MARGOTTO PR, 2021).

A ocorrência de SC é reconhecida como um indicador sensível de avaliação da qualidade da assistência pré-natal, por se tratar de uma doença de fácil prevenção e evitável através do diagnóstico e do tratamento precoces da sífilis gestacional, constituindo-se em um evento-sentinelas para o monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS), cuja ocorrência sugere falhas no funcionamento da rede de atenção básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde. Diversos aspectos e peculiaridades estão envolvidos na sua prevenção, como a realização dos exames pré-natais para a detecção da doença na gestante, tratamento adequado da sífilis gestacional, localização e tratamento dos parceiros e programas de educação em saúde que enfatizem práticas sexuais seguras e estratégias para reduzir o uso de drogas ilícitas (LOBATO PCT, et al., 2021; SANKARAN D, et al., 2023).

O manejo da SC inclui estratificação de risco, com base na história materna de sífilis, avaliação de testes não treponêmicos, exames laboratoriais, exame do líquido cefalorraquidiano e análise da radiografia dos ossos longos, tratamento com penicilina e testes treponêmicos de acompanhamento. O tratamento do recém-nascido pode envolver hospitalização prolongada e realização de exames mais complexos e onerosos (LOBATO PCT, et al., 2021; SANKARAN D, et al., 2023; BRASIL, 2023). Já o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que infecta as células T do sistema imunológico causando uma redução progressiva de seu número, e, conseqüentemente, a AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, ocorrendo transmissão da metade dos casos no terceiro trimestre da gestação, a partir da 36ª semana, durante o trabalho de parto ou no momento do parto, e pouco menos da metade de todos os casos ocorre durante amamentação e no período pós-natal (OPAS, 2010, UNICEF, 2021).

O risco de transmissão do HIV ao feto poderia ser reduzido substancialmente mediante o rastreamento universal de todas as grávidas no pré-natal, o acesso ao tratamento com antirretrovirais, a cesariana programada para a 38ª semana de gestação dependendo da carga viral, o uso de fórmula artificial exclusiva para a alimentação dos bebês e a profilaxia com antirretrovirais para o neonato exposto, o qual poderá nascer assintomático ou com sintomatologia inicial súbita pela prematuridade, ou com outras infecções congênitas associadas, devendo ter acompanhamento clínico e laboratorial até a definição de exclusão da

infecção (OPAS, 2010; MARGOTTO PR, 2021). Quanto à toxoplasmose congênita, é uma doença infecciosa que resulta da transferência transplacentária do *Toxoplasma gondii* para o feto, protozoário intracelular, devida à infecção primária materna durante a gestação ou próxima à concepção, por reativação de infecção prévia em mães imunodeprimidas, ou ainda em decorrência de reinfecção de uma gestante anteriormente imune com uma nova cepa, pela ingestão de alimentos com amostras mais virulentas, podendo o risco de transmissão materno-fetal estar em torno de 40% (REGO MAS, et al., 2020).

Apesar da elevada frequência de infecções inaparentes, a toxoplasmose congênita pode manifestar-se como uma doença sistêmica severa, passando despercebida no momento do nascimento, mas trazendo alterações em meses ou até anos depois, com manifestações como alterações oftalmológicas e neurológicas. Nos casos mais graves de infecção congênita, poderá ocorrer morte fetal ou o recém-nascido pode apresentar modificação do volume craniano, calcificações intracerebrais e/ou convulsões (MITSUKA BR, 2010).

O diagnóstico clínico do binômio mãe/filho é difícil e o tratamento precoce da criança com toxoplasmose congênita está associado ao menor número e à menor gravidade das sequelas. Faz-se necessário realizar o rastreamento da gestante durante o pré-natal e da criança suspeita ao nascimento, através de vários testes sorológicos pareados, também ultrassonografia de crânio, estudo do líquido céfalo-raquidiano, exame oftalmológico; entre outros (REGO MAS, et al., 2020, CDC, 2020).

O vírus da hepatite B (VHB) é um vírus pertencente à família Hepadnaviridae cujas formas mais importantes de transmissão entre adultos são as relações sexuais e a exposição percutânea ao sangue. A transmissão vertical poderá ocorrer durante a gestação, no momento do nascimento ou após o nascimento. O leite materno pode conter o vírus, mas o aleitamento materno não aumenta o risco de um bebê ser infectado (OPAS, 2010; SBP, 2017; MARGOTTO PR, 2021).

A hepatite B é responsável por aproximadamente 780.000 óbitos ao ano no mundo, e junto com a hepatite C, essas infecções são as principais causas de doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. A epidemiologia da hepatite B não é homogênea no Brasil, com taxas de detecção superiores à taxa nacional nas regiões Sul, Norte e Centro-Oeste. A região Amazônica é a que apresenta a prevalência mais alta de infecção crônica pelo VHB, e nessa, o Estado do Amapá caracteriza-se como uma área hiperendêmica para as infecções por hepatites B e C, mas, devido à sua extensão territorial e aos obstáculos naturais comuns que dificultam o acesso às comunidades, possui acesso limitado a muitos serviços de proteção social, como os de saúde (MARGOTTO PR, 2021; SANTANA JLA, et al., 2021; BRASIL, 2022). A infecção pelo Vírus da Hepatite B (VHB) é assintomática em 90% dos casos e quando adquirida no período perinatal, o risco de cronicidade é de 70% a 95%.

Os recém-nascidos podem apresentar elevação persistente dos testes de função hepática e alterações histopatológicas nas biópsias hepáticas, sendo a vacinação a medida mais efetiva de prevenção da infecção e suas consequências, devendo ser administrada em todos os recém-nascidos desde as primeiras horas de vida, e, nos bebês que nascem de mães portadoras do VHB deve ser acrescentada também a imunoglobulina específica contra a hepatite B como medida profilática (SBP, 2017; MARGOTTO PR, 2021). Com base nessas considerações e com grande sensibilidade ao assunto, foi desenvolvida esta pesquisa para o levantamento de dados locais e identificação dos fatores que contribuíram para a internação dos neonatos no hospital/maternidade pública de maior demanda do Estado do Amapá, com o intuito de trazer subsídios para compor estratégias de melhoria na saúde dessa população prevenindo assim a morbidade e mortalidade desses vulneráveis.

MÉTODOS

Pesquisa quantitativa, transversal, descritiva, exploratória, e documental, retrospectiva, realizada em hospital maternidade do município de Macapá, capital do estado do Amapá, com dados extraídos de documentos do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e do Núcleo de Epidemiologia hospitalar, após aprovação do projeto respeitando as normas éticas vigentes. Foram incluídos nesse estudo os recém-

nascidos internados desde o momento do nascimento ou que haviam saído de alta e retornaram ao hospital por motivos relacionados às doenças infectocontagiosas, no ano de 2022. Foram utilizados os programas Microsoft Excel 2016 e RStudio para realizar cálculos estatísticos.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amapá (CEP) sob o nº do Parecer 5.530.698, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 60234922.4.0000.0003 de 15 de julho de 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2022, no hospital maternidade foram internados e feita a notificação compulsória de 169 (cento e sessenta e nove) recém-nascidos com doenças infectocontagiosas congênitas. Dentre esses, 153 (cento e cinquenta e três) por sífilis congênita, totalizando 90,5%, os recém-nascidos expostos ao HIV totalizaram 14 (quatorze), representando 8,3%, já por toxoplasmose congênita: 01 (0,6%), e por hepatite B: 01 (0,6%).

Foi possível o acesso aos dados de 83 (oitenta e três) desses recém-nascidos e de suas mães, nos meses de janeiro a março de 2022, sendo a amostra de 49,11% dos casos, que compôs este trabalho.

O perfil da idade das mães dos neonatos acometidos variou entre 13 a 41 anos, com média de 24,64 e mediana de 25 anos **Tabela 1**, havendo destaque para a faixa etária entre 13 a 20 anos, portanto, de mulheres muito jovens, possivelmente devido ao início precoce e desprotegido da vida sexual, além da limitação do conhecimento sobre a doença e às formas de prevenção, demonstrando também que os adolescentes apresentam condição de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, necessitando de ações que promovam mudanças comportamentais.

Tabela 1 - Perfil das mães dos neonatos, quanto à idade, raça, cor, escolaridade.

Idade (anos)	N	%
13 - 20 anos	21	25,30
21 - 30 anos	53	63,86
31 - 40 anos	08	9,64
≥ 41 anos	01	1,20
Total	83	100,00
Média de idade (anos)		24,64
Mediana de idade (anos)		25
Cor/Raça	N	%
Parda	65	78,31
Preta	08	9,64
Branca	05	6,02
Amarela	02	2,41
Indígena	01	1,20
Ignorada	02	2,41
Total	83	100,00
Escolaridade	N	%
Ensino fundamental incompleto	23	27,71
Ensino fundamental completo	09	10,84
Ensino médio incompleto	14	16,87
Ensino médio completo	26	31,33
Ensino superior incompleto	04	4,82
Ensino superior completo	03	3,61
Ignorada	04	4,82
Total	83	100,00

Fonte: Guimarães NLV, et al., 2024.

Houve semelhança dos dados encontrados com outras pesquisas feitas na Amazônia, e também no Estado do Amapá, por Francisco VCC (2014), Araújo EC (2018), Lobato PCT, et al. (2021), e também com os dados nacionais do boletim epidemiológico sobre sífilis de 2022 (CHAVES CS, et al., 2021; CORRÊA MLN, et al., 2023; SOUZA ATS, et al., 2021; BRASIL, 2022). Quanto à cor/raça das mães, encontrou-se o predomínio da cor Parda em 78,31% **Tabela 1**, sendo esse dado compatível com o Censo de 2010 realizado pelo IBGE, onde, 65% dos amapaenses se declararam pardos, 24% brancos, 8,7% pretos e 1,1% indígenas. Os 1,2% restantes são amarelos e não declarados, demonstrando as características da população local (BRASIL, 2021). Na variável escolaridade das mães, observou-se que 27,71% possui ensino fundamental incompleto, e, 10,84% o ensino fundamental completo, totalizando 38,55% as que possuem apenas o ensino fundamental, já o ensino médio completo 31,33% (**Tabela 1**). Dados semelhantes também foram encontrados por Francisco VCC (2014), Araújo EC (2018), Lobato PCT, et al. (2021), já na pesquisa de Rohers MP (2020), realizada na região Sul do Brasil, a maioria possuía o ensino médio completo.

Esse perfil tem persistido no decorrer dos anos em diversas pesquisas, observando-se que a baixa escolaridade das pacientes está relacionada ao maior risco à saúde, devido o menor acesso à informação interferir no entendimento sobre a importância das medidas preventivas, dessa forma, prejudicando a interrupção na cadeia de transmissão da doença, com necessidade de novas estratégias educacionais pela atenção primária em saúde que contemplem essas pacientes, pois o vínculo forte da equipe multiprofissional com as pacientes tem sido descrito como fator determinante para maior adesão e continuidade da assistência pré-natal (CONCEIÇÃO HN, et al., 2019; GUIMARÃES MP, et al., 2020; TIBANA LA, 2022).

Em relação à procedência das mães, 83,14% foram procedentes da capital, Macapá, cidade mais populosa do estado do Amapá, de acordo com o IBGE (2022) **Tabela 2**. Já os outros 9,63% procederam de outros municípios Amapaenses, e 3,61% de outro estado, o Pará, mas também em 3,61% dos casos foi classificada como ignorada por falta de registro. A procedência do estado do Pará pode ser devida aos atendimentos de saúde nas diversas especialidades médicas e multiprofissionais também serem frequentemente requisitados por moradores do Estado do Pará e suas ilhas adjacentes, pela maior proximidade com a cidade de Macapá do que com a capital do Pará, Belém (ARAÚJO, B. M. e RÉGO, A. D. ARAÚJO, 2021).

Tabela 2- Perfil das mães dos neonatos, quanto à procedência.

Município de procedência	N	(%)
Macapá	69	83,14
Outro município do estado do Amapá *	08	9,63
Outro estado da Federação **	03	3,61
Ignorado	03	3,61
Total	83	100,00

Legenda: * Santana: 03 (3,61%) / Amapá: 01 (1,20%) / Ferreira Gomes: 01 (1,20%) / Itauba: 01 (1,20%) / Porto Grande: 01 (1,20%) / Tartarugalzinho: 01 (1,20%) ** Pará (Afuá): 03 (3,61%). **Fonte:** Guimarães NLV, et al., 2024.

Em relação à ocupação das mães, 63,89% são donas de casa, 12,05% estudantes, 3,61% diaristas e 3,61% agricultoras **Tabela 3**. Perfil semelhante também foi encontrado nos trabalhos de, Francisco VCC (2014), Araújo EC (2018) e Meireles AAV (2021), onde a maioria das mães também eram donas de casa, sendo referido que a baixa frequência de atividades remuneradas entre as gestantes tem impacto negativo na renda familiar e a baixa escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis são fatores de risco prevalentes entre as gestantes portadoras de sífilis e de HIV (ARAÚJO EC, 2018). O estado civil solteira foi observado em 90,37% das mães (**Tabela 3**), o qual encontra-se de acordo com os dados do IBGE (2023) do Censo de 2010 em que 76,1% da população do Amapá, com 10 anos ou mais de idade, foi considerada como solteira devendo ser, portanto, a característica dessa população. Esses achados divergem da pesquisa de Araújo ECC (2018), realizada em área rural do Estado do Pará, no ano de 2015, onde houve o predomínio do estado civil casada.

Tabela 3 - Perfil das mães dos neonatos, quanto à ocupação/estado civil.

Ocupação	N	%
Dona de casa	53	63,89
Estudante	10	12,05
Diarista	03	3,61
Agricultora	03	3,61
Empregada doméstica	01	1,20
Balconista	01	1,20
Autônoma	01	1,20
Pescadora	01	1,20
Vendedora	01	1,20
Ignorada	09	10,84
Total	83	100,00
Escolaridade	N	%
Solteira	75	90,37
Casada	5	6,02
Divorciada	1	1,20
Ignorado	2	2,41
Total	83	100,00

Fonte: Guimarães NLV, et al., 2024.

Quanto ao histórico gestacional, 57,83% das mães já haviam apresentado mais de 02 gestações anteriores à atual, com 36,14% já sendo consideradas multíparas (mais de três gestações) e 22,89% gestantes de 1ª gravidez (primigestas) (Tabela 4). Concordando com as pesquisas de Araújo EC (2018), que apresenta a variável multiparidade como fator relevante na detecção de sífilis na gestação, e com a pesquisa de Padovani C, et al. (2018), em que houve associação da sífilis na gestação de mulheres multíparas. O abortamento em gestações anteriores já havia ocorrido em 33,73% do total das mães, sendo nas mães com sífilis 36,23%, não podendo ser descartada a associação com a ocorrência de sífilis na gestação anterior, e nas mães com HIV, houve a ocorrência de aborto anterior em 45,45% delas (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil das mães dos neonatos, quanto ao histórico gestacional e à ocorrência de abortos e à associação de aborto com sífilis / HIV.

Histórico gestacional	N	%
1ª	19	22,89
= 2	16	19,28
= 3	18	21,69
> 3	30	36,14
Total	83	100,00
Ocorrência de abortos		
Nao	55	66,27
Sim	28	33,73
Total	83	100,00
Associação de aborto com Sífilis		
Nao	44	63,77
Sim	25	36,23
Total	69	100,00
Associação de aborto com HIV		
Não	06	54,55
Sim	05	45,45
Total	11	100,00

Fonte: Guimarães NLV, et al., 2024.

Esse achado também foi observado, por Araújo EC (2018), a qual ressalta que é relevante observar o alto índice de abortamento entre as estudadas, pois existe uma importante relação entre doenças sexualmente transmissíveis e o abortamento, especialmente em relação à sífilis, podendo as mulheres com sífilis não tratadas na gravidez evoluir para perda fetal, abortamento espontâneo, prematuridade e danos à

saúde do bebê, por Padovani C, et al. (2018), em cuja pesquisa houve associação da sífilis com histórico de perda fetal. Nesta pesquisa, 86,75% das mães realizaram o pré-natal, tendo 58,33% iniciado no 1º trimestre de gestação (**Tabela 5**), com média de 4,5 consultas, observando-se que isso não impediu a cadeia de transmissão, e estando abaixo das recomendações da OMS de, no mínimo, 08 consultas.

Várias pesquisas têm demonstrado que o acompanhamento pré-natal de qualidade está associado à redução dos desfechos negativos, como prematuridade, abortamentos e as sequelas da SC, assim como a sua ocorrência pode estar relacionada com falhas nos exames de rastreamento, dificultando o diagnóstico precoce da doença (DOMINGUES RMSM e LEAL MC, 2016; VIEIRA JM et al., 2020; MEIRELES AAV et al., 2021; FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2016).

Tabela 5 - Perfil das mães dos neonatos, quanto à realização do pré-natal.

Realização do pré-natal	N	%
Não	11	13,25
Sim	72	86,75
Total	83	100,00
Início do pré-natal	N	%
1º trimestre	42	58,33
2º trimestre	23	31,94
3º trimestre	07	9,72
Total	72	100,00

Fonte: Guimarães NLV, et al., 2024.

Tabela 6 - Perfil dos neonatos, quanto à idade gestacional, idade gestacional/peso, sexo/gênero e anomalias congênitas.

Classificação da idade gestacional	N	%
Termo	72	86,75
Prematuro	11	13,25
Total	83	100,00
Idade gestacional/peso	N	%
Adequado	71	85,55
Baixo peso	11	13,25
Grande p/ idade gestacional	1	1,20
Total	83	100,00
Sexo/gênero	N	%
Masculino	46	55,42
Feminino	36	43,37
Ignorado	1	1,20
Total	83	100,00

Fonte: Guimarães NLV, et al., 2024.

Nesta pesquisa, 83,14% das mães com sífilis presumida apresentaram o teste não treponêmico quantitativo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) “reagente” no momento do parto, contra 13,25% dos testes “não reagentes”, o qual é utilizado para identificar infecção ativa e monitorar o tratamento.

Já em relação ao teste rápido imunocromatográfico treponêmico, 71,09% das mães apresentaram o teste positivo, no parto, contra 27,71% que apresentaram negativo. Já os recém-nascidos com SC presumida, apresentaram o VDRL quantitativo “reagente” em 68,68% dos casos, contra 20,48% “não reagente”.

Existem muitas condições que podem produzir resultados falso-positivos para sífilis em testes não treponêmicos, sendo a própria gravidez uma delas, sendo necessário a associação do uso de testes treponêmicos, que podem identificar infecção ativa ou memória imunológica (PADOVANI C, et al., 2018). Quanto a tratamento no pré-natal, 50,72% não foram tratadas, contra 27,54% que foram tratadas, e 18,84% receberam tratamento incompleto, sendo a penicilina benzatina a medicação utilizada para esse fim.

Em relação ao tratamento do parceiro, 8,70% não foram tratados e em 55,07% dos casos não havia registro de tratamento nos documentos pesquisados, sendo considerados como ignorados e demonstrando as fragilidades nos registros e o prejuízo que isso pode ocasionar, como por exemplo, as subnotificações. É importante considerar que há alto risco de reinfecção se apenas as mulheres receberem tratamento adequado, mas seus parceiros não; essas situações ratificam a importância do seguimento da gestante após o tratamento (PADOVANI C, et al., 2018).

Em relação ao tratamento dos recém-nascidos, 84,7% desses foram tratados no hospital, no alojamento conjunto com as suas mães, com Penicilina cristalina por via endovenosa durante 10 dias, devido à ausência no serviço dos exames complementares que avaliassem o acometimento do sistema nervoso central, e com isso não ser possível direcionar o recém-nascido para continuação do tratamento de forma ambulatorial em Unidade Básica de Saúde (UBS), e 92,78% não apresentaram complicações clínicas, mas em 14,46% dos casos, os bebês internados apresentaram complicações com necessidade de admissão nas unidades neonatais de cuidado intensivo e intermediário. (LOBATO PCT, et al., 2021; CARDOSO DM, et al., 2022).

Em relação às mães com HIV, 85,55% tiveram o diagnóstico antes do parto, sendo que dessas, 72,73% foram tratadas durante a gestação, com carga viral conhecida e indetectável em 18,18% dos casos, conhecida e detectável em 27,27% dos casos, e desconhecida em 54,55%. Em virtude da carga viral da maioria das mães ser desconhecida no momento do parto, os seus recém-nascidos foram classificados em alto risco de exposição ao vírus (72,73%), tendo sido iniciado o tratamento com três drogas antivirais preconizadas pelo protocolo do M.S. do Brasil.

Portanto, um ponto de fragilidade no controle desse agravo, foi o desconhecimento do exame da carga viral das mães no momento do parto, sendo esse fator decisivo para a indicação do número de drogas que o neonato receberá como profilaxia da doença (BRASIL, 2023). Houve 03 (três) casos de mães que estavam em tratamento para toxoplasmose no momento do parto, com sorologias positivas na gestação, sendo possível o diagnóstico de 01 bebê que apresentou exames positivos. O desfecho dessas situações foi o encaminhamento dos recém-nascidos para o seguimento ambulatorial especializado com infectologista para que fosse possível o seguimento das notificações.

CONCLUSÃO

O predomínio da SC, nesta pesquisa, como causa de internação do neonato demonstra que, apesar das estratégias atuais para erradicação desse agravo, ele ainda persiste como um grande problema de saúde pública local, fazendo-se necessário o desenvolvimento de novas medidas que contemplem todas as particularidades que envolvem o cuidado integral à saúde da mulher, do seu parceiro e do seu recém-nascido, devendo participar desse, equipes multiprofissionais, tanto da atenção primária quanto da atenção especializada, que necessitam estar em contingente e capacitação adequados, preparados para atuarem na educação e conscientização sobre o problema e nas formas de prevenção, além de busca ativa da população acometida, no manejo humanizado e individualizado, e na garantia do diagnóstico e do tratamento precoces e sem falhas.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, e ao Hospital Maternidade os quais possibilitaram a realização dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, EC. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. Rev Pan Amaz Saúde. 2018; 09(1): 33-9.

2. ARAÚJO, BM e RÊGO AD. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes internadas em uma maternidade pública do Estado do Amapá. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2021; 03(10): 123-137.
3. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Panorama do Censo 2022*. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal Acesso em julho de 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Técnica n.º 14/2023 – DATHI/SVSA/MS. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de Benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/sei_ms_-_0034352557_-_nota_tecnica_penicilina.pdf/view Acesso em setembro de 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. *Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2022*. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022> Acesso em abril de 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2022*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2022-numero-especial> Acesso em março de 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. *Boletim Epidemiológico de Sífilis. Número Especial. Out. 2022. Ano 6 – nº 01*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022> Acesso em fev. 2023.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis. 2. ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2021*. Disponível em: www.aids.gov.br Acesso em abril de 2022.
9. BRASIL. Portal de Boas Práticas. Instituto Fernandes Figueiras. Fiocruz. *Postagens Principais Questões sobre Segurança do Cuidado ao Recém-nascido de Risco. 28 ago 2020*. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-promovendo-seguranca-rn/> Acesso em maio de 2023.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016*. https://bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf Acesso em: 15 set. 2023.
11. CARDOSO DM et al. Internações hospitalares por sífilis congênita no Brasil / Internações hospitalares por sífilis congênita no Brasil. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*. 2022; S. I. (3): 18668–18680.
12. CDC, Global Health, Division of Parasitic Diseases and Malaria. *Parasites – Toxoplasmosis (Toxoplasma infection)*. Mai., 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/health_professionals/index.html Acesso em abril de 2022.
13. CESAR JÁ et al. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*, 2020; 23: E200012.
14. CHAVES CS et al. Vulnerabilidade dos adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis/HIV. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, 2021; S. I. (2): 4880–4898.

15. CONCEIÇÃO HN, et al. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita / Epidemiological and spatial analysis of cases of gestational and congenital syphilis. *Saúde debate*, 2019; 43(123): 1145-1158.
16. CORRÊA MLN, et al. Análise da sífilis congênita no município de Macapá no período de 2015 a 2020. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023; 23(6): e12583.
17. CUNHA ARC e MERCHAN-HAMANN E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(6): 479–86.
18. DOMINGUES RMSM e LEAL MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2016; 32 (6).
19. FRANCISCO VCC. Sífilis congênita no município de Macapá/AP: análise dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a 2012. Orientador: Demilto Yamaguchi da Pureza. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2014.
20. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Toxoplasmose na Gestação. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/toxoplasmose-na-gestacao/> Acesso em abril de 2022.
21. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Estratégia Fiocruz para Agenda 2030. Projeto Saúde Amanhã. O.M.S. divulga novas recomendações para grávidas. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/oms-divulga-novas-recomendacoes-para-gravidas/#:~:text=Est%C3%A3o%20entre%20as%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%3A,atividades%20f%C3%ADsicas%20durante%20a%20gravidez> Acesso em 02 de novembro de 2023.
22. GUINSBURG R e ALMEIDA MFB. Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-1> Acesso em maio de 2023.
23. GUIMARÃES, MP et al. Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2020; 53(4): 398-404.
24. LOBATO PCT, et al. Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. *Rev enferm UFPE on line*. 2021; 15: e245767.
25. MAIA MMM et al. Prevalência de infecções congênitas e perinatais em gestantes HIV positivas da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2015; 37(9): 421-7.
26. MARGOTTO PR. Assistência ao Recém-Nascido de Risco, HMIB/SES/DF, Brasília, 4ª Ed., 2021.
27. MEIRELES AAV, et al. Sífilis congênita: incidência e caracterização epidemiológica em um estado da Amazônia. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; 10(6): e3210615100.
28. MITSUKA BR, et al. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas [online]. Londrina: EDUEL, 2010. 62 p.
29. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS. Centro Latino-Americano de Perinatologia / Saúde da Mulher e Reprodutiva - CLAP/SMR. INFECÇÕES PERINATAIS - Transmitidas de mãe para filho. MATERIAL EDUCATIVO PARA A EQUIPE DE SAÚDE. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1567.03) Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49341> Acesso em abril de 2021.
30. PADOVANI C, et al. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018; 26: e3019.
31. PINHATA MMM e YAMAMOTO AY. Infecções congênitas e perinatais. *J. pediatr*. 1999; 75(Supl.1): S15-S30.
32. RAMCHANDANI MS, et al. Syphilis: A Modern Resurgence. *Infectious disease clinics of North America*. 2023;37(2):195-222.
33. REGO MAS, et al. Toxoplasmose congênita. Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021). Sociedade Brasileira de Pediatria, Documento Científico Nº 6, julho de 2020.

34. ROEHRS MP, et al. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2020; 48(12): 753-9.
35. SANKARAN D, et al. S. Congenital Syphilis-An Illustrative Review. *Children (Basel)*. 2023 Jul 29; 10(8): 1310.
36. SANTANA JLA, et al. Hepatites b e c no estado do Amapá: panorama epidemiológico de uma década. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 2021; 02(02): 91-107.
37. SOUZA ATS, et al. Vulnerabilidades de adolescentes às infecções sexuais: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; S.I(1): e59910111867.
38. TIBANA LA. Prevalência de Infecção do Trato Urinário e TORCHS em gestantes assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Campo Grande no período de 2013 a 2018. Dissertação. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. Brasil. 2022
39. UNICEF. Uma criança foi infectada com HIV a cada dois minutos em 2020. Johannesburgo/Nova Iorque, 29 de novembro de 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/uma-crianca-foi-infectada-com-hiv-cada-dois-minutos-em-2020> Acesso em abril de 2022.
40. VIEIRA JM, et al. Sífilis Congênita no Brasil: Fatores que levam ao aumento da incidência dos casos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 2020; 32(1): 41-45.