

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR NOS ANOS DE 2010 A 2014.<sup>1</sup>

CHIUMENTO, Dayse Alba<sup>2</sup>  
GRIEP, Rubens<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Estudar a prevalência de sífilis congênita no município de Cascavel-PR, destacando seu papel como indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Material e Método:** Estudo descritivo, de natureza exploratória, com delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa do perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel-PR entre os anos de 2010 e 2014, realizado a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultado:** No período de 2010 a 2014, foram registrados 49 casos de sífilis congênita sendo que 29 (59,18%) dos recém-natos era do sexo masculino, 35 (71,42%) eram brancos, de mães também brancas (32 / 65,30%). A maioria dos casos foi notificado para mães com faixa etária entre 20 e 29 anos (24 / 48,9%) e entre 10 a 19 anos, (12 / 24,47%), com o Ensino Fundamental incompleto (19 / 38,77%). O diagnóstico de sífilis materna foi firmado basicamente no pré-natal da gestante (30 / 61,22%) ou no momento do parto/curetagem (17 / 34,69%). O tratamento da gestante foi considerado inadequado em 33 (67,34%) dos casos. Em relação aos exames laboratoriais da criança, o teste treponêmico teve como resultado ignorado na ficha de notificação em 27 (55,10%) casos e o teste não treponêmico apresentou resultado reagente em 31 casos (63,26%). O esquema de tratamento mais utilizado para os recém-natos foi à base de Penicilina G Cristalina (32 / 65,30%), sendo que tivemos como evolução de caso o óbito por sífilis congênita em 2 (4,08%) dos casos. **Conclusão:** Observamos a importância da sífilis congênita como indicador de saúde perinatal, visto ser uma doença totalmente passível de prevenção durante o pré-natal. A elevada prevalência de sífilis congênita observada permite questionar a qualidade da atenção pré-natal disponível na cidade de Cascavel-PR à população estudada. Por fim, é preciso melhorar o acompanhamento pré-natal e investigar melhor a história pregressa de doenças sexualmente transmissíveis na gestante e em seu parceiro sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças Sexualmente Transmissíveis. Perfil Epidemiológico. Sífilis. Sífilis Congênita.

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN COUNTY CASCAVEL / PR IN THE YEAR 2010 2014.

### ABSTRACT

**Objective:** To study the prevalence of congenital syphilis in Cascavel-PR, highlighting its role as a quality indicator of prenatal care. **Methods:** A descriptive study, exploratory, cross-sectional design and Qualiquantitative approach to the epidemiology of congenital syphilis in Cascavel-PR between the years 2010 and 2014, held from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). **Result:** In the period 2010-2014, there were 49 cases of congenital syphilis with 29 (59.18%) of the newborns were male, 35 (71.42%) were white, also white mothers (32 / 65.30%). Most cases were reported to mothers aged between 20 and 29 years (24 / 48.9%) and between 10-19 years (12 / 24.47%), with incomplete primary education (19/38, 77%). The diagnosis of maternal syphilis was basically signed in prenatal care of pregnant women (30 / 61,22%) or at delivery / curettage (17 / 34,69%). Treatment of pregnant women was considered inadequate in 33 (67.34%) cases. Regarding the laboratory tests of the child, the treponemal test resulted ignored in the reporting forms in 27 (55.10%) cases and non-treponemal test showed positive result in 31 cases (63.26%). The most widely used treatment regimen for newborns was based on crystalline penicillin G (32 / 65.30%), and had as evolution of case death from congenital syphilis in 2 (4.08%) cases. **Conclusion:** We observed the importance of congenital syphilis as perinatal health indicator, since it is a completely preventable disease during prenatal care. The high prevalence of congenital syphilis allows one to question the quality of prenatal care available in the city of Cascavel-PR to the study population. Finally, we need to improve prenatal care and better research the history of sexually transmitted diseases in the pregnant woman and her sexual partner.

**KEYWORDS:** Sexually Transmitted Diseases. Epidemiological Profile. Syphilis. Congenital syphilis.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis congênita constitui um tradicional evento-sentinelas para o monitoramento da Atenção Primária em Saúde por ser uma doença de fácil prevenção e tratamento e, cuja ocorrência sugere falhas no funcionamento da rede de atenção básica de saúde.

A abordagem correta da sífilis na gestante durante o pré-natal tem o potencial de reduzir a incidência de sífilis congênita em uma taxa significativa em nascidos vivos, sendo que um terço das gestações em mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de sífilis congênita.

De acordo com Holanda (2011), a sífilis congênita é transmitida por via transplacentária da gestante infectada pelo *Treponema pallidum* e não tratada para o recém-nascido, podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez sendo que taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 50 a 85% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo para 30% nas fases latente e terciária.

Sabemos que os cuidados durante a gestação e a vigilância precoce são fundamentais para o conhecimento e domínio das condições de nascimento e saúde da criança com sífilis congênita, doença que é passível de prevenção caso o pré-natal da gestante seja realizado corretamente.

1 Artigo elaborado a partir de pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Medicina, da Faculdade Assis Gurgacz.

2 Acadêmica do Curso de Medicina da FAG, e-mail [dayse\\_ac@hotmail.com](mailto:dayse_ac@hotmail.com).

3 Docente do Curso de Medicina da FAG, Doutorando em Saúde Coletiva UEL, e-mail [rgriep@gmail.com](mailto:rgriep@gmail.com).

Em 1993, o Ministério da Saúde, tornou compulsória a notificação da sífilis congênita por meio da publicação da Portaria nº 542 (VIEIRA, 2002) e, com o objetivo de reforçar o combate e a erradicação da sífilis congênita, passou a ser função da Atenção Básica em Saúde de todos os municípios o controle e tratamento das gestantes doentes.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico e elaborar série histórica da sífilis congênita no município de Cascavel-PR nos anos de 2010 a 2014, permitindo a análise do comportamento deste agravo e contribuindo com a elaboração de estratégias para o enfrentamento da sífilis congênita em nosso meio.

## 2. MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, de natureza exploratória, com delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa do perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel-PR entre os anos de 2010 e 2014. Os dados foram coletados junto à Divisão de Vigilância Epidemiológica do Departamento de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do município de Cascavel-PR.

Foram incluídos todos os recém-nascidos, abortos ou natimortos de partos ocorridos entre os anos de 2010 a 2014, filhos de mulheres residentes no município de Cascavel-PR, registrados no banco de dados do Sistema de Informação de Recém Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR e notificados como sífilis congênita junto o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram excluídos os nascimentos ocorridos em Cascavel-PR de mulheres residentes em outros municípios; nascimentos ocorridos em outros municípios de mulheres residentes em Cascavel-PR.

Os dados foram armazenados e tabulados em Excel 2010, sendo empregada análise descritiva dos dados obtidos por meio da distribuição de frequência das respostas. A presente pesquisa está em cumprimento com a Resolução nº 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

## 3. RESULTADOS

De acordo com os dados coletados no SINAN (2015), observou-se a ocorrência de 49 casos de sífilis congênita no município de Cascavel- PR entre os anos de 2010 e 2014. A Tabela 01 apresenta os dados de caracterização dos casos notificados ao longo dos anos.

Tabela 1- Dados de caracterização.

Dados de caracterização	2010 n / %	2011 n / %	2012 n / %	2013 n / %	2014 n / %
<b>Sexo da criança</b>					
Masculino	1 / 33,3%	3 / 60%	11 / 64,7%	7 / 53,8%	7 / 63,6%
Feminino	2 / 66,6%	2 / 40%	4 / 23,5%	6 / 46,1%	4 / 36,3%
Ignorado	0	0	2 / 11,76%	0	0
<b>Raça/cor da criança</b>					
Branco	2 / 66,6%	3 / 60%	11 / 64,7%	11 / 84,6%	8 / 72,7%
Pardo	1 / 33,3%	2 / 40%	2 / 11,7%	0	3 / 27,2%
Negro	0	0	1 / 5,8%	0	0
Amarelo	0	0	0	2 / 15,3%	0
Ignorado	0	0	3 / 17,6%	0	0
<b>Raça/ cor da mãe</b>					
Branco	2 / 66,6%	2 / 40%	10 / 58,8%	11 / 84,6%	7 / 63,6%
Pardo	1 / 33,3%	3 / 60%	4 / 23,5%	1 / 7,6%	4 / 36,3%
Negro	0	0	1 / 5,8%	0	0
Amarelo	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	2 / 11,7%	2 / 15,3%	0
<b>Faixa etária da mãe</b>					
10 a 19 anos	2 / 66,6%	1 / 20%	2 / 11,7%	2 / 15,3%	5 / 45,4%
20 a 29 anos	1 / 33,3%	2 / 40%	7 / 41,1%	9 / 69,2%	5 / 45,4%
30 a 39 anos	0	2 / 40%	6 / 35,2%	2 / 15,3%	1 / 9,0%
40 a 49 anos	0	0	1 / 5,8%	0	0
Ignorado	0	0	1 / 5,8%	0	0
<b>Escolaridade materna</b>					
Analfabeto	0	1 / 20%	0	0	0
Ensino Fundamental I	0	0	3 / 17,6%	11 / 84,6%	5 / 45,4%
Ensino Fundamental II	1 / 33,3%	1 / 20%	3 / 17,6%	0	0
	0	0	3 / 17,6%	0	3 / 27,2%

Ensino Médio incompleto	2 / 66,6%	1 / 20%	1 / 5,8%	0	0
Ensino Médio completo	0	0	0	0	0
Superior incompleto	0	0	0	0	0
Superior completo	0	2 / 40%	7 / 41,1%	2 / 15,3%	3 / 27,2%
Ignorado					
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>					
Durante o pré-natal	2 / 66,6%	2 / 40%	7 / 41,1%	9 / 69,2%	6 / 54,5%
No momento do parto/curetagem	1 / 33,3%	3 / 60%	7 / 41,1%	2 / 15,3%	4 / 36,3%
Após o parto	0	0	3 / 17,6%	1 / 7,6%	1 / 9,0%
Não realizado	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	1 / 7,6%	0
<b>Total</b>	<b>3 / 100%</b>	<b>5 / 100%</b>	<b>17 / 100%</b>	<b>13 / 100%</b>	<b>11 / 100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

As informações contidas na Tabela 2 mostram os 49 casos de sífilis congênita notificados entre os anos de 2010 e 2014, com ênfase para a pesquisa laboratorial da gestante/puérpera e o tratamento utilizado.

Tabela 2 - Exames laboratoriais e adequabilidade do tratamento gestante/puérpera.

Exame/Tratamento	2010 n / %	2011 n / %	2012 n / %	2013 n / %	2014 n / %
<b>Teste não treponêmico*</b>					
Reagente	3 / 100%	5 / 100%	12 / 70,5%	13 / 100%	10 / 90,9%
Não reagente	0	0	2 / 11,7%	0	0
Não realizado	0	0	3 / 17,64%	0	1 / 9%
<b>Teste treponêmico*</b>					
Reagente	1 / 33,3%	2 / 40%	0	6 / 46,1%	2 / 18,1%
Não reagente	0	0	1 / 5,8%	1 / 7,6%	3 / 27,2%
Não realizado	2 / 66,6%	2 / 40%	14 / 82,3%	6 / 46,1%	6 / 54,5%
Ignorado	0	1 / 20%	2 / 11,7%	0	0
<b>Esquema de tratamento gestante</b>					
Adequado	0	0	0	1 / 7,6%	1 / 9%
Inadequado	3 / 100%	3 / 60%	9 / 52,9%	12 / 92,3%	6 / 54,5%
Não realizado	0	2 / 40%	8 / 47%	0	4 / 36,3%
<b>Total</b>	<b>3 / 100%</b>	<b>5 / 100%</b>	<b>17 / 100%</b>	<b>13 / 100%</b>	<b>11 / 100%</b>

\* Parto/curetagem

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 3 apresenta os dados laboratoriais das crianças notificadas como sífilis congênita entre os anos de 2010 e 2014.

Tabela 3 - Exames laboratoriais e diagnóstico radiológico da criança.

Exames laboratoriais e radiológico	2010 n / %	2011 n / %	2012 n / %	2013 n / %	2014 n / %
<b>Teste não treponêmico - Sangue</b>					
Reagente	2 / 66,6%	4 / 80%	7 / 41,1%	11 / 84,6%	7 / 63,6%
Não reagente	0	1 / 20%	4 / 23,5%	2 / 15,3%	2 / 18,1%
Não realizado	1 / 33,3%	0	3 / 17,6%	0	2 / 18,1%
Ignorado	0	0	3 / 17,6%	0	0
<b>Teste treponêmico (após 18 meses)</b>					
Reagente	1 / 33,3%	0	0	0	0
Não reagente	0	0	1 / 5,8%	8 / 61,5%	0
Não realizado	1 / 33,3%	0	3 / 17,6%	3 / 23,07%	5 / 45,4%
Ignorado	1 / 33,3%	5 / 100%	13 / 76,4%	2 / 15,3%	6 / 54,5%
<b>Teste não treponêmico - Líquor</b>					
Reagente	0	0	1 / 5,8%	0	0
Não reagente	0	4 / 80%	5 / 29,4%	9 / 69,2%	8 / 72,7%
Não realizado	2 / 66,6%	1 / 20%	10 / 58,8%	4 / 30,7%	3 / 27,2%
ignorado	1 / 33,3%	0	1 / 5,8%	0	0
<b>Diagnóstico Radiológico da Criança</b>					
Realizado	0	4 / 80%	9 / 52,9%	11 / 84,6%	7 / 63,6%
Não realizado	2 / 66,6%	1 / 20%	7 / 41,1%	2 / 15,3%	4 / 36,3%

Ignorado	1 / 33,3%	0	1 / 5,8%	0	0
<b>Total</b>	<b>3 / 100%</b>	<b>5 / 100%</b>	<b>17 / 100%</b>	<b>13 / 100%</b>	<b>11 / 100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 4 apresenta os esquemas terapêuticos utilizados para o tratamento da sífilis congênita no município de Cascavel-PR entre os anos de 2010 e 2014 e a evolução dos casos.

Tabela 4 - Esquema de tratamento e evolução do caso.

<b>Tratamento e evolução do caso</b>	<b>2010 n / %</b>	<b>2011 n / %</b>	<b>2012 n / %</b>	<b>2013 n / %</b>	<b>2014 n / %</b>
<b>Esquema de tratamento</b>					
Penicilina G Cristalina*	1 / 33,3%	5 / 100%	7 / 41,1%	11 / 84,6%	8 / 72,7%
Penicilina G Procaína**	0	0	3 / 17,6%	0	0
Penicilina G Bezatina***	1 / 33,3%	0	2 / 11,7%	1 / 7,6%	1 / 9%
Não realizado	1 / 33,3%	0	2 / 11,7%	1 / 7,6%	1 / 9%
Ignorado	0	0	3 / 17,6%	0	1 / 9%
<b>Evolução do Caso</b>					
Vivo	2 / 66,6%	5 / 100%	12 / 70,5%	13 / 100%	9 / 81,8%
Óbito por sífilis congênita	0	0	1 / 5,8%	0	1 / 9%
Natimorto	1 / 33,3%	0	4 / 23,5%	0	1 / 9%
<b>Total</b>	<b>3 / 100%</b>	<b>5 / 100%</b>	<b>17 / 100%</b>	<b>13 / 100%</b>	<b>11 / 100%</b>

\* 100.000 a 150.000 UI/kg/dia (esquema de 10 dias).

\*\* 50.000 UI/kg/dia (esquema de 10 dias).

\*\*\* 50.000 UI/kg/dia

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2015).

### 3 DISCUSSÃO

No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de sífilis congênita. Em 1993, o Ministério da Saúde, ciente dos riscos perinatais e da magnitude de sífilis congênita no Brasil, lançou o Projeto de Eliminação da sífilis congênita até o ano de 2.000, visto ser esta uma entidade clínica totalmente passível de prevenção por meio da identificação e tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal. Contudo, as metas governamentais propostas não foram atingidas até agora e, de acordo com informações oficiais do próprio governo brasileiro, as taxas de sífilis congênita ainda permanecem extremamente elevadas (DE LORENZI, 2011).

Vale ressaltar que a sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 e, a partir de 1993, as notificações passaram a ocorrer via Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), entretanto, foram notificados ao Ministério da Saúde no período de 1998 a junho de 2005, apenas 29.396 casos de sífilis congênita, demonstrando a subnotificação desse agravo (MILANEZ, 2008).

De acordo com os dados apresentados, observou-se a ocorrência de 49 casos de sífilis congênita no município de Cascavel-PR, no período de 2010 a 2014, sendo que 2010 foi o ano de menor incidência com a notificação de 3 casos de sífilis congênita (6,12%) e 2012 foi o ano de maior incidência com a notificação de 17 casos de sífilis congênita (34%).

A maioria dos casos de sífilis congênita foi notificado para mães com faixa etária 20 a 29 anos, 24 pessoas (48,9%) e entre 10 a 19 anos, com 12 pessoas (24,47%). Em relação à raça/cor, observa-se predomínio da branca com 32 pessoas (63,5%), seguida da parda, com 13 pessoas (26,5%).

A sífilis congênita é um agravo que quase sempre reflete problemas de acesso e a utilização de serviços de saúde, prioritariamente na população mais desfavorecida. De acordo com os casos notificados no período de 2010 a 2014, percebemos uma maior concentração dos casos de sífilis congênita em recém-natos de mulheres com Ensino Fundamental I, com 19 gestantes (38,55%), e Ensino Fundamental II, com 5 gestantes (10,20%).

A gestante com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada pode transmitir para o seu conceito, por via transplacentária, em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, ou por via direta no canal do parto. Assim, ao analisarmos os dados da pesquisa de campo, observamos que 14 (28%) das gestantes não receberam tratamento para a sífilis, enquanto mais de 33 (60%) das pacientes receberam o tratamento inadequado, o que demonstra a fragilidade do nosso sistema de saúde, pois apenas 2 (4,08%) receberam o tratamento adequado para a doença.

A medida mais eficaz para rastreamento e prevenção da sífilis congênita consiste na realização da pesquisa de sífilis na gestante durante o pré-natal. A pesquisa é feita através do teste VDRL, que deve ser realizado o mais precoce possível, e que deve ser repetido por volta da 28ª e 38ª semanas de gestação. Diante da possibilidade de reinfecção da mulher, da possibilidade de que não sejam realizados os dois testes preconizados durante a gestação, pela ausência de pré-natal ou pela realização de um número muito pequeno de consultas, recomenda-se que seja feito um teste VDRL na

maternidade, no momento da admissão da paciente para o parto (ARAÚJO, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2004). Para nossas gestantes, 31 (87,75%) dos testes não treponêmicos realizados no parto/curetagem tiveram resultado reagente, o que reforça a manutenção desta rotina em gestantes que internam com ausência de registro de realização do VDRL ao longo do pré-natal e/ou ausência de registro de tratamento nos casos identificados.

Já os testes treponêmicos Fluorescence Treponemal Antibody-Absorption (FTA-ABS), Microhemagglutination - Treponema Pallidum (MHA-TP), Treponema pallidum Hemagglutination (TPHA) e Enzyme - Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) são qualitativos e detectam anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade. São, portanto, úteis na exclusão de resultados falso-positivos. Contudo, a sorologia treponêmica tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falso-negativos e, uma vez positivos, tendem a não se negativarem mesmo após a cura da infecção (MILANEZ, 2008).

O teste treponêmico realizado no parto/curetagem teve em 3 (6,12%) dos casos o resultado ignorado na ficha de notificação e não foi realizado em 30 (61,2%) dos casos. Obtivemos como resultados reagentes, 11 (22,44%) e não reagente em 5 (10,20%) dos casos.

Dois outras situações também podem ocorrer na sífilis adquirida na gestação: o óbito fetal (natimorto) e o aborto por sífilis. O óbito fetal natimorto é por definição todo feto morto por sífilis, após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 550 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis não foi adequadamente tratada ou não recebeu o tratamento para tal doença. Já, o aborto por sífilis está relacionado a toda perda gestacional ocorrida antes das 22 semanas de gestação, com peso menor a 500 gramas, cuja mãe é portadora de sífilis e não foi tratada ou foi inadequadamente tratada (BRASIL, 2006).

O diagnóstico de sífilis materna no município de Cascavel-PR foi basicamente firmado durante o pré-natal da gestante, com 26 (53,06%) dos casos, mas observa-se que em 17 (34,60%) dos casos, o diagnóstico foi realizado no momento do parto/curetagem e que para 5 (10,20%) das gestantes o diagnóstico foi feito apenas após o parto. Observa-se ainda o registro de 2 (4,08%) mortes por sífilis congênita e 6 (12,24%) de natimortos.

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após segundo ano de vida), sendo que a sífilis congênita precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Já na doença tardia, observamos que as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 2008).

Observa-se por meio dos dados coletados que 28 (75,5%) dos casos de sífilis congênita foram assintomáticos, 8 (16,32%) tiveram sinais e sintomas ignorados e apenas 4 (8,16%) tiveram como principais sintomas a icterícia, anemia, hepatoesplenomegalia e lesões cutâneas.

A maior parte dos casos de sífilis congênita ocorreu em recém-natos do sexo masculino com 22 (59,18%), e em relação a raça/cor, observa-se uma maior ocorrência da branca com 35 (71,4%), seguida pela parda, com 8 (16,32%).

Outro dado de grande importância a ser analisado quando falamos na criança com sífilis congênita é o quadro laboratorial. O teste não treponêmico feito com sangue periférico teve como resultado reagente em 31 (63,26%) dos casos. Devemos nos atentar também para a grande porcentagem de testes não realizados, com 6 (12,2%) casos e ignorados, com 3 (6,12%) casos. O teste treponêmico, realizado após 18 meses foi ignorado em 27 (55,10%) dos casos, e, não realizado em 12 (24,4%) dos casos. Obtivemos como resultado reagente apenas 1 (2,04%) dos casos e não reagente em 9 (18,36%) dos casos de sífilis congênita. Com relação ao teste não treponêmico do líquido, 1 (2,04%) caso teve resultado reagente, 26 (53,06%) não reagente, em 20 (40,81%) casos não foi realizado e em 2 (4,08%) casos foi ignorado.

Por fim, o diagnóstico radiológico da criança foi realizado em 31 (63,26%) dos casos de sífilis congênita, não realizado em 16 (32,65%) das crianças e ignorado em 2 (4,08%) das fichas de notificação.

A droga de escolha utilizada no tratamento da sífilis na gestação é a Penicilina Benzatina, que atravessa a barreira transplacentária e é o mesmo tratamento para sífilis adquirida em conformidade com a fase da doença (MILANEZ, 2008).

Recomenda-se o tratamento para a gestante com 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina intramuscular para a sífilis primária, 2.400.000 UI por duas semanas consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e 2.400.000 UI a cada semana, por três semanas, para a sífilis tardia ou de duração indeterminada (MILANEZ, 2008).

Para gestantes alérgicas à penicilina, deve ser feita a dessensibilização a droga e posteriormente o tratamento com penicilina. Na impossibilidade, essa gestante deverá ser tratada com eritromicina, porém, ela não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal sendo obrigatória a investigação e tratamento da criança após o nascimento (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 2008).

O esquema de tratamento mais utilizado nos recém-natos com SC é feito com Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia por 10 dias, sendo que dos 49 casos de sífilis congênita notificados entre 2010 a 2014, 32 fizeram o uso deste (65,30%). Já a Penicilina G Benzatina 50.000 UI/kg/dia foi o tratamento de escolha para 7 pacientes (14,28%) e a Penicilina G Procaína 50.000 UI/kg/dia (10 dias) para 3 (6,12%) dos pacientes. Destacamos a necessidade de busca

ativa para a efetivação/manutenção do tratamento proposto uma vez que observa-se ao longo dos anos o não tratamento em 10,2% dos casos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os sistemas de informações em saúde são essenciais para a análise, o monitoramento e a avaliação das condições de saúde da população. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é uma ferramenta muito importante pois é por meio dele que é possível fazer a notificação e a investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, como a Sífilis Congênita.

Os dados disponíveis nas fichas de notificação de sífilis congênita na cidade de Cascavel-PR ainda são falhos, pois, muitos profissionais ignoram dados de suma importância para o diagnóstico e tratamento da criança.

Assim, vale lembrar que no presente estudo encontramos algumas limitações relacionadas ao uso de dados das fichas de notificação, sujeitos a subregistro, erros ou subinformação no preenchimento dos campos da ficha de investigação.

#### **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, E, C; COSTA, K, S, G; SILVA, R, S; AZEVEDO, V, N, G; LIMA, F, A, S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Para. Med**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 7, p. 325-7, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

RODRIGUES, C, S; GUIMARÃES, M, D, C; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 16, n. 3, p. 168-75, 2004.