

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR NO ANO DE 2015

CARDOSO, Amanda<sup>1</sup>  
GRIEP, Rubens<sup>2</sup>

## RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel-PR, com o levantamento de dados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2015. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa do perfil dos nascidos vivos no município de Cascavel-PR no ano de 2015. 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. Foi concluído que no período de 2015, foram registrados 22 casos de sífilis congênita, sendo que em 2014 houveram 5 (cinco) casos, mostrando o grande aumento. 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 leva ao questionamento da qualidade da atenção pré-natal existente na cidade de Cascavel-PR. Ao analisar os resultados, conclui-se que há diagnóstico na maioria dos casos, porém o tratamento é inadequado, mesmo sendo de baixo custo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis congênita. Pré-natal. Sífilis. Perfil epidemiológico.

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE MUNICIPALITY OF CASCAVEL/PR IN THE YEAR 2015.

## ABSTRACT

This article aims to analyze the epidemiological profile of congenital syphilis in the municipality of Cascavel-PR, with data collection through the Information System of Notifiable Diseases (SINAN), in the year 2015. It is a descriptive study, Of an exploratory nature, with a cross-sectional design and quantitative approach to the profile of live births in the municipality of Cascavel-PR in the year 2015. Data were collected from the Epidemiological Surveillance Division of the Department of Health Surveillance of the Department of Health of the municipality of Cascavel -PR. It was concluded that in the period of 2015, 22 cases of congenital syphilis were registered, and in 2014 there were 5 (five) cases, showing the great increase. We observed the importance of congenital syphilis as an indicator of perinatal health, since it is a totally preventable disease during prenatal care. The high prevalence of congenital syphilis observed leads to questioning the quality of pre-natal care in the city of Cascavel-PR. When analyzing the results, it is concluded that there is a diagnosis in most cases, however the treatment is inadequate, even if it is low cost.

**KEYWORDS:** Congenital syphilis. Prenatal. Syphilis. Epidemiological profile.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é uma doença decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 2008).

É uma doença usada como indicador de avaliação da Atenção Básica em Saúde de cada

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina da FAG, e-mail [amanda\\_cardoso27@hotmail.com](mailto:amanda_cardoso27@hotmail.com)

<sup>2</sup> Docente do Curso de Medicina da FAG, Doutorando em Saúde Coletiva UEL, e-mail [rgriep@gmail.com](mailto:rgriep@gmail.com)

município e reflete, entre outros, a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento, bem como possibilita acompanhar as ações do sistema de vigilância em saúde desde a sua notificação até o desencadeamento de ações de investigação, tratamento e recomendação de estratégias para o controle da doença no âmbito da saúde coletiva.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo apresentar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel-PR no ano de 2015 confrontando os achados com os dados encontrados em anos anteriores, caracterizando os casos, o diagnóstico e a adequabilidade do tratamento realizado.

## **2. ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa do perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel-PR no ano de 2015. 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 em 2015, filhos de mulheres residentes no município de Cascavel-PR, registrados no banco de dados do Sistema de Informação de Recém Nascidos Vivos (SINASC) e notificados como sífilis congênita junto o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

a) Critérios de inclusão na pesquisa:

- Todo recém-nascido, aborto ou natimorto de mulher com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
- Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto de partos de mulheres residentes no município de Cascavel-PR, ocorridos a partir das 0 horas do dia 01 de janeiro de 2015 até às 23h59min. do dia 31 de dezembro de 2015.

b) Critérios para exclusão:

- Nascimentos ocorridos em Cascavel-PR de mulheres residentes em outros municípios;
- Nascimentos ocorridos em outros municípios de mulheres residentes em Cascavel-PR.

Os dados coletados foram digitados e organizados no programa Excel 2013, sendo empregada análise descritiva dos dados obtidos por meio da distribuição de frequência das respostas. A

intenção é a continuidade da pesquisa para uma abordagem comparativa por dez anos. Os dados obtidos foram confrontados com os achados por Chiumento e Griep (2015) em pesquisa que definiu o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel entre os anos de 2010 e 2014.

A presente pesquisa está em cumprimento com a Resolução nº 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), sob o número 59396116.8.0000.5219.

### 3. RESULTADOS

Através dos dados coletados no SINAN, observamos a ocorrência de 22 casos de sífilis congênita no município de Cascavel- PR no ano de 2015. A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização:

Tabela 1 – Dados de caracterização.

<b>Dados de caracterização</b>	<b>2015 n / %</b>
<b>Sexo da criança</b>	
Masculino	7 / 31,8%
Feminino	15 / 68,2%
Ignorado	0
<b>Raça/cor da criança</b>	
Branco	15 / 68,2%
Pardo	6 / 27,3%
Negro	1 / 4,5%
Amarelo	0
Ignorado	0
<b>Raça/ cor da mãe</b>	
Branco	15 / 68,2%
Pardo	6 / 27,3%
Negro	1 / 4,5%
Amarelo	0
Ignorado	0
<b>Faixa etária da mãe</b>	
10 a 19 anos	9 / 40,9%
20 a 29 anos	8 / 36,4%
30 a 39 anos	3 / 13,6%
40 a 49 anos	2 / 9,1%
Ignorado	0
<b>Escolaridade materna</b>	0
Analfabeto	6 / 27,3%
Ensino Fundamental incompleto	4 / 18,2%
Ensino Fundamental completo	2 / 9,1%

Ensino Médio incompleto	5 / 22,7%
Ensino Médio completo	0
Superior incompleto	1 / 4,5%
Superior completo	4 / 18,2%
Ignorado	
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>	
Durante o pré-natal	17 / 77,3%
No momento do parto/curetagem	5 / 22,7%
Após o parto	0
Não realizado	0
Ignorado	0
<b>Total</b>	<b>22 / 100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

As informações da Tabela 2 mostram os 22 casos de sífilis congênita notificados em 2015, listando a pesquisa laboratorial da gestante/puérpera e o tratamento utilizado.

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

<b>Exame/Tratamento</b>	<b>2015 n / %</b>
<b>Teste não treponêmico*</b>	
Reagente	21 / 95,5%
Não reagente	1 / 4,5%
Não realizado	0
<b>Teste treponêmico*</b>	
Reagente	3 / 13,6%
Não reagente	1 / 4,5%
Não realizado	18 / 81,8%
Ignorado	0
<b>Esquema de tratamento gestante</b>	
Adequado	0
Inadequado	13 / 59,1%
Não realizado	9 / 40,9%
<b>Total</b>	<b>22 / 100%</b>

\* Parto/curetagem  
Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 3 apresenta os dados dos exames laboratoriais das crianças notificadas como sífilis congênita em 2015.

Tabela 3 – Exames laboratoriais e diagnóstico radiológico da criança.

<b>Exames laboratoriais e radiológico</b>	<b>2015 n / %</b>
<b>Teste não treponêmico - Sangue</b>	
Reagente	18 / 81,8%
Não reagente	0
Não realizado	4 / 18,2%
Ignorado	0
<b>Teste treponêmico (após 18 meses)</b>	
Reagente	0
Não reagente	0
Não realizado	13 / 59,1%
Ignorado	9 / 40,9%
<b>Teste não treponêmico - Líquor</b>	
Reagente	0
Não reagente	11 / 50%
Não realizado	11 / 50%
ignorado	0
<b>Diagnóstico Radiológico da Criança</b>	
Realizado	12 / 54,5%
Não realizado	10 / 45,5%
Ignorado	0
<b>Total</b>	<b>22 / 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 em 2015 e a evolução dos casos.

Tabela 4 – Esquema de tratamento e evolução do caso.

<b>Tratamento e evolução do caso</b>	<b>2015 n / %</b>
<b>Esquema de tratamento</b>	
Penicilina G Cristalina*	14 / 63,6%
Penicilina G Procaína**	1 / 4,5 %
Penicilina G Bezatina***	2 / 9,1%
Não realizado	4 / 18,2%
Outro (que não penicilina)	1 / 4,5%
<b>Evolução do Caso</b>	
Vivo	17 / 77,3%
Óbito por sífilis congênita	4 / 18,2%
Natimorto	1 / 4,5%
<b>Total</b>	<b>22 / 100%</b>

\* 100.000 a 150.000 UI/kg/dia – 10 dias

\*\* 50.000 UI/kg/dia – 10 dias

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

Fonte: Dados da Pesquisa.

#### 4. DISCUSSÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical. Por isso, é classificada em adquirida e congênita sendo que os casos vem aumentando ao longo dos últimos anos, e a congênita é de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986, e a gestante, desde 2005 (LAFETÁ, 2016).

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 (HOLANDA, 2011).

Segundo Lafetá (2016) o controle da sífilis no Brasil faz parte das metas do Pacto pela Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) projetava a eliminação da sífilis congênita até 2015. Em termos epidemiológicos, a sífilis congênita é considerada indicador de qualidade da assistência pré-natal, garantindo que o acesso adequado ao pré-natal seja para todas as gestantes.

De acordo com os dados apresentados, observou-se a ocorrência de 22 casos de sífilis congênita no município de Cascavel-PR, no período de 2015, notando-se aumento do número de casos quando comparados aos anos de 2010 até 2014, como demonstrados por Chiumento e Griep em seu estudo (2015).

A maioria dos casos de sífilis congênita foi notificado para mães com faixa etária 10 a 19 anos, com 9 pessoas (40,9%) e entre 20 a 29 anos, com 8 pessoas (36,4%). Em relação à raça/cor, observa-se predomínio da branca com 15 pessoas (68,2%), seguida da parda, com 6 pessoas (27,3%). Nessas duas análises, percebemos uma mudança na faixa etária das mães, sendo que nos quatro anos anteriores quando analisados juntos, a maioria dos casos se davam entre 20 a 29 anos. Já a raça/cor manteve o predomínio da branca.

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 2015, há uma maior concentração dos casos de sífilis congênita em recém-nascidos de mulheres com ensino fundamental incompleto, com 6 gestantes (27,3%). Apesar da baixa escolaridade prevalecer, houveram 4 casos onde foi ignorada essa informação, o que poderia modificar o perfil das mulheres nesses casos.

Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde

e gestores. A gestante com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada pode transmitir para o seu concepto, por via transplacentária, em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, ou por via direta no canal do parto.

A partir da análise dos dados coletados na pesquisa, observamos que 9 (40,9%) das gestantes não receberam tratamento para a sífilis, enquanto que 13 (59,1%) das pacientes receberam o tratamento inadequado, o que escancara a fragilidade do sistema de saúde, principalmente por não ter uma única gestante que recebeu o tratamento adequado. Nota-se o mesmo padrão nos anos anteriores, com o tratamento inadequado na maioria dos casos. Observamos que todas as gestantes que fizeram tratamento, mesmo inadequado, tiveram acesso a Penicilina.

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 2.400.00 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 2.400.00 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).

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).

Em 2015, 21 (95,45%) 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 (13,63%) dos casos o resultado reagente, e não foi realizado em 18 (81,8%) dos casos. Apenas em 1 (4,6%) caso o teste treponêmico foi não reagente.

O diagnóstico de sífilis materna no município de Cascavel-PR foi basicamente firmado durante o pré-natal da gestante, com 17 (77,3%) dos casos, mas observa-se que em 5 (22,7%) dos casos, o diagnóstico foi realizado no momento do parto/curetagem. Quando comparados ao Anexo 1, houve um aumento nos casos diagnosticados durante o pré-natal, e uma redução dos diagnósticos durante o parto/curetagem. Há uma ausência de diagnósticos após o parto, não realizados ou ignorados. Observa-se ainda o registro de 4 (18,2%) mortes por sífilis congênita e 1 (4,5%) de natimortos.

A maior parte dos casos de sífilis congênita ocorreu em recém-nascidos do sexo feminino com 15 (68,2%), e em relação a raça/cor, observa-se uma maior ocorrência da branca com 15 (68,2%), seguida pela parda, com 6 (27,3%). Em relação ao quadro laboratorial do recém-nascido, o teste não treponêmico feito com sangue periférico teve como resultado reagente em 18 (81,8%) dos casos. Com relação ao teste não treponêmico do líquido, 11 (50%) casos tiveram resultado não reagente, e 11 (50%) não realizado. Vale lembrar que quando o teste não treponêmico do líquido não é realizado no recém-nato que tem o diagnóstico de sífilis congênita confirmado, esse deve ser tratado como se o seu diagnóstico fosse de neurosífilis. Já o diagnóstico radiológico da criança foi realizado em 12 (54,5%) dos casos de sífilis congênita, não realizado em 10 (45,5%) das crianças. O padrão basicamente se mantém com o dos anos anteriores.

O esquema de tratamento mais utilizado nos recém natos com sífilis congênita é feito com Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.00 UI/kg/dia por 10 dias, sendo que dos 22 casos de sífilis congênita notificados em 2015, 14 fizeram o uso deste (63,6%). Já a Penicilina G Benzatina 50.000 UI/kg/dia foi o tratamento de escolha para 2 pacientes (9,1%) e a Penicilina G Procaína 50.000 UI/kg/dia (10 dias) para 1 (4,5%) dos pacientes. Houve, em 4 (18,2%) casos, a não realização do tratamento e 1 (4,5%) caso onde outra terapia, que não a penicilina, foi utilizada.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos os dados relativos ao ano de 2015 e compará-los com os anos de 2010 a 2014, aumenta a preocupação em relação a ampliação dos casos, visto que a sífilis congênita é um importante indicador de avaliação da qualidade da atenção básica à saúde. Mesmo a sífilis sendo uma doença para qual existem recursos tanto diagnósticos como terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação ainda é um desafio para a saúde pública.

Os sistemas de informação em saúde tornam-se de extrema importância para a análise desses casos e para o monitoramento dessas situações. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é uma ferramenta importante por ser possível fazer as notificações e investigar os casos de doenças e agravos, porém sabe-se que os dados disponíveis nas fichas de notificação de sífilis congênita na cidade de Cascavel-PR ainda são falhos, já que muitos profissionais ignoram dados de grande importância para o diagnóstico e tratamento da recém-nato.

Por meio desse trabalho, analisando juntamente dados de anos anteriores, notamos que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis tiveram um tratamento inadequado, sendo esse o ponto de maior relevância, visto que há disponibilidade do medicamento, porém seu uso incorreto leva a infecção da criança.

Encontramos durante esse estudo 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.
- CHIUMENTO, D. A., GRIEP, R. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel/Pr nos anos de 2010 a 2014. **Revista Thêma et Scientia**. Cascavel, v. 5, n. 2E, jul/dez, 2015. n
- HOLANDA, M. T. C. G; BARRETO, M. A.; MACHADO, K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203-8, 2011.
- LAFETÁ, K. R. G.; JÚNIOR, H. M.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA. L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Universidade Estadual de Montes Claros. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v.19 n.1, Jan./Mar. 2016.

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**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 168-75, 2004.

ANEXO 1

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
Ensino Médio incompleto	0	0	3 / 17,6%	0	3 / 27,2%
Ensino Médio completo	2 / 66,6%	1 / 20%	1 / 5,8%	0	0
Superior incompleto	0	0	0	0	0
Superior completo	0	0	0	0	0
Ignorado	0	2 / 40%	7 / 41,1%	2 / 15,3%	3 / 27,2%
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>					
Durante o pré-natal	2 / 66,%	2 / 40%	7 / 41,1%	9 / 69,2%	6 / 54,5%
No 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: Chiumento e Griep (2015).

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: Chiumento e Griep (2015).

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	2 / 66,6%	1 / 20%	7 / 41,1%	2 / 15,3%	4 / 36,3%
Não realizado	1 / 33,3%	0	1 / 5,8%	0	0
Ignorado	0	4 / 80%	9 / 52,9%	11 / 84,6%	7 / 63,6%
<b>Total</b>	<b>3 / 100%</b>	<b>5 / 100%</b>	<b>17 / 100%</b>	<b>13 / 100%</b>	<b>11 / 100%</b>

Fonte: Chiumento e Griep (2015).

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: Chiumento e Griep (2015).