

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNIA EM CASCAVEL-PR NOS ANOS DE 2015 A 2022

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF CONGENITAL SYPHILIS CASES FROM 2015 TO  
2022

Luize Marques Lodi<sup>1</sup>  
Amanda Ebert Briancini<sup>2</sup>  
Susan Fischer Muller<sup>3</sup>  
Yohanna Sponholz<sup>4</sup>  
Guilherme Schibichewski de Oliveira<sup>5</sup>  
Urielly Tayná da Silva Lima<sup>6</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** Analisar a prevalência dos casos de sífilis congênita em Cascavel-Pr destacando o papel dessa doença como um tradicional evento-sentinel na Atenção Primária em Saúde, já que sua ocorrência sugere falhas no funcionamento do pré-natal. **Material e Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado de forma retrospectiva, por meio da análise de dados disponíveis publicamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para os casos de sífilis congênita no município de Cascavel-Pr, de 2015 a 2022. **Resultados:** Nesse período foram notificados 195.872 casos de sífilis congênita no Brasil, 6.517 casos no Paraná e 200 casos em Cascavel-Pr, sendo que 105 (52,5%) dos recém-natos eram do sexo feminino, de mães brancas 156 (78%). A maioria dos casos foram notificados para mães com idade entre 20-24 anos 83 (41,5%), com Ensino Médio Completo 50 (25%). O diagnóstico de sífilis materna foi firmado basicamente no pré-natal da gestante 138 (69%) ou no momento do parto/curetagem 50 (25%) e dessas, 179 (89,5%) realizaram o pré-natal, em relação ao tratamento dos parceiros, constatou-se que 132 (66%) não receberam tratamento. A maior parte dos diagnósticos de sífilis congênita 193 (96,5%) foram realizados até o sexto dia de vida do recém-nascido. Foi constatado também que houve 172 (86%) casos de sífilis recente, e quanto a evolução foram notificados 5 (2,5%) óbitos. **Conclusão:** Os resultados revelam alguns pontos frágeis na prevenção da sífilis congênita no município de Cascavel-Pr, demonstrando a necessidade de melhorias no pré-natal dessa população com urgência para implementação de estratégias educacionais, acesso facilitado a cuidados de saúde e reforço na triagem e tratamento das parcerias.

1178

**Palavras-chaves:** Perfil epidemiológico. Sífilis congênita. Cuidado pré-natal.

<sup>1</sup>Graduação em andamento em Medicina (2020-2026), Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, FAG, Brasil.

<sup>2</sup> Graduação em andamento em Medicina (2020-2026), Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, FAG, Brasil.

<sup>3</sup> Graduação em andamento em Medicina (2020-2026), Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, FAG, Brasil.

<sup>4</sup> Graduação em andamento em Medicina (2020-2026), Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, FAG, Brasil.

<sup>5</sup> Graduação em andamento em Medicina (2019-2025), Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, FAG, Brasil.

<sup>6</sup> Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe (2015-2017). Faculdade Pequeno Príncipe, FPP, Brasil.

**ABSTRACT: Objective:** To analyze the prevalence of cases of congenital syphilis in Cascavel-Pr, highlighting the role of this disease as a traditional sentinel event in Primary Health Care, as its occurrence suggests failures in the functioning of prenatal care. **Material and Method:** Descriptive study, with a quantitative approach, carried out retrospectively, through the analysis of publicly available data in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) for cases of congenital syphilis in the municipality of Cascavel-Pr, in 2015 to 2022. **Results:** During this period, 195,872 cases of congenital syphilis were reported in Brazil, 6,517 cases in Paraná and 200 cases in Cascavel-Pr, with 105 (52.5%) of the newborns being female, of white mothers 156 (78 %). The majority of cases were reported to mothers aged between 20-24 years old 83 (41.5%), with completed high school 50 (25%). The diagnosis of maternal syphilis was basically established during the pregnant woman's prenatal care 138 (69%) or at the time of delivery/curettage 50 (25%) and of these, 179 (89.5%) underwent prenatal care, in relation to treatment of partners, it was found that 132 (66%) did not receive treatment. Most congenital syphilis diagnoses 193 (96.5%) were made up to the sixth day of the newborn's life. It was also found that there were 172 (86%) cases of recent syphilis, and regarding the evolution, 5 (2.5%) deaths were reported. **Conclusion:** The results reveal some weak points in the prevention of congenital syphilis in the city of Cascavel-Pr, demonstrating the need for improvements in prenatal care for this population with urgency to implement educational strategies, facilitated access to health care and reinforcement of screening and treatment of partnerships.

**Keywords:** Epidemiological profile. Congenital syphilis. Prenatal care.

## 1 INTRODUÇÃO

1179

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, transmitida pela via sexual e verticalmente durante a gestação. Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não trataram ou que foram tratados inadequadamente. Seu agente etiológico, o *Treponema pallidum*, nunca foi cultivado e, apesar de descrito há mais de 100 anos e sendo tratado desde 1943 pela penicilina, sua droga mais eficaz, continua como um problema de saúde importante em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

A sífilis congênita acontece quando ocorre a transmissão do *Treponema pallidum* da mãe infectada e não tratada adequadamente para o feto, podendo ocorrer em qualquer período da gestação. Porém, de 70% a 100% dos casos de contaminação do feto ocorrem nas fases primária e secundária da sífilis; entretanto, em torno de 30% dos casos de contaminação fetal podem ocorrer nas fases latente tardia e terciária. (OLIVEIRA et al., 2020)

A doença tem um baixo custo de tratamento e uma ampla disponibilidade de tecnologias preventivas simples. Portanto, a incidência anual dos casos ocorridos da doença não tem qualquer justificativa e as intervenções destinadas a aumentar a cobertura de

triagem, tratamento e prevenção da sífilis durante a gravidez devem ser priorizadas (SERAFIM et al., 2014)

Sabe-se que a sífilis congênita é responsável por altos índices de morbimortalidade fetal e neonatal, sendo uma das doenças mais fáceis de transmissão materno-fetal. Sendo assim o controle de tal patologia é uma das metas da gestão de saúde pública. Por isso, o Ministério da Saúde do Brasil lançou (em 1993) o projeto de eliminação da doença em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Definiu-se, nessa iniciativa, como meta, a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos. No entanto, mesmo mais de uma década depois tais objetivos ainda não foram alcançados. (SILVA et al., 2019)

Alguns fatores que sugerem porque a meta proposta pelo Ministério da saúde ainda não foi alcançada são: baixa qualidade do pré-natal, manejo inadequado do tratamento do parceiro, baixo nível socioeconômico, difícil acesso a serviços de saúde e pouco conhecimento da gestante quanto a métodos de prevenção da doença. Alguns erros podem ocorrer durante a realização do pré-natal, levando a dificuldade de diagnóstico, como a interpretação errada da sorologia, ou sorologia não realizada no tempo preconizado (1<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> trimestre). (LUNARDI; SANTO; BRENDA, 2023)

1180

Nesse sentido, este trabalho buscou descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2015 a 2022, com foco na população residente no município de Cascavel-Pr. Permitindo a análise do comportamento deste agravo e contribuindo com a elaboração de estratégias para o enfrentamento da sífilis congênita em nosso meio. Para uma melhor leitura, esse artigo foi dividido em 4 capítulos, iniciando pela fundamentação teórica, seguida pela metodologia, resultados e discussão e considerações finais.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada, e que sua aparência - mesmo que mínima - demonstra uma falha no sistema público. A OMS estima que, a nível mundial, 1,5-1,85 milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis anualmente e metade delas têm bebês com resultados adversos. No Brasil já foi observado um significativo progresso, mas não ainda o suficiente para atingir a meta proposta pelos os Estados Membros da

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A mesma organização propôs uma renovação e progressão das estratégias de combate a sífilis congênita, estabelecendo como objetivo para o ano de 2020 uma incidência de 0,5 casos a cada 1.000 nascidos vivos. (COOPER et al., 2016)

O *Treponema pallidum* é uma bactéria gram negativa do grupo das espiroquetas e é o patógeno responsável por causar a sífilis que pode ser transmitida de forma sexual ou vertical. Tal patologia é um agravo de notificação compulsória desde a publicação do Decreto nº 542/1986. O diagnóstico de sífilis gestacional na atenção básica deve ser realizado por meio do Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) e o teste rápido (treponêmico) no primeiro e terceiro trimestres de gestação no pré-natal e na ocasião da internação para o parto ou curetagem. Quando a gestante já foi diagnosticada e tratada para sífilis gestacional, a mesma deve ser submetida a testes não treponêmicos como VDRL mensais para o seguimento de reposta ao tratamento (FIGUEIREDO et al., 2020; LAFETA et al., 2016; MOTTA et al., 2018)

Apesar dos avanços no sistema único de saúde (SUS), a luta contra a sífilis congênita com base no tratamento da sífilis gestacional continua sendo um desafio, tendo em vista que foi observado um aumento dos casos, demonstrando em termos epidemiológicos uma baixa qualidade da assistência pré-natal no país (FIGUEIREDO et al., 2020)

É de suma importância, evitar e prevenir a sífilis congênita, tendo em vista as inúmeras complicações que ela pode trazer aos bebês. Apesar de muitas crianças nascerem assintomáticas, as manifestações podem aparecer até os 2 anos de idade, tendo em vista que a doença pode ser classificada em precoce (manifestações até os 2 anos) ou tardia (quando a criança tem sintomas após os 2 anos). É necessário que se faça um exame físico minucioso no recém-nascido para identificação das manifestações clínicas precoces, que incluem alterações: mucocutâneas, do sistema reticulo-endotelial, hematológico, musculoesqueléticas, renais, oculares, pulmonares e gastrointestinais. Vale ressaltar que essa conduta contribui para redução de sequelas da infecção, tendo em conta que crianças sintomáticas ao nascer tem mais chances de morrer do que crianças assintomáticas (ROCHA et al., 2019)

O diagnóstico de sífilis na gestante pode ser feito por meio da pesquisa direta do treponema com os métodos de: microscopia em campo escuro, imunofluorescência direta ou coloração de Giemsa. Ou ainda o diagnóstico pode ser feito por meio de exames sorológicos:

como o VDRL ou FTA-Abs (fluorescence treponemal antibody-absorption). O VDRL é um teste não treponêmico, e é o exame de escolha para o rastreamento e acompanhamento do tratamento e das recidivas ou reinfecções da sífilis, seus títulos vão diminuindo progressivamente, até que se tornem não reagentes após o tratamento adequado. No entanto, é importante ressaltar que pode existir falsos positivos em algumas situações. Já o FTA-Abs é um teste treponêmico pois detecta anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade, sendo considerado um método qualitativo, sendo útil para exclusão de falso-positivos não devendo ser usado para seguimento, pois permanece positivo por toda a vida. (MILANEZ; AMARAL, 2008)

É de suma importância que aconteça o tratamento das gestantes infectadas para evitar a transmissão vertical da doença, tendo em vista que a taxa de transmissão vertical varia de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença, e 30% nas fases latente e terciária. A transmissão intra-útero é a forma mais frequente, mas também pode ocorrer a infecção durante a passagem do feto pelo canal do parto e durante o aleitamento, se houver, respectivamente, lesão ativa genital ou mamária. O tratamento das gestantes deve ser feito com a penicilina Benzatina sendo esse o único antimicrobiano conhecido na prevenção da transmissão da sífilis vertical. O esquema terapêutico da penicilina deve ser adequado para o estágio da infecção, e, se qualquer dose da terapia for esquecida para a sífilis latente, o tratamento completo deve ser repetido. Caso a gestante tenha histórico de alergia a penicilina, ela deve ser dessensibilizada e tratada posteriormente com a penicilina. Além disso, é importante que seja feito o tratamento das parcerias sexuais, afim de interromper a cadeia de transmissão da infecção, independentemente do estágio clínico ou presença de sinais e sintomas, com dose única de benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões UI, intramuscular) e testagem laboratorial. (COOPER et al., 2016; MOTTA et al., 2018)

Caso aconteça do bebê ser infectado, o tratamento no período neonatal deve ser realizado com benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação ou da titulação de TNT (teste não treponêmico) do recém-nascido comparado ao materno e dos exames clínicos e laboratoriais da criança. Nos recém-nascidos que apresentem neurosífilis, a benzilpenicilina cristalina é o medicamento de escolha, sendo que essa criança deve ficar internada no hospital. Nas crianças com ausência de neurosífilis pode ser feito o tratamento com penicilina procaína não precisando de internação hospitalar, ou então com benzilpenicilina potássica/cristalina, necessitando

de internação. Nas crianças cujas mães não foram tratadas ou foram tratadas inadequadamente e que apresentem exame físico normal, exames complementares normais e TNT não reagente ao nascimento, o tratamento pode ser realizado com a benzilpenicilina benzatina. No entanto, no caso de mães tratadas adequadamente com bebês nascidos assintomáticos e com TNT não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno, é a única situação que não é necessário o tratamento. Essas crianças não precisam ser notificadas na maternidade mas devem ser acompanhadas na atenção básica de saúde com seguimento clínico e laboratorial. (BRASIL, 2021; DOMINGUES et al., 2021)

### 3 METODOLOGIA

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 entre os anos de 2015 a 2022, realizado mediante consulta à base de dados do SINAN (Sistema de informações de Agravos de Notificação), disponibilizado pelo Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram avaliados todos os casos de sífilis congênita notificados no município de Cascavel-Pr, e comparado com o total de casos de sífilis congênita notificados em todo o estado do Paraná e no Brasil. Para análise foram utilizadas as seguintes variáveis: raça, faixa etária da mãe, escolaridade da mãe, realização do pré-natal, tratamento do parceiro, diagnóstico de sífilis materna, sexo do bebê, faixa etária de diagnóstico, classificação final da doença e evolução. Após a coleta dos dados, as informações foram organizadas e analisadas através da construção de tabelas, permitindo a identificação das variáveis de interesse para este estudo.

O *download* da base de dados foi realizado no dia 15 de abril de 2024, e a data registrada da última atualização dos dados na plataforma era janeiro de 2024.

Não foi necessário a submissão do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa, por se tratar de um banco de dados de domínio público.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados a partir do DATASUS no período de 2015 há 2022 foi constatado a ocorrência de 195.293 casos no Brasil, 6.498 casos no Paraná e 200 casos no

município de Cascavel. Ou seja, tal valor equivale a 0,10% do total de casos do Brasil e 3,08% do total de casos do Paraná, conforme a tabela 1. Podemos observar que o ano de menor incidência de casos em Cascavel foi 2020, equivalendo a 8,5% e em contrapartida o ano de maior incidência foi 2021 representando 19% dos casos, tais dados representam que doença estava queda, mas que infelizmente voltou a subir logo após, como mostra os dados presentes na tabela 2

Tabela 1 – Número de casos por região por ano de ocorrência

	<b>Brasil</b>	<b>Paraná</b>	<b>Cascavel</b>
<b>2015</b>	19.913	652	27
<b>2016</b>	21.547	729	20
<b>2017</b>	25.367	878	21
<b>2018</b>	26.848	870	26
<b>2019</b>	25.381	877	23
<b>2020</b>	23.417	762	17
<b>2021</b>	27.035	888	38
<b>2022</b>	25.785	842	28
<b>TOTAL</b>	195.293	6.498	200

Fonte: Brasil (2024) organizado pelos autores.

Tabela 2 – Número e % de casos de Cascavel por ano de ocorrência

	<b>Cascavel</b>	<b>%</b>
<b>2015</b>	27	14%
<b>2016</b>	20	10%
<b>2017</b>	21	11%
<b>2018</b>	26	13%
<b>2019</b>	23	12%
<b>2020</b>	17	8,5%
<b>2021</b>	38	19%
<b>2022</b>	28	14%
<b>TOTAL</b>	200	100%

Fonte: Brasil (2024) organizado pelos autores.

Segundo os dados de registro de nascidos vivos do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), o número de casos de sífilis congênita notificados na cidade de Cascavel foram de 5,12 para cada 1 mil nascidos. O Paraná, com uma proporção parecida, 5,40/mil nascidos vivos e o Brasil, com maior valor, 8,68/mil nascidos vivos.

Tabela 3 – Dados epidemiológicos da mãe por ano de ocorrência

Dados de Caracterização	2015 n(%)	2016 n(%)	2017 n(%)	2018 n(%)	2019 n(%)	2020 n(%)	2021 n(%)	2022 n(%)	Total n(%)
<b>Faixa etária da mãe</b>									
10 - 14	1(33%)	-	-	-	1(33%)	-	1(33%)	-	2(1%)
15 - 19	10(25%)	2(5%)	4(10%)	6(15%)	3(8%)	5(13%)	9(23%)	1(13%)	40(20%)
20 - 24	9(11%)	6(7%)	9(11%)	12(14%)	12(14%)	5(6%)	18(22%)	12(14%)	83(41,5%)
25 - 29	1(3%)	5(15%)	3(9%)	2(6%)	3(9%)	3(9%)	6(18%)	11(32%)	34(17%)
30 - 34	1(4%)	7(29%)	2(8%)	3(13%)	2(8%)	4(17%)	3(13%)	2(8%)	24(12%)
35 - 39	3(30%)	-	1(10%)	2(20%)	1(10%)	-	1(10%)	2(20%)	10(5%)
40 - 44	2(50%)	-	1(25%)	1(25%)	-	-	-	-	4(2%)
45 - 49	-	-	1(50%)	-	1(50%)	-	-	-	2(1%)
<b>Raça</b>									
Ign/Branco	-	-	1(7%)	3(21%)	4(28%)	2(14%)	1(7%)	3(21%)	14(7%)
Branca	20(13%)	19(12%)	18(11%)	19(12%)	17(11%)	12(8%)	30(19%)	21(13%)	156(78%)
Preta	1(33%)	-	-	-	-	-	-	2(67%)	3(1,5%)
Parda	6(22%)	1(4%)	2(7%)	4(15%)	2(7%)	3(11%)	7(26%)	2(7%)	27(13,5%)
<b>Escolaridade materna</b>									
Ign/Branco	4(29%)	1(7%)	3(21%)	1(7%)	3(21%)	1(7%)	1(7%)	-	14(7%)
Analfabeto	-	-	1(100%)	-	-	-	-	-	1(0,5%)
1º a 4º série incompleta	2(25%)	-	2(25%)	-	2(25%)	-	-	2(25%)	8(4%)
Ensino Fundamental I 5º a 8º série incompleta	4(12%)	7(21%)	3(9%)	3(9%)	5(11%)	2(6%)	6(18%)	4(12%)	34(17%)
Ensino Fundamental II incompleto	5(18%)	1(4%)	-	6(21%)	6(21%)	3(11%)	4(14%)	3(11%)	28(14%)
Ensino Médio incompleto	1(2%)	5(12%)	7(16%)	7(16%)	1(2%)	6(14%)	9(21%)	7(16%)	43(21,5%)
Ensino Médio completo	6(12%)	5(10%)	4(8%)	5(10%)	4(8%)	2(4%)	15(30%)	9(18%)	50(25%)
Ensino Superior incompleto	-	-	-	2(67%)	1(33%)	-	-	-	3(1,5%)
Ensino Superior completo	1(8%)	1(8%)	1(8%)	2(17%)	1(8%)	2(17%)	2(17%)	2(17%)	12(6%)
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>									
Durante o pré-natal	21(15%)	12(9%)	16(12%)	15(11%)	15(11%)	11(8%)	30(22%)	18(13%)	138(69%)
No momento do parto/curetagem	5(10%)	5(10%)	3(6%)	9(18%)	7(14%)	4(8%)	8(16%)	9(18%)	50(25%)
Após o parto	-	3(27%)	2(18%)	2(18%)	1(9%)	2(18%)	-	1(9%)	11(5,5%)
Não realizado	1(100%)	-	-	-	-	-	-	-	1(0,5%)
<b>Realizou pré-natal</b>									
Ign/Branco	1(100%)	-	-	-	-	-	-	-	1(0,5%)
Sim	24(13%)	19(11%)	18(10%)	22(12%)	19(11%)	15(8%)	37(21%)	25(14%)	179(89,5%)
Não	2(10%)	1(5%)	3(15%)	4(20%)	4(20%)	2(10%)	1(5%)	3(15%)	20(10%)

**Tratamento do parceiro**

Ign/Branco	2(9%)	1(4%)	1(4%)	1(4%)	1(4%)	-	9(39%)	8(35%)	<b>23(11,5%)</b>
Sim	7(16%)	4(9%)	6(13%)	8(18%)	10(22%)	5(11%)	3(7%)	2(4%)	<b>45(22,5%)</b>
Não	18(14%)	15(11%)	14(11%)	17(13%)	12(9%)	12(9%)	26(20%)	18(14%)	<b>132(66%)</b>

Fonte: Brasil (2024) organizado pelos autores.

Conforme a tabela 3, a maioria dos casos de sífilis congênita foi notificado para mães com idade entre 20-24, 83 pessoas (42%). De acordo com estudo de 2010 a 2014 a idade predominante foi de 20 a 29 anos, 24 pessoas (48,9%) (CHIUMENTO; GRIEP, 2015). Percebe-se que apesar de nos dois estudos essa faixa etária predominante ser basicamente a mesma o número aumentou consideravelmente, refletindo um possível aumento no número de casos podendo ser causado por inúmeros fatores, incluindo aumento no número nascimento, principalmente em mães nessa faixa etária, aumento no número de notificações ou ainda uma possível causa de falha na efetividade do sistema público de saúde em conter o aumento do número de casos da doença.

Encontrou-se como raça predominante a branca, representando 156 das gestantes (78%), seguida da parda 27 (14%), e a preta com apenas 3 gestantes (2%). No entanto é importante ressaltar que segundo dados adaptados do IPARDES e IBGE educa (2024), a população de Cascavel é majoritariamente autodeclarada como branca (62,90%), e em seguida pardos como (32,39%) e por último, como preta (4,14%). Em consoante, nota-se que os dados do Brasil diferem um pouco dessa realidade já que a maior parte da população se autodeclara como parda (45,30%), depois como branca (43,50%) e negra (10,20%).

Quanto a escolaridade a maior parte dos casos foi constatada em mulheres com ensino médio completo 5(25%) em comparação com estudo de 2010 a 2014 que maior concentração dos casos de sífilis congênita foi em recém-natos de mulheres com Ensino Fundamental I, com 19 gestantes (38,55%) (CHIUMENTO; GRIEP, 2015), demonstrando uma mudança nos dados em relação escolaridade e indo de certa forma na contra mão daquilo que é habitual sobre a sífilis congênita já que mulheres com mais anos de estudos seriam consideradas com mais acesso e entendimento sobre o assunto foram as que tiveram maior número de casos.

Das 200 notificações analisadas, 179 (89,5%) fizeram o acompanhamento pré-natal, e 20 (10%) não fizeram, e em 2021 que foi o ano com maior número de casos apenas uma gestante não realizou o pré-natal. Sabe-se que a incidência de sífilis congênita sugere falhas

no pré-natal, no entanto, o presente estudo demonstrou que a maior parte das gestantes haviam realizado, sugerindo que possivelmente o pré-natal está sendo de baixa qualidade ou ainda a pouca importância que os profissionais de saúde, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez, já que o mesmo está sendo feito, mas não está conseguindo prevenir os casos. (GUINSBURG; SANTOS, 2010)

O diagnóstico de sífilis materna no município de Cascavel-Pr aconteceu basicamente durante o pré-natal 138 (69%) gestantes tiveram o diagnóstico nesse momento, mas é possível perceber também que 50 (25%) gestantes foram diagnosticadas só no momento do parto/curetagem e que para 11 (5,5%) das gestantes o diagnóstico foi realizado após o parto. Sabe-se que a medida mais eficaz para o rastreamento e prevenção da sífilis congênita se dá por meio da realização da pesquisa de sífilis na gestante durante o pré-natal, o ministério da saúde preconiza a realização de pelo menos dois exames de VDRL na gravidez, sendo o primeiro da primeira consulta, que deveria acontecer no primeiro trimestre e o outro por volta de 28 a 38 semanas. Esses dados demonstram que uma parcela significativa das gestantes teve o diagnóstico só no momento do parto/curetagem ou após o parto (30,5%), sugerindo que o pré-natal não está sendo tão eficaz quanto deveria, já que um pré-natal ineficiente impede o diagnóstico e tratamento da sífilis congênita. Um pré-natal é considerado inadequado quando não ocorre a realização de exames para o diagnóstico da sífilis, ocorre uma dificuldade em reconhecer sinais e sintomas da doença na mãe falhas na interpretação dos resultados de testes sorológicos e falhas ou ausência de tratamento da mãe e/ou do parceiro. (ARAÚJO et al., 2006)

Em relação ao tratamento das parcerias, a maioria não realizou o tratamento 132 (66%) e apenas 45 (22,5%) realizaram. Também houve um número significativo de casos ignorados 23 (11,5%), fazendo com que o controle da sífilis na gestação não seja tão idôneo diante do grande número de parceiros que não realiza o tratamento e conseqüentemente as gestantes com sífilis vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfecção e transmissão vertical da doença (ARAÚJO et al., 2020)

Tabela 4- Dados epidemiológicos da criança por ano de ocorrência

Dados de Caracterização	2015 n(%)	2016 n(%)	2017 n(%)	2018 n(%)	2019 n(%)	2020 n(%)	2021 n(%)	2022 n(%)	Total n(%)
<b>Classificação final</b>									
Sífilis Congênita Recente	25(15%)	20(12%)	18(10%)	20(12%)	21(12%)	13(8%)	32(19%)	23(13%)	172(86%)
Sífilis Congênita Tardia	-	-	-	1(50%)	-	1(50%)	-	-	2(1%)
Natimorto/Aborto por Sífilis	-	-	1(25%)	3(75%)	-	-	-	-	4(2%)
Descartado	2(9%)	-	2(9%)	2(9%)	2(9%)	3(14%)	6(27%)	5(23%)	22(11%)
<b>Evolução</b>									
Ign/Branco	-	1(33%)	-	-	-	-	2(67%)	-	3(1,5%)
Vivo	22(13%)	18(11%)	18(11%)	21(13%)	21(13%)	14(8%)	30(18%)	21(13%)	165(82,5%)
Óbito pelo agravo notificado	3(60%)	1(20%)	-	-	-	-	-	1(20%)	5(2,5%)
Óbito por outra causa	-	-	-	-	-	-	-	1(100%)	1(0,5%)
<b>Sexo da criança</b>									
Ignorado	-	-	1(20%)	3(60%)	-	-	1(20%)	-	5(2,5%)
Masculino	12(13%)	10(11%)	8(9%)	12(13%)	10(11%)	6(7%)	18(20%)	14 / 16%	90(45%)
Feminino	15(14%)	10(10%)	12(11%)	11(10%)	13(12%)	11(10%)	19(18%)	14(13%)	105(52,5%)
<b>Faixa etária de diagnóstico</b>									
Até os 6 dias	26(13%)	20(10%)	20(10%)	24(12%)	23(12%)	16(8%)	36(19%)	28(15%)	193(96,5%)
7 - 27 dias	-	-	-	-	-	-	1(100%)	-	1(0,5%)
28 dias a < 1 ano	-	-	1(33%)	1(33%)	-	-	1(33%)	-	3(1,5%)
1 ano (12 a 23 meses)	1(100%)	-	-	-	-	-	-	-	1(0,5%)
2 a 4 anos	-	-	-	1(50%)	-	1(50%)	-	-	2(1%)

Fonte: Brasil (2024) organizado pelos autores.

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 (SÍFILIS [...], 2008)

Dessa forma, conforme tabela 4, observa-se por meio dos dados coletados que houve 172 (86%) casos de sífilis congênita recente, 2 (1%) casos de sífilis congênita tardia, 4 (2%) casos que evoluíram para aborto espontâneo ou natimorto e 22 (11%) dos casos que foram descartados. De acordo com outro estudo de 2016 a 2021, o total de casos de sífilis congênita recente foi 107 (84%), sífilis congênita tardia 2 (1,5%), e de casos que evoluíram para aborto espontâneo ou natimorto 4 (3,1%) (LUNARDI; SANTO; BREDA, 2023). Com base nisso conclui-se, que os casos de sífilis congênito recente foi o único que teve aumento, sendo que os casos que evoluíram para aborto espontâneo ou natimorto se mantiveram o mesmo, sendo esse um bom indicador demonstrando uma detecção e notificação aprimoradas, fatores específicos de transmissão, acesso a cuidados médicos e políticas de saúde pública.

A maior parte dos casos de sífilis congênita ocorreu em recém natos do sexo feminino 105 (52,5%) em contrapartida outro estudo realizado de 2010 a 2014 demonstrou que a maioria dos recém natos eram do sexo masculino 22 (59,18%). E em relação a idade que foi diagnosticada a doença tem-se que 193 (96,5%) dos casos foram diagnosticados até 6 dias, 1 (0,5%) caso de 7-27 dias, 3 (1,5%) casos de 28 até 1 ano, 1 (0,5%) durante 1 ano de idade e 2 (1%) casos de 2-4 anos. Esses dados refletem que satisfatoriamente a maior parte foi diagnosticado até 6 dias de vida, evitando assim as inúmeras complicações da doença, sabe-se que o diagnóstico na criança é um processo complexo já que além de mais da metade serem assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais poderem ser discretos ou pouco específicos, não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Nessa perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. (BRASIL, 2006)

O diagnóstico laboratorial da sífilis congênita se baseia na utilização de testes sorológicos o VDRL ou RPR, que correspondem aos testes não treponêmicos, e como testes confirmatórios, o FTA-ABS e a microhemaglutinação, que avaliam conjuntamente a presença de anticorpos do tipo IgG e IgM. Os anticorpos IgG no recém-nascido podem ser explicados pela transferência transplacentária de anticorpos maternos ou por infecção congênita na criança, portanto sua presença não permite confirmar o diagnóstico de sífilis congênita. (SALAZAR et al., 2000)

De todos os casos analisados 165 (82,5%) crianças ficaram vivas, 5 (2,5%) crianças evoluíram para óbito decorrente da sífilis, 1 (0,5%) criança evoluiu para óbito decorrente de

outra causa e 3 (1,5%) casos foram ignorados. Em comparação com estudo de 2016 a 2021 que constatou apenas 1 (0,78%) óbito por sífilis congênita (LUNARDI; SANTO; BREDAS, 2023), apesar de o período analisado no presente estudo ser maior em 2 anos, percebe-se infelizmente um aumento no número de óbitos pela doença. Sugerindo que não está havendo melhoras no controle da doença especialmente em termos de prevenção e tratamento.

## CONCLUSÃO

Sendo assim, este estudo buscou demonstrar que a sífilis congênita, apesar de ser uma doença considera antiga, passível de prevenção e tratamento, e esse ser de baixo custo, ainda é uma doença prevalente no município de Cascavel-Pr e no Brasil como um todo, refletindo um problema de saúde pública, além de infligir um ônus financeiro significativo sobre os recursos governamentais.

Sabe-se que um pré-natal de qualidade é a maneira mais eficaz de prevenir a sífilis congênita. No entanto, nota-se falhas no pré-natal que não deveriam mais ocorrer, como um número significativo de parceiros não tratados, reforçando importância da participação do parceiro durante as consultas do pré-natal bem como, a abordagem interdisciplinar das famílias, para garantir o seguimento dos casos, adesão ao tratamento e controle do *Treponema pallidum*.

Em outros estudos analisados a predominância de casos de sífilis congênita aconteceu em mães negras e com baixa escolaridade. Porém, não foi corroborada pelos resultados deste estudo. O presente estudo demonstrou que escolaridade predominante foi ensino médio completo e a raça predominante a branca. Isso devido a maior parte na população do Paraná se autodeclarar branca e também a uma melhora da escolaridade nessa região do Brasil, o que infelizmente não foi acompanhada de uma redução da doença. Demonstrando a necessidade de uma abordagem abrangente e coordenada com: melhoria do acesso aos serviços de saúde, educação e conscientização, testagem universal durante o pré-natal, treinamento de profissionais de saúde, vigilância epidemiológica e tratamento de parceiros. Ao adotar essas medidas de forma integrada e sustentada, é possível reduzir significativamente a incidência de sífilis congênita no município

Além disso, deve-se ressaltar a importância dos sistemas de informação em saúde tendo em vista, que esses são essenciais para análise, monitoramento e avaliação das condições da saúde da população. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação

(SINAN) desempenha um papel crucial, sendo a ferramenta essencial para notificação e investigação de casos de doenças e agravos listados na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, como a sífilis congênita. No entanto, os dados presentes nas fichas de notificações em Cascavel-Pr ainda são falhos pois muitos profissionais não dão a devida importância a isso e não preenchem de maneira adequada as fichas.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, E. C. *et al.* Revista Paraense de Medicina V.20 (1) janeiro - março 2006 47 ARTIGO ORIGINAL IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA. **Revista Paraense de Medicina**, [s. l.], v. 20, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a08.pdf>.

ARAÚJO, L. S. M. *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no nordeste brasileiro. **Brazilian Journal of health Review**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 9638-9648, 2020. DOI 10.34119/bjhrv3n4-199. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14247/11867>.

AVELLEIRA, João C. R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Educação Médica Continuada**, [s. l.], 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCFWSkPL/?lang>

1191

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, [s. l.], 2021.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN**. 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilispr.def>. Acesso em: 15/04/2024

CHIUMENTO, D. A.; GRIEP, R. 106 Revista Thêma et Scientia – Vol. 5, no 2E, jul/dez 2015 – Edição Especial de Medicina PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR NOS ANOS DE 2010 A 2014. **Revista Thêma et Scientia**, [s. l.], v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <https://themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/748/844>.

COOPER, Joshua M. *et al.* Rev Paul Pediatr. 2016;34(3):251---253 REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA [www.rpped.com.br](http://www.rpped.com.br) EDITORIAL In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil --- More progress needed!. **REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA**, [s. l.], p. 251-253, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/xQRcQNPDD6tm4KhgFyZBn9x/?lang=en>

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saude**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?lang=pt>

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/>

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, A. M. N. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA: Departamento de Neonatologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, [s. l.], 2010. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/tratamento\\_sifilis.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf).

IBGE EDUCA. **Conheça o Brasil: população - cor ou raça**. Disponível em: [https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=A%20pesquisa%20revelou%20ainda%20que,1%20mil\)%20se%20declararam%20amarelas](https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=A%20pesquisa%20revelou%20ainda%20que,1%20mil)%20se%20declararam%20amarelas). Acesso em 22/04/2024.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. BDE. 2024. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/imp/index.php>. Acesso em 22/04/2024

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol**, [s. l.], p. 63-74, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dD66wTDCqQrXG3zt6PqDYx/abstract/?lang=pt>

1192

LUNARDI, G. E.; SANTO, C. V. W.; BREDA, D. Análise epidemiológica de casos de sífilis congênita no estado do Paraná e na cidade de Cascavel, no período de 2016 a 2021. **E-Acadêmica**, [s. l.], 2023. DOI <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v4i2.474>. Disponível em: <https://www.eacademica.org/eacademica/article/view/474/348>.

MILANEZ, Helaine; AMARAL, Eliana. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [s. l.], 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/SzfDdcWfnRZGjwrHK4QcYcj/>

MOTTA, Isabella A. *et al.* Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2418>

OLIVEIRA, V. S. *et al.* Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7425818/>

ROCHA, Ana F. B. *et al.* Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VHkQjypb65Nq9jcKTTfPbhc>

SALAZAR, A. J. *et al.* Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. **Rev. chil. infectol**, Santiago, v. 17, n. 4, 2000. DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182000000400002>. Disponível em: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182000000400002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182000000400002&script=sci_arttext)

SERAFIM, A. S. *et al.* Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [s. l.], 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0045-2014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/Vpqrh7r75Dx4wpNXYxVGnNm/?lang=en>

Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768–772, ago. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTwJd8ts/?lang=pt#ModalHowcite>

SILVA, I. M. D. *et al.* PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], 2019. DOI <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236252/31536>