

Epidemiological profile of congenital syphilis in Espírito Santo state, Brazil, 2010-2019

| Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2010-2019

ABSTRACT | Introduction: *Syphilis is an infectious disease that can lead to congenital syphilis in newborns when pregnant women are not treated, or improperly treated, throughout the prenatal period. Diagnosis and timely treatment are highly effective in reducing vertical transmission in approximately 97% of cases. Objective:* Describing the epidemiological status of congenital syphilis in Espírito Santo State, from 2010 to 2019. **Methods:** Ecological study based on secondary data deriving from DATASUS database. Descriptive statistics, disease incidence calculation and mortality coefficients were performed. **Results:** Based on the spatial analysis of congenital syphilis, most counties are classified as having intermediate-to-high disease incidence. In total, 4,062 congenital syphilis cases were identified from 2010 to 2019. Of these, 19.7% were observed in mothers with incomplete elementary school, and 77.5% underwent prenatal care. Only 3.8% of them have properly followed the treatment. Moreover, 96.8% of babies with congenital syphilis were diagnosed in the first six days of life, whereas 92.4% of them were recently diagnosed with the disease. Mortality coefficient due to congenital syphilis presented increasing trend. **Conclusion:** Congenital syphilis is an essential indicator of prenatal care quality in primary care networks. Results have shown variation in the number of cases among pregnant women over the years, as well as persistent vertical transmission of the disease. This outcome has suggested difficulty in implementing public policies focused on controlling syphilis in the State.

Keywords | *Syphilis; Congenital Syphilis; Prenatal care; Epidemiology.*

RESUMO | Introdução: A sífilis é uma doença infectocontagiosa que quando não tratada ou tratada de modo inadequado no período do pré-natal pode provocar a sífilis congênita no recém-nascido. O diagnóstico e o tratamento oportuno são altamente efetivos e reduzem a transmissão vertical em até 97% dos casos. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é descrever a situação epidemiológica da sífilis congênita no estado do Espírito Santo no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Estudo ecológico, utilizando dados secundários do DATASUS. Utilizou-se estatística descritiva, cálculo dos coeficientes de incidência e mortalidade. **Resultados:** A análise espacial de sífilis congênita revelou que a maioria dos municípios se classifica com incidência intermediária a alta. Entre os anos de 2010 e 2019 foram registrados 4.062 casos de sífilis congênita. Destes, 19,7% ocorreram em mães que possuíam ensino fundamental incompleto, e 77,5% realizaram pré-natal. Apenas 3,8% realizaram o tratamento adequadamente. Em relação aos bebês diagnosticados com sífilis congênita, 96,8% tiveram a doença identificada nos primeiros seis dias de vida, e 92,4% receberam diagnóstico de sífilis congênita recente. O coeficiente de mortalidade por sífilis congênita apresentou tendência crescente. **Conclusão:** A sífilis congênita é um indicador importante da qualidade de assistência pré-natal nas redes de atenção básica. Os resultados evidenciam uma variação no número de casos em gestantes ao longo dos anos e a persistência da transmissão vertical, sinalizando para a dificuldade de realização das políticas públicas de controle da sífilis no Estado.

Palavras-chave | Sífilis; Sífilis Congênita; Cuidado Pré-natal; Epidemiologia.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Considerada como um importante problema de saúde pública, a sífilis congênita (SC) é uma doença grave, mas evitável. O controle da transmissão vertical é possível mediante a disponibilização de testes diagnósticos e tratamento eficaz e de baixo custo¹. A infecção da gestante pelo *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, é causa de grande morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, como aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos². A sífilis pode provocar SC no recém-nascido quando não tratada ou tratada de modo inadequado no período do pré-natal^{3,4}.

Estimativas recentes divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) relatam que, em 2016, havia cerca de 661.000 casos de SC em todo o mundo, resultando em mais de 200.000 natimortos e óbitos neonatais⁵.

Apesar da SC ser uma doença passível de prevenção⁴, nos últimos anos o Brasil apresentou elevadas taxas para a doença. A taxa de incidência de SC passou de 2 casos por 1.000 nascidos vivos, em 2008, para 9 casos por 1.000 nascidos vivos, em 2018. Em 2018, foram notificados 26.219 casos de SC nacionalmente, com uma taxa de incidência de 9 casos por 1.000 nascidos vivos em todo país. A Região Sudeste alcançou taxa acima da nacional, com 9,7 casos por 1.000 nascidos vivos. Acompanhando esse parâmetro, o Espírito Santo (ES) apresentou uma taxa de detecção de 10 casos por 1.000 nascidos vivos⁶.

No Brasil, desde 1986, o Ministério da Saúde definiu a SC como agravo de notificação compulsória, e ela permanece como um importante desafio para a saúde pública brasileira. A eliminação da transmissão vertical no país tem sido uma prioridade, conforme estabelecido pela OMS por meio do Plano de Ação aprovado para a Prevenção e Controle do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis (2016-2021), o qual tem como objetivo sustentar a eliminação da transmissão vertical do HIV, sífilis, Chagas e hepatite B perinatal (HBV)⁷. Contudo, vários são os fatores que dificultam a eliminação da SC no País, como a fragilidade na cobertura do pré-natal, o pré-natal inadequado, com diagnóstico tardio das gestantes, o tratamento inadequado e o parceiro não tratado^{8,9}.

O diagnóstico e o tratamento oportunos são altamente efetivos e reduzem a transmissão vertical em até 97% dos casos¹⁰. Considera-se como tratamento apropriado para a sífilis materna a profilaxia completa, feita com penicilina em doses adequadas ao estágio da doença, pelo menos 30 dias antes do parto, e o tratamento concomitante do parceiro⁴.

Considerando o contexto apresentado, torna-se relevante monitorar esse indicador, uma vez que o conhecimento do perfil epidemiológico da SC pode auxiliar a formulação de políticas públicas adequadas à redução de sua incidência. Nesse sentido, considerando-se a elevada ocorrência de SC no ES, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da SC no estado, no período de 2010 a 2019.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo do tipo ecológico dos casos de SC em residentes do ES, no período de 2010 a 2019, correspondendo aos últimos 10 anos disponíveis para a análise.

O ES está localizado na região Sudeste do Brasil e conta com 78 municípios distribuídos em uma área de 46.086,907Km². Segundo dados populacionais disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), o ES apresentou em 2010 uma população de 3.514.952 habitantes e em 2019 uma estimativa populacional de 4.018.650^{11,12}.

A população estudada foi constituída por nascidos vivos registrados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e por todos os casos de SC notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ambos sistemas disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS): <http://www2.datasus.gov.br>. Para o estudo, a SC foi definida como todo caso notificado no SINAN de criança menor de 13 anos de idade com manifestação clínica ou teste diagnóstico reagente no momento do parto, ou cuja mãe apresentou, durante o pré-natal e/ou no parto/puerpério, teste sorológico para sífilis reagente, ou recém-nascido, natimorto ou aborto com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente¹³.

As seguintes variáveis foram analisadas:

a) Relativas às gestantes:

- Faixa etária;
- Escolaridade;
- Raça/cor;
- Realização de pré-natal na gestação;
- Momento do diagnóstico da sífilis;
- Esquema de tratamento.

b) Relativas à criança:

- Coeficiente de incidência por SC em menores de um ano;
- Idade no momento do diagnóstico;
- Diagnóstico final de SC;
- Coeficiente de mortalidade por SC em menores de um ano.

Foram excluídos do estudo os casos ocorridos em não residentes do ES e aqueles não compatíveis com a definição de caso utilizada nas “Diretrizes para controle da SC: manual de bolso” do Ministério da Saúde (2006)¹³.

Foram feitos cálculos de frequência simples absoluta e relativa das variáveis do estudo por meio do *Software Excel* 2016. Calcularam-se os coeficientes de incidência anual da SC por 1.000 habitantes, entre 2010 e 2019. Utilizou-se como numerador o número de casos de SC e como denominador o número de nascidos vivos naquele ano, multiplicado por 1.000. Na análise da distribuição espacial, foram empregados os coeficientes médios de incidência por município, acumulados para o período de 2010 a 2019. Esse indicador foi representado em um mapa do ES, elaborado com auxílio do *software Arcgis*. A taxa de incidência de SC foi categorizada conforme a meta de referência definida pela OMS⁷, sendo a taxa de incidência inferior a 0,50 casos por 1.000 nascidos vivos classificada como baixa incidência. Como a literatura não apresenta valores definidos, foi realizada a classificação das taxas de

incidência dos valores restantes pelo método de divisão igual, separando-se os municípios por taxas de casos por 1.000 nascidos vivos: a) incidência intermediária, de 0,50 a 4 casos por 1.000 nascidos vivos; b) alta incidência, de 4,01 a 8 casos por 1.000 nascidos vivos; e c) altíssima incidência com mais de 8 casos por 1.000 nascidos vivos.

Salienta-se que as informações obtidas para análise neste estudo são de domínio público, sendo, portanto, dispensada de aprovação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS |

No ES, entre 2010 e 2019, foram notificados 4.050 casos de SC em menores de um ano. No período, esse indicador passou de 3 (2010) para 7,6 por 1.000 nascidos vivos (2019). Esse aumento foi linear até o ano de 2017, visto que em 2018 a incidência da doença reduziu para 9,9%. Houve um predomínio de detecção de casos de SC nos primeiros seis dias de vida. O coeficiente mortalidade por SC em menores de um ano no ES apresentou tendência crescente entre os anos estudados, com uma maior ocorrência nos anos de 2014 e 2019 (12,4% e 12,3%, respectivamente) (Tabela 1).

Dentre os 78 municípios do ES, a maioria apresentou coeficientes de incidência bruto para SC intermediário e alto. Contudo, observou-se que os municípios de Muqui, Jerônimo Monteiro, Cachoeiro de Itapemirim, Guarapari, Cariacica, Viana, Vitória, Vila Velha, Serra, Fundão, Mantenópolis e Ponto Belo apresentaram coeficientes médios de incidência altíssimos no período de 2010 a 2019 (Figura 1).

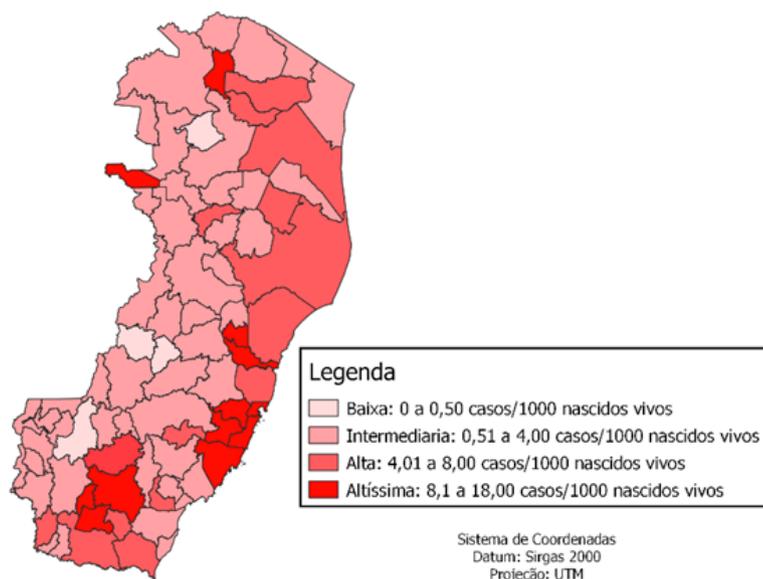
Quanto à faixa etária das mulheres que apresentaram sífilis durante a gestação, prevaleceu o estrato de 20 a 29 anos. Nota-se que na faixa etária de 15 a 19 anos houve um acréscimo do número de casos ao longo dos anos estudados. Segundo informações sobre a escolaridade das mães que tiveram diagnóstico de sífilis na gestação, observou-se uma elevada proporção de registros com marcação ignorada para essa variável (38,1%), seguida do estrato ensino fundamental incompleto. Em relação à cor da pele, 65,3% dos casos notificados eram em pardas (Tabela 2).

Tabela 1 - Características dos casos de sífilis congênita segundo informações da criança, Espírito Santo, Brasil, 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total											
N = 156	N = 169	N = 273	N = 334	N = 379	N = 513	N = 599	N = 644	N = 562	N = 433	N = 4062												
N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %											
Coefficiente de incidência de SC em menores de um ano*																						
Casos / Coeficiente de incidência por SC	156	3,0	169	3,2	272	5,1	333	6,2	378	6,7	511	9,0	598	11,2	641	11,5	559	9,9	433	7,6	4050	100
Idade da criança no momento do diagnóstico																						
< 7 dias	143	91,7	159	94,1	255	93,4	320	95,8	364	96	493	96,1	589	98,3	633	98,3	545	97	429	99,1	3930	96,8
7 a 27 dias	10	6,4	6	3,6	10	3,7	7	2,1	5	1,3	10	1,9	2	0,3	4	0,6	5	0,9	4	0,9	63	1,6
28 a 364 dias	3	1,8	4	2,4	7	2,6	6	1,8	9	2,4	8	1,6	7	1,2	4	0,6	9	1,6	0	0	57	1,4
Um ano ou mais	0	0	0	0	1	0,3	1	0,3	1	0,3	2	0,4	1	0,2	3	0,5	3	0,5	0	0	12	0,2
Diagnóstico final																						
Sífilis Congênita Recente	146	93,6	144	85,2	238	87,2	303	90,7	339	89,4	472	92	561	93,7	610	94,7	529	94,1	410	88,4	3752	92,4
Sífilis Congênita Tardia	1	0,6	0	0	1	0,4	0	0	0	0	2	0,4	1	0,2	3	0,5	0	0	0	0	8	0,2
Aborto por Sífilis	2	1,3	5	3	17	6,2	15	4,5	15	4	13	2,5	18	3	12	1,9	18	3,2	11	3,6	126	3,1
Natimorto por Sífilis	7	4,5	20	11,8	17	6,2	16	4,8	25	6,6	26	5,1	19	3,2	19	3	15	2,7	12	0	176	4,3
Coefficiente de mortalidade por SC em menores de 01 ano**																						
Óbitos / Coeficiente de mortalidade por SC	0	0	2	3,8	5	9,5	3	5,5	7	12,4	3	5,3	3	5,6	2	3,6	5	8,8	7	12,3	37	100

* Coeficiente calculado por 1.000 nascidos vivos. * * Coeficiente bruto calculado por 100.000 nascidos vivos. CS - Sífilis congênita. Fonte: Tabnet, DATASUS.

Figura 1 - Distribuição espacial dos coeficientes de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, Brasil, 2009-2018



Incidência bruta. Fonte: Tabnet, DATASUS.

A maioria dos casos de SC foram diagnosticados no pré-natal, seguido do momento do parto. Em relação ao esquema de tratamento da mãe, parte importante recebeu o tratamento de forma inadequada (46,8%), e 36,4% não realizaram o tratamento. A realização do tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, manteve-se baixa (3,8%) (Tabela 2).

DISCUSSÃO |

Os resultados deste estudo demonstraram a elevada ocorrência de SC no ES nos anos analisados. Tal cenário também pode ser observado em estudo realizado em Minas Gerais¹⁴ e Tocantins¹⁵, entre 2007 a 2015. Um estudo internacional aponta que uma porcentagem considerável de casos é atribuível à deficiência na assistência pré-natal¹⁶.

No Brasil, nos últimos dez anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de SC, o que pode estar relacionado, particularmente, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica, bem como a execução de diversas estratégias de abrangência nacional para o controle da sífilis, entre as quais: compra centralizada e distribuição de insumos de diagnóstico e tratamento; desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores,

auxiliando a tomada de decisão; instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal; realização de Campanha Nacional de Prevenção; e desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no Sistema Único de Saúde⁶.

O crescimento da incidência da SC no ES pode tanto resultar no aumento real do número de casos como decorrer da melhoria na estruturação da rede de serviços de saúde. Considerando-se a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a adesão à Rede Cegonha, presumivelmente, essas atividades contribuíram para a melhoria da notificação ao longo dos anos. A subnotificação pode ser considerada um indicador indireto da deficiência da assistência à saúde prestada¹⁷.

A maior prevalência no diagnóstico de SC em crianças até seis dias de vida no ES corrobora estudos realizados no Rio Grande do Norte¹⁸ e Sul do Brasil¹⁹. O diagnóstico de SC do recém-nascido feito nesse período oportuno permite o início do tratamento precoce⁶.

Em relação ao diagnóstico definitivo, 92,4% dos casos de SC foram recentes, semelhante ao resultado encontrado em estudo realizado em Minas Gerais entre 2007 e 2015, o qual apontou resultado de 95,2%¹⁴. A SC recente pode surgir até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da

Tabela 2 - Características dos casos notificados para sífilis congênita segundo informações da mãe, Espírito Santo, Brasil 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total											
	N = 156		N = 273		N = 334		N = 379		N = 513		N = 599		N = 644		N = 562		N = 433		N = 4062			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Faixa etária																						
10 a 14 anos	0	0	2	1,2	3	1,1	2	0,6	5	1,3	4	0,8	6	1	6	0,9	7	1,2	4	0,9	39	1,0
15 a 19 anos	27	17,3	29	17,2	58	21,2	89	26,6	116	30,6	142	27,7	179	29,9	151	23,4	133	23,7	107	24,7	1031	25,4
20 a 29 anos	82	52,6	90	53,3	150	54,9	168	50,3	167	44,1	261	50,9	304	50,8	328	50,9	306	54,4	234	54	2090	51,5
30 a 39 anos	39	25	35	20,7	52	19	63	18,9	79	20,8	78	15,2	79	13,2	107	16,6	103	18,3	80	18,5	715	17,6
40 anos ou mais	2	1,3	5	3	4	1,5	3	0,9	2	0,5	11	2,1	7	1,2	7	1,1	5	0,9	4	0,9	50	1,2
Ignorado	6	3,8	8	4,7	6	2,2	9	2,7	10	2,6	17	3,3	24	4,0	45	7,0	8	1,4	4	0,9	137	3,4
Escolaridade																						
Analfabeto	2	1,3	2	1,2	0	0	3	0,9	1	0,4	3	0,6	0	0	3	0,4	1	0,2	3	0,7	18	0,4
Fundamental incompleto	54	34,6	58	34,3	76	27,8	121	36,2	115	30,3	144	28,1	126	21,1	125	19,4	136	24,2	117	27	1072	26,4
Fundamental completo	30	19,2	29	17,2	49	17,9	43	12,9	59	15,6	86	16,7	128	21,4	170	26,4	154	27,4	123	28,4	871	21,4
Médio completo	13	8,3	19	11,2	20	7,3	33	9,9	24	6,3	44	8,6	67	11,1	108	16,8	100	17,8	69	15,9	497	12,3
Superior	4	2,6	3	1,8	2	0,8	4	1,2	4	1	4	0,8	6	1	5	0,8	4	0,7	5	1,2	41	1
Não se aplica	2	1,3	2	1,2	1	0,4	2	0,6	0	0	1	0,2	2	0,3	4	0,6	0	0	0	0	14	0,4
Ignorado	51	32,7	56	33,1	125	45,8	128	38,3	176	46,4	231	45	270	45,1	229	35,6	167	29,7	116	26,8	1549	38,1

*continua.

situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. A maioria das crianças com SC recente é assintomática ao nascer; por conseguinte, seu diagnóstico é dificultoso e depende de alta suspeição clínica para a investigação da história materna, além de exames minuciosos na criança exposta²⁰.

O coeficiente de mortalidade por SC em menores de um ano apresentou tendência crescente neste estudo, evidenciando a necessidade de tomadas de decisões oportunas e eficazes para prevenção desse agravo.

A maioria dos casos de sífilis materna foram diagnosticados em mulheres com faixa etária entre 20 a 29 anos, raça/cor parda e ensino fundamental incompleto, o que sugere que a baixa escolaridade é um determinante social importante para essa doença. Estudos demonstram que a falta de escolaridade pode influenciar no conhecimento das mulheres sobre a sífilis, e na percepção destas sobre a importância do tratamento durante a gravidez^{6,21}. A baixa escolaridade torna-se um desafio para a saúde pública, pois a compreensão adequada sobre a doença, tratamento e prevenção é de grande importância para o acompanhamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis²². Destaca-se também a alta proporção dessa variável com campo assinalado como ignorado, pois a completude dos dados auxilia na caracterização da população estudada e propicia o planejamento de ações para o enfrentamento¹⁴.

As características observadas no estudo e em pesquisas apresentadas em outros estados do país^{14,22} levam a questionar a baixa qualidade e/ou assistência pré-natal ofertada na rede pública de saúde, mesmo esta sendo uma doença de tratamento simples, eficaz e que apresenta protocolos bem desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Neste estudo, 77,5% das mães de crianças com diagnóstico de SC realizaram o pré-natal na gestação, corroborando outros estudos^{18,21}. Contudo, 17,1% não realizaram nenhuma consulta pré-natal, e 5,4% das notificações tiveram o preenchimento dessa variável ignorado. Tais dados podem demonstrar a dificuldade da equipe de saúde ter acesso às pacientes para realização das consultas de pré-natal^{9,15}. A notificação do agravo deve servir para desencadear uma investigação oportuna das causas do evento com unidades e profissionais de saúde, bem como junto às gestantes, de forma a corrigir falhas no programa de prevenção da doença⁶.

A maioria dos casos de SC ocorreram em mães que tiveram diagnóstico de sífilis materna durante o pré-natal. Esse fato reafirma a importância da atenção primária na prevenção e profilaxia de doenças evitáveis. As desigualdades sociais também podem contribuir muito para a determinação de um desfecho grave e potencialmente previsível como a SC²³. Tais dados também foram encontrados em outras pesquisas realizadas em Porto Velho, Rondônia²² e no Amazonas²⁴.

Alguns fatores podem ser levados em consideração quando se faz referência ao insucesso do diagnóstico da SC, e dentre eles destacam-se: número de consultas de pré-natal inferior às sete recomendadas, ausência da realização dos exames para detecção de sífilis no primeiro e no terceiro trimestres de gestação, atraso na entrega dos resultados dos exames pelos laboratórios, ausência de adesão por parte das gestantes ao pré-natal, e falha dos serviços de saúde em resgatar as gestantes que desertam do acompanhamento pré-natal^{24,25}.

Quanto ao esquema de tratamento das mães, apenas 3,8% o realizaram adequadamente, e chama a atenção o fato de que 46,8% o realizaram de forma inadequada e 36,4% não realizaram o tratamento. Para que o tratamento da gestante com sífilis seja considerado adequado e assegure que não haja a possibilidade de transmissão vertical, a mulher deve ser medicada de forma correta com penicilina G benzatina, o parceiro deve ser tratado simultaneamente, e a grávida deve ser acompanhada mensalmente e finalizar o tratamento até 30 dias antes do parto^{4,20}.

De acordo com os resultados obtidos, fica nítida a importância do uso de protocolos clínicos e o cumprimento pelos profissionais de saúde das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em relação ao pré-natal, diagnóstico e tratamento de sífilis materna e do parceiro, evitando assim falhas na prevenção e promovendo a diminuição das taxas de SC no Estado²⁰.

É de suma importância a realização de ações educativas com a população para tratar sobre o tema, pois a informação aliada a um bom atendimento podem promover um avanço nas estratégias de prevenção da sífilis adquirida, sífilis materna e principalmente a SC, evitando a ocorrência desses casos no estado e no país^{13,20}.

A redução do número de casos de SC no Brasil pode ser alcançada utilizando tecnologias leves, com foco na captação

precoce das gestantes, melhoria na qualidade da atenção pré-natal, capacitação dos profissionais, implementação do teste rápido nas unidades básicas de saúde e no início imediato do tratamento durante a gestação e da criança após o parto^{6,22}.

Este estudo apresentou algumas limitações relacionadas ao uso de dados secundários, como o sub-registros e a possibilidade de subnotificação, evidenciados por fichas preenchidas de forma inadequada, principalmente em relação à variável escolaridade, que apresentou um elevado contingente de dados ignorados. Contudo, apresenta grande relevância para identificação de medidas a serem adotadas a fim de prevenir esse agravo.

CONCLUSÃO |

Os resultados obtidos demonstram que a SC é um importante indicador da qualidade de assistência pré-natal nas redes de atenção básica. Os resultados evidenciam uma variação no número de casos em gestantes ao longo dos anos e a persistência da transmissão vertical, sinalizando para a dificuldade de realização das políticas públicas existentes de controle da sífilis no ES, porém os desfechos para os casos identificados apresentam pontos positivos, tendo em vista que grande parte dos recém-nascidos que adquiriram a doença permanecem vivos e sem sequelas.

Os dados sociodemográficos obtidos, como escolaridade das mães e predomínio da raça parda, devem ser levados em consideração ao formular ações em saúde individual ou em grupo para as gestantes e seus familiares durante as consultas de pré-natal, já que ela é uma ferramenta útil para a prevenção e controle da sífilis. A qualificação dos recursos humanos também pode ser uma ferramenta útil a fim de minimizar tais agravos, por meio de investigação oportuna das causas do evento junto às unidades e profissionais de saúde, bem como às gestantes, de forma a corrigir falhas no programa de prevenção à doença.

REFERÊNCIAS |

1. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.

2. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev Para Med.* 2006; 20(1):47-51.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

5. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita. Brasília: OPAS; 2019.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Sífilis 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

7. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Genebra: OMS; 2017.

8. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência ao pré-natal. *Rev Rene.* 2015; 16(3):374-81.

9. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - mais avanços são necessários! *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(3):251-3.

10. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascido do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(6):115-24.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente do Estado do Espírito Santo. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente. Estimativas para o TCU - Estado do Espírito Santo 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

14. Alves PIC, Scatena LM, Haas VJ, Castro SS. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020; 25(8):2949-60.
15. Silva MJN, Barreto FR, Costa MCN, Carvalho MSI, Teixeira MG. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):e2018477.
16. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis - United States, 2012-2014. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(44):1241-5.
17. Oliveira LR, Costa MCN, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, Teixeira MG. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014; 47(3):334-40.
18. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(2):287-94.
19. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014; 47(2):170-8.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
21. Santos GS, Oliveira LX, Guimaraes AMDN, Nardello DM, Braz JM, Barreto IDC. Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna. *Rev Enf UFPE*. 2016; 10(8):2845-52.
22. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(6):1109-20.
23. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3):144-56.
24. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, dos Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(4):715-23.
25. Gonçalves J, Primo CC, Rabbi GMS, Castro DS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário - 2004 a 2008. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2011; 13(2):49-55.

Correspondência para/Reprint request to:

Creuza Rachel Vicente

Universidade Federal do Espírito Santo,

Av. Marechal Campos, 1468,

Bonfim, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29047-105

Email: vicentecrachel@gmail.com

Recebido em: 31/10/2018

Aceito em: 23/12/2020