

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

SELMA ANEQUINI COSTA

**ANÁLISE INTRAURBANA DA SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS DA
SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:
TAXA DE INCIDÊNCIA E TAXA DE TRANSMISSÃO VERTICAL**

Porto Alegre

2022

SELMA ANEQUINI COSTA

**ANÁLISE INTRAURBANA DA SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS DA
SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:
TAXA DE INCIDÊNCIA E TAXA DE TRANSMISSÃO VERTICAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Selma Anequini

Análise intraurbana da série histórica de 10 anos da sífilis congênita no município de São Paulo: taxa de incidência e taxa de transmissão vertical / Selma Anequini Costa. -- 2022.

116 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Especialização em Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. sífilis. 2. gestantes. 3. sífilis congênita. I. Rosa, Roger dos Santos, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Introdução: A incidência de sífilis congênita (SC) é um evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal. A sífilis na gestação (SG) pode trazer sequelas neurológicas, auditivas e ósseas ao recém-nascido. Há muitos anos, o município de São Paulo (MSP) desenvolve ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis. Entretanto, por ser uma megalópole, traz diferenças regionais importantes, que podem refletir no controle da sífilis. **Objetivos:** 1- Descrever a taxa de incidência (TI) da SC bruta e padronizada por faixa etária da mãe por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Distritos Administrativos (DA), no período de 2011 e 2020, com ênfase no triênio pré-pandemia de covid-19 (2017 a 2019); 2- Descrever a taxa de transmissão vertical (TV) da sífilis no MSP, por faixa etária e CRS e STS do MSP, na série histórica de 2011 a 2020. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa de natureza ecológica, nas dimensões temporal e intraurbana, com análise de 10 anos (de 2011 a 2020) da SC por microrregiões no MSP. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/SP, sob o n 5.311.674. Foram utilizados dados do banco do SINAN de SG e SC de residentes do MSP com diagnóstico confirmado nos anos estudados e realizado cálculo da TI de SC bruta e padronizada por faixa etária e cálculo da taxa TV. O método de regressão linear foi utilizado para a análise temporal. **Resultados/Discussão:** Houve aumento da TI bruta de SC de 2011 a 2020, e o estudo de tendência temporal mostrou variação percentual anual (VPA) de 3,4%. Na análise intraurbana, a CRS Centro apresentou tendência “decrecente”, as CRS Leste, Norte, Oeste e Sul foi “crescente” e a CRS Sudeste, “estacionária”. Houve predominância da tendência “estacionária” nas STS mais centrais do município e tendência “crescente” nas periferias. A TI bruta de SC foi maior no grupo de mães de 10 a 19 anos de idade na série histórica de 10 anos. Nos locais onde a frequência relativa de nascidos vivos diferiu da proporção do município em relação à faixa etária da parturiente, houve impacto na TI de SC padronizada quando comparada à TI bruta. A TV da sífilis mostrou queda expressiva no MSP na última década, com VPA de -4,0% – queda essa observada em todas as CRS, na maioria das STS e por faixa etária das mães. **Conclusões:** Houve queda da taxa de TV da sífilis; entretanto, a TI bruta de SC aumentou no período estudado com estabilização nos últimos anos. Evidenciou-se diferenças intraurbanas que podem estar relacionadas ao processo de trabalho das regiões e suas características. Houve diferença na TI de SC quando considerada a faixa etária da mãe, sendo maior no grupo de 10 a 19 anos de idade. Destaca-se a importância do cálculo da TI de SC bruta e padronizada por faixa etária da mãe para acompanhamento das diferenças intraurbanas. Apesar do aumento expressivo de casos de SG, não houve aumento de mesma magnitude de casos de SC. Como não houve impacto na queda da TI de SC, devem-se manter as ações adotadas no controle da sífilis em gestantes no município e imprimir esforços para diminuição da circulação da sífilis na população em geral, especialmente em adolescentes. **Descritores:** sífilis, gestantes, sífilis congênita, saúde pública, administração e planejamento em saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Objetivos	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Políticas Públicas e legislação referentes à sífilis em gestantes e congênita.....	9
2.2 Vigilância: definição de caso e notificação compulsória da sífilis em gestantes e congênita.....	12
2.3 Aspectos clínicos e o monitoramento da sífilis em gestantes e congênita	16
3 METODOLOGIA	25
3.1 Contexto do estudo: categorização intraurbana da rede de atenção à saúde relacionada à assistência e vigilância da sífilis no município de São Paulo.....	25
3.2 Métodos de obtenção e análise dos dados.	27
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE	45
ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

O controle da sífilis no Brasil, especialmente entre as gestantes, tem sido um desafio para as equipes de saúde. Apesar de toda ação voltada para o controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST) – em particular as ações para a diminuição da transmissão vertical do HIV, como o uso de preservativos –, a sífilis vem aumentando na população em todo o Brasil (BRASIL, 2021a), impactando a saúde das gestantes e, especialmente, dos recém-nascidos.

O Brasil é signatário junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) para a eliminação da sífilis congênita nas Américas (OPAS/OMS, 2010). Durante quase duas décadas, várias ações têm sido implementadas para o alcance das metas; entretanto, muitos esforços ainda precisam ser feitos nessa direção, pois os resultados não são os esperados.

A sífilis é uma doença para a qual não se cria imunidade permanente; portanto, uma pessoa pode se infectar várias vezes – daí a importância do cuidado na gestante e parceiro para evitar a reinfecção. A doença possui fases (primária, secundária, latente, terciária). Na fase latente, a gestante não apresenta sintomas, mas pode haver a transmissão vertical da doença, o que dificulta ainda mais o controle.

A incidência de sífilis congênita é um evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal e, na ocorrência de cada caso de sífilis congênita, devem ser investigadas as oportunidades perdidas no controle da doença (DOMINGUES et.al., 2013). Ademais, deve haver um esforço voltado para o controle da sífilis adquirida (pois podem ser futuras gestantes ou parceiros) e, especialmente, no controle da gestante com sífilis.

O tratamento adequado da gestante é fator primordial, pois a infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas (BRASIL, 2020).

A sífilis, na gestação, pode trazer sequelas neurológicas, auditivas e ósseas ao recém-nascido, e as manifestações podem ser precoces – até 2 anos de idade – ou tardias – após 2 anos de idade (BRASIL, 2020). Importante destacar que mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento

dos primeiros sintomas tardiamente. Dessa forma, há necessidade de acompanhamento longitudinal dos casos.

Percebe-se, de fato, que o controle da sífilis é complexo e multifatorial e alguns aspectos podem ser considerados como determinantes e condicionantes dessa doença na população brasileira. Há um desafio com populações específicas, por exemplo, em situação de vulnerabilidade social. Elas precisam ser estudadas e compreendidas, especialmente, quando há a proposta de adoção de estratégias que visem à equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde. Estudos epidemiológicos mostram que, no Brasil (BRASIL, 2021a) e em São Paulo (SÃO PAULO, 2021a), a proporção de gestantes com sífilis é predominantemente de mulheres da raça/cor parda, da faixa etária de 20 a 29 anos de idade e com disparidades nos diferentes territórios.

Uma questão que pode impactar de forma importante a correta avaliação da situação epidemiológica é a qualidade da notificação compulsória da doença e a investigação de cada recém-nascido de mãe com histórico de sífilis na gestação para a adequada classificação final. Esse fato perpassa pela árdua tarefa coordenada pela vigilância em saúde de higienização dos bancos de dados.

Há muitos anos, o município de São Paulo (MSP) tem se dedicado às questões de vigilância, prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis; entretanto, não se observou queda na taxa de incidência da sífilis congênita nos últimos três anos (SÃO PAULO, 2021a). Segundo o Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) a meta é de queda da taxa de incidência da sífilis congênita para 0,5 para 1000 nascidos vivos.

Por outro lado, os dados epidemiológicos (SÃO PAULO, 2021a) mostram que a taxa de detecção da gestante com sífilis vem aumentando no MSP, o que deveria impactar a taxa de incidência da sífilis congênita. Entretanto, essa taxa não tem mostrado a queda esperada, a despeito de todos os esforços que têm sido feitos. Dessa forma, estudar a taxa de transmissão vertical da sífilis, elencando algumas variáveis, pode auxiliar na compreensão da situação epidemiológica.

Além disso, o MSP por ser uma megalópole, traz diferenças regionais importantes, incluindo a faixa etária das gestantes, que podem refletir na situação de saúde e, especialmente, no controle da sífilis em gestantes e congênita. No MSP, há maior proporção de mães na faixa etária de 20 a 29 anos de idade (SÃO PAULO, 2021a) nos casos de sífilis congênita. Portanto, outra questão que pode ser

importante é estudar a taxa de incidência da sífilis congênita bruta e padronizada por faixa etária nas diferentes microrregiões do município.

Dessa forma, este trabalho abordou as seguintes perguntas norteadoras: Há diferenças regionais relacionadas à faixa etária que possam impactar a taxa de incidência da sífilis congênita nas diferentes regiões do município? Como evoluiu a taxa de transmissão vertical (TV) da sífilis no MSP, considerando as microrregiões, em uma série histórica de 10 anos? Questionou-se também se a taxa de TV pode ajudar a compreender melhor a qualidade da assistência à gestante com sífilis nas regiões.

Diante da problemática apresentada, este trabalho teve como objetivos:

1.1 Objetivos

1.1.1. Geral

Analisar a situação epidemiológica intraurbana da sífilis congênita no MSP, na série histórica de 10 anos, de 2011 a 2020, considerando a taxa de incidência da sífilis congênita bruta e padronizada por faixa etária da mãe e a taxa de transmissão vertical da sífilis, nas diferentes microrregiões e por faixa etária da mãe.

1.1.2. Objetivos específicos

- 1- Descrever a taxa de incidência da SC bruta e padronizada por faixa etária da mãe, por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Distritos Administrativos (DA), no período de 2011 a 2020, com ênfase no triênio pré-pandemia da covid-19 (2017 a 2019);
- 2- Descrever a taxa de transmissão vertical da sífilis no MSP, por faixa etária da mãe e por CRS e STS do MSP, em série histórica de 2011 a 2020;

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo abordou os seguintes aspectos: as políticas públicas e legislação relacionadas ao controle da sífilis no Brasil e no município de São Paulo; a definição de casos, a notificação compulsória e as questões relacionadas propriamente à sífilis em gestantes e congênita: manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, transmissão vertical e monitoramento dos casos.

Dessa forma, para melhor organização do capítulo, este foi dividido em três partes:

2.1 - Políticas Públicas e legislação referentes à sífilis em gestantes e congênita;

2.2 - Vigilância: definição de caso, notificação compulsória e dados epidemiológicos de sífilis em gestantes e sífilis congênita;

2.3 - Aspectos clínicos e monitoramento da sífilis em gestantes e sífilis congênita;

2.1 Políticas Públicas e legislação referentes à sífilis em gestantes e congênita

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou as diretrizes para a eliminação da sífilis congênita no mundo (OMS, 2008). Essa também foi uma das estratégias adotadas pela OMS para alcançar os ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que incluem três objetivos relacionados com a saúde materno-infantil BRASIL [2000]: ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil; ODM 5: Melhorar a saúde materna; e ODM 6: Lutar contra o HIV, malária e outras doenças. Atualmente, a questão da sífilis está diretamente ligada ao objetivo 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030: Saúde e bem-estar – especificamente, na meta 3.2, que é a de até 2030 acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (BRASIL [2015a]).

Antes mesmo da definição dos ODM e ODS, já em 2007, o país havia lançado o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, com metas de redução da sífilis congênita para 2009 e 2011 especificadas por região do Brasil (BRASIL, 2007).

Ademais, o Brasil é signatário junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) para a eliminação da sífilis

congênita nas Américas. Em 2010, a meta era atingir 0,5 caso/1000 nascidos vivos no Brasil até 2015 (OPAS/OMS, 2010), o que não foi efetivado. No Brasil, em 2020, a taxa de incidência da sífilis congênita ficou em 7,7 casos/1000 nascidos vivos, segundo o Painel de Monitoramento do MS [BRASIL, 2018], taxa muito distante da meta estabelecida.

Em 2011, iniciou-se a implantação da Rede Cegonha que, dentre outros objetivos, instituiu a realização de testes rápidos de HIV e sífilis no âmbito da Atenção Básica. Assim, ampliou-se o acesso e melhorou o pré-natal com diagnóstico precoce e tratamento, visando à eliminação da sífilis congênita e redução de óbitos maternos e infantis evitáveis (BRASIL, [2011]).

Ainda, com o objetivo de aprimorar as investigações dos casos de transmissão vertical no país, em 2014 foi lançado o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical (Brasil, 2014) de HIV, sífilis e hepatites B e C, com proposta de criação dos Comitês Estaduais e Municipais. Foi estabelecida a composição desses comitês, com a publicação de anexos com os roteiros de investigação dos casos de transmissão vertical.

Em 2017, por meio da Lei nº 13.430/2017 (BRASIL, 2017a) foi instituído no Brasil o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita, no 3º sábado do mês de outubro. Foi considerada, na ocasião, uma das estratégias para estimular a participação dos profissionais e gestores de saúde nas atividades comemorativas da data e enfatizar a importância do diagnóstico e tratamento adequado da sífilis na gestante e adquirida.

No que se refere ao estado de São Paulo, acompanhando as determinações do Ministério da Saúde, foi elaborado em 2010 o Plano de Eliminação da Sífilis Congênita, que teria como meta 0,5 caso/1.000 nascidos vivos, no estado de São Paulo, até o ano de 2015 (SÃO PAULO, 2010). Assim como no Brasil, essa meta ainda não foi atingida e a taxa de incidência da sífilis congênita no estado em 2020 ficou em 5,6/1.000 nascidos vivos, segundo o Painel de Monitoramento do MS [BRASIL, 2018].

Em relação aos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical propostos pelo MS em 2014 (BRASIL, 2014), o MSP já havia se antecipado e, em 2011, por meio da Portaria Municipal nº 1.549/2011 (SÃO PAULO, 2011), foi instituída a Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis do MSP. Esta visa à investigação dos casos,

normatização, publicação de protocolos, deliberação sobre as investigações e auxílio às regiões no planejamento das ações regionais. No mesmo ano, foram criados os Comitês Regionais de Transmissão Vertical (CRTV), compostos por representantes da assistência e vigilância em saúde de cada região do município; eles buscam avaliar as oportunidades perdidas nos casos de sífilis congênita (SÃO PAULO, 2021b).

Vale ressaltar que vários documentos da OMS e do MS preconizam a denominada “dupla eliminação”, ou seja, que os países imprimam esforços para a eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia publicado as diretrizes globais sobre critérios e processos para validação da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis, que devem ser seguidas pelos países que são signatários da proposta (OMS, 2017).

No Brasil, diante de todas as ações propostas e identificando que muitos municípios e estados não atingiram a meta preconizada de redução da taxa de incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2021a), o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde propôs em 2021 o Selo de Boas Práticas rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis (BRASIL, 2021b). Esse selo tem como objetivo principal incentivar municípios e estados que não tenham atingido as metas de eliminação, mas apresentem indicadores com metas gradativas, classificando-os em três categorias: bronze, prata ou ouro. Segundo o MS, essa conduta incentiva estratégias e ações para promover, no futuro, a “dupla eliminação”.

Para obtenção dos selos, há indicadores e metas de impacto e indicadores e metas de processo. Para os indicadores e metas de impacto, os parâmetros são: selo ouro: taxa de incidência de sífilis congênita $\leq 2,5$ casos por 1.000 nascidos vivos; selo prata: $\leq 5,0$ casos por 1.000 nascidos vivos; e selo bronze: $\leq 7,5$ casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2021b).

O MSP, em 2019, recebeu a certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2019), que foi reafirmada em 2021. Este ano, o município está pleiteando o selo bronze, referente a 2020, relacionado à eliminação da sífilis congênita (SC).

No ano de 2021, dando continuidade ao trabalho desenvolvido no município, foram adotadas várias estratégias visando à diminuição da taxa de incidência da SC no MSP. Destaca-se a publicação do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis Congênita (SÃO PAULO, 2021b), que foi elaborado com o objetivo principal de reduzir em 5% ao ano a incidência da sífilis congênita no MSP. As ações propostas para o alcance dos objetivos desse Plano estão divididas em cinco eixos: Comunicação, Informação e Vigilância em Saúde, Assistência, Gestão e Diretrizes e Educação Permanente. Foram elencadas as competências de cada nível de atenção à saúde, incluindo as áreas-meio, como comunicação e informação em saúde.

Vale ressaltar algumas ações importantes que são adotadas no MSP e estão nos documentos publicados. Por exemplo, foi disponibilizado o teste rápido para sífilis em todas as unidades de saúde, com especial destaque para UBS e maternidades, com a orientação de realização do teste no momento do diagnóstico da gestação, com 32 semanas de gestação para a gestante que não teve sífilis até aquele momento da gestação e teste rápido no parto/aborto (SÃO PAULO, 2019a; 2021b). Outro diferencial importante é a realização de sorologia para sífilis no pré-natal no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação, com destaque para a oferta do pré-natal do homem, parceiro da gestante (SÃO PAULO, 2019a).

2.2 Vigilância: definição de caso e notificação compulsória da sífilis em gestantes e congênita

A sífilis congênita é de notificação compulsória desde 1986 (Port.542/MS/86); entretanto, a sífilis na gestante o é desde 2005 (Port.33 MS/SVS/05), e a sífilis adquirida, a partir de 2010 (Portaria nº 2472/2010). Atualmente, essas portarias foram reunidas na Portaria de Consolidação MS nº 04/2017 (BRASIL, 2017b), com complementação dada pela Portaria nº 1102/2022 (BRASIL, 2022a), em que está publicada a Lista Nacional de Notificação Compulsória.

Vale ressaltar que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo se antecipou à recomendação federal e já havia, em 2004, implantado a notificação compulsória de sífilis em gestante a partir da Resolução SS-59/2004, o que foi considerada uma importante estratégia de controle da sífilis congênita (SÃO PAULO, 2010).

Os casos de sífilis adquirida, em gestantes e congênita devem ser digitados no banco do SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Os casos de

criança exposta que não cumprem critério para sífilis congênita não são notificados nesse banco (BRASIL, 2021c).

Para a correta notificação dos casos, devem ser adotadas as definições de caso preconizadas pelo Ministério da Saúde. A completude das fichas de investigação epidemiológica (FIE) levará a bancos de dados com menor grau de inconsistência e duplicidade, o que favorece uma adequada avaliação da situação epidemiológica da doença.

No Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis Congênita (SÃO PAULO, 2021b), está previsto o trabalho da rede de vigilância, de adequação do banco do SINAN, com retirada de inconsistências, duplicidades e esforço no encerramento adequado da ficha. Para tanto, há o apoio da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO) da SMS, com recursos como o VPI – Verificação de Possíveis Inconsistências, disponibilização de dados em sistema de TabNet e de TabWin e georreferenciamento dos casos para as regiões. É importante destacar que uma correta análise da situação epidemiológica da sífilis passa por um banco de dados adequado, sem duplicidades e inconsistências.

As definições de casos abaixo foram retiradas do Guia de Vigilância em Saúde, 2021, p. 422 e 433-434 (BRASIL, 2021c). Segundo o Guia, deve-se seguir as seguintes definições de caso para fins de diagnóstico e vigilância:

➤ **Sífilis em gestante**

Situação 1: Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – teste treponêmico e/ou não treponêmico com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio;

Situação 2: Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico ou não treponêmico – com qualquer titulação.

Situação 3: Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

OBS: Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se cicatriz sorológica: tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento).

➤ **Sífilis Congênita**

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

Observação: tratamento adequado é o tratamento completo para o estágio clínico com penicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta; Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. Observação: Deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual.

Situação 3: Evidência microbiológica de infecção pelo Treponema pallidum em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. A detecção do T. pallidum se dá por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

“A parceria sexual da gestante com sífilis NÃO faz parte da definição de caso de sífilis congênita, em relação ao tratamento materno, se adequado ou não adequado. Todavia, o risco de reinfecção por sífilis deve ser acompanhado em todo o período do pré-natal. Assim, recomenda-se que todas as parcerias sexuais de mulheres grávidas com IST sejam avaliadas e tratadas, para evitar reinfecções nas gestantes que foram tratadas adequadamente, especialmente para a sífilis” (BRASIL, 2020, p. 215)

Vale ressaltar que, em 2017, por meio da Nota Informativa nº 2/2017, o tratamento adequado da gestante passou a desconsiderar a informação de tratamento concomitante do parceiro (BRASIL, 2017c). A Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) da sífilis congênita no SINAN não acompanhou essa mudança, e o banco encerra o caso automaticamente como sífilis congênita, caso o parceiro não tenha sido tratado. Desta forma, para não ocorrer inconsistência no SINAN, a Nota Informativa recomenda que seja anotado “sim” no campo 46 da FIE, ou seja, parceiro tratado concomitantemente à gestante, independentemente da informação coletada. Nas observações são anotadas as demais informações.

No que se refere aos estudos epidemiológicos, que utilizam a análise dos dados notificados no SINAN, alguns trabalhos foram publicados a respeito da sífilis em gestante e sífilis congênita em vários municípios, estados e regiões do Brasil. Para o presente trabalho, foram compilados 58 desses estudos, publicados em periódicos indexados, nos últimos 5 anos e que englobaram no mínimo três anos correspondentes ao período do presente estudo. Os detalhes podem ser vistos no Apêndice 1, em ordem cronológica, contemplando: ano de publicação, autores, título da publicação, período do estudo e principais achados.

Os estudos foram publicados de 2018 a 2022, analisando a situação epidemiológica da sífilis em gestantes e sífilis congênita em períodos que variaram de 2006 a 2020. A maioria dos autores estudou os casos de gestantes com sífilis e casos de sífilis congênita, considerando aspectos sociodemográficos (como proporção por faixa etária materna, escolaridade e raça/cor) e aspectos clínicos (como a realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis na mãe e tratamento adequado ou inadequado). Pôde-se perceber que a faixa etária da mãe mais frequente foi de 20 a 29 anos de idade, escolaridade baixa e, quanto à raça/cor, variou de acordo com a região estudada, sendo a parda mais frequente. Todos os estudos que abordaram a questão do pré-natal referiram que, apesar da maioria das mães terem realizado o pré-natal, uma porcentagem dos casos foi diagnosticada no momento do parto ou pós-parto.

Seis desses estudos abordaram a análise espacial para identificação de *clusters* nos municípios e/ou regiões do Brasil (NASCIMENTO, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SOARES *et al.*, 2020; NUNES *et al.*, 2021; RAIMUNDO *et al.*, 2021; RAMOS *et al.*, 2022) e identificam relações com questões de vulnerabilidades e/ou aspectos sociodemográficos (Apêndice 1).

2.3 Aspectos clínicos e o monitoramento da sífilis em gestantes e congênita

A sífilis é uma doença transmitida pelo *Treponema pallidum*, que é uma bactéria conhecida há séculos, sendo esse agente etiológico descoberto em 1905 (BRASIL, 2020).

A transmissão da sífilis se dá principalmente por contato sexual. Contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto, durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada, gerando aborto, natimorto, parto pré-termo, morte neonatal e a sífilis congênita, que pode levar a sequelas no recém-nascido (RN). A transmissão por transfusão sanguínea ou derivados pode ocorrer, mas é rara atualmente por conta do controle dos bancos de sangue (BRASIL, 2020; 2021c).

O período de incubação pode variar de 10 a 90 dias (com média de 21 dias), contando a partir do contato. Não há proteção imunológica para sífilis; a suscetibilidade à infecção é universal. Os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores para novas infecções. Dessa forma, a pessoa pode adquirir sífilis várias vezes na vida, sempre que houver exposição ao agente infeccioso (BRASIL, 2021c)

Segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021c, p. 417), as manifestações clínicas da sífilis, que orientam o tratamento e monitoramento da doença, podem ser divididas em:

- **Sífilis primária:** *A primeira manifestação é caracterizada por úlcera (denominada “cancro duro”) rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). É acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Em geral, a lesão pode durar de três a oito semanas e desaparecer, independentemente de tratamento. Pode não ser notada e passar despercebida se a lesão for no canal vaginal ou no colo do útero. Embora menos frequente, em alguns casos, a lesão primária pode ser múltipla.*

- **Sífilis secundária:** *ocorre em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um período de até um ano. É marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. A sintomatologia dura,*

em média, entre 4 e 12 semanas. Caracteriza-se principalmente por pápulas palmoplantares, placas e condilomas planos, acompanhados de micropoliadenopatia. Alopecia em clareira e madarose são achados eventuais. As lesões desaparecem independentemente de tratamento, proporcionando falsa impressão de cura.

- **Sífilis latente:** período em que não se observam sinais ou sintomas. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção).

- **Sífilis terciária:** ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir vários anos depois do início da infecção. É comum o acometimento dos sistemas nervoso e cardiovascular. Verifica-se também a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência à liquefação) na pele, nas mucosas, nos ossos ou em qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

No adulto, a neurosífilis pode ser uma complicação da infecção pelo *Treponema pallidum* e pode ocorrer em qualquer momento do curso da sífilis. Segundo Gonzalez *et al.* (2019), a neurosífilis foi dividida em estágio inicial e tardio; ela pode cursar com meningite e, em fase mais tardia, até com confusão mental e demência. Os autores também relatam que a sífilis ocular e otológica pode ocorrer a qualquer momento, mas frequentemente acompanha a meningite aguda da neurosífilis inicial, e pode haver alteração auditiva (BRASIL, 2020).

Importante destacar, considerando essa classificação das manifestações clínicas, que mais de um terço das gestantes têm diagnóstico da sífilis na fase latente [BRASIL, 2018]. Portanto, o rastreamento dos casos por meio de testes rápidos e exames no pré-natal são de suma importância, uma vez que são assintomáticas nesse estágio, com potencial para transmissão vertical da doença se não for realizada a abordagem oportuna do tratamento.

➤ **Transmissão Vertical da sífilis**

A sífilis congênita é o resultado da passagem do *Treponema pallidum*, da gestante para o feto, geralmente por via transplacentária. A probabilidade de transmissão vertical depende do estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição

do feto no útero. A transmissão no canal de parto é rara, podendo ocorrer apenas se houver lesões genitais maternas. O leite materno não transmite a sífilis da mãe para a criança (SÃO PAULO, 2016).

Entre os desfechos adversos resultantes da sífilis materna recente não tratada, em torno de 40% resultarão em perdas gestacionais precoces, 11% em morte fetal a termo, 12% a 13% em partos pré-termo ou baixo peso ao nascer e 20% com sinais sugestivos de sífilis congênita (KORENROMP, 2019; DOMINGUES *et al.*, 2021).

A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas (BRASIL, 2020). Blencowe *et al.* (2011) referem uma redução na incidência de sífilis congênita clínica de 97% com detecção e tratamento das gestantes com pelo menos 2,4 MU de penicilina. Este estudo também aponta para redução de partos pré-termo, mortes fetais e neonatais, com o tratamento da gestante.

Entretanto, observa-se que mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento e os primeiros sintomas podem surgir nos primeiros três meses de vida (SÃO PAULO, 2016). Dessa forma, é de extrema importância a testagem para sífilis da mãe na maternidade para a detecção da doença que não foi diagnosticada na gestação e o tratamento, acompanhamento e monitoramento dos RN nos primeiros anos de vida.

A sífilis congênita tem uma grande variedade de apresentações clínicas que dependem de vários fatores como: tempo de exposição fetal ao treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento), a carga treponêmica materna, a virulência do treponema, o tratamento da infecção materna e a coinfeção materna pelo HIV (SÃO PAULO, 2010).

A sífilis congênita pode ter apresentação precoce ou tardia (SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2020), com as seguintes manifestações:

- Sífilis congênita precoce – com manifestações até 2º ano de vida: baixo peso, prematuridade, osteocondrite, hepatoesplenomegalia, rinite sanguinolenta e persistente, alterações respiratórias ou pneumonia, lesões cutâneas, dentre outras;
- Sífilis congênita tardia: - com manifestações após 2º ano de vida: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, ceratite intersticial com

cegueira (córnea), surdez (VIII par), dificuldade no aprendizado, hidrocefalia, alterações neurológicas e déficit intelectual.

Em casos de sífilis congênita tardia, deve ser realizada sempre uma investigação para a exclusão de sífilis adquirida por agressão ou abuso sexual (SÃO PAULO, 2016; BRASIL, 2020).

Importante destacar que todos os RN, filhos de mãe com histórico na gestação, que não se configuraram como sífilis congênita são denominados “RN expostos a sífilis” e necessitam de acompanhamento e monitoramento (SÃO PAULO, 2016; SÃO PAULO, 2021c).

➤ **Diagnóstico, tratamento e monitoramento da sífilis em gestantes**

O diagnóstico da sífilis na gestante é realizado com testes treponêmico (teste rápido, TPHA, Elisa, FTA-Abs e EGL) e não treponêmicos (VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory* ou RPR ou TRUST). O padrão para a definição do diagnóstico é ter um exame de cada grupo. Na gestante, um teste reagente é suficiente para iniciar o tratamento, devendo coletar o outro no mesmo dia de início da penicilina (BRASIL, 2020).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum* (BRASIL, 2020). São os primeiros a se tornarem reagentes; dessa forma, podem ser os primeiros a serem realizados. No MSP, o teste rápido e o Elisa, utilizados no pré-natal, são treponêmicos (SÃO PAULO, 2021c). Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, desta forma, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2020).

Já os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *Treponema pallidum* e permitem a análise qualitativa e quantitativa. Os anticorpos anticardiolipina podem estar presentes em outras doenças e, portanto, deve ser feita a combinação com o teste treponêmico. Os não treponêmicos, em especial, o VDRL, devem ser utilizados para acompanhamento do tratamento, pois permitem análise quantitativa (BRASIL, 2020).

No pré-natal, segundo o PCDT (BRASIL, 2020), as gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre (28 semanas) e no parto ou aborto/natimorto. Há referência também para testagem quando há história de exposição de risco/violência sexual.

Já no Protocolo de Transmissão Vertical da Sífilis Congênita (SÃO PAULO, 2021b; c), há recomendação de realização também de teste rápido no momento do diagnóstico da gestação, sorologia nos três trimestres de gestação e teste rápido na 32ª semana de gestação para as gestantes que tiveram resultados não reagentes até aquele momento. É uma medida que auxilia na detecção da doença ainda a tempo de ser tratada antes do parto. No MSP, a testagem para sífilis se inicia pelo teste rápido treponêmico e sorologia (SÃO PAULO, 2021c).

No que se refere ao tratamento, segundo o PCDT 2020, para gestante a penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz, e qualquer outro tratamento na gestante é considerado inadequado. Dessa forma, nesses casos o RN será considerado e notificado como sífilis congênita, devendo ser submetido a avaliação e tratamento como tal (BRASIL, 2022b).

Vale lembrar que, em 2014/2015, houve desabastecimento nacional das penicilinas por falta de matéria-prima global. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, publicou na ocasião a Nota Informativa nº 109/2015 (BRASIL, 2015b), que recomendava o uso exclusivo da penicilina benzatina para gestantes e penicilina cristalina para recém-nascidos com sífilis congênita. Não é possível avaliar o quanto, de fato, esse desabastecimento impactou no controle da sífilis congênita no Brasil em todos os estados federativos.

O tratamento da sífilis na gestante deve iniciar no momento do teste rápido reagente (BRASIL, 2020; SÃO PAULO, 2021c), que, se seguidos os protocolos preconizados, deve ser realizado no mesmo dia do teste de gravidez. Durante toda a gestação, a testagem para sífilis deve ser realizada como preconizada e os resultados dos exames devem ser monitorados pelas unidades para que, a qualquer momento, seja iniciado o tratamento (SÃO PAULO, 2021b).

“Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para o concepto. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal, é impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe-bebê”. (BRASIL, 2022b, p. 162).

Visando aumentar o acesso ao tratamento e oportunizar seu início, especialmente da gestante, o COFEN – Conselho Federal de Enfermagem publicou

em 2017 a Nota Técnica nº 3 (COFEN, 2017), reforçando que a penicilina benzatina injetável pode ser prescrita e administrada pelo profissional enfermeiro. No estado de São Paulo, a Nota Informativa Conjunta Nº 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP (SÃO PAULO, 2017) e o parecer COREN-SP Nº 007/2022 (COREN, 2022) reforçam que o enfermeiro pode inclusive prescrever e administrar a penicilina na ausência de profissional médico na unidade.

O tratamento da sífilis depende do estágio em que se encontra a doença (primária, secundária, terciária ou latente). Entretanto, em gestantes, o estado de São Paulo não adota o tratamento com apenas uma dose nos casos de sífilis primária, como recomendado pelo PCDT (BRASIL, 2020). A sífilis primária, secundária e latente recente são tratadas com Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM semanal, por 2 semanas, e a sífilis terciária, latente tardia (acima de 1 ano) e latente com duração ignorada são tratadas com a mesma dosagem, porém com duração de três semanas (SÃO PAULO, 2016; SÃO PAULO, 2021c).

Outro fator muito importante quando se trata de gestante é o envolvimento do parceiro no pré-natal, com a instituição do pré-natal do homem (BRASIL, 2016). Deve ser realizado levantamento de todas as parcerias sexuais da gestante para realização de tratamento, evitando a reinfecção na gestante (BRASIL, 2020).

Após o tratamento da gestante, é necessário realizar o monitoramento. Deverá ser realizado, obrigatoriamente, o VDRL mensalmente, em todas as gestantes que apresentarem resultado reagente (SÃO PAULO, 2021c). Nesse monitoramento, é avaliada a queda de titulação do VDRL e observado se não há subida até o parto, que poderia indicar uma reinfecção.

Importante destacar que deve ser realizada testagem para sífilis de todas as gestantes no momento do parto, e a maternidade deve solicitar o cartão da gestante para verificação de histórico para sífilis e tratamento (SÃO PAULO, 2021c). Essa medida auxilia na condução da suspeita e investigação da sífilis congênita.

➤ **Diagnóstico, tratamento e monitoramento da sífilis congênita**

Para a classificação do RN como sífilis congênita, é necessário avaliar se o tratamento da mãe foi adequado. É considerado tratamento adequado quando é completo para o estágio clínico da doença, realizado com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto e com queda de títulos (BRASIL, 2020; SÃO PAULO, 2021c).

Na maternidade, se a gestante for reagente na testagem para sífilis, verifica-se se há tratamento anterior e realiza-se o VDRL da mãe e do RN. A depender do tratamento da mãe (adequado ou inadequado), da comparação da titulação do VDRL da mãe e do RN, dos resultados de exames do RN, a criança é classificada como sífilis congênita ou RN exposto (SÃO PAULO, 2019b; 2021c; BRASIL, 2022b). Classifica-se como RN exposto à sífilis quando a mãe foi adequadamente tratada e o RN tem exame clínico normal e VDRL negativo ou quando a mãe foi adequadamente tratada e o RN tem exame clínico normal e VDRL positivo. Neste caso, a titulação no VDRL pode ser menor, igual ou superior em uma diluição em relação ao materno (SÃO PAULO, 2019b; 2021c). No fluxograma, há indicações específicas para realização de hemograma, RX de ossos longos e liquor do RN (SÃO PAULO, 2019b; 2021c).

Pode ocorrer alteração do liquor com caracterização de neurosífilis. Segundo Guinsburg e Santos (2010), a realização do exame liquórico na maternidade é imprescindível diante de qualquer caso suspeito de sífilis congênita, com a finalidade de afirmar ou descartar a presença da neurosífilis. Na presença de alteração, a reavaliação liquórica deve ser a cada seis meses até a normalização do LCR. As alterações persistentes devem ser retratadas (SÃO PAULO, 2021c). Para adequada avaliação, o LCR deve estar livre de qualquer contaminação por sangue que possa ocorrer em casos de acidente de punção (BRASIL, 2022b).

No que se refere ao tratamento, o RN será tratado de acordo com os resultados dos exames ao nascimento e histórico de tratamento da mãe. Crianças que cumpriram critério para sífilis congênita com ou sem neurosífilis devem receber a benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 12/12h na primeira semana de vida e de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias. Na criança com SC sem neurosífilis também pode ser realizado o tratamento com Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias. Entretanto, a criança nascida de mãe não tratada ou tratada de forma não adequada, mas com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento pode receber dose única IM de benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg (DOMINGUES *et al.*, 2020; SÃO PAULO, 2021c)

Por se tratar de fluxogramas complexos e de decisões que podem impactar em sequelas para o RN, é bastante recomendado que, em situação de qualquer

dúvida na condução do caso, seja contatada a vigilância local para discussão da conduta. No MSP, essas discussões de casos ocorrem nos Comitês Regionais de Transmissão Vertical (SÃO PAULO, 2021b) e em discussões de casos com a vigilância e Coordenadoria de IST/AIDS da SMS. Destaca-se a importância desse trabalho integrado da assistência com a vigilância.

Estudo realizado em uma região do MSP (OKADA *et al.*, 2013) mostrou que o trabalho conjunto entre assistência e vigilância, com realização de investigação dos casos, impactou a queda da taxa de incidência da sífilis congênita de 5,0/mil nascidos vivos em 2011 para 2,4/mil nascidos vivos em 2012.

No MSP, segundo a Portaria municipal nº 378/2021 (SÃO PAULO, 2021d), é determinado que as crianças com sífilis congênita sejam agendadas diretamente da maternidade para consulta na UBS e CER – Centro Especializado em Reabilitação da região de residência e, no caso da criança exposta, que seja agendada para a UBS.

No que diz respeito ao monitoramento dos casos de sífilis congênita, os exames de VDRL devem ser realizados no primeiro mês e no 3º, 6º, 12º e 18º mês de idade, interrompendo-se o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos. O teste treponêmico deve ser realizado aos 18 meses de idade (SÃO PAULO, 2016; BRASIL, 2020; SÃO PAULO, 2021c). No MSP, recomendam-se consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês; do 12º ao 24º mês, consultas a cada quatro meses (SÃO PAULO, 2021c).

Para os que foram classificados como sífilis congênita, o acompanhamento deve ser na UBS, no CER, com exames especializados: oftalmológicos, audiológicos e neurológicos semestral por 2 anos (BRASIL, 2020; SÃO PAULO, 2021c). No MSP, para acompanhamento do desenvolvimento do recém-nascido de risco, incluindo a sífilis congênita, é utilizado no CER, o Protocolo do Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil (SÃO PAULO, 2015).

No que se refere ao acompanhamento do recém-nascido, para os que foram classificados como criança exposta à sífilis, o acompanhamento deve ser na UBS (SÃO PAULO, 2021c), com coleta de exames de VDRL no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º mês de vida, interrompendo-se o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes por volta dos seis meses, caso a criança não tenha sido infectada. O teste treponêmico deve ser realizado aos 18 meses de

idade. A criança exposta com teste treponêmico positivo após 18 meses e sem histórico de tratamento anterior, deverá ser investigada, tratada e notificada como sífilis congênita.

Importante:

As crianças que apresentarem o teste treponêmico reagente aos 18 meses deverão realizar seguimento por longo prazo, pelo menos até os cinco anos de idade, para monitoramento de possíveis alterações tardias da sífilis (visuais, auditivas e de desenvolvimento), mesmo que estas crianças tenham recebido tratamento adequado na maternidade (BENTLIN, 2017, p. 09).

3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio da análise de dados epidemiológicos da sífilis em gestantes e sífilis congênita do município de São Paulo, por microrregiões, em uma série histórica de 2011 a 2020.

3.1 Contexto do estudo: categorização intraurbana da rede de atenção à saúde relacionada à assistência e vigilância da sífilis no município de São Paulo

O município de São Paulo (MSP), é uma megalópole localizada no estado de São Paulo, região Sudeste do Brasil. A população projetada para 2022 pela Fundação SEADE é de 11.960.216 residentes no MSP.

No que se refere à organização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o MSP é dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) com 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS), que, por sua vez são divididas em 96 Distritos Administrativos (DA). Em relação à Vigilância em Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde possui a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), e a rede é formada por 28 Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), distribuídas no território nas STS (apenas uma das STS tem duas UVIS de referência). A distribuição da população por CRS pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1- População residente no MSP por Coordenadoria Regional de Saúde

CRS	População
CENTRO	462.036
LESTE	2.532.870
NORTE	2.326.502
OESTE	1.080.809
SUDESTE	2.714.765
SUL	2.843.234
Total	11.960.216

Fonte: População projetada em 01/07/2022 - Fundação SEADE

Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417>

Na assistência e vigilância da sífilis, estão envolvidas a Coordenadoria de Atenção Básica (CAB), a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e a Coordenadoria de IST/Aids.

No que se refere aos equipamentos que fazem parte da rede de investigação e controle da sífilis, destacam-se: 469 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 17 Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em IST/Aids, 31 Maternidades, entre públicas e privadas, e 32 Centros Especializados em Reabilitação (CER).

O MSP possui cinco laboratórios regionais, com sistema próprio de liberação de resultados *online*, o que facilita a vigilância de laboratório, com rastreamento de resultados. A distribuição dos equipamentos de saúde pode ser visualizada na Figura 1, e a lista completa por região está disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_assistenciais/index.php?p=30566

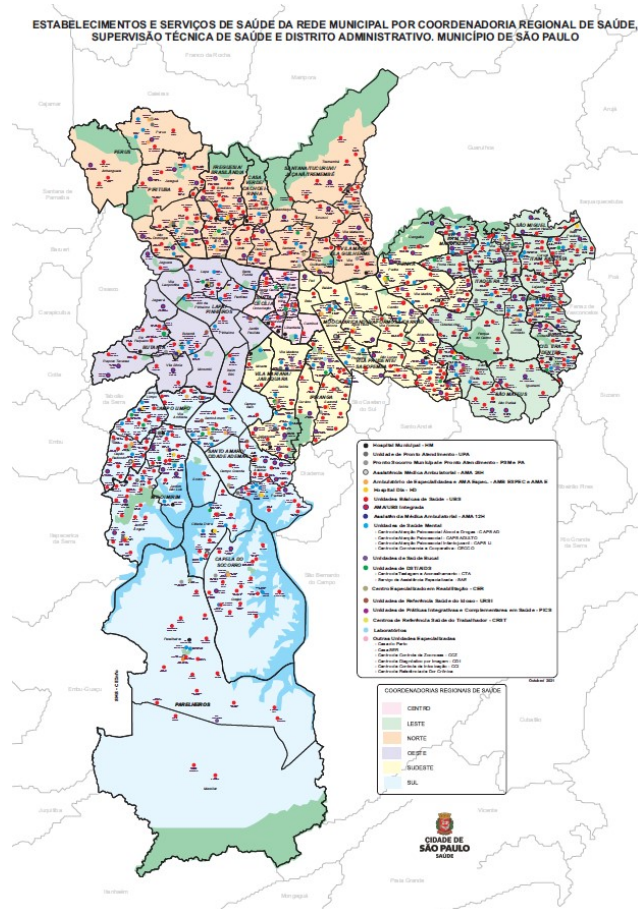


Figura 1- Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por Coordenadoria Regional de saúde, Supervisão Técnica de Saúde e Distrito Administrativo. Município de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=19281

As 469 UBS são responsáveis pelo pré-natal de gestantes com sífilis e seguem os protocolos estabelecidos pela SMS. As gestantes com coinfeção por HIV são acompanhadas nos SAE. Os recém-nascidos (RN) expostos à sífilis são acompanhados clinicamente e laboratorialmente pelas UBS e, quando há coinfeção com HIV, são acompanhados também no SAE (SÃO PAULO, 2021b; c; d).

As UBS, SAE e todos os serviços de saúde que atendem gestantes com sífilis realizam a notificação às UVIS de referência, e as maternidades notificam os casos de puérperas que são detectadas no parto, na curetagem, nos abortos e nos casos de sífilis congênita (SÃO PAULO, 2021c).

3.2 Métodos de obtenção e análise dos dados.

Trata-se de pesquisa quantitativa de natureza ecológica, com análise temporal de 10 anos (de 2011 a 2020) da sífilis congênita no MSP e análise trienal, considerando o período pré-pandemia de 2017 a 2019. O estudo foi realizado com dados por microrregiões do município, ano a ano; portanto, nas dimensões temporal e intraurbana.

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde/COVISA da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/SP forneceu a carta de anuência para disponibilização dos dados. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS/SP, sob o número 5.311.674 (Anexo 1).

Foram utilizados dados do banco do SINAN de sífilis em gestante e sífilis congênita, de residentes do município de São Paulo, que tiveram diagnóstico confirmado nos anos de 2011 a 2020. Foi considerada a data de diagnóstico apontada na ficha e não a data de notificação para realização da análise por ano.

Nas análises de 10 anos (2011 a 2020), houve uma perda de 235 (2,4%) casos de sífilis congênita com endereço e/ou idade da mãe ignorada, do total de 9.705 registros; 180 (0,5%) casos de sífilis em gestantes com endereço ignorado, do total de 35.547 registros; e 2.547 (0,2%) nascidos vivos com endereço ignorado, do total de 1.684.738 registros. Com relação às análises de três anos (2017 a 2019), houve uma perda de 85 casos de sífilis congênita (2,5%), de um total de 3.346 casos notificados, e 438 (0,1%) nascidos vivos, de um total de 493.154 registros, por falta de endereço ou idade da mãe.

Os dados de sífilis em gestante e sífilis congênita foram estratificados por seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), 27 Supervisões Técnicas de Saúde e 96 Distritos Administrativos.

A variável “faixa etária” da mãe foi escolhida para este estudo, tanto para análise da taxa de incidência como para a transmissão vertical, pois notou-se que, no município de São Paulo, há uma distribuição heterogênea da proporção de nascidos vivos, por faixa etária da parturiente, quando analisada em microrregiões (Apêndice 2).

❖ **Cálculo da taxa de incidência bruta e padronizada**

O cálculo da taxa de incidência da sífilis congênita bruta e a padronizada por faixa etária foi realizado por meio da análise do banco do SINAN, com dados referentes às fichas de notificação da sífilis congênita.

A fórmula de cálculo para a taxa de incidência bruta de sífilis congênita foi: número de casos de sífilis congênita recente + número de abortos + natimortos por sífilis/número de nascidos vivos no mesmo período X 1.000, obtendo-se um resultado de nº casos/1.000 nascidos vivos. Foi realizada a análise por faixas etárias da mãe, e os dados foram retirados da ficha de notificação da sífilis congênita. As idades maternas foram classificadas em intervalos de 10 anos: faixa de 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Não foram observados casos de sífilis congênita com mães com idade superior a 49 anos.

Para o cálculo da taxa de incidência padronizada por faixa etária, foi utilizado o padrão de distribuição da idade das mães de nascidos vivos no MSP; então, a taxa de incidência da sífilis congênita foi recalculada com essa padronização por faixa etária, nos DA, STS e CRS. Esse cálculo padronizado foi utilizado para eliminar a possibilidade de que possíveis diferenças nas taxas de incidência regionais possam ser resultado de diferenças na população.

Tanto para o cálculo da taxa de incidência bruta como padronizada por faixa etária, foram considerados os dados agregados de três anos (taxa trienal) pré-pandemia de covid-19 (2017, 2018 e 2019), nas seis CRS, 27 STS e 96 DA. Foram utilizados os dados de três anos para se obter uma maior amostragem na análise da taxa bruta e padronizada para que pudesse ser feita a desagregação até o nível de DA. Optou-se por excluir o ano de 2020 para evitar interferência de um ano

pandêmico. No cálculo na taxa bruta, também foi realizada a análise da série histórica de 10 anos (2011 a 2020) por CRS e STS e análise por faixa etária da mãe.

Para o levantamento do número de nascidos vivos e da faixa etária materna de nascidos vivos, foram utilizados dados abertos por meio do TabNet ao banco do SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, que tem como fonte a Declaração de Nascido Vivo (DNV), selecionando-se as variáveis: ano de nascimento, local de residência da mãe por CRS, STS e DA e idade da mãe. Posteriormente, a idade da mãe foi categorizada em faixas: de 10 a 19 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Para acesso a essas informações do município de São Paulo, foi utilizado o TabNet de São Paulo, disponível em:

<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cqi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sinasc/nascido.def>

Esses dados são produzidos pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do município de São Paulo, gerenciado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEINFO) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, em conjunto com as Supervisões Técnicas de Saúde e hospitais/maternidades onde se realizam partos. As notas técnicas referentes ao banco utilizado estão disponíveis em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=8241>

❖ **Cálculo da taxa de transmissão vertical**

O cálculo da taxa de transmissão vertical da sífilis foi realizado por meio da análise de dois bancos do SINAN: dados referentes às fichas de notificação da sífilis congênita e dados referentes às fichas de notificação das gestantes com sífilis.

A fórmula de cálculo utilizada para obtenção da taxa de transmissão vertical foi: número de casos de sífilis recente + número de abortos + natimortos por sífilis/número de casos de sífilis em gestantes no mesmo período X 100, resultando em uma porcentagem.

Para análise por faixas etárias da mãe, as idades maternas foram classificadas em intervalos de 10 anos: faixa de 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Não foram observados casos de sífilis em gestante com idade superior a 49 anos. Os dados foram estratificados por: ano de diagnóstico da sífilis congênita e da sífilis em gestante: 2011 a 2020, desagregados por seis CRS e 27 STS. Nesta análise, não foi necessária a retirada do ano de 2020, pois o dado foi

utilizado separadamente por ano e não agrupado, o que permitiu a análise da evolução da taxa, incluindo o ano pandêmico.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos e, para o estudo da tendência temporal por CRS, STS e por faixa etária, tanto para análise da taxa de incidência bruta, como para a taxa de transmissão vertical, foi realizado o cálculo do logaritmo de base 10 dessas taxas para aplicação do método de regressão linear generalizada de *Prais-Winsten*. Este método foi utilizado no lugar da regressão linear simples por se tratar de um procedimento de análise delineado para dados que possam ser influenciados por autocorrelação serial (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Assim, obteve-se o coeficiente β de inclinação da reta e o valor de P para avaliação da significância estatística, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Foi calculada a variação percentual anual (VPA) e a classificação em “estacionária”, “crescente” e “decrecente” para os dados analisados. Foi utilizado o programa estatístico R para esta análise. Segundo Antunes e Cardoso (2015), as séries temporais permitem a organização, no tempo, de dados quantitativos, e a quantificação da tendência permite a comparação entre diferentes séries temporais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. S.; ANDRADE, J.; FERMIANO, R.; JAMAS, M. T.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 30, e20200423, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DcJG3jTsbHtr8BvRT3PLZsm/abstract/?lang=pt> Acesso em: 30 abr. 2022.
- ALMEIDA, K. T.; SANTOS, Á. N.; COSTA, A. K. A. N.; SANTOS, M. R.; MENEZES, A. M. F. Y.; ALVES, K. A. N. 2019. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma microrregião no interior do estado da Bahia (2007-2017). **Enfermería Global**, v. 18, n. 4, p. 198–229, sep. 2019. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.348451> Acesso em: 29 abr. 2022
- ALVES, P. I. C; SCATENA, L. M.; HAAS, V. J.; CASTRO, S. S. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. **Cienc Saude Colet.**, v. 25, n. 8, p. 2949-60, 2020. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020258.20982018>. Acesso em: 29 abr. 2022
- AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, 13 p., 2021. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000400301&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 30 abr. 2022.
- ANTUNES, J. L. F. e CARDOSO, M.R.A. - Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015. 24 (3): Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024> Acesso em 05/03/2022.
- ARAÚJO, L. S. M; SILVA, D., S.; SANTOS, I. M. R.; CAMPOS, J. E. M.P.; SANTANA, J. P. M.; OLIVEIRA, L. L.; SILVA, M. S.; GALLOTTI, F. M. G. Análise epidemiológica da sífilis congênita no nordeste brasileiro. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, jul./aug.2020, p. 9638-9648. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14247>. Acesso em: 30 abr. 2022.
- AYRES, J.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA, J. R. I. Risco Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J. R. M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- BARBOSA, D. F. R.; ALBUQUERQUE, A. C. C.; VERÇOSA, R. C. M.; REIS, R. P.; GONÇALVES, E.; JACOB, L. R.; SANTANA, K. G. S.; SANTOS, S.; PEREIRA, T. S.; SILVA, M. B. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em gestantes no município de

Maceió. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, e4881, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4881>. Acesso em: 30 abr. 2022.

BARCELOS, M. R. B.; LIMA, E. F. A.; DUTRA, A. F.; COMERIO, T.; PRIMO, C. C. Sífilis congênita: análise epidemiológica e evento sentinela da qualidade da assistência ao binômio mãe/recém-nascido. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 32, n. 1, p. 165-175, 2022. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/12513/8496> Acesso em: 10 mai. 2022.

BENTLIN, M. R. Importância do seguimento no tratamento da sífilis congênita. **Pediatra atualize-se**, v. 2, n. 5, p. 9-10, 2017. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BLENCOWE, H., COUSENS, S., KAMB, M.; BERMAN, S.; GRAMADO, J. E. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v. 11, Suppl. 3, p. 59, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S9>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRANCO, T. J. T.; LEAL, E. A. S.; FREITAS, T. F.; MANZATI, B. B. Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no estado do Acre nos anos de 2009-2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e4347, 25 set. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4347/2684> Acesso em: 10 mai. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI **Painel de Indicadores Epidemiológicos da sífilis**, [2018]. Disponível em: <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **São Paulo elimina a transmissão do HIV de mãe para bebê**. Brasília: MS, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/sao-paulo-elimina-transmissao-do-hiv-de-mae-para-bebe>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2/2017 – DIAHV/SVS/MS**. Brasília, 2017c. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 109/2015**. Brasília, 2015b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2015/-notas_informativas/nota_informativa_109_assinada_pdf_20349.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) Brasil**. Brasília: MS, [2015a]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/> Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal ODM Brasil**. Brasília: MS, [2000]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2 de 2017**. Brasília, 2017d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html Acesso em: 30 junho. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 4 de 2017**– Anexo V. Brasília, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.102**, de 13 de maio de 2022. Brasília, 2022a. <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-176-2022-publicada-a-portaria-gm-n-1102-que-altera-o-anexo-1-do-anexo-v-a-portaria-de-consolidacao-gm-ms-no-4-de-28-de-setembro-de-2017-para-incluir-o-sars-cov-2-no-item/> Acesso em: 29 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 84 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília: MS, [2011]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. 1.126 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf ISBN 978-65-5993-102-6. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 57 p. Disponível

em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 48 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-eou-sifilis-2021>. Acesso em: 11 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes> Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT-TV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b 228 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv> Acesso em: junho. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano Operacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 24 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf. Acesso em: 18 jan. 2022.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. **Lei nº 13.430**, de 31 de março de 2017a. Brasília, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13430.htm. Acesso em: 20 out. 2022.

CHAVES, M. G.; SILVA, T. C. S.; FARIA, J. M. L.; GUERRA, E. S.; LOPO, L. H. C. S. Sífilis congênita no estado da Bahia entre 2011 e 2020: um estudo epidemiológico. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 26, S1, 101736, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021003718?via%3Dihub>. Acesso em: 10 maio. 2022.

CONCEIÇÃO, W. M.; LEITE, A. G. S.; LIBONATI, L. G.; FARIAS, M. G. D. RÊGO, L. B. C.; DUARTE, M. B. Casos notificados de sífilis realizados e seus impactos no sistema hospitalar em Salvador: 2010 – 2016. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 11659-11669, set./out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16091/13170> Acesso em: 30 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota Técnica COFEN/CTLN nº03/2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Parecer COREN-SP Nº 007/2022**. Dispõe sobre Administração de Penicilina Benzatina e Ceftriaxona pelo profissional Enfermeiro em serviços comunitários e terceiro setor. São Paulo, 2022.

COSTA, B. A. G.; SANTOS, D. F.; HAYASE, K. A. S.; SANTOS, M. M. Q.; NAIFF, G. R. O.; BOTELHO, E. P. Sífilis congênita em região da Amazônia brasileira: análise temporal e espacial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 22, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/62349>. Acesso em: 30 abr. 2022.

COSTA, D. F.; AANHOLT, D. P. J. V.; CIOSAK, S. I. A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018. **REVISA (Online)**, v. 10, n.1, p. 195-204, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1177903> Acesso em 10 mai. 2022.

COSTA, J. S.; SANTOS-JÚNIOR, F. M.; MOREIRA, R. S.; GÓES, M. A. de O. Tendência temporal da sífilis congênita em Sergipe, Brasil, 2006 -2017. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 9, p. 8–15, 2019. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3356> Acesso em: 30 abr. 2022.

DOMINGUES, C. S. B; DUARTE, G.; PASSOS, M. R. L.; SZTAJNBOK, D. C. N.; MENEZES, M. L. B. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta a sífilis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, Esp1, p. 43-68, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/2021.v30nspe1/e2020597/pt>. Acesso em: 11 jan. 2022.

DOMINGUES, C. S. B.; KALICHMAN, A. O; TAYRA, Â.; PAULA, I. A.; CERVANTES, V.; SOUZA, R. A.; PINTO, V. M.; LUPPI, C. G.; GOMES, S. C.; GIANNA, M. C. Sífilis congênita no estado de São Paulo: “O desafio continua” **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**; 12(142): 27-37, outubro 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2015/ses-36314/ses-36314-6216.pdf>. Acesso em 28 junho. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACEN, V; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>. Acesso em 29 jan. 2022.

FAVERO, M. L. D. C.; RIBAS, K. A. W.; COSTA, M. C.; BONAFÉ, S. M. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch. Health. Sci.** V. 26, n. 1, p. 2-8, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046031/artigo1.pdf> Acesso em: 11 mai. 2022.

FÉLIX, I. C. G.; OLIVEIRA, T. F. DE; SOUZA, C. D. F. DE; MACHADO, M. F. Análise de tendência da sífilis congênita no estado da Bahia de 2008 a 2017. **Revista Ciências em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 4-10, 1 fev. 2020. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/873 Acesso em: 11 mai. 2022.

FERREIRA, F. K. S.; ARRUDA, A. C.; BONFADA, D. Perfil dos casos de sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo de série temporal. **Rev. Ciênc. Plur.**, v. 7, n. 2, p. 33-46, maio 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282571> Acesso em: 05 mai. 2022.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; FIGUEIREDO A. M.; SOUZA, T. K. B.; TAVARES, G.; VIANNA, R. P. T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saude Publica**. 2020; 36(3): e00074519. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0102-311x00074519> . Acesso em 28 junho. 2022.

GARALDI, M. C. A.; ZANETTA, R. A. C.; BRESSOLIN, A. M. B.; CASTRO FILHO, J. M.; NAKAZAKI, R. M. D. Geoprocessamento das notificações de sífilis congênita: análise espacial segundo cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), município de São Paulo, 2011. **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**; 9(108): 25-25, dez. 2012. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2012/ses-28080/ses-28080-4810.pdf>. Acesso em: 20 junho. 2022.

GARBIN, C. A. S.; CUSTÓDIO, L. B. M.; SALIBA J. R, O. A. S.; GARBIN, A. J. I; MOIMAZ, A. S. S. Sífilis na gravidez: perfil e fatores sociodemográficos associados na Região Noroeste do Estado de São Paulo. **Saud Pesq.**, v. 14, n. 3, e7772, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7772/6655> Acesso em: 11 mai. 2022.

GOMES, F. T.; LIMA, C. A.; PIRES, P. L. S.; OLIVEIRA, S. V.; CALEGARI, T. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no estado de Minas Gerais no período de 2007 a 2017. **Scientia Plena**, [S. I.], v. 16, n. 3, 2020. Disponível em: <https://scientiaplenua.emnuvens.com.br/sp/article/view/5201>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GONZALEZ, H.; KORALNIK, I. J.; MARRA, C. M. Neurosyphilis. **Semin Neurol.**, v. 39, n. 4, p. 448-455, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31533185/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

GUIMARÃES, M. P.; RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; GOMES, O. V.; SILVA, K. L. S.; MATOS, J. V. S. G.; LEAL, E. A. S. Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 4, 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354836> Acesso em: 25 abr. 2022.

GUINSBURG, R; SANTOS, A. M. N. **Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/tratamento_sifilis.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

HERINGER, A. L. S.; KAWA, H.; FONSECA, S. C.; BRIGNOL, S. M. S.; ZARPELLON, L. A.; REIS, A. C. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, n. 2, p. 1-8, mai. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51831/v44e82020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 mar. 2022.

HOLANDA, E. C.; SILVA, L. C.; BRITO, M. C. S.; SOUSA, P. C. M.; OLIVEIRA, E. H. Avaliação epidemiológica da sífilis congênita no Nordeste do Brasil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 8, e914986541, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6541>. Acesso em: 25 abr. 2022.

HOLZTRATTNER, J.; LINCH, G.; PAZ, A.; GOUVEIA, H.; COELHO, D. Sífilis Congênita: Realização do Pré-Natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, abr. 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf> Acesso em: 30 abr. 2022.

HORIE, M. H. Y. S. et al. Fechando o cerco: vigilância da sífilis na região sudeste do município de São Paulo. **Anais I Simpósio de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo**. São Paulo; SMS; 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2011/sms-2177/sms-2177-1824.pdf>. Acesso em: 28 junho 2022.

KORENROMP E. L.; ROWLEY J.; ALONSO M.; MELLO M. B.; WIJESOORIYA N. S.; MAHIANÉ S. G.; ISHIKAWA N.; LE L. V.; NEWMAN-OWIREDU M.; NAGELKERKE N.; NEWMAN L.; KAMB M.; BROUTET N.; TAYLOR M. M. Carga global de sífilis materna e congênita e resultados adversos associados ao parto - Estimativas para 2016 e progresso desde 2012. **Plos one**, v. 14, n. 2, e0211720, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30811406/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

LEAL, T. L. S. L.; CARNEIRO, E. S.; BARROSO, I. D.; SIPAÚBA, T. S.; ALMEIDA, K. P. V.; LEAL, L. G.; SIPAÚBA, T. S. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 8, p. e2936, 26 mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/2936> Acesso em 20 abr. 2022.

LOBATO, P. C. T.; AGUIAR, F. E. S. S.; MATA, N. D. S.; PRUDÊNCIO, L. S.; NASCIMENTO, R. O.; BRAGA, K. H. M.; NEMER, C. R. B.; MENEZES, R. A. O. Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 15, n. 1, p. [1-19], jan. 2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145784> Acesso em 20 abr. 2022.

LUCENA, K. N. C.; SANTOS, A. A. P.; RODRIGUES, S. T. C.; FERREIRA, A. L. C.; SILVA, E. M. P.; VIEIRA, M. J. O. O panorama epidemiológico da sífilis congênita em uma capital do nordeste: estratégias para a eliminação. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 13, p. 730-736, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222969> Acesso em 20 abr. 2022.

MAEDA, A. T. N.; ERMITA, L. B.; ALVES, W. C.; RODRIGUES, A. M. Perfil clínico e epidemiológico das gestantes com Sífilis e Sífilis congênita no município de Cacoal, Rondônia, Brasil, 2007 a 2016. **Revista Eletrônica FACIMEDIT**, v. 7, n. 1, jul.-ago. 2018. Disponível em: <http://repositorio.facimed.edu.br/xmlui/handle/123456789/85> Acesso em 20 abr. 2022.

MAGALHÃES, E. A.; SILVA, G. J.; SOARES, H. S. F.; GUARIENTI, M.; MELO-NETO, O. P.; ALMEIDA, K. C.; AMÂNCIO, N. F. G. Perfil epidemiológico de sífilis congênita no município de Patos de Minas-MG. **Braz J Health Rev.**, v. 3, n. 2, p. 2710-22, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8370> Acesso em 20 abr. 2022.

MALVEIRA, N. A. M.; DIAS, J. M. G.; GASPARGAS, V. K.; SILVA, T. S. L. B. Sífilis congênita no Brasil de 2009 a 2019. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.8, p. 85290-85308, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/35169> Acesso em 20 abr. 2022.

MASCHIO-LIMA, T.; MACHADO, I. L. L.; SIQUEIRA, J. P. Z.; ALMEIDA, M. T. G. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. (Online) Infant.**, v. 19, n. 4, p. 865-72, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3pCKZ5sv6CBCBtzCYgCHP3s/?lang=en> Acesso em 30 abr. 2022.

MORAIS, M. B.; COSTA, E. G. D.; SILVA, J. S. Análise dos casos de sífilis congênita no município de Manhuaçu/MG. **Pensar Acadêmico**, v. 17, n. 1, p. 50-59, janeiro-abril, 2019. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/704/644> Acesso em 30 abr. 2022.

MOURA, J. R. A.; BEZERRA, R. A.; ORIÁ, M. O. B.; VIEIRA, N. F. C.; FIALHO, A. V. M.; PINHEIRO, A. K. B. Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise à luz da teoria social ecológica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, e20200271, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FWkxtsJnbJdSNkKTJCzgnXr/?lang=pt> Acesso em 30 abr. 2022.

NASCIMENTO, L. F. C. Sífilis congênita no Vale do Paraíba sob enfoque espacial. **Rev Paul Pediatr.**, v.38, e2018395, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/dycXkGyr8hRZTQ6WywPmXDt/?lang=en#> Acesso em 30 abr. 2022.

NUNES, I. R.; RIBEIRO, M. D. R.; MACÊDO, K. P. C.; VAZ, J. L. S.; COSTA, S. C. R.; SILVA, M. C.; LEAL, B. S.; VERDE, R.M.C.L.; OLIVEIRA, E. H. Sífilis congênita: caracterização epidemiológica no estado do Piauí, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 50, e755-e755, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/755> Acesso em 30 abr. 2022.

NUNES, P. S.; GUIMARÃES, R. A.; ROSADO, L. E. P.; MARINHO, T. A.; AQUINO, É. C.; TURCHI, M. D. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiol Serv Saude**, v. 30, n. 1, e2019371, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/qB3yzpDbSchTBxJDSKGqBsv/?lang=pt> Acesso em 30 abr. 2022.

NUNES, P. S.; ZARA, A. L. S. A.; ROCHA, D. F. N. C.; MARINHO, T. A.; MANDACARÚ, P. M. P.; TURCHI, M. D. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiol Serv Saude**, v. 27, n. 4, e2018127, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30517354> Acesso em 10 mai. 2022.

OKADA, G. G. O; COBRA, L. M; COSTA, S. A; PAPINI, S; HORIE, M. H. Y. S; LOPES, E. C. S. Sífilis congênita no território de V. Mariana/Jabaquara do Município de São Paulo 2011-2012: integração atenção básica e vigilância em saúde. São Paulo; SMS; 2013. **Anais 13º Congresso Paulista de Saúde Pública**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2013/sms-7483/sms-7483-3732.pdf> Acesso em 28 junho. 2022.

OLIVEIRA, B. C.; PASQUALOTTO, E.; BARBOSA, J. S. C.; DALTRO, V. N.; CRUZ, I. L.; LOPES, N. A.; GONÇALVES, G. B. D.; BONANNI, I. S.; MACHADO, S. F.; LIMA, S. S.; ABRÃO, M. P. L. Sífilis congênita e sífilis gestacional na região sudeste do Brasil: um estudo ecológico. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.6, p. 27642-27658, nov./dec. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/41231> Acesso em: 20 abr. 2022.

OLIVEIRA, T. F.; FELIX, I. C. G.; SOUZA, C. D. F.; MACHADO, M. F. Perfil epidemiológico da Sífilis congênita em Alagoas (2008-2017). **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 8, p. 237–247, 2019. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/2259>. Acesso em: 1 maio. 2022.

OLIVEIRA, V.; RODRIGUES, R. L.; CHAVES, V. B.; DOS SANTOS, T. S., DE ASSIS, F. M.; TERNES, Y.; AQUINO, É. C. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. **Revista panamericana de salud publica**, v. 44, e75, 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52524> Acesso em: 1 maio. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Eliminação mundial da sífilis congênita**: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra, 2008. 46p.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf?ua=1.

Acesso em: 24 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis**. 2. ed. Geneva: WHO, 2017. Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>. Acesso

em: 24 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Resolução CD50.R12/2010**. Washington, EUA, 2010.

Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-p.pdf>.

Acesso em: 24 jan. 2022.

OZELAME, J. E. E. P. O.; FROTA, O. P.; FERREIRA JR, M. A.; TESTON, E. F.

Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e50487, out. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50487>.

Acesso em: 28 abr. 2022

PADILHA, Y.; CAPORAL, A. Incidência de Casos de Sífilis Congênita e Análise do Perfil Epidemiológico. **Fag Journal of Health (FJH)**, v. 2, n. 1, p. 1-11, 31 mar. 2020.

Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/140> Acesso em: 28 abr.

2022

RAIMUNDO, D. M. L.; SOUSA, G. J. B.; SILVA, A. B. P.; ALMINO, R. H. S. C.; PRADO, N. C. C. P.; SILVA, R. A. R. Análise espacial da sífilis congênita no Estado do Rio Grande do Norte, entre 2008 e 2018. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20200578, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0578>. Acesso em: 30 abr. 2022.

RAMOS, M. G.; BONI, S. M. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do Município de Maringá - PR. **Saude e pesqui.**, v. 11, n. 3, p. 517-526,

2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970791>

Acesso em: 28 abr. 2022

RAMOS, R. S. P. S.; CARNEIRO, G. R.; OLIVEIRA, A. L. S. O.; CUNHA, T. N.;

RAMOS, V. P. R. Análise espacial da mortalidade fetal por sífilis congênita no Município do Recife-PE-Brasil entre 2007 e 2016. **Escola Anna Nery**, v. 26,

e20210013, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0013>

Acesso em: 28 abr. 2022

REIS, G. J.; BARCELLOS, C.; PEDROSO, M. M.; XAVIER, D. R. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/7LN6HFGcT5DGRVYV8PhTr7x/?lang=pt>

Acesso em: 25 abr. 2022.

ROCHA, R. P.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Tendência histórico - epidemiológica da sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período 2007-2016. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 4, p. 39–52, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1023190> Acesso em: 25 abr. 2022.

RODRIGUES, I. M.; RIBEIRO, M. A. R.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; DIAS, L. K. S.; AGUIAR, N. L. T.; LIMA, D. S. Perfil e distribuição espacial da sífilis congênita em Sobral - CE no período de 2007 a 2013. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 70-76, 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/faenfi/article/view/26316> Acesso em: 28 abr. 2022

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita**. São Paulo, 2010. 196 p. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/guia_versao_digital/Guia_Integrado_versao_digital.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual de DST/AIDS – CCD – SES-SP. Coordenação de Atenção Básica – CRS – SES-SP. **Nota Informativa Conjunta Nº 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP**. Dispõe sobre protocolo diagnóstico e terapêutico para tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação, realizado pela enfermagem, no Estado de São Paulo. São Paulo, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015764/guiadebolsodasifilis-2edicao2016.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Censo da População em Situação de Rua**. São Paulo, 2021e. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626 Acesso em 25 junho. 2022.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Protocolo do Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil**. São Paulo, 2015. 22p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/protocolo_desenvolvimento_com_anamnese_1470682275.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Comissão de Normatização e avaliação das ações de controle e transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. **Portaria nº 1.549 de 11 de novembro de 2011**. São Paulo, 2011.

Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1549-de-12-de-novembro-de-2011>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS**. São Paulo, 2021a. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/istadays/boletimepidemiologicodez2021.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. **Plano municipal de enfrentamento da sífilis congênita**. São Paulo, 2021b. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istadays/index.php?p=247464>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. **Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita**. São Paulo, 2021c. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istadays/index.php?p=247464>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Nota informativa conjunta nº001/2019/SPSP/SBI/ATSC/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP**. São Paulo, 2019b. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoesdownload/nt.001.2019_spsp_sbi_ses_25.11.2019.pdf. Acesso em: 20 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Portaria nº 378 de 27 de agosto de 2021**. São Paulo, 2021d. <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-378-de-27-de-agosto-de-2021>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Protocolo de Pré-Natal (PN) com Risco Habitual (Baixo risco)**. São Paulo, 2019a. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/QR_%20PRE_NATAL_DE_BAIXO_RISCO.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

SIGNOR, M.; LIMA, L. M.; TOMBERG, J. O.; GOBATTO, M.; STOFEL, N. S. Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 2, p. 398-406, fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230522/27844>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JR, J. G. SILVA, F. S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. **Rev. enferm. UFPE**, v. 13, n. 3, p. 604-613, mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236252/31536>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SILVA, M. C.; DIAS, R. M.; FRAZÃO, A. G. F.; REZENDE, A. L. S.; MOURA, F. M. L.; ARAUJO, E. C.; PINHEIRO, M. C. N.; RODRIGUES, A. R.; SOUZA, A. M. A.; LEÃO, P. V. Sífilis congênita no estado do Pará-Brasil, 2007 a 2016. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.24, e1003, 2019.

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1003>

Acesso em: 28 abr. 2022.

SILVA, M. J. N.; BARRETO, F. R.; COSTA, M. C. N.; CARVALHO, M. S. I.; TEIXEIRA, M. G. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007.

Epidemiol. serv. Saúde, v. 29, n. 2, e2018477, 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101124> Acesso em: 28 abr. 2022.

SILVEIRA, K. B.; SILVA, J. R. S.; REIS, F. P.; MELO, I. F. L.; SANTOS, T. C. M.; SOUZA, M. J.; FEITOSA, V. L. C. Epidemiologia da Sífilis Congênita no Estado de Sergipe. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 14, e562101422061, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22061>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SOARES, K. K. S.; PRADO, T. N.; ZANDONADE, E.; MOREIRA-SILVA, S. F.; MIRANDA, A. E. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v. 29, n. 1. 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100018>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/RbhXfcYGbCjF3DYNL3L39Fp/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Completude e caracterização dos registros da sífilis na Bahia **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 30, n. 4, p. 1-11, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/zDffptPDS8JRtYD8GnBH4Tc/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 5 mar. 2022.

SOUZA, O. C.; MATOS, P. V. C.; AGUIAR, D. G.; RODRIGUES, R. L.; MACEDO, I. C.; CORDEIRO, D. S. M.; FERREIRA, M. C. S.; BORGES, R.A. Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 2, p. 6, 1356-1376, 2019. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1352/0> Acesso em: 28 abr. 2022.

SOUZA, J. M.; GIUFFRIDA, R.; RAMOS, A. P. M.; MORCELI, G.; COELHO, C. H.; RODRIGUES, M. V. P. Transmissão vertical e sífilis gestacional: epidemiologia espaço-temporal e demografia em uma região brasileira. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 13, n. 2, e0007122, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007122> Acesso em: 28 abr. 2022.

SOUZA, R. R.; SILVA, P. I.; OLIVEIRA, D. L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, V. M. C.; ALBUQUERQUE, C. A. N.; EDERLI, J. P. B.; BORGES, M. S. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita no Estado de Goiás entre 2015 a 2018. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 7, p. 48715-48725, jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13542/11348> Acesso em: 28 abr. 2022.

VESCOVI, J. S.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. **Rev. paul. pediatr.**, v. 38, e2018390, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/FGmrVBKL6GbDNCdgqbCtm9G/?lang=en> Acesso em: 28 abr. 2022.

YAMASHITA, E. M.; FRANCO, G. S.; AMADO, W. B. R.; ARAKAKI, I. K.; PAZIN, D. C. Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em Curitiba/PR (2014-2019). **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 4, p. 77-91, 23 dez. 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/569> Acesso em: 28 abr. 2022.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Compilação de estudos epidemiológicos sobre sífilis em gestantes e sífilis congênita em municípios, estados e regiões brasileiras

Ano	Autores	Título do trabalho	Período estudado	Municípios, Estados e Regiões	Síntese dos achados
2018	MAEDA, A. T. N.; ERMITA, L. B.; ALVES, W. C.; RODRIGUES, A. M.	Perfil clínico e epidemiológico das gestantes com Sífilis e Sífilis congênita no município de Cacoal, Rondônia, Brasil, 2007 a 2016.	2007 a 2016	Cacoal-RO	Houve um predomínio de raça/cor parda e escolaridade de ensino fundamental incompleto. Dos casos notificados com SC não houve evolução para óbito ou natimortos nesse período.
2018	NUNES, P. S.; ZARA, A. L. S. A.; ROCHA, D. F. N. C.; MARINHO, T. A.; MANDACARÚ, P. M. P.; TURCHI, M. D	Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico	2007 a 2014	Goiás-BR	Houve aumento tanto da incidência de sífilis em gestante, que passou de 2,8 para 9,5/mil nascidos vivos como da sífilis congênita, passando de 0,3 para 2,5/mil nascidos vivos, no período. Houve aumento significativo de casos de SC nos municípios que apresentaram percentuais de cobertura da ESF inferiores a 75% ($p < 0,001$).
2018	RAMOS, M. G.; BONI, S. M.	Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do Município de Maringá - PR.	2013 a 2016	Maringá-PR	As características das mães mais frequentes foram: ensino fundamental incompleto (27,6%), faixa etária entre 20 a 30 anos (64,2%) e parturientes de etnia branca (56%). Do total de mães, 97,8% fizeram o pré-natal e em 87% dos casos as mães tiveram o diagnóstico da doença durante a gestação. Do total de SC, 8,9% apresentaram manifestações clínicas e alterações ósseas importantes.
2018	REIS, G. J.; BARCELLOS, C.; PEDROSO, M. M.; XAVIER, D. R.	Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil.	2011 a 2014	Rio de Janeiro-RJ	A taxa de incidência média foi de 17,3 casos por 1000/NV. Os casos estão mais concentrados em regiões da cidade com elevada proporção de baixa escolaridade e de cor da pele negra. Do total de mães, em 44% o diagnóstico foi realizado no momento do parto ou na curetagem. Houve 2% de óbitos, 6% de abortos e 5% de natimortos e baixa proporção de gestantes que frequentaram, no mínimo, sete consultas de pré-natal

2018	RODRIGUES, I. M.; RIBEIRO, M. A. R.; ALBUQUERQUE, I. M. N. DIAS, L. K. S AGUIAR, N. L. T.; LIMA, D. S.	Perfil e distribuição espacial da sífilis congênita em Sobral - CE no período de 2007 a 2013.	2007 a 2013	Sobral - CE	Apesar do aumento da cobertura de pré-natal, houve um considerável aumento do percentual dos casos de sífilis congênita no período do estudo. No que se refere a distribuição espacial, nos locais onde as condições socioeconômicas da população são desfavoráveis ocorrem aglomerados de casos de sífilis congênita. A faixa etária das mães de 21 a 29 anos foi a mais frequente nos casos de sífilis congênita.
2018	SIGNOR, M.; LIMA, L. M.; TOMBERG, J. O.; GOBATTO, M.; STOFEL, N. S	Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita.	2007 a 2013	Paraná-BR	Neste estudo, houve predomínio de mães com ensino fundamental incompleto (38,6%), faixa etária entre 20 e 39 anos (70%), raça/cor branca (72,9%), com realização de pré-natal (86%), com o diagnóstico da sífilis gestacional durante o pré-natal (63,6%) e o não tratamento do parceiro (69,4%).
2018	ROCHA, R. P.; MAGAJEWSKI, F. R. L.	Tendência histórico - epidemiológica da sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período 2007-2016.	2007 a 2016	Santa Catarina-BR	Houve aumento significativo das taxas de incidência de sífilis congênita no estado (+1.190%) e em todas as macrorregiões do Estado, com predomínio de mulheres caucasianas e com menos de 20 anos de idade. Nessa faixa etária, houve aumento de 1.430% nos casos, e um incremento médio anual de 0.26 casos por 1.000 nascidos vivos (taxa de incidência por faixa etária). O estudo encontrou um aumento importante nas taxas de sífilis congênita em pacientes com ensino médio completo ou incompleto.
2019	ALMEIDA, K. T.; SANTOS, A. N.; COSTA, A. K. A. N.; SANTOS, M. R.; MENEZES, A. M. F. Y.; ALVES, K. A. N.	Perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma microrregião no interior do estado da Bahia (2007-2017)	2007 a 2017	Bahia-BR	A faixa etária mais prevalente da mãe foi de 20 a 29 anos e raça/cor parda. Foi evidenciada grande parte das fichas de notificação sem a informação da escolaridade e ocupação. Em 94,9% foi realizado o pré-natal, entretanto, em 53,8% o diagnóstico foi no momento do parto.
2019	COSTA, J. S.; SANTOS-JÚNIOR, F. M.; MOREIRA, R. S.; GÓES, M. A. O.	Tendência temporal da sífilis congênita em Sergipe, Brasil, 2006 -2017.	2006 a 2017	Sergipe-BR	A taxa média de incidência no estado foi de 7,11casos/1.000 nascidos vivos e de 6,87 na capital Aracajú. Nos últimos 12 anos, houve um aumento muito expressivo na taxa que passou de 2,06 em 2006 para 9,17 em 2017, apresentando uma tendência temporal crescente (percentual de crescimento anual de 14,78%). A maioria das mães com ensino fundamental incompleto, 67% delas possuíam de 20 a 34 anos e 84,91% eram pardas.

2019	FAVERO, M. L. D. C.; RIBAS, K. A. W.; COSTA, M. C.; BONAFÉ, S. M.	Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré- natal.	2009 a 2015	Maringá-PR	Houve tendência crescente na incidência com aumento de 200% nas notificações de sífilis congênita de 2014 para 2015. Observou-se maior frequência de mães de 20 a 30 anos (50,49%) e com baixa escolaridade (86,41%), 94,17% das mães realizaram o pré-natal, mas, em apenas 42,72% dos casos, as mães foram tratadas adequadamente.
2019	HOLZTRATTNER, J.; LINCH, G.; PAZ, A.; GOUVEIA, H.; COELHO, D.	Sífilis Congênita: Realização do Pré-Natal e tratamento da gestante e de seu parceiro	2006 a 2015	Região Sul-BR e Porto Alegre - RS	A taxa de sífilis congênita aumentou de 1,5 para 11,5 no Rio Grande do Sul e de 4,4 para 30,2 em Porto Alegre, no período estudado. Em torno de 74% de mulheres realizaram o pré-natal e 80% não realizaram o tratamento ou o fizeram de maneira inadequada. O percentual de tratamento do parceiro não ultrapassou 20,5%.
2019	MASCHIO-LIMA, T.; MACHADO, I. L. L.; SIQUEIRA, J. P. Z.; ALMEIDA, M. T. G.	Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil.	2007 a 2016	São José do Rio Preto - SP	Houve prevalência de mulheres brancas (57%), entre a faixa etária de 20 a 29 anos (55%) e com ensino fundamental incompleto (27%). A taxa de incidência foi crescente de 2007 e 2014. Do total de mães, 82% realizaram o pré-natal e 63% foram diagnosticadas durante esse período. Em 34% dos casos o diagnóstico foi no momento do parto ou na curetagem. Em 94% dos casos o tratamento da gestante foi considerado inadequado ou não realizado.
2019	MORAIS, M. B.; COSTA, E. G. D.; SILVA, J. S.	Análise dos casos de sífilis congênita no município de Manhuaçu/MG.	2010 a 2015	Manhuaçu-MG	Foram descritos 84 casos de sífilis em gestantes, dos quais 46 evoluíram para sífilis congênita (54% de transmissão vertical). Houve prevalência da sífilis em mulheres com faixa etária de 20 a 34 e a análise da escolaridade foi prejudicada por falta de preenchimento na ficha. O diagnóstico foi realizado no momento (36,96%) e 56,52% dos casos diagnosticados durante o pré-natal.

2019	OLIVEIRA, T. F.; FELIX, I. C. G.; SOUZA, C. D. F.; MACHADO, M. F.	Perfil epidemiológico da Sífilis congênita em Alagoas (2008-2017)	2008 a 2017	Alagoas-PA	Houve tendência de crescimento de 8,9% no intervalo temporal analisado, embora já se observe queda nas taxas de detecção de SC desde 2013. Esse resultado pode estar relacionado com a ampliação da ESF. Foi mais prevalente a faixa etária de gestantes de 20-29 anos, 84,72% eram pardas e 31,87% tinham ensino fundamental incompleto. Do total, 72,59% das gestantes realizaram o pré-natal, o tratamento foi inadequado ou não realizado em 88,93%.
2019	SILVA, I. M. D.; LEAL, E. M. M.; PACHECO, H. F.; SOUZA JR, J. G. SILVA, F. S.	Perfil epidemiológico da sífilis congênita	2011 a 2015	Ipojuca-PE	A faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos e 57,87% não completaram o ensino médio. Do total de mães, 89,47% realizaram o pré-natal com quatro a seis consultas (47,91%) e o diagnóstico durante o parto ou a curetagem foi realizado em 42,1% dos casos.
2019	SILVA, M. C.; DIAS, R. M., FRAZÃO, A. G. F., REZENDE, A. L.S., MOURA, F. M. L., ARAÚJO, E. C., PINHEIRO, M. C. N., RODRIGUES, A. R., SOUZA, A. M. A.; LEÃO, P. V.	Sífilis congênita no estado do Pará-Brasil, 2007 a 2016	2007 a 2016	Pará-BR	Em todas as regiões do estado, as gestantes na grande maioria eram jovens, com idade superior a 20 anos. O pré-natal foi realizado pela grande maioria das gestantes (83,3%), entretanto, o momento do diagnóstico da sífilis se deu no parto e no pós-parto.
2019	SOUSA, O. C.; MATOS, P.V.C.; AGUIAR, D. G.; RODRIGUES, R.L.; MACEDO, I.C.; CORDEIRO, D. S. M.; FERREIRA, M. C. S.; BORGES, R.A.	Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia.	2010 a 2016	Bahia-BR	Houve um aumento na taxa de incidência da SC de 373,1% de 2010 a 2016. A maioria das mães tinham ensino fundamental incompleto (28,6%), raça parda (59,1%), realizaram o pré-natal (68,7%), a sífilis materna foi detectada durante o pré-natal (43,7%) e parceiros não foram tratados (45,9%). A mortalidade foi de 8,6 óbitos/100.000 nascidos vivos e a letalidade foi 1,8%.
2019	SOUZA, J. M.; GIUFFRIDA, R.; RAMOS, A. P. M.; MORCELI, G.; COELHO, C. H.; RODRIGUES, M. V. P.	Transmissão vertical e sífilis gestacional: epidemiologia espaço-temporal e demografia em uma região brasileira	2007 a 2013	Região Oeste do Estado de São Paulo-Pontal do Paranapanema	Em mais de 90% dos casos, as mães tiveram acesso ao pré-natal, entretanto, 54,10% das mães receberam o diagnóstico durante esse período, enquanto 45,90% foram diagnosticadas no parto e pós-parto. Em relação aos parceiros, 65% deles, que mantêm relação sexual com gestantes, não realizou o tratamento adequado. A maioria das mães diagnosticadas com SG eram brancas.

2020	ALVES, P. I. C.; SCATENA, L. M.; HAAS, V. J.; CASTRO, S. S.	Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015	2007 a 2015	Minas Gerais- BR	Houve incremento na tendência temporal do coeficiente de incidência da SC no período de 2007 a 2015, com variação anual da taxa de 30,6%. A maioria dos RN (63,6%) não apresentou foi assintomático ao nascimento.
2020	ARAÚJO, L. S. M; SILVA, D., S.; SANTOS, I. M. R.; CAMPOS, J. E. M. P.; SANTANA, J. P. M.; OLIVEIRA, L. L.; SILVA, M. S.; GALLOTTI, F. M. G.	Análise epidemiológica da sífilis congênita no nordeste brasileiro.	2007 a 2017	Região Nordeste-BR	O estudo mostrou uma cobertura pré-natal (76,3%) próxima da média nacional (78%). Os estados maiores números de casos foram Pernambuco, Ceará e Bahia. e foram os que apresentaram menor quantitativo de tratamento dos parceiros. A cobertura pré-natal e a baixa escolaridade materna são fatores importantes no Nordeste.
2020	BARBOSA, D. F. R.; ALBUQUERQUE, A. C. C.; VERÇOSA, R. C. M.; REIS, R. P.; GONÇALVES, E.; JACOB, L. R.; SANTANA, K. G. S.; SANTOS, S.; PEREIRA, T.S.; SILVA, M. B.	Perfil epidemiológico da sífilis congênita em gestantes no município de Maceió.	2014 a 2019	Maceió - AL	Houve predominância de mães na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos. Em 47,8% das gestantes a sífilis foi diagnosticada no 3º trimestre de gestação e 71,4% das mães com RN com sífilis congênita realizaram pré-natal. Foi destacada a necessidade de busca ativa de gestantes para realização do pré-natal e de reforçar a realização de exames.
2020	BRANCO, T. J. T.; LEAL, E. A. S.; FREITAS, T. F.; MANZATI, B. B.	Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no estado do Acre nos anos de 2009-2018.	2009 a 2018	Acre-BR	Houve um aumento dos casos de SC no período analisado, com maior número de notificações em Rio Branco. O diagnóstico foi predominantemente realizado até o 6º dia de vida, mais frequentes em pardos, na zona urbana, com SC recente. A maioria das mães tinham de 20 a 29 anos, com baixa escolaridade, 79,9% realizaram pré-natal e 42,1% só foram diagnosticadas no momento do parto.
2020	CONCEIÇÃO, W. M.; LEITE, A. G. S.; LIBONATI, L. G.; FARIAS, M. G. D. RÊGO, L. B. C.; DUARTE, M. B.	Casos notificados de sífilis realizados e seus impactos no sistema hospitalar em Salvador: 2010 – 2016	2010 a 2016	Salvador - BA	A taxa de incidência foi quase 10 vezes maior em 2016, em relação a 2010, passando de 2,45 em 2010 para 21,41 em 2016. O estudo destaca que os gastos com as internações quase que quadruplicaram, gerando para o SUS um custo total de aproximadamente 625 mil reais no período.

2020	COSTA, B. A. G.; SANTOS, D. F.; HAYASE, K. A. S.; SANTOS, M. M. Q.; NAIFF, G. R. O.; BOTELHO, E. P.	Sífilis congênita em região da Amazônia brasileira: análise temporal e espacial.	2007 a 2017	Amazônia-BR	A incidência de sífilis congênita apresentou tendência crescente com variação percentual anual de 12,0% (IC 9,8–14,8; p=0,000). A análise espacial mostrou a expansão da SC no estado com os municípios do sudoeste, sudeste e nordeste do Estado. Houve referência ao aumento de migração para essas regiões.
2020	FÉLIX, I. C. G.; OLIVEIRA, T. F. DE; SOUZA, C. D. F. DE; MACHADO, M. F.	Análise de tendência da sífilis congênita no estado da Bahia de 2008 a 2017.	2008 a 2017	Bahia-BR	Em 2017 78% das mães realizaram pré-natal. Houve redução dos diagnósticos realizados no momento do parto ou pós-parto, sendo 39,7%, em 2017. O tratamento não foi realizado ou foi inadequado em 77,3% das mães. Houve uma tendência crescente de casos na faixa etária de 15 a 19 anos e, nas mães de raça/cor branca a tendência foi decrescente.
2020	GOMES, F. T.; LIMA, C. A.; PIRES, P. L. S.; OLIVEIRA, S. V.; CALEGARI, T.	Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no estado de Minas Gerais no período de 2007 a 2017.	2007 a 2017	Minas Gerais-BR	A incidência média para o período analisado foi de 3,36 casos a cada 1000 nascidos vivos (variando de 0,69 no ano de 2007 a 9,36 por 1000 nascidos vivos no ano de 2017). Os casos foram mais frequentes em mães com idade de 20 a 34 anos, de baixa escolaridade e raça parda. A maioria das gestantes realizou o pré-natal com diagnóstico realizado nessa fase.
2020	GUIMARÃES, M. P.; RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; GOMES, O. V.; SILVA, K. L. S.; MATOS, J. V. S. G.; LEAL, E. A. S.	Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal.	2010 a 2016	Rio Branco-AC	Do total de mães, 76,2% fizeram pré-natal, apenas 36,51% receberam diagnóstico de sífilis gestacional antes do parto. Os desfechos foram: 74,6% de nascidos vivos, 15,3% de natimortos, 6,3% de abortos e 2,1% de óbitos por sífilis congênita.
2020	HERINGER, A. L. S.; KAWA, H.; FONSECA, S. C.; BRIGNOL, S. M. S.; ZARPELLON, L. A.; REIS, A. C.	Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016	2007 a 2016	Niterói-RJ	A incidência foi mais elevada em mães de 10 a 19 anos e de 20 a 24 anos, de cor preta e com baixa escolaridade e sem pré-natal. O diagnóstico foi realizado no pré-natal em 57,6% do total e o tratamento foi inadequado em 87,7%. Apenas 12,2% dos parceiros foram tratados. Houve tendência crescente do agravo de 16%/ano), que atingiu 23,2 casos/1 000 nascidos vivos em 2016. O crescimento foi mais acentuado em adolescentes (25,2%/ano).

2020	HOLANDA, E. C.; SILVA, L. C.; BRITO, M. C. S.; SOUSA, P. C. M.; OLIVEIRA, E. H.	Avaliação epidemiológica da sífilis congênita no Nordeste do Brasil.		Região Nordeste-BR	Houve aumento na frequência de casos de sífilis congênita a partir de 2009 até 2018. O maior número de casos de sífilis ocorreu em gestantes com fundamental incompleto e de 20 a 39 anos. O diagnóstico da sífilis materna foi realizado no momento do parto em 53,2% dos casos.
2020	LEAL, T. L. S. L.; CARNEIRO, E. S.; BARROSO, I. D.; SIPAÚBA, T. S.; ALMEIDA, K. P. V.; LEAL, L. G.	Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão.	2014 a 2018	Maranhão-BR	Do total de gestantes, 84,1% realizaram o pré-natal e 47,2% foram diagnosticadas durante a sua realização. Entretanto, 67,8% receberam o tratamento de forma inadequada e 12,92% não o realizaram. Quanto à faixa etária da mãe, a mais predominante foi de 20 a 29 anos com 53,7% do total de casos e 15 a 19 anos com 23,1%. A raça parda foi mais prevalente.
2020	MAGALHÃES, E. A., SILVA, G. J., SOARES, H. S. F.; GUARIENTI, M.; MELO-NETO, O. P.; ALMEIDA, K. C.; AMÂNCIO, N. F. G.	Perfil epidemiológico de sífilis congênita no município de Patos de Minas-MG.	2013 a 2017	Patos de Minas-MG	A maioria das mães tinha idade entre 15 e 20 anos (39,5%), 91,7% realizam pré-natal e 75% tiveram diagnóstico de sífilis durante esse período. Dos casos notificados, 5,3% dos recém-nascidos evoluíram para óbito por sífilis congênita.
2020	MALVEIRA, N. A. M.; DIAS, J. M. G; GASPAR, V. K.; SILVA, T. S. L. B.	Sífilis congênita no Brasil de 2009 a 2019	2009 a 2019	Brasil	O estudo revelou que a maioria das mães tinham de 20 a 29 anos (52,3%), raça parda (55,9%), baixo nível de escolaridade, com realização de pré-natal (64,6%), 52,2% dos diagnósticos ocorreram durante este período e 55% tiveram tratamento inadequado. O ano de maior notificação dos casos e óbitos de Sífilis Congênita foi no ano de 2018.
2020	NASCIMENTO, L. F. C.	Sífilis congênita no Vale do Paraíba sob enfoque espacial.	2012 a 2016	Vale do Paraíba - SP	A taxa de SC encontrada em municípios do Vale do Paraíba, foi de 6,04/1.000 NV. Houve correlação negativa entre os valores do Índice de Vulnerabilidade Social e a taxa de incidência de SC. Foi possível identificar oito municípios com altas taxas de incidência de SC.
2020	NUNES, I. R., RIBEIRO, M. D. R., MACÊDO, K. P. C., VAZ, J. L. S., COSTA, S. C. R., SILVA, M. C; LEAL, B. S.; VERDE, R.M.C.L.; OLIVEIRA, E. H.	Sífilis congênita: caracterização epidemiológica no estado do Piauí, Brasil.	2013 a 2017	Piauí-BR	Em 2013 a taxa de sífilis congênita foi de 3,17 por nascidos vivos, 8,63 em 2015 e 9,28 em 2016. Foi realizado pré-natal em 85,54% das mães de crianças com sífilis congênita e 54,06% receberam diagnóstico nessa fase. O diagnóstico no momento do parto ou pós-parto foi em 44,42% dos casos. No período estudado, ocorreram 35 (2,15%) óbitos por SC.

2020	OLIVEIRA, V., RODRIGUES, R. L., CHAVES, V. B., DOS SANTOS, T. S., DE ASSIS, F. M., TERNES, Y.; AQUINO, É. C.	Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congenita no Brasil.	2001 a 2017	Brasil	Foram identificados aglomerados (clusters) de alto risco para SC no Brasil nos anos de 2001 (18 clusters), 2009 (17 clusters) e 2017 (30 clusters), além de tendências de crescimento na infecção por SC em todo o país. As taxas foram 8,53 vezes maiores nos neonatos cujas mães não realizaram pré-natal.
2020	OZELAME, J. E. E. P. O; FROTA, O. P.; FERREIRA JR, M. A.; TESTON, E. F.	Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos.	2008 a 2018	Mato Grosso do Sul-BR	Houve aumento progressivo de sífilis gestacional e congênita ao longo dos 11 anos. A SG ocorreu com mais frequência em mulheres com escolaridade de 1 a 9 anos de estudo (44,8%), idade entre 20 e 29 anos (50,6%) e em gestantes de cor não branca (61,8%). Em análise da razão de prevalência, tendo a menor faixa etária como referência, notou-se maior prevalência de transmissão vertical em mulheres de 15 a 29 anos.
2020	PADILHA, Y.; CAPORAL, A.	Incidência de Casos de Sífilis Congênita e Análise do Perfil Epidemiológico	2014 a 2017	Paraná-BR	A maior incidência de sífilis congênita ocorreu em mães com ensino médio completo e na faixa etária de 20 a 34 anos de idade. Do total, 86,44% das gestantes realizaram o pré-natal, entretanto, mais da metade (55,93%) das gestantes analisadas teve o tratamento inadequado e 35,69% das gestantes nem realizaram o tratamento. O estudo evidenciou que 9,44% dos casos evoluíram a óbito.
2020	SILVA, M. J. N.; BARRETO, F. R.; COSTA, M. C. N.; CARVALHO, M. S. I.; TEIXEIRA, M. G.	Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007 - 2015	2007 a 2015	Tocantins-BR	No Estado, a taxa de incidência passou de 3,1/1 mil NV em 2007 para 9,8/1 mil NV em 2015, representando aumento de 216,1%. As mães tinham na maioria de 15-24 anos de idade (57,6%) com ensino fundamental (75,2%) e de raça/cor da pele parda (86,3%). Do total, 89,1% realizaram o pré-natal, 50,8% dos casos de sífilis materna foram diagnosticados durante o pré-natal e 83,9% tiveram tratamento inadequado
2020	SOARES, K. K. S.; PRADO, T. N.; ZANDONADE. E.; MOREIRA-SILVA, S. F.; MIRANDA, A. E.	Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011- 2018	2011 a 2018	Espírito Santo- BR	A maioria dos municípios apresentou incidência média e alta de SC e incidência baixa e intermediária de SG, no período de 2011 a 2018. A análise dos mapas permitiu verificar um aglomerado geográfico de taxas de incidência, desde a região metropolitana da capital Vitória, estendendo-se até o norte do estado pelo litoral, apontando para um risco elevado de ocorrência da doença nessas regiões.

2020	SOUZA, R.R.; SILVA, P.I.; OLIVEIRA, D.L.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, V. M. C.; ALBUQUERQUE, C.A.N.; EDERLI, J.P.B.; BORGES, M. S.	Perfil dos casos notificados de sífilis congênita no Estado de Goiás entre 2015 a 2018.	2015 a 2018	Goiás-BR	Goiânia foi o município com maior notificação de casos. A maioria das gestantes eram pardas e possuíam ensino fundamental incompleto. Foi observada incompletude das fichas de notificação o que pode favorecer a geração de dados deficientes
2020	VESCOVI, J. S.; SCHUELTER-TREVISOL, F.	Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal.	2007 a 2017	Santa Catarina-BR	Houve crescimento exponencial de 0,9 ponto percentual ao ano, nos casos de sífilis congênita. A taxa de letalidade foi de 8,5% (óbitos, abortos e natimortos. A maioria das mães era da raça branca e com baixa escolaridade, 11,8% não realizaram pré-natal e 26,9% tiveram o diagnóstico no momento do parto. A maioria das gestantes (51,9%) teve tratamento inadequado e 65,1% dos parceiros não foram tratados.
2021	ALMEIDA, A. S.; ANDRADE, J.; FERMIANO, R.; JAMAS, M. T.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.	Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer.	2013 a 2015	Botucatu-SP	O tratamento inadequado e tardio da gestante e a ausência de tratamento do parceiro foram apontados como importantes no desfecho da sífilis congênita. O número de consultas de pré-natal foi o único fator independentemente associado à proteção da ocorrência da doença.
2021	AMORIM, E. K. R.; MATOZINHOS, F. P.; ARAÚJO, L. A.; SILVA, T. P. R	Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico.	2009 a 2019	Minas Gerais-BR	O percentual médio de incremento anual foi de 36,7% na sífilis gestacional, e de 32,8% na sífilis congênita. Foi apontando como importante o tratamento inadequado ou à não realização de tratamento da sífilis durante o período gestacional.
2021	COSTA, D. F.; AANHOLT, D. P. J. V.; CIOSAK, S. I.	A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018.	2014 a 2018	Estado de São Paulo-BR	Houve crescimento importante de casos nos dois últimos anos, com maior prevalência (53,1%) da idade materna de 20-29 anos, raças brancas (43,1%), ensino fundamental completo (27,9%). O maior percentual de diagnósticos foi realizado no primeiro trimestre (49,4%) e, 3,9% das gestantes não realizaram tratamento

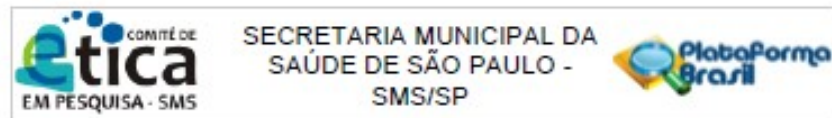
2021	FERREIRA, F. K. S.; ARRUDA, A. C.; BONFADA, D.	Perfil dos casos de sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo de série temporal.	2014 a 2018	Rio Grande do Norte-BR	A taxa de incidência e mortalidade por sífilis congênita duplicaram no Estado no período analisado. Houve predomínio de mães com idade entre 20 e 29 anos, com baixa escolaridade e pardas. A maioria teve o diagnóstico da sífilis materna durante o pré-natal, entretanto, o tratamento não foi adequado e o parceiro não recebeu tratamento.
2021	GARBIN, C. A. S.; CUSTÓDIO, L. B. M.; SALIBA JUNIOR, O. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, A. S. S.	Sífilis na gravidez: perfil e fatores sociodemográficos associados na Região Noroeste do Estado de São Paulo.	2010 a 2017	Noroeste do Estado de São Paulo-BR	No período estudado foram 350 casos de sífilis gestacional e 164 casos de sífilis congênita; a taxa média de transmissão vertical foi de 44,09%; Do total de gestantes, 86,59% fizeram o pré-natal, 54,32% possuíam Ensino Fundamental incompleto e 60,37% eram brancas.
2021	LOBATO, P. C. T.; AGUIAR, F. E. S. S.; MATA, N. D. S.; PRUDÊNCIO, L. S.; NASCIMENTO, R. O.; BRAGA, K. H. M.; NEMER, C. R. B.; MENEZES, R. A. O.	Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento	2014 a 2017	Macapá -AP	Cerca de 40% dos casos de SC confirmados não receberam a droga de primeira escolha (penicilina G cristalina) para o tratamento da SC. Houve predominância de mães na faixa etária de 20 a 29 anos, de cor parda, com ensino fundamental incompleto. Mais da metade realizou o pré-natal, mas o rastreamento para sífilis no momento do parto foi registrado em apenas 44% dos casos.
2021	LUCENA, K. N. C.; SANTOS, A. A. P.; RODRIGUES, S. T. C.; FERREIRA, A. L. C.; SILVA, E. M. P.; VIEIRA, M. J. O	O panorama epidemiológico da sífilis congênita em uma capital do nordeste: estratégias para a eliminação	2010 a 2015	Maceió - AL	A maioria das mães possuíam entre 20 e 29 anos, eram pardas e não concluíram o ensino fundamental. A maioria realizou o pré-natal, mas foram diagnosticadas apenas no momento do parto ou curetagem. Foi observada uma média de 2 casos de óbitos por sífilis congênita /ano e uma taxa de incidência acima da média nacional.
2021	MOURA, J. R. A.; BEZERRA, R. A.; ORIÁ, M. O. B.; VIEIRA, N. F. C.; FIALHO, A. V. M.; PINHEIRO, A. K. B.	Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise à luz da teoria social ecológica.	2007 a 2017	Ceará-BR	A taxa de incidência da SC passou de 1,7 em 2008 para 9,8 em 2017. As taxas de SG e SC cresceram juntas. Comparando o período até 2011 e de 2012 a 2017, dentre as mulheres diagnosticadas com sífilis, houve aumento de mulheres com escolaridade mais elevada (ensino médio e superior) e maior número de diagnósticos realizados no 1º trimestre da gestação.

2021	NUNES, P. S.; GUIMARÃES, R. A.; ROSADO, L. E. P.; MARINHO, T. A.; AQUINO, É. C.; TURCHI, M. D.	Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico	2007 a 2017	Goiás-BR	A taxa de sífilis congênita passou de 0,3 em 2007 para 2,9/1 mil nascidos vivos em 2017. Houve aumento do número de municípios com taxa de incidência de SC $\geq 0,5$ caso por 1 mil nascidos vivos, no período. Os municípios foram espacialmente independentes na variação da taxa de incidência, indicando ausência de cluster espacial da sífilis congênita em Goiás
2021	OLIVEIRA, B. C.; PASQUALOTTO, E.; BARBOSA, J. S. C.; DALTRO, V. N.; CRUZ, I. L.; LOPES, N. A.; GONÇALVES, G. B. D.; BONANNI, I. S.; MACHADO, S. F.; LIMA, S. S.; ABRÃO, M. P. L.	Sífilis congênita e sífilis gestacional na região sudeste do Brasil: um estudo ecológico.	2015 a 2020	Região Sudeste-BR	O ano de 2020 foi o de menor incidência de casos de sífilis em gestantes, com queda de 57,99% em relação ao ano anterior. Foi mais prevalente a faixa etária de 20 a 29 anos, com ensino médio completo e da etnia parda. Em relação à sífilis congênita, entre 2015 e 2019 houve um aumento de 29,56%, entretanto, em 2020, observou-se uma queda de 63,88% em comparação à 2019.
2021	RAIMUNDO, D. M. L.; SOUSA, G. J. B.; SILVA, A. B. P.; ALMINO, R. H. S. C.; PRADO, N. C. C. P.; SILVA, R. A. R.	Análise espacial da sífilis congênita no Estado do Rio Grande do Norte, entre 2008 e 2018.	2008 a 2018	Rio Grande do Norte-BR	O estudo traçou as correlações espaciais de Moran de acordo com regiões do Rio Grande do Norte e verificou que há agrupamentos de municípios com alta taxa de incidência da SC. Detectou cluster espacial englobando a 3a, 5a e 7ª regiões, que foram as mais acometidas, com risco aumentado para sífilis congênita em até 2,65 vezes nas mais afetadas.
2021	SILVEIRA, K. B.; SILVA, J. R. S.; REIS, F. P.; MELO, I. F. L.; SANTOS, T. C. M.; SOUZA, M. J.; FEITOSA, V. L. C.	Epidemiologia da Sífilis Congênita no Estado de Sergipe.	2007 a 2015	Sergipe-BR	Houve um aumento da taxa de incidência de sífilis congênita no período de 2007 a 2010 e uma tendência de estabilização da doença a partir deste ano. Do total de mães, 68,46% tinham entre 20 e 34 anos de idade, 40,7% possuíam ensino fundamental incompleto, 85 % se declararam pardas e 72,7% realizaram o pré-natal.

2021	SOARES, M. A. S.; AQUINO, R.	Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil.	2007 a 2017	Bahia-BR	No período analisado, a taxa de incidência de sífilis gestacional no estado aumentou de 1,29 para 15,09 casos em gestantes/mil nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou de 0,50 para 6,68 casos em menores de um ano/mil nascidos vivos. A cobertura de pré-natal apresentou associação positiva com a taxa de incidência de sífilis gestacional, porém não houve associação com a taxa de incidência de sífilis congênita.
2021	YAMASHITA, E. M.; FRANCO, G. S.; AMADO, W. B. R.; ARAKAKI, I. K.; PAZIN, D. C.	Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em Curitiba/PR (2014-2019).	2014 a 2019	Curitiba-PR	Com relação à sífilis congênita, 83,3% das gestantes realizaram o pré-natal, 74,3% foram diagnosticadas durante o pré-natal e 63,7% das gestantes realizaram o tratamento inadequado. Predomina a raça branca (78,3%), a faixa etária de 20 a 29anos (54,3%) e a escolaridade ignorada (27,2%), seguida de mulheres com 5ª a 8ª série incompleta (18,7%)
2022	BARCELOS, M. R. B.; LIMA, E. F. A.; DUTRA, A. F.; COMERIO, T.; PRIMO, C. C.	Sífilis congênita: análise epidemiológica e evento sentinela da qualidade da assistência ao binômio mãe/recém-nascido	2016 a 2019 e prontuários de casos de SC entre 2020 e 2021	Vitória - ES	Observou-se uma queda expressiva da taxa de incidência da SC, passando de 14,65/1000 nascidos vivos em 2016 para 5,20/1000 nascidos vivos em 2019. A maioria das mães realizou pré-natal (72,2%) e, em 54,4% das mães, o diagnóstico de sífilis ocorreu no pré-natal. A maioria tinha de 20 a 29 anos de idade, mas, houve destaque para a ocorrência de casos de 10 a 19 anos de idade.
2022	CHAVES, M. G.; SILVA, T. C. S.; FARIA, J. M. L.; GUERRA, E. S.; LOPO, L. H. C. S.	Sífilis congênita no estado da Bahia entre 2011 e 2020: um estudo epidemiológico.	2011 a 2020	Bahia-BR	De 2011 a 2016 houve um aumento progressivo anual de notificações de sífilis congênita no período estudado, com pequena queda em 2017 e voltando a subir em 2018. Do total de casos, 1,5% evoluíram para óbito.
2022	RAMOS, R. S. P. S; CARNEIRO, G. R.; OLIVEIRA, A. L. S. O; CUNHA, T. N.; RAMOS, V. P. R.	Análise espacial da mortalidade fetal por sífilis congênita no Município do Recife-PE-Brasil entre 2007 e 2016.	2007 a 2016	Recife-PE	Realizou estudo sobre óbitos fetais por sífilis, utilizando o Índice Global. A análise espacial evidenciou alguns Distritos Sanitários com maior taxa e que devem ser consideradas áreas críticas a serem trabalhadas. O estudo conclui que os resultados podem fundamentar decisões políticas quanto a alocação de recursos destinados as áreas mais vulneráveis em relação ao indicador estudado.

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE INTRAURBANA DA SÉRIE HISTÓRICA DE 10 ANOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: TAXA DE INCIDÊNCIA E TAXA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Pesquisador: Selma Anequini Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56613122.1.0000.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.311.674

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência originada do Parecer nº 5.301.018 sobre atualização do cronograma da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a situação epidemiológica intraurbana da sífilis congênita no MSP, na série histórica de 10 anos, de 2011 a 2020, considerando a taxa de incidência da sífilis congênita bruta e padronizada por faixa etária e a taxa de transmissão vertical da sífilis, nas diferentes microrregiões.

Objetivo Secundário:

1- Calcular a taxa de incidência da SC bruta e padronizada por faixa etária da mãe, estratificando o cálculo por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Supervisão Técnica de Saúde (STS) e Distritos Administrativos (DA), em três anos pré-pandemia Covid-19 (2017 a 2019);

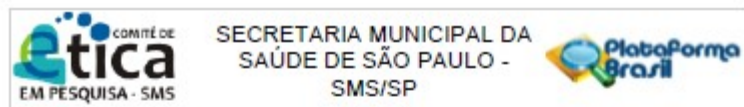
2- Calcular a taxa de transmissão vertical da sífilis no MSP, segundo a faixa etária, estratificando o cálculo por CRS, STS e DA do MSP, em série histórica de 2011 a

2020 e relacioná-la com a realização do pré-natal e momento do diagnóstico na mãe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme Parecer 5.301.018.

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
Bairro: Vila Olímpia **CEP:** 04.547-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3846-4815 **E-mail:** cep.smgabinete@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 5.311.074

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Parecer 5.301.018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme Parecer 5.301.018.

Recomendações:

Conforme Parecer 5.301.018.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atualizou o cronograma conforme solicitação deste CEP/SMS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma Instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc). Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento. Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos; Justificar perante o CEP Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Icone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à Instância que autorizou a realização do estudo, logo que o mesmo estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1906360.pdf	21/03/2022 14:22:22		Aceito
Outros	cronograma_alterado.docx	21/03/2022 14:21:39	Selma Anequini Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/03/2022 12:45:47	Selma Anequini Costa	Aceito
Declaração de	Carta_anuenda.pdf	10/03/2022	Selma Anequini	Aceito

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
 Bairro: Vila Olímpia CEP: 04.547-001
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3845-4815 E-mail: cep.sms@gabinete@prefeitura.sp.gov.br