


# Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015\*

doi: 10.5123/S1679-49742020000200017


Congenital syphilis distribution in the State of Tocantins, Brazil, 2007-2015

Distribución de la sífilis congénita en el estado de Tocantins, Brasil, 2007-2015

**Maria José Neres da Silva**<sup>1</sup> -  orcid.org/0000-0003-1120-487X

**Florisneide Rodrigues Barreto**<sup>2</sup> -  orcid.org/0000-0002-9404-2740

**Maria da Conceição Nascimento Costa**<sup>2</sup> -  orcid.org/0000-0001-7275-4280

**Martha Suely Itaparica de Carvalho**<sup>2</sup> -  orcid.org/0000-0003-2546-6846

**Maria da Glória Teixeira**<sup>2</sup> -  orcid.org/0000-0003-3318-3408

<sup>1</sup>Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, Guaraí, TO, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, BA, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Tocantins, Brasil, de 2007 a 2015. **Métodos:** estudo transversal descritivo, realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). **Resultados:** foram notificados 1.029 casos da doença; a incidência média foi de 4,6 casos por 1 mil nascidos vivos (NV), com aumento de 3,1/1 mil NV em 2007 para a 9,8/1 mil NV em 2015 (aumento de 216,1%); municípios localizados no centro e no norte do estado apresentaram maiores taxas; a maioria das mães dos recém-nascidos tinha 15-24 anos de idade, ensino fundamental, iniciou o pré-natal no 3º trimestre de gestação e recebeu assistência pré-natal inadequada. **Conclusão:** a elevada ocorrência da sífilis congênita no Tocantins demanda imediata intensificação da vigilância da doença e melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, especialmente nos municípios com maior incidência.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita; Cuidado Pré-natal; Epidemiologia Descritiva.

\*Artigo derivado de dissertação de mestrado intitulada 'Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado Tocantins, 2007 a 2015', defendida por Maria José Neres da Silva junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 2017.

## Endereço para correspondência:

**Florisneide Rodrigues Barreto** – Av. Orlando Gomes, Condomínio Parque Costa Verde, Rua L, Casa 16C, Piatã, Salvador, BA,

Brasil. CEP: 41650-010

E-mail: florisneide@gmail.com

## Introdução

A sífilis congênita (SC) é um problema de Saúde Pública, embora seja possível prevenir a doença: o controle da transmissão vertical da sífilis é factível, dispõe de testes diagnósticos e tratamento eficaz de baixo custo.<sup>1</sup> A infecção da gestante pelo *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, acarreta desfechos desfavoráveis e graves sequelas perinatais como surdez, cegueira, deficiência mental, parto prematuro e aborto, entre outros.

***O Pacto pela Saúde do Brasil inclui ações que visam superar dificuldades para o controle da sífilis, tais como falta de tratamento do parceiro e predomínio de gestantes com pré-natal incompleto.***

Desde 2010, a região da América Latina e Caribe vem apresentando crescimento da ocorrência de SC. Estimativas indicam que, em 2015, nasceram 22.400 crianças com sífilis na região.<sup>2</sup> No Brasil, em 2016, a taxa de detecção da sífilis adquirida foi de 42,5/100 mil habitantes, a taxa de incidência em gestantes foi de 12,4/1 mil nascidos vivos (NV) e a incidência da sífilis congênita, de 6,8/1 mil NV.<sup>3</sup>

O Pacto pela Saúde do Brasil inclui ações que visam superar dificuldades para o controle da sífilis, tais como falta de tratamento do parceiro<sup>4</sup> e predomínio de gestantes com pré-natal incompleto.<sup>5</sup> De 2010 a 2016, foram notificados no Tocantins 1.021 casos de SC, 1,04% do total detectado no país naquele período. Em 2016, a incidência da doença foi de 9,9/1 mil NV, superior à média do país, de 6,8/1 mil NV.<sup>6</sup> Torna-se importante monitorar esse indicador e sensibilizar os gestores da Saúde para a necessidade de intervenções voltadas ao aprimoramento da prevenção e controle da sífilis congênita, especialmente no que se refere à melhoria da qualidade do pré-natal.

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Tocantins, Brasil, no período de 2007 a 2015.

## Métodos

Estudo descritivo referente ao período de 2007 a 2015. Tocantins está localizado ao sudeste da região Norte do Brasil e ocupa área de aproximados 277.621km<sup>2</sup>. Em 2010, o estado possuía 1.383.445 hab., com uma densidade demográfica de 4,98 hab./km.<sup>2,7</sup>

A população estudada foi constituída por nascidos vivos no período de 2007 a 2015. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foram as fontes de dados do estudo.

As seguintes variáveis foram analisadas:

- a) Relativas à gestante
  - zona de residência (rural; urbana);
  - escolaridade (analfabeta; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior);
  - raça/cor da pele (parda; não parda);
  - faixa etária (em anos; <15; 15-24; 25-34; ≥35);
  - realização de pré-natal (sim; não);
  - período de início do pré-natal (1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre);
  - período de diagnóstico da sífilis materna (pré-natal; parto/curetagem; pós-parto); e
  - adequação do tratamento da gestante (adequado; inadequado);
- b) Relativas ao parceiro
  - realização de tratamento (sim; não);
- c) Relativas ao recém-nascido
  - diagnóstico clínico (assintomático; sintomático; sem informação);
  - diagnóstico laboratorial do sangue periférico e líquido;
  - alteração liquórica (*venereal disease research laboratory* [VDRL]); e
  - esquema de tratamento (penicilina cristalina; penicilina procaína; penicilina benzatina; outro; sem informação).

As adequações das condutas basearam-se nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.<sup>6</sup> As proporções em cada estrato das variáveis de interesse foram calculadas excluindo-se casos cuja informação era ignorada.

Calculou-se os coeficientes de incidência anual da SC por 1 mil NV, entre 2007 e 2015. Na análise da distribuição espacial, foram empregados os coeficientes médios de incidência por município, acumulados para o período definido. Esse indicador foi representado em um mapa do estado do Tocantins, elaborado com auxílio do *software* TabWin 4.14.

O projeto do estudo recebeu a anuência da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, conforme estabelecido pela Portaria nº 796/2014, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CEP/ISC/UFBA): Parecer nº 1.990.883, de 28 de março de 2017.

## Resultados

De 2007 a 2015, foram notificados 1.029 casos de SC no Tocantins, correspondendo a uma incidência média anual de 4,6/1 mil NV. No período, esse indicador passou de 3,1/1 mil (2007) para 9,8/1 mil NV (2015),

representando aumento de 216,1%. Este crescimento não foi linear, visto que, de 2007 a 2009, a incidência da doença reduziu-se de 3,1 para 2,6%, enquanto de 2011 a 2015 aumentou 157,9%, passando de 3,8 para 9,8%.

A maioria dos recém-nascidos com SC tinha mãe nas idades de 15-24 (57,6%) e 25-34 anos (34,2%), com

**Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos notificados com sífilis congênita (n=1.029) segundo características clínicas e sociodemográficas maternas, Tocantins, 2007-2015**

Variáveis	n	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
<15	18	1,8
15-24	586	57,6
25-34	348	34,2
≥35	65	6,4
<b>Escolaridade<sup>a</sup></b>		
Analfabeta	11	1,2
Ensino fundamental	696	75,2
Ensino médio	203	21,9
Ensino superior	15	1,6
<b>Zona de residência</b>		
Urbana	926	91,4
Rural	87	8,6
<b>Raça/cor da pele<sup>b</sup></b>		
Parda	885	86,3
Não parda	140	13,7
<b>Realização do pré-natal</b>		
Sim	891	89,1
Não	109	10,9
<b>Início do acompanhamento pré-natal</b>		
1º trimestre	189	21,2
2º trimestre	294	33,0
3º trimestre	408	45,8
<b>Diagnóstico de sífilis</b>		
Pré-natal	507	50,8
Parto/curetagem	417	41,7
Pós-parto	75	7,5
<b>Adequação do tratamento materno para sífilis</b>		
Adequado	108	16,1
Inadequado	562	83,9
<b>Tratamento para sífilis no parceiro</b>		
Sim	160	17,0
Não	783	83,0

a) 925 observações válidas.

b) 1.025 observações válidas.

ensino fundamental (75,2%), residente em zona urbana (91,4%) e de raça/cor da pele parda (86,3%). Entre as 891 (89,1%) mães que realizaram o pré-natal, 21,2% iniciaram-no quando do 1º trimestre da gestação, 33,0% no 2º e 45,8% no 3º trimestre. Observou-se que 50,8% dos casos de sífilis materna foram diagnosticados durante o pré-natal e 41,7% no momento do

parto/curetagem; e que, para 83,9% das 670 gestantes submetidas a tratamento, este foi considerado inadequado. As mães cujos parceiros foram tratados e aqueles com parceiros não tratados para sífilis corresponderam, respectivamente, a 17,0% e 83,0% dos 943 casos informados (Tabela 1). A variável 'adequação do tratamento materno para sífilis' apresentou 34,9% de informação

**Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos notificados com sífilis congênita (n=1.029) segundo testes laboratoriais, tipo de diagnóstico e esquema de tratamento, Tocantins, 2007-2015**

Variáveis	n	%
<b>VDRL<sup>a</sup> sangue periférico</b>		
<b>Com informação</b>	<b>990</b>	<b>96,2<sup>b</sup></b>
Realizado	861	86,7 <sup>c</sup>
Reagente	742	86,2
Não reagente	119	13,8
Não realizado	129	13,0 <sup>c</sup>
<b>Sem informação</b>	<b>39</b>	<b>3,8<sup>b</sup></b>
<b>VDRL<sup>a</sup> líquor</b>		
<b>Com informação</b>	<b>938</b>	<b>91,2<sup>b</sup></b>
Realizado	370	39,4 <sup>c</sup>
Reagente	22	5,9
Não reagente	348	94,1
Não realizado	568	60,6 <sup>c</sup>
<b>Sem informação</b>	<b>91</b>	<b>8,8<sup>b</sup></b>
<b>Alteração líquórica</b>		
<b>Com informação</b>	<b>963</b>	<b>93,6<sup>b</sup></b>
Examinado	419	43,5 <sup>c</sup>
Com alteração	9	2,1
Sem alteração	410	97,9
Não examinado	544	56,5 <sup>c</sup>
<b>Sem informação</b>	<b>66</b>	<b>6,4<sup>b</sup></b>
<b>Diagnóstico clínico</b>		
<b>Com informação</b>	<b>746</b>	<b>72,5<sup>b</sup></b>
Assintomático	648	86,9
Sintomático	98	13,1
<b>Sem informação</b>	<b>283</b>	<b>27,5<sup>b</sup></b>
<b>Esquema de tratamento</b>		
<b>Com informação</b>	<b>859</b>	<b>83,5<sup>b</sup></b>
Penicilina cristalina	634	73,8
Penicilina procaína	57	6,6
Penicilina benzatina	71	8,3
Outro	97	11,3
<b>Sem informação</b>	<b>170</b>	<b>16,5<sup>b</sup></b>

a) VDRL: *venereal disease research laboratory*.

b) Percentual em relação ao total de nascidos vivos.

c) Percentual em relação ao total de casos com informação.

ignorada/não registrada; para as demais variáveis, este percentual variou de 0,4% para raça/cor da pele a 10,2% para escolaridade.

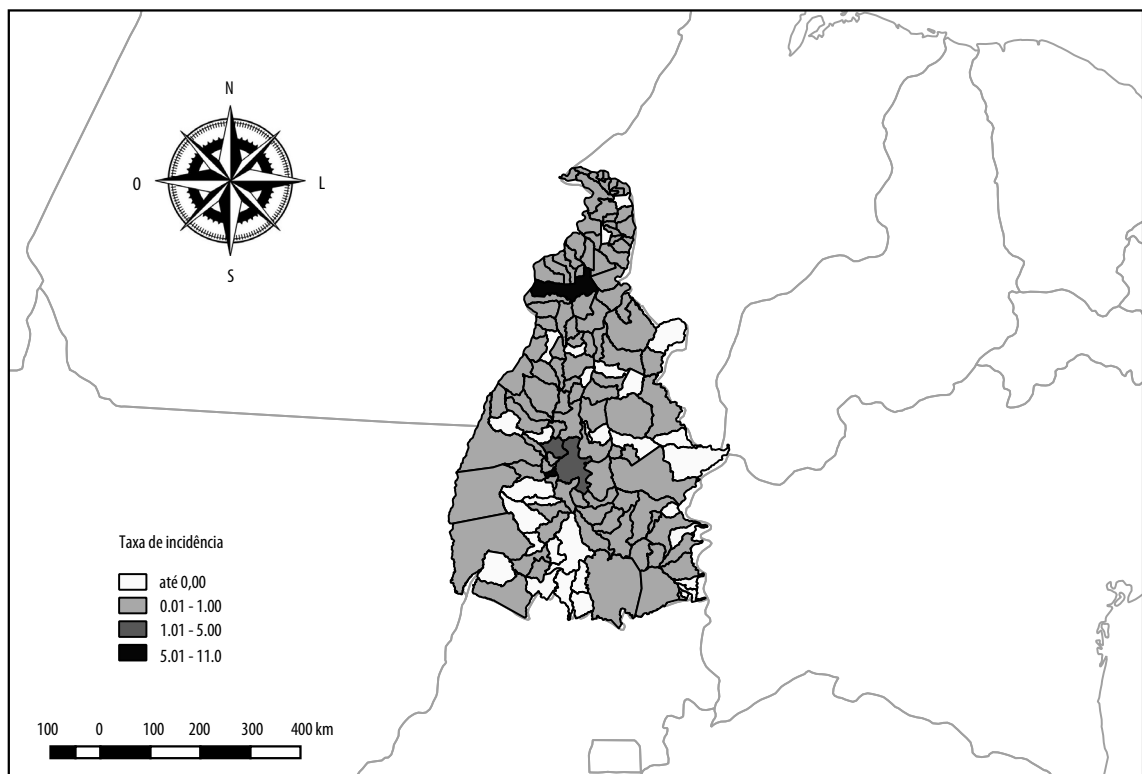
Quanto aos recém-nascidos notificados com SC, 86,7% realizaram VDRL de sangue periférico e 39,4% VDRL no líquido, sendo 86,2% e 5,9%, respectivamente, reagentes. Entre aqueles que apresentaram alteração líquórica, 43,5% foram examinados, dos quais observou-se alteração em 2,1%. Com relação ao diagnóstico clínico, 86,9% eram assintomáticos; e para os 859 com informação sobre tratamento, a droga mais utilizada (73,8%) foi a penicilina cristalina (Tabela 2).

Dos 139 municípios existentes no Tocantins, dois – um na região central e o outro no norte do estado – apresentaram incidência média na faixa de 5,0 a 11,0/1 mil NV. Outros dois, localizados também na região central, registraram incidência na faixa de 1,0 a 5,0/1 mil NV. Na maioria dos municípios (74,8%), o valor do indicador foi de até 1,0/1 mil NV; nos demais (22,3%), não houve registro da doença (Figura 1).

## Discussão

Evidenciou-se, de 2007 a 2015, crescimento intenso na incidência de SC no estado do Tocantins. A maioria das mães se encontravam em idade reprodutiva, possuíam baixa escolaridade, raça/cor da pele parda, iniciaram as consultas de pré-natal no 3º trimestre e, aproximadamente, metade delas recebeu o diagnóstico de sífilis durante essas consultas. O tratamento foi inadequado para mais de 80% das gestantes; proporção semelhante foi observada no tratamento de seus parceiros.

O crescimento da incidência da SC no estado pode tanto resultar no aumento real do número de casos como decorrer da melhoria na estruturação da rede de serviços de saúde. Considerando-se a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a adesão à Rede Cegonha, possivelmente, essas iniciativas de Saúde Pública contribuíram para a melhoria da notificação. Destaca-se o aumento da SC observado no país como um todo, 5 sugerindo que os avanços imprimidos pela



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESAU-TO.

**Figura 1 – Distribuição da incidência de sífilis congênita (por 1 mil nascidos vivos) por município, Tocantins 2007-2015**

ESF e Rede Cegonha estão a ampliar a sensibilidade na detecção da doença, embora não se mostrem suficientes para prevenir as infecções na gestação ou mesmo detectar precocemente – e tratar – as gestantes e seus parceiros, no sentido de se evitarem novos casos de SC.

Assim como em outros estudos,<sup>8,9</sup> a maioria das gestantes realizou pré-natal, o que deve ter contribuído para melhorar a detecção da sífilis. Alguns autores encontraram baixos percentuais de gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente,<sup>10,11</sup> resultado diferente do observado no Tocantins, onde esses percentuais foram elevados. Este achado é preocupante para o estado, pois o atraso do início dessa atenção está associado a um maior risco de ocorrência da SC.<sup>12-14</sup>

Considerando-se que o início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gestação é indicador de qualidade de atenção à saúde materna,<sup>9,5</sup> pode-se levantar a hipótese de que, no Tocantins, esse cuidado ainda é insuficiente. No presente estudo, a maioria das mães diagnosticadas com sífilis não se submeteu ao tratamento para a doença ou esse tratamento foi inadequado, situação também encontrada em Belo Horizonte.<sup>15</sup> Isto se agrava com o fato de 83,0% dos parceiros dessas gestantes não terem realizado tratamento para sífilis.

Ressalta-se, no Tocantins, a baixa proporção de NV com SC que realizou o exame de líquido incluindo o VDRL, teste fundamental para a tomada de decisão sobre o uso da penicilina cristalina intravenosa em vez da penicilina procaína. Esta última não constitui opção diante da possibilidade de o recém-nascido apresentar neurosífilis.<sup>16,17</sup>

Uma das explicações para o padrão da distribuição espacial da SC encontrado nesta investigação, segundo o qual a incidência da doença se concentrava em apenas 8,6% dos municípios, pode ser o fato de estes serem os mais populosos e apresentarem maior chance de contar com uma rede de serviços de saúde mais estruturada e capacitada para o diagnóstico. Deve-se, outrossim, considerar uma possível fragilidade do sistema de

informação dos demais municípios e a complexidade do diagnóstico da SC no recém-nascido, haja vista a maioria das crianças infectadas pelo *Treponema pallidum* ser assintomática ao nascer, apresentar títulos de VDRL inferiores aos maternos, além da dificuldade em realizar exame liquórico.

Por haver sido realizado com dados secundários e abordar uma doença de difícil diagnóstico no recém-nascido, o presente estudo e seus resultados devem ser interpretados com cautela, dada a subnotificação de casos. Entretanto, tal limitação aponta para a possibilidade de a situação epidemiológica no Tocantins ser mais grave do que a apresentadas no perfil aqui descrito. Ademais, a agregação dos dados de um longo período pode não necessariamente refletir o padrão de distribuição atual da doença.

A conduta inicial para detecção e tratamento da sífilis congênita não está totalmente em acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde:<sup>3</sup> o diagnóstico da maioria dos casos tem se realizado tardiamente, podendo trazer consequências adversas para as crianças acometidas. Sob esta perspectiva, é importante destacar a importância da intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle da sífilis, incluindo a melhoria do cuidado pré-natal.

### Contribuição das autoras

Silva MJN e Barreto FR contribuíram na concepção e delineamento do estudo, organização da base de dados, análise dos resultados e sua interpretação, além da redação do manuscrito. Costa MCN contribuiu na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Carvalho MSI contribuiu na organização e análise da base de dados e redação do manuscrito. Teixeira MG contribuiu na análise e interpretação dos resultados e redação do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

### Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008 [citado 2017 out 25]. 38 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf)
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Redução da transmissão materno-infantil de HIV e sífilis desacelera na América Latina e no Caribe, alerta OPAS [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2017 [citado 2017 out 6]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5425](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5425)
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017. Bol Epidemiol [Internet]. 2017 [citado 2018 dez 10];48(36). Disponível em:

- <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 mar 2]. 120 p. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)
  5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 mar 2]. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 32). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
  6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2016. Bol Epidemiol [Internet]. 2017 [citado 2018 dez 10];47(35). Disponível em: [citado em 2018 dez 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>
  7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@ [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2020 mar 2]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil>
  8. Ximenes IPE, Moura ERF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. Rev RENE [Internet]. 2008 jul-set [citado 2020 mar 2];9(3):74-80. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5067/3716>
  9. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico regional para HIV/AIDS e IST 2006-2015: avaliação intermediária [Internet]. CSP28/INF/3 (Port.). S.l.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [citado 2012 out 16]. p. 20-26. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34233/CSP28-INF-3-D-p.pdf?sequence=19&isAllowed=y>
  10. Oliveira LR, Costa MCN, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, Teixeira MG. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2014 maio-jun [citado 2020 mar 2];47(3):334-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0030-2014>
  11. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 fev [citado 2020 mar 2];47(1):147-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>
  12. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2004 set [citado 2020 mar 2];16(3):168-75. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6723/98d3a5171cd7615bc02eb584cba16cad58a.pdf>
  13. Campos AL, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 set [citado 2020 mar 2];26(9):1747-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>
  14. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo 'Nascer no Brasil'. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 jun [citado 2020 mar 2];32(6):e00082415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
  15. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira ME, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2016 jan-mar [citado 2020 mar 2];19(1):63-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
  16. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira L L, Chagas, ACMA, Lopes, MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 fev [citado 2020 mar 2];47(1):152-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>
  17. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita [Internet]. Documento científico – Departamento de Neonatologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010 [citado 2020 mar 2]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/tratamento\\_sifilis.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf)

## Abstract

**Objective:** to describe the epidemiological profile of congenital syphilis (CS) in Tocantins, from 2007 to 2015. **Methods:** this was a cross-sectional descriptive study conducted with data from the Notifiable Health Conditions Information System (SINAN) and the Live Birth Information System (SINASC). **Results:** 1,029 CS cases were reported; mean CS incidence was 4.6/1000 Live Births (LB), increasing from 3.1/1000 LB in 2007 to 9.8/1000 LB in 2015 (increase of 216.1%); municipalities located in the central and northern regions of the state had the highest rates; the majority of mothers of newborn babies were 15-24 years old, had elementary school education, started prenatal care in the third trimester of pregnancy, and received inadequate prenatal care. **Conclusion:** high occurrence of congenital syphilis in Tocantins requires immediate intensification of CS surveillance and improved prenatal care quality, especially in municipalities with higher incidence.

**Keywords:** Syphilis, Congenital; Prenatal Care; Epidemiology, Descriptive.

## Resumen

**Objetivo:** describir el perfil epidemiológico de la sífilis congénita (SC) en Tocantins, de 2007 a 2015. **Métodos:** estudio transversal descriptivo, con datos del Sistema Nacional de Agravamientos de Información (Sinan) y del Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (Sinasc). **Resultados:** se notificaron 1.029 casos de SC; la incidencia promedio fue de 4,6/1000 nacidos vivos (NV), con aumento variando de 3,1/1000 NV en 2007 a 9,8/1000 NV en 2015 (aumento del 216,1%); los municipios ubicados en el centro y norte del estado presentaron mayores tasas; la mayoría de las madres tenía entre 15-24 años, enseñanza primaria, iniciaron el prenatal en el 3° trimestre de gestación y la asistencia prenatal recibida fue inadecuada. **Conclusión:** la situación epidemiológica de la sífilis congénita en Tocantins es muy preocupante y demanda la inmediata intensificación de esfuerzos, principalmente en lo que se refiere a mejorar la calidad del prenatal, especialmente en los municipios con mayor incidencia de la enfermedad.

**Palabras clave:** Sífilis Congénita; Atención Prenatal; Epidemiología Descriptiva.

Recebido em 19/03/2019

Aprovado em 28/01/2020

Editora associada: Maryane Oliveira Campos - [orcid.org/0000-0002-7481-7465](https://orcid.org/0000-0002-7481-7465)