



Custo das internações hospitalares por sífilis congênita no Estado do Ceará


Surama Valena Elarrat Canto ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7760-7888>


Maria Alix Leite Araújo ²

 <https://orcid.org/0000-0002-4156-5783>

Rosa Lívia Freitas de Almeida ³

 <https://orcid.org/0000-0001-6423-543X>

Beatriz Elarrat Canto Cutrim ⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-8681-8302>

¹⁻³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza. Av. Washington Soares. Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60.811-905. E-mail: suramaelarrat@hotmail.com

⁴ Faculdade de Medicina. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró RN, Brasil.

Resumo

Objetivos: descrever os custos diretos médico-hospitalares das internações hospitalares por Sífilis Congênita (SC) em crianças menores de um ano usuárias da rede pública de saúde do Estado do Ceará, no período de 2012 a 2017.

Metodos: estudo transversal cuja coleta de dados aconteceu no banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Datasus, a partir das informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Os dados foram digitados em uma planilha no Microsoft Office Excel (versão 2010) e analisados no SPSS, versão 23.

Resultados: foram registradas 4.085 internações hospitalares por SC (16,6% do total de internações por doenças infecciosas e parasitárias), perfazendo um custo total de \$ 927.726,84 dólares e média anual para cada criança de \$234,73 dólares. Observou-se um discreto decréscimo das AIH aprovadas para doenças infecciosas e parasitárias (5,5%) quando comparadas com SC, que apresentou um acréscimo de 36,4% ao longo dos anos avaliados.

Conclusão: identificou-se custo elevado com o tratamento da SC no estado do Ceará, situação que poderia ser evitada se as gestantes com sífilis fossem diagnosticadas e tratadas durante a assistência pré-natal.

Palavras-chave *Sífilis congênita, Custos hospitalares, Cuidado pré-natal, Hospitalização*



Introdução

A eliminação da Sífilis Congênita (SC) como problema de saúde pública constitui uma prioridade para a região da América Latina e Caribe.¹ Para que o problema seja considerado sob controle a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera aceitável a ocorrência de menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos (NV),² situação que parece longe de ser atingida em países pobres e em desenvolvimento³ considerando que poucos conseguiram alcançá-la.⁴

No Brasil, a taxa de incidência de SC tem aumentado ao longo dos últimos anos e no ano de 2017 foi de 8,6 por 1.000 Nascidos Vivos (NV).⁵ No Ceará entre os anos de 2010 a agosto de 2018, 10.406 crianças menores de um ano foram notificadas com SC, com taxa de incidência de 13,0 casos por 1.000 NV, bem superior à nacional.^{5,6}

A prevenção da SC é factível desde que as gestantes sejam diagnosticadas e tratadas durante a assistência pré-natal. Essas ações são custo-efetivas^{7,8} e proporcionam redução dos desfechos provocados no bebê, como baixo peso ao nascer, natimortalidade e aborto.⁹ Ao nascer, todos os recém-nascidos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação passam por uma avaliação criteriosa que envolve a associação de critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais de ambos.¹⁰ O Brasil segue a recomendação da OMS que tem como meta a eliminação da SC como problema de saúde pública.¹¹

Caso o recém-nascido com SC apresente sinais e sintomas e/ou alterações laboratoriais com acometimento do sistema nervoso central (SNC) faz-se necessário a internação para tratamento da neurosífilis.¹⁰⁻¹² Ocorre que um dos maiores problemas em relação a esse diagnóstico reside na dificuldade de acesso à punção líquórica,¹³ implicando na grande maioria das vezes na manutenção das crianças em ambiente hospitalar por um período de dez dias, para tratamento, independentemente da certeza do envolvimento do SNC.

A falta de condições de algumas unidades hospitalares para realizar o diagnóstico de neurosífilis em crianças com SC tem gerado custos adicionais ao Sistema Único de Saúde,¹³ situação grave em um país como o Brasil, já com tantas limitações de recursos para a área da saúde. Para se ter ideia da magnitude desse problema, no período de 2012 a 2017, o Brasil registrou 434.622 internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias em crianças menores de um ano e a SC foi responsável por 63.615 (14,6%) dessas hospitalizações.¹⁴

Diante do exposto e considerando os custos provocados pela internação das crianças diagnosticadas com SC, este estudo tem como objetivo descrever os custos diretos médico-hospitalares das internações hospitalares por SC em crianças menores de um ano usuárias da rede pública de saúde do Estado do Ceará no período de 2012 a 2017.

Métodos

Estudo transversal que descreve os custos diretos médico-hospitalares das internações por SC em crianças menores de um ano usuárias da rede pública de saúde do Estado do Ceará, de 2012 a 2017. Esse período foi escolhido porque foi quando passou-se a observar aumento significativo na taxa de incidência de SC em todas as regiões do Brasil.⁵

A coleta de dados foi baseada na abordagem *top-down* (macrocusteio), com a perspectiva do sistema de saúde pública. Utilizou-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, que é gerido pelo Ministério da Saúde, e processado pelo Departamento de informática do SUS (Datusus), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.¹⁵⁻¹⁷ Neste estudo, não foram levados em conta os custos indiretos, ou seja, aqueles que analisariam também o problema na perspectiva da sociedade.¹⁷

O SIH/SUS é um sistema de gerenciamento dos atendimentos hospitalares, por meio de captação, controle e pagamento dos atendimentos prestados aos cidadãos pelas unidades hospitalares credenciadas ao SUS¹⁶ e cobre exclusivamente as internações realizadas pelas redes públicas e conveniadas de saúde.¹⁷

Foram avaliados os custos médico-hospitalares, com informações extraídas a partir dos registros de pagamentos das AIH, instrumento onde são registrados os atendimentos provenientes das internações financiadas pelo SUS. Esses valores compreendem, além dos serviços hospitalares, os custos relacionados com diárias, alimentação, higiene, medicamentos, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT), os serviços profissionais como médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiras, obstetras.¹⁷ Para analisar o subfinanciamento desses valores, seria necessário um estudo de custo do tipo *bottom-up*, utilizando tabelas mais atualizadas do que a do SUS.^{16,18}

Os custos de internações hospitalares são usualmente classificados em: a) custos diretos médico-hospitalares, que se referem aos gastos diretamente relacionados aos cuidados com a saúde, como a remuneração de profissionais de saúde, pagamento

de medicamentos, exames complementares e diárias hospitalares; custos não médico-hospitalares que incluem despesas com transporte do paciente, adaptações domiciliares e em veículos realizadas em função de uma doença, bem como os cuidados necessários com alimentação e vestimentas, entre outros; b) custos indiretos, que incluem basicamente as perdas e ganhos de produtividade relacionada a uma intervenção, por exemplo, os dias de falta ao trabalho; e c) custos intangíveis, que são aqueles que não podem ser comercializados, como por exemplo, o custo da dor e sofrimento associados à doença em tratamento.^{16,19}

Para a seleção das AIH utilizou-se as variáveis diagnóstico principal e diagnóstico secundário cujos códigos segundo a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10),²⁰ referiam-se às doenças do capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias, que incorpora a lista de morbidade: CID de A50 a A50.9 (sífilis congênita). O capítulo I engloba os códigos de A00 a B99, estando a sífilis congênita inserida no mesmo.

As informações dos valores de pagamento de referência nacional definido pelo Ministério da Saúde (MS) para a remuneração dos procedimentos, estão definidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese Prótese e Material Especial do SUS (SIGTAP). No caso da SC, o valor de referência é o mesmo do tratamento das infecções de transmissão predominantemente sexual e tem o custo de hospitalização de R\$ 258,77. Esse valor pode sofrer acréscimo caso haja necessidade de leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e exames de maior complexidade. A SC é classificada como um procedimento de média complexidade e o SUS cobre os custos da internação das crianças por uma média de permanência de seis dias, podendo chegar a 12 dias.²¹

As informações coletadas referentes às AIH foram: internações de crianças com doenças infecciosas e parasitárias, e posteriormente de crianças menores de um ano com SC; valores pagos pelas AIH; valores médios das AIH pagas: correspondente ao valor total dividido pela quantidade de internação; número de AIH aprovadas; valores dos serviços hospitalares; valores dos serviços profissionais; dias de permanência hospitalar da criança e média de dias de permanência das internações referentes às AIH pagas, computadas como internações. Os valores monetários foram apresentados em real e dólar americano, uma vez que o Datasus já disponibiliza essas informações utilizando a conversão com a cotação diária do dólar para os anos estudados.

Os dados foram lançados em uma planilha *Microsoft Office Excel* (versão 2010) e analisados no SPSS, versão 23. Como se trata de informações cujo conteúdo é de domínio público, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Mesmo assim, os pesquisadores seguiram todos os preceitos éticos, garantindo-se a preservação da identidade dos sujeitos, em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS Nº 466/2012 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Durante o período de primeiro de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017 ocorreram 24.552 internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias em crianças menores de um ano de idade no Estado do Ceará (10,1% do total de internações nessa faixa etária). As AIH por SC corresponderam a 4.085 (16,6% do total dessas internações).

A Figura 1 mostra o número das AIH aprovadas para doenças infecciosas e parasitárias e para internações por SC em crianças menores de um ano no SUS. Observa-se um discreto decréscimo na proporção de AIH aprovadas para doenças infecciosas e parasitárias quando comparadas com SC que aumentou ao longo dos anos avaliados. No ano de 2012 foram aprovadas 555 AIH para SC e 872 em 2017, aumento de 36,4%.

A soma dos recursos pagos pelo SUS para as internações por SC no Estado do Ceará ao longo dos seis anos analisados foi de \$ 927.726,84 dólares equivalendo a R\$ 2.430.808,90, implicando em um custo médio para cada criança de \$234,73 dólares (Figura 2).

Na Tabela 1 está apresentado o total de 4.085 AIH aprovadas em todos os anos analisados. Em relação aos valores médios anuais das AIH pagas para internação de crianças com SC no período de 2012 a 2017 identificou-se que o total pago foi 232% superior que o oficialmente instituído pelo SUS para essa morbidade. Nos anos de 2012 e 2015 houve diminuição na quantidade de AIH aprovadas, com média de valor de R\$ 601,03, mostrando que os valores dos serviços hospitalares são superiores aos dos profissionais.

Verificou-se que o tempo total de permanência das crianças em ambiente hospitalar foi de 34.413 dias, variando individualmente de 8,5 a 9,7 e média de 9,2 dias. (Tabela 2).

Figura 1

Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas para crianças menores de um ano com outras doenças infecciosas e parasitárias e com SC. Hospitais públicos e conveniados ao SUS. Ceará, Brasil, 2012 a 2017.

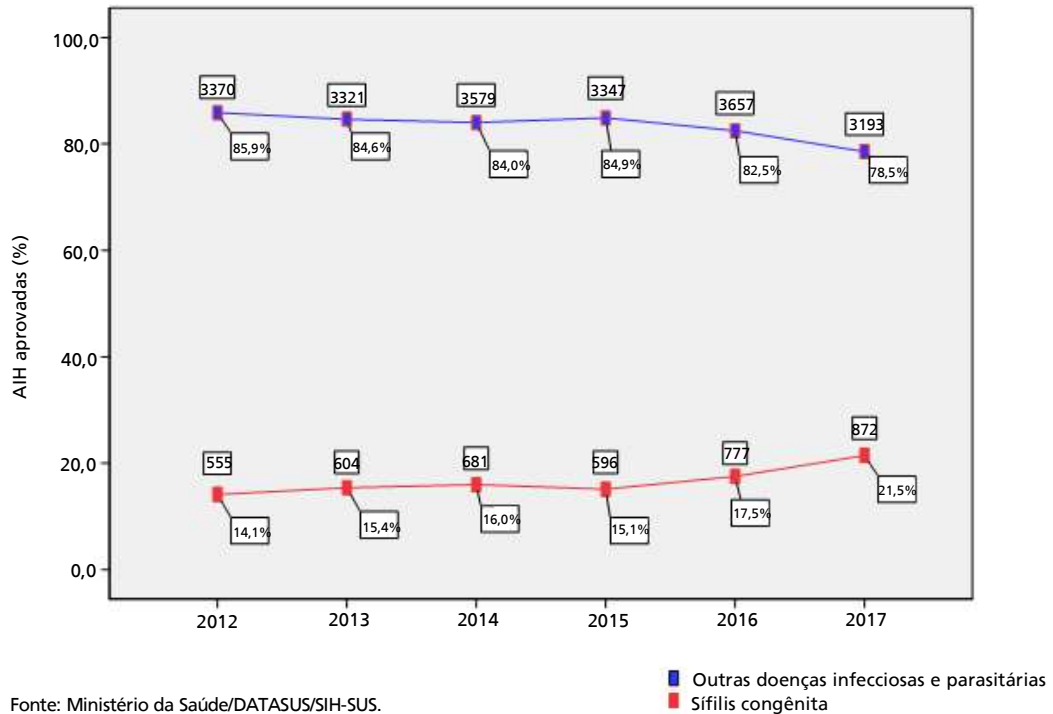


Figura 2

Valores pagos e a média dos valores pagos em dólar referentes às AIH para internações por SC em crianças menores de um ano. Hospitais públicos e conveniados ao SUS. Ceará, Brasil, 2012 a 2017.

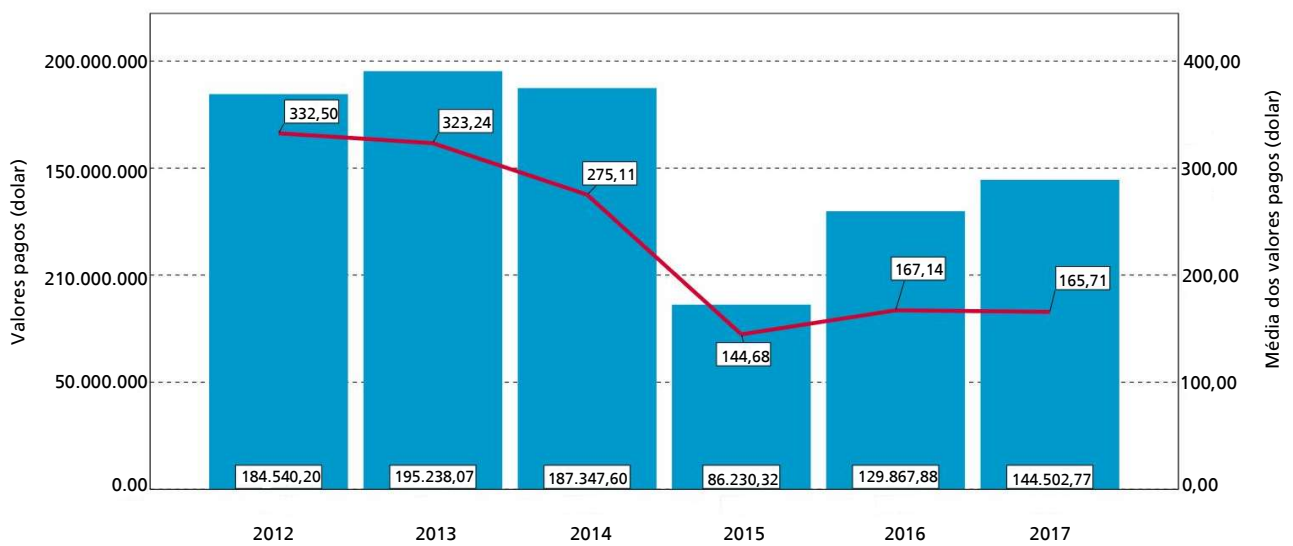


Tabela 1

Número de AIH aprovadas, valores dos serviços hospitalares (valor total e valor médio), valores dos serviços profissionais (valor total e valor médio), valor total e valor médio em real e dólar para internações de crianças menores de um ano com SC. Hospitais públicos e conveniados ao SUS. Ceará, Brasil, 2012 a 2017.

	Valores dos Serviços hospitalares			Valores dos Serviços profissionais		Valor Total (real)		Valor Total (dólar)	
	AIH aprovadas	Valor (real)	Valor médio (real)	Valor (real)	Valor médio (real)	Valor	Valor médio	Valor	Valor médio
2012	555	241666,64	435,44	120610,99	217,32	362277,63	652,75	184540,20	332,50
2013	604	280902,36	465,07	145244,05	240,47	426146,41	705,54	195238,07	323,24
2014	681	298254,18	437,97	143673,55	210,97	441927,73	648,94	187347,60	275,11
2015	596	209867,61	352,13	94272,74	158,18	304140,35	510,30	86230,32	144,68
2016	777	290737,51	374,18	142757,85	183,73	433495,36	557,91	129867,88	167,14
2017	872	317834,80	364,49	144986,62	166,27	462821,42	530,76	144502,77	165,71

Fonte: SIH-SUS/DATASUS/Ministério da Saúde.

Tabela 2

Dias de permanência hospitalar por ano e média de dias de permanência hospitalar por SC em crianças menores de um ano. Hospitais públicos e conveniados ao SUS. Ceará, Brasil, 2012 a 2017.

Ano	Dias de permanência hospitalar por ano	Média de dias de permanência hospitalar
2012	5.349	9,6
2013	5.889	9,7
2014	6.543	9,6
2015	5.338	9,0
2016	6.863	8,8
2017	7.431	8,5
Total	37.413	9,2

Fonte: SIH-SUS/DATASUS/Ministério da Saúde.

Discussão

Identificou-se nesse estudo um aumento no número de AIH aprovadas para internações hospitalares por SC. Esse aumento obviamente traz como consequência uma elevação dos custos, que também cresceram consideravelmente ao longo dos anos estudados quando comparadas com as doenças infecciosas e parasitárias. Percebe-se uma defasagem pela falta de atualização desses valores, situação evidenciada também em um estudo sobre os custos do tratamento hospitalar da meningite pneumocócica em São José dos Campos - SP que mostrou que os custos eram de dez a vinte vezes maiores que a média paga pelo SUS.¹⁸ Vale salientar que nesse estudo alguns itens não estão contabilizados e que não foram

inseridos os custos indiretos.

Os valores das AIH pagas pelo SUS não refletem os custos reais do tratamento da SC e não acompanham os índices inflacionários como o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). No ano de 2008 foi instituída a tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, para compor as bases de informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH) do SUS, porém, mesmo ocorrendo reajuste desses valores, os recursos provenientes do SUS ainda são escassos e limitados.¹⁸

Nos casos em que a criança necessite de leito de UTI neonatal, é possível o acréscimo nos valores bem como de exames de maior complexidade.

Mesmo assim, ainda é provável que esses custos estejam subestimados, não caracterizando os custos de forma adequada, constituindo-se de valores reembolsados e não de valores reais dos recursos de saúde utilizados, pois pode ter havido a necessidade de realizar procedimentos adicionais que não estavam previstos na relação daqueles cobertos pela AIH e por conta disso não tenham sido computados. Outros estudos de custo foram realizados utilizando os dados do SIH/SUS para mensurar o impacto econômico para o país, como o que avaliou a internação hospitalar entre idosos demonstrando um grande aporte nos gastos do SUS.²²

As internações por SC representaram uma proporção considerável do total das internações por doenças infecciosas e parasitárias em menores de um ano e constata-se aumento na proporção ao longo do período estudado. Por esse motivo, é evidente que houve aumento no custo dessas internações, situação não observada nas outras doenças do capítulo. Deve-se considerar que esses custos se referem apenas às internações reembolsadas pelo SUS e que não foram avaliadas as glosas de AIH.

A falta de informação no sistema do Datasus acerca da idade, em meses, das crianças menores de um ano, não permite identificar efetivamente o período em que a mesma foi hospitalizada. Acredita-se que a maioria dessas internações tenha ocorrido no período neonatal considerando que OMS recomenda a realização, na maternidade, de alguns exames para o diagnóstico de SC.¹⁰ Alguns como o liquor, devido a sua complexidade, são de difícil acesso e por esse motivo não são realizados. Como a definição do esquema de tratamento requer a avaliação desses exames, os neonatologistas terminam hospitalizando os bebês por um período de dez dias, tempo recomendado para o tratamento da neurosífilis.

É provável que os profissionais dos hospitais pediátricos não estejam reconhecendo como caso de SC aquelas crianças que chegam com manifestações tardias, uma analogia com essa situação pode ser feita com um estudo que avaliou o seguimento das crianças em Fortaleza, Ceará, o qual mostrou que grande parte delas comparecem a uma unidade de atenção primária em busca de atendimento e os profissionais sequer solicitam o VDRL para avaliação.²³ Outro aspecto que reforça essa constatação é quando analisa-se o tempo médio de internação das crianças que foi de 9,2 dias, ou seja, parece ter sido logo após o nascimento, como recomendado pelo MS.¹⁰

Na tomada de decisões em Saúde Pública, é de suma importância avaliar e considerar os custos

hospitalares para uma aplicação racional dos tão escassos recursos do SUS. O objetivo é otimizar e garantir equidade na sua aplicação. Ocorre que, no caso da SC é muito grave esse volume de recursos empregados, uma vez que essa infecção se insere como causa perinatal evitável. É possível e altamente recomendável a prevenção da SC desde que a gestante seja diagnosticada para sífilis e tratada durante a assistência pré-natal.

Na atenção primária, essas ações são eficazes, de baixo custo e evitam que o diagnóstico e tratamento na gestante só ocorram na ocasião do parto. Como citado anteriormente, os bebês de gestantes com sífilis ficam internados por uma média de 9,2 dias, o que inevitavelmente traz custos mais elevados, além de aumentar a morbidade neonatal e trazer outras consequências deletérias que poderiam ter sido evitadas.^{13,24,25}

No Brasil, houve avanço significativo da cobertura da assistência pré-natal^{26,27} porém, neste momento não são aproveitadas as oportunidades de se realizar o diagnóstico da sífilis e o tratamento efetivo, incluindo-se o parceiro, com penicilina benzatina, que é o único fármaco capaz de prevenir a transmissão vertical em 97% dos casos.^{10,28,29} Apesar do pré-natal ser custo-efetivo para várias condições, incluindo a SC,^{7,8} com o custo do tratamento da sífilis na gestação menor que US\$ 1,50,³⁰ este ainda e mostra um desafio para profissionais de saúde e gestores.

Uma das limitações desse estudo está relacionada ao uso de banco de dados secundários devido a abrangência e qualidade das informações. É de suma importância relatar também que a avaliação dos custos indiretos não foi realizada, e que a própria avaliação dos custos diretos pode não ter sido realizada na sua vastidão, isto posto, é necessário que estudos com essa finalidade sejam realizados.

Os resultados desse estudo demonstraram um custo elevado com o tratamento da SC no Estado do Ceará, determinando um grande impacto na saúde pública e assegurando que são perdidas as oportunidades de prevenção da SC. Caso as mães fossem diagnosticadas e tratadas adequadamente, de preferência precocemente durante a assistência pré-natal, seria evitado internações e sofrimento para os bebês e suas famílias e dessa forma, os recursos gastos com a demanda de internação hospitalar poderiam ser utilizados para outros fins.

Contribuição dos autores

Elarrat Canto SV e Araújo MAL: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos

resultados, redação do manuscrito. Almeida RLF: construção, organização e análise do banco de dados, contribuiu com a redação do manuscrito. Cutrim BEC: redação e organização do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009.
2. OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita. 50^o Conselho Diretor da OPAS, 62^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC; 2010.
3. OPAS (Organización Panamericana de la Salud). Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Washington, DC; 2015.
4. KambML, Caffè S, Perez F, Bolan G, Ghidinelli MM. Cuba eliminates mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis: a calltoaction for the Americas Region. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2015; 27 (1-2): 3-5.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico: Sífilis. Brasília, DF; 2018.
6. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim epidemiológico: Sífilis. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2018.8p.
7. Kuznik A, Lamorde M, Nyabigambo A, Manabe YC. Antenatal syphilis screening using point-of-care testing in Sub-Saharan African countries: a cost-effectiveness analysis. *PLoS Med* 2013; 10:e1001545. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001545>.
8. Kahn JG, Jiwani A, Gomez GB, Hawkes SJ, Chesson HW, Broutet N, et al. The cost and cost-effectiveness of scaling up screening and treatment of syphilis in pregnancy: a model. *PLoS One* 2014; 9(1):e87510. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0087510>.
9. Zhang XH, Xu J, Chen DQ, Guo LF, Qiu LQ. Effectiveness of treatment to improve pregnancy outcomes among women with syphilis in Zhejiang Province, China. *Sex Transm Infect* 2016; 92(7):537-541. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2015-052363>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico: Sífilis. Brasília, DF; 2015.
11. WHO (World Health Organization). Centers for Disease Control and Prevention (U.S.) & University College London (UCL). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva; 2012.
12. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Congenital syphilis [Internet]. 2015. [acesso 15 nov. 2015]. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/congenital.htm>>.
13. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29 (6): 1109-20.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília, DF; 2016a.
15. Silva EN, Silva MT, Pereira MG. Identificação, mensuração e valorização de custos em saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25 (2): 437-39.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica. Brasília, DF; 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar – orientações técnicas. Brasília, DF; 2010.
18. Lucarevski BR, Escobar AMU, Grisi S. Custos hospitalares da meningite causada por *Streptococcus pneumoniae* na cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28 (4): 740-8.
19. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* New York: Oxford University Press; 2005.
20. OMS (Organização Mundial da Saúde). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
21. Brasil. Ministério da Saúde. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. 2016b. [acesso 23 mar. 2019]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
22. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Costa MFL. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2004; 13 (4): 239-46.
23. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Rev Saúde Pública.* 2019; 53: 95.
24. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47 (1): 147-57.

25. Canto SVE, Araújo MAL, Miranda AE, Cardoso ARP, Almeida RLF. Fetal and infant mortality of congenital syphilis reported to the Health Information System. PLoS ONE. 2019; 14 (1): e0209906.
26. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012; 46 (3): 479-86.
27. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascir no Brasil. Cad Saúde Pública. 2016; 32(6): e00082415.
28. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol 2016; 19 (1): 63-74.
29. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Public Health. 2011; 11 (Suppl 3): S9.
30. MabeyDC, Sollis KA, Kelly HA, Benzaken AS, Bitarakwate E, Chagalucha J, Chen XS et al. Point-of-care tests to strengthen health systems and save new born lives: the case of syphilis. PLoS Med. 2012; 9 (6): e1001233.

Recebido em 17 de Junho de 2019

Versão final apresentada em 23 de Fevereiro de 2020

Aprovado em 30 de Novembro de 2020