

Sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, 2016-2020: perfil epidemiológico e completude dos registros

Maria Fernanda da Costa Moreira de Paiva¹ , Sandra Costa Fonseca² 

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita mantém-se como problema de saúde no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro, com números para esse agravo acima da média do país. Essa doença é um marcador para a avaliação da qualidade da assistência à saúde materno-infantil, por poder ser evitada a partir de medidas como diagnóstico precoce e tratamento da gestante. **Objetivos:** Este estudo transversal descreveu o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita (SC) no município do Rio de Janeiro, nos anos de 2016 a 2020, no que se refere a dados sociodemográficos maternos, do pré-natal e da evolução do quadro, assim como as taxas de incidência totais e segundo esses fatores. Adicionalmente, foram calculadas as taxas de mortalidade fetal e infantil. Também se avaliou o grau de completude das variáveis da ficha de SC. **Métodos:** Foram incluídos todos os casos notificados de sífilis congênita na cidade durante o período estudado, a partir dos registros do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Foram utilizados o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) como base de dados para os cálculos das taxas de incidência e de mortalidade. **Resultados:** Entre 2016 e 2020, a cidade do Rio de Janeiro apresentou elevadas taxas de sífilis congênita, chegando a uma incidência de 18,6/1000 nascidos vivos em 2020, com mais de 90% de casos de SC recente. A maioria ocorreu em mulheres em situação de vulnerabilidade social – pretas, adolescentes, com baixa escolaridade e sem acesso à assistência pré-natal. Destaca-se ainda o baixo grau de completude de algumas variáveis e a divergência encontrada entre os dados de mortalidade do SIM e do SINAN, ambos fatores que prejudicam o adequado conhecimento do agravo. **Conclusão:** Conclui-se que, apesar dos avanços, muito ainda precisa ser realizado para o controle da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Sífilis congênita, Sistemas de informação em saúde, Desigualdades sociais, Cuidado pré-natal, Taxa de mortalidade.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, que apresenta duas formas: adquirida - com transmissão, principalmente, por via sexual - e congênita - transmitida pela via transplacentária. A sífilis congênita é uma condição evitável, que apresenta importante impacto na morbimortalidade infantil, sobretudo nos primeiros anos de vida, estando relacionada a sequelas e ao óbito perinatal (fetal e neonatal precoce)^{1,2}.

Alguns dos fatores de risco associados à sífilis congênita são: assistência pré-natal inadequada ou ausente, esquema de tratamento ausente ou incompleto durante o pré-natal, desabastecimento de penicilina G benzatina

(única medicação com capacidade de ultrapassar a barreira transplacentária) e o não-tratamento do parceiro²⁻⁴. Dentre os obstáculos enfrentados durante o pré-natal, ressaltam-se o início tardio, a descontinuidade do cuidado por mudança de unidade de saúde, as dificuldades no diagnóstico da sífilis durante a gestação e a falta de orientações sobre a doença e sobre uso de preservativos³⁻⁵. Dessa forma, buscando a prevenção da infecção congênita, instituiu-se a triagem pré-natal de rotina da sífilis, indicada na primeira consulta, no 3º trimestre e na admissão à maternidade^{3,6}.

Nesse contexto, as taxas de sífilis congênita constituem um importante marcador – evento sentinela – para monitoramento da qualidade da assistência pré-natal e à saúde

¹ Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói, (RJ), Brasil

² Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Niterói, (RJ), Brasil



materno-infantil, pois o agravo é evitável a partir de ações de saúde eficazes, como diagnóstico precoce e tratamento da gestante⁵. Dentro dessa perspectiva, foi instituída a notificação compulsória dessa doença em todo o território nacional, para melhor monitoramento de casos, por meio da vigilância epidemiológica e da base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)².

Nos últimos 10 anos, o Brasil enfrenta um aumento das taxas dessa condição, sendo notificados, em 2020, 115.371 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 54,5 casos/100.000 habitantes); 61.441 casos em gestantes (taxa de detecção de 21,6/1.000 nascidos vivos); 22.065 casos de infecção congênita (taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos)². Também foi observado, de 2010 a 2020, um crescimento no coeficiente de mortalidade infantil por sífilis, de 3,5 para 6,4 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos². No ano de 2020, pôde-se perceber uma diminuição dos casos de sífilis em quase todo o país, no entanto, esses achados podem estar relacionados a problemas na transferência de dados entre as bases municipal, estadual e federal, assim como a uma redução da procura pelos serviços de saúde e a uma subnotificação dos casos no SINAN, devido à mobilização local dos profissionais de saúde, ocasionadas pela pandemia de COVID-19².

Nesse cenário, destaca-se a situação epidemiológica do estado do Rio de Janeiro e de sua capital, que, em 2020, apresentaram elevadas taxas de detecção de sífilis em gestantes, respectivamente, de 55,1 e de 74,6 casos/1.000 nascidos vivos, e de incidência de sífilis congênita, superiores à taxa nacional, respectivamente, 21,5 e 18,4 casos/1.000 nascidos vivos. O estado também apresentou o maior coeficiente de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano, em 2020, com 21,5/1.000 nascidos vivos².

Na cidade do Rio de Janeiro, capital do estado, os bairros com as maiores taxas de SC, no período de 2011 a 2014, formavam uma espécie de "corredor da sífilis congênita", com traçado semelhante ao da Avenida Brasil (ou BR 101); adicionalmente, observou-se associação do agravo com menor acesso ao pré-natal, mulheres de baixa escolaridade e cor da pele negra⁷. No período do estudo, a taxa estimada na cidade foi de 17,3/1000 nascidos vivos. Entre 2013 e 2017, o desabastecimento de penicilina afetou as regiões com piores índices de desenvolvimento da cidade e teve repercussão nas

diferenças entre os bairros^{8,9}. Para a cidade, a taxa de SC foi de 19,6/1000 nascidos vivos; houve bairros sem casos registrados e outros no patamar entre 64 e 105 casos/1000 nascidos vivos, novamente relacionados às piores condições de vida^{8,9}.

Os objetivos deste estudo foram: descrever o perfil sociodemográfico, condições do pré-natal e evolução dos casos de sífilis congênita na cidade do Rio de Janeiro de 2016 a 2020; calcular as taxas de incidência (total e segundo variáveis sociodemográficas) e as taxas de mortalidade (fetal e infantil), e analisar a completude dos dados da ficha do SINAN.

Espera-se atualizar a situação de sífilis congênita no nível municipal e, assim, analisar o cuidado à saúde materno-infantil, possibilitando a criação de ações de saúde direcionadas à população mais suscetível.

MÉTODOS

Estudo transversal descritivo dos casos de sífilis congênita (SC) notificados em residentes da cidade do Rio de Janeiro, entre 2016 e 2020. A cidade se localiza na Região Sudeste e ocupa uma área de 1.200,329 km², com população estimada, no ano de 2021, de 6.775.561 pessoas e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, no ano de 2010, de 0,799^{10,11}.

Todos os casos de sífilis congênita registrados - abortos, nascidos vivos e natimortos - no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), foram incluídos, sendo excluídos aqueles assinalados como descartados na opção "classificação final". Para o cálculo das taxas de incidência, o denominador - número de nascidos vivos - foi retirado do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Também se utilizou o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) para avaliar óbitos infantis e fetais causados por SC, em residentes da cidade.

Os dados estão disponibilizados na página da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (TABNET municipal). Para SC, o link foi <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong2007.def>; para nascidos vivos (http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinasc/definicoes/sinasc_apos2005.def); e para os óbitos infantis (http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sim/definicoes/sim_apos2005.def).

As variáveis incluídas no estudo foram:

Sociodemográficas: raça/cor da pele da mãe (branca, preta, amarela, parda e indígena), anos de escolaridade da mãe (menos de 4 anos, 4-7 anos, 8-11 anos e 12 anos e mais), faixa etária materna (10-19 anos, 20-34 anos e 35 anos e mais),

Pré-natal: realização (sim ou não),

Sífilis na gestante: tratamento da sífilis (adequado/não adequado/ não realizado), tratamento da parceria (sim ou não), momento do diagnóstico (durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto ou não realizado),

Sífilis Congênita - classificação (recente, tardia, natimorto e aborto por sífilis) e evolução da SC (vivo, óbito por sífilis congênita e óbito por outra causa, aborto e natimorto), Número de óbitos infantis por SC; Número de óbitos fetais totais e por SC.

Para a descrição do perfil dos casos de sífilis congênita, foram calculadas frequências relativas para o município, em relação a dados sociodemográficos maternos (idade, anos de escolaridade, raça/cor da pele), a dados da assistência pré-natal (realização de pré-natal, momento do diagnóstico e tratamento da parceria) e a dados da evolução e classificação do caso, para cada ano, de 2016 a 2020.

As taxas de incidência foram calculadas dividindo-se o número de casos novos de sífilis para cada variável (dados sociodemográficos maternos e do pré-natal) (numerador) pelo número de nascidos vivos para cada uma (denominador), e seu quociente multiplicado por 1.000, para cada ano dentro do período estudado.

O coeficiente de mortalidade fetal foi calculado pelo número de natimortos por SC dividido pelo número de nascidos, obtido pela soma dos nascidos vivos e os óbitos fetais. O coeficiente de mortalidade infantil foi calculado pelo número de óbitos por SC

antes de 1 ano de idade, dividido pelo número de nascidos vivos. Em ambos os coeficientes, a razão foi multiplicada por 100.000, para cada ano estudado.

A completude dos dados foi calculada pelo percentual de ignorados/em branco, segundo o escore de Romero e Cunha¹², que classifica a qualidade da completude de acordo com o percentual de ignorados em: excelente (menor de 5%), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% ou mais). Analisou-se cada variável anualmente dentro do período estudado.

As frequências relativas, as taxas de incidência e os percentuais de completude foram calculados com o programa Microsoft Excel, também utilizado na organização dos dados.

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa "Estudo dos indicadores de saúde da mulher e da criança nas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - 29721320.0.3003.5279), segundo parecer 4.692.836, de 5 de maio de 2021.

RESULTADOS

De 2016 a 2020, foram notificados como confirmados 6551 casos de sífilis congênita (SC) em residentes da cidade do Rio de Janeiro, dos quais 6082 foram classificados como SC recente, 20 casos como SC tardia, 274 abortos e 175 natimortos. A média anual foi de 1310 casos. Nesse período, houve queda da incidência até o ano de 2020, quando alcançou o valor máximo de 18,6 casos/1000 nascidos vivos (tabela 1).

Tabela 1

Número absoluto de casos, nascidos vivos e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, Rio de Janeiro, RJ, 2016-2020

Desfecho	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Casos de SC	1470	1415	1173	1135	1358
Nascidos vivos	83057	84471	82485	76576	72816
Taxa de incidência de SC	17,70	16,75	14,22	14,82	18,65

Fonte: SINAN - <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong2007.def> e SINASC - http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinasc/definicoes/sinasc_apos2005.def

Tabela 2

Distribuição percentual das características sociodemográficas e da assistência pré-natal, casos de sífilis congênita, Rio de Janeiro, RJ, 2016-2020

Variáveis	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Faixa etária materna					
10-19 anos	26,12	30,04	23,36	21,94	21,50
20-34 anos	65,65	62,83	61,98	62,11	66,42
35 e mais	6,80	5,23	8,01	7,49	7,44
Branco/ignorado	1,43	1,91	6,65	8,46	4,64
Escolaridade materna					
< 4 anos	2,72	1,70	1,62	1,15	1,47
4-7 anos	23,40	17,60	16,79	13,48	13,25
8-11 anos	41,09	49,68	44,93	41,76	43,08
12 anos e mais	1,36	1,06	1,62	1,50	1,55
Branco/ignorado	31,43	29,96	35,04	42,11	40,65
Raça/cor materna					
Branca	17,62	16,48	13,73	11,81	11,71
Preta	11,90	8,63	8,01	7,93	11,86
Parda	42,38	49,93	43,73	31,63	37,33
Outras	0,20	0,42	0,17	0,53	0,22
Ignorado	27,89	24,54	34,36	48,11	38,88
Realização de pré-natal					
Sim	86,19	86,50	80,90	84,14	80,85
Não	10,54	10,18	12,53	10,66	11,71
Branco/ignorado	3,27	3,32	6,56	5,20	7,44
Momento do diagnóstico					
Durante o pré-natal	70,34	72,65	60,78	55,33	51,33
No momento do parto/curetagem	23,13	22,26	32,65	33,04	37,04
Após o parto	2,52	2,90	2,05	3,61	2,58
Não realizado	0,07	0,28	0,34	0,26	0,37
Branco/ignorado	3,95	1,91	4,18	7,75	8,69
Tratamento da sífilis					
Adequado	3,40	0,00	8,10	8,02	4,71
Inadequado	73,54	0,00	52,69	42,29	47,13
Não realizado	16,46	0,00	25,92	27,22	30,49
Branco/ignorado	6,60	100,00	13,30	22,47	17,67

Tratamento do parceiro					
Sim	17,69	12,79	8,70	8,37	4,79
Não	50,95	56,68	37,94	26,43	21,06
Branco/ignorado	31,36	30,53	53,37	65,20	74,15

Fonte: SINAN - <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong2007.def>

Tabela 3

Distribuição percentual da classificação e evolução do quadro e da faixa etária do diagnóstico, casos de sífilis congênita, Rio de Janeiro, RJ, 2016-2020

Variáveis	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Classificação do quadro					
Sífilis Congênita Recente	92,93	93,22	92,92	92,51	92,56
Sífilis Congênita Tardia	0,20	0,28	0,34	0,53	0,22
Aborto	5,24	4,03	3,32	4,23	3,90
Natimorto	1,63	2,47	3,41	2,73	3,31
Evolução do caso					
Vivo	88,84	89,68	90,45	91,19	88,29
Óbito por sífilis congênita	0,61	0,92	0,51	0,26	0,88
Óbito por outras causas	0,68	0,85	1,02	0,62	0,88
Aborto	5,24	4,03	3,32	4,23	3,90
Natimorto	1,63	4,03	3,41	2,73	3,31
Branco/ignorado	2,99	2,05	1,28	0,97	2,72
Faixa etária do diagnóstico					
até 6 dias	92,02	89,02	90,03	87,82	87,77
7-27 dias	4,43	6,92	4,98	7,29	7,12
28 dias a <1 ano	3,07	2,92	2,92	2,76	3,11
> ou igual a 1 ano	0,47	0,14	0,00	0,27	0,29
Branco/ignorado	0,00	1,00	2,06	1,87	1,70

Fonte: SINAN - <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong2007.def>

Tabela 4

Taxas de incidência segundo perfil sociodemográfico materno e realização de pré-natal, casos de sífilis congênita, Rio de Janeiro, RJ, 2016-2020

Variáveis	2016	2017	2018	2019	2020
Faixa etária materna					
10-19 anos	31,05	35,61	25,32	26,33	33,61
20-34 anos	17,30	1,31	1,71	1,66	2,06
35 anos e mais	6,71	4,67	5,65	5,39	6,69
Escolaridade materna					
< 4 anos	28,11	16,53	15,42	12,52	20,77
4-7 anos	25,93	19,88	16,63	14,27	19,35
8-11 anos	13,23	15,45	11,75	11,47	14,35
12 e +	0,94	0,67	0,85	0,81	1,08
Cor/raça materna					
Branca	8,53	7,71	5,47	4,99	6,60
Preta	22,43	14,70	10,38	9,90	16,18
Amarela	14,02	29,41	8,73	18,69	4,42
Parda	14,31	16,03	12,12	9,29	14,12
Indígena	0,00	23,26	0,00	0,00	13,70
Realização de pré-natal					
Sim	15,76	14,95	11,82	12,85	15,67
Não	125,20	129,38	162,25	162,42	106,71

Fonte: SINAN - <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong2007.def> e SINASC - http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinasc/definicoes/sinasc_apos2005.def

Tabela 5

Taxa de mortalidade infantil e mortalidade fetal por SC (por 100.000 nascidos vivos), Rio de Janeiro (RJ), 2016 a 2020, segundo fonte de informação dos óbitos

Desfecho e Fonte dos dados	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Mortalidade infantil					
SINAN	10,74	15,25	7,20	3,88	15,10
SIM	14,45	22,49	13,34	11,75	28,84
Mortalidade fetal					
SINAN	28,63	41,05	48,02	40,06	61,09
SIM	57,27	66,85	85,23	78,82	109,97

Fonte: SINAN - <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong2007.def>, SINASC - http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinasc/definicoes/sinasc_apos2005.def e SIM - http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sim/definicoes/sim_apos2005.def

Tabela 6

Grau de incompletude de alguns campos da ficha de SC do SINAN, Rio de Janeiro (RJ), 2016-2020

Variáveis	Ano				
	2016	2017	2018	2019	2020
Idade materna	1,43	1,91	6,65	8,46	4,64
Escolaridade materna	31,43	49,96	35,04	42,11	40,65
Cor/raça materna	27,89	24,54	34,36	48,11	38,88
Realização de pré-natal	3,27	3,32	6,56	5,2	7,44
Momento do diagnóstico	3,95	1,91	4,18	7,75	8,69
Tratamento da mãe	6,6	100	13,3	22,47	17,67
Tratamento do parceiro	31,36	30,53	53,37	65,2	74,15
Evolução do caso	2,99	2,05	1,28	0,97	2,72
Idade do diagnóstico	0	1	2,06	1,87	1,7

Fonte: SINAN - <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/sifcong200>

Perfil sociodemográfico e assistência pré-natal das mães de casos de SC

Destaca-se o percentual das mães com a faixa etária de 10-19 anos, representando cerca de 20-30% dos casos, enquanto as mulheres com 35 anos e mais constituem menos de 10% dos casos. Observa-se a predominância de mulheres pardas, seguidas de pretas e brancas, e daquelas com 4-11 anos de escolaridade. Percebe-se um elevado percentual de ignorado/branco para as variáveis escolaridade e raça/cor (tabela 2).

A maioria das mulheres realizou pré-natal e teve diagnóstico durante o pré-natal, mas este percentual diminuiu ao longo do período e atingiu pouco mais da metade em 2019 e 2020. Entre 42 e 73% das mães dos casos de SC apresentaram tratamento inadequado e 16 a 30% ficaram sem tratamento. Em relação ao parceiro, foi elevado o percentual de ignorado/branco, assim como o de casos sem tratamento (tabela 2).

Classificação e evolução dos casos e a faixa etária no diagnóstico de SC

A maioria dos casos de SC ocorreu em nascidos vivos, na forma recente, com baixo percentual de óbito fetal ou abortamento, e foi diagnosticada no período neonatal, predominantemente nos primeiros seis dias de vida. Óbitos por SC ocorreram em menos de 1% dos casos e o percentual de casos com diagnóstico ainda no período neonatal precoce sofreu discreta redução ao longo dos anos do estudo (tabela 3).

Incidência de SC segundo dados sociodemográficos e pré-natal

A maior taxa de incidência ocorreu nas mães adolescentes, com valor máximo em 2020 – 35,6 casos/1000 nascidos vivos, naquelas com baixa escolaridade e pretas ou pardas. Destacam-se as elevadas taxas nas mães sem pré-natal, alcançando até 162,4 casos/1000 nascidos vivos, no ano de 2019 (tabela 4).

Mortalidade infantil e fetal por SC

Observa-se diminuição na taxa de mortalidade infantil, de 2016 a 2019, e aumento pronunciado no ano de 2020. Houve divergência entre os sistemas de informação quanto aos valores encontrados, sempre subestimados pelo SINAN. Quanto à taxa de mortalidade fetal, evidenciou-se aumento ao longo do período estudado e, como observado para a mortalidade infantil, obtiveram-se valores maiores segundo o SIM, com taxa máxima de 109,9 casos nascidos, quando comparado ao SINAN (tabela 5).

Grau de completude dos dados da ficha do SINAN para SC

Dentre os dados com maior percentual de ignorados, destacam-se o tratamento do parceiro - com valor máximo em 2020 de 74,15%, seguido da cor/raça e da escolaridade maternas, ambos com variação de 25 a 50%. No que se refere aos

escores de completude¹², os únicos campos com preenchimento excelente foram evolução do caso e idade do diagnóstico. Tratamento do parceiro foi o único com um grau de completude muito ruim durante o período estudado, nos anos de 2018 a 2020. Os demais campos distribuíram-se entre grau de completude regular e ruim (tabela 6).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que as taxas de SC na cidade do Rio de Janeiro se mantêm elevadas e desiguais. A taxa de incidência do agravo permanece acima da média nacional, atingindo, em 2020, 18,6 casos para 1000 nascidos vivos. Além disso, fez-se evidente a relação dos casos de SC com vulnerabilidades sociais, visto que esses predominam em mulheres jovens, pardas ou negras, com baixa escolaridade e com assistência pré-natal ausente ou inadequada. Houve redução na taxa de mortalidade infantil relacionada à SC, mas percebeu-se uma divergência entre os sistemas de informação - SIM e SINAN. A incompletude de dados nas fichas de investigação do SINAN ainda é um problema, principalmente para variáveis sociodemográficas maternas e tratamento do parceiro.

Os valores apresentados ao longo do estudo podem decorrer da maior notificação dos casos e da cobertura do pré-natal com diagnóstico efetivo da doença, mas certamente correspondem ao observado também para outras formas de sífilis, como a sífilis adquirida e a sífilis em gestantes¹³. O valor encontrado difere do obtido no Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2021², por se basear em dados retirados do sistema do município, que possui constante atualização.

O Estado do Rio de Janeiro foi identificado como tendo o principal *cluster* de risco para SC no país¹⁴, visto que sua capital, com o maior contingente populacional e taxas elevadas, certamente contribuiu para esse resultado. Considerando estudos anteriores, as taxas de sífilis congênita na cidade do Rio de Janeiro, nos últimos 10 anos, ficaram entre 17,3 e 19,6 casos/1000 nascidos vivos.

A taxa atual foi menor do que a encontrada no município de Niterói-RJ, vizinho da cidade, de 23,2 casos/1000 nascidos vivos em 2016¹⁵ e, em São Gonçalo, o segundo município mais populoso

do RJ, de 41,6/1000 nascidos vivos em 2018¹⁶. No entanto, é bem mais elevada que a de outros locais do Sudeste. Em São José do Rio Preto (SP), a incidência máxima foi 11,1 casos/1000 nascidos vivos, em 2014¹⁷. Em 2018, o estado de São Paulo registrou taxa de 6,6/1000 nascidos vivos¹⁸ e Minas Gerais atingiu 9,3/1000 nascidos vivos¹⁹. No Espírito Santo, em 2019, a taxa foi 7,6/1000 nascidos vivos²⁰.

Ressalta-se ainda que os resultados obtidos corroboram a relação da vulnerabilidade social com a sífilis congênita, com maior incidência em filhos de mães pretas e pardas, entre 10 e 19 anos e com baixa escolaridade. Esse perfil de desigualdades sociais nas taxas de SC foi encontrado em outros estudos nacionais^{15,16,21,22}, confirmando que, no Brasil, a distribuição dos casos de SC está relacionada à condição socioeconômica da população. Assim, para se ter redução da SC, não bastam apenas medidas de saúde, devendo-se promover ações integradas para melhoria da qualidade de vida da população mais vulnerável.

Além disso, reafirmou-se a importância da assistência pré-natal, evidenciada pela elevada incidência de SC em crianças de mães que não receberam, com taxa de até 162,42 casos/1000 nascidos vivos. No entanto, pode se questionar a qualidade do cuidado prestado, uma vez que a maioria das mulheres apresentou acompanhamento pré-natal. Observou-se a diminuição do diagnóstico precoce, assim como muitas mulheres que não realizaram tratamento ou que receberam um regime terapêutico inadequado. Essa realidade esteve presente em todo o território nacional^{14-17,19,22,23}, mostrando que, mesmo com a ampliação da cobertura do pré-natal, ainda existem dificuldades quanto ao padrão dessa assistência. Swayze et al. (2021) verificaram que, durante a crise de abastecimento de penicilina G benzatina no Brasil, as gestantes com títulos mais elevados (maior ou igual a 1:16) no teste não-treponêmico (VDRL) apresentaram 44% mais chance de receber essa medicação. A partir de tal achado, percebe-se que titulações menores podem ser consideradas resultados falsos-positivos ou "cicatriz sorológica" de uma infecção prévia, principalmente frente ao cenário epidemiológico nacional; de modo que gestantes com esse resultado possuem menor chance de receber tratamento²⁴.

É possível melhorar o cuidado com a sífilis na gestação? Cerqueira et al. (2021) analisaram

uma intervenção desenhada para melhorar o cuidado às gestantes com sífilis na cidade do Rio de Janeiro²⁵. Com base em dez critérios de qualidade da assistência, houve melhora significativa, após a intervenção, apenas em quatro deles: notificação do agravo; esquema de tratamento adequado (droga e doses); conclusão do tratamento pelo menos 30 dias antes do parto; registro adequado do tratamento da gestante e de sua parceria no prontuário eletrônico. Mesmo com a melhoria, os percentuais de cumprimento dos critérios foram baixos. O indicador total (combinando os 10 critérios) passou de 64,4% para 71,0%, sem significância. O estudo destacou ainda que, apesar de apenas quatro critérios apresentarem melhora, o sucesso da intervenção esteve relacionado à pressão regulatória externa, à gerência das UBS, ao compromisso e à motivação das equipes de saúde e à infraestrutura disponível²⁵.

Quanto às mortalidades infantil e fetal, ao comparar os coeficientes dos dados obtidos do SINAN e do SIM, observou-se considerável subnotificação no primeiro, levando a uma divergência nas taxas de mortalidade calculadas. Esse achado salienta a questão da existência de óbitos por SC que não foram notificados. Outras pesquisas no país têm demonstrado problemas semelhantes. Em Fortaleza (CE), encontraram-se diferenças entre os dados do SINAN e do SIM, com alto percentual de subnotificação em ambos os sistemas²⁶, resultado observado também no Recife (PE), entre 2010 e 2016²⁷. No nível nacional, concluiu-se que a taxa de mortalidade perinatal e fetal por SC é subestimada, devendo se utilizar o relacionamento entre os bancos de dados²⁸. Com isso, percebem-se obstáculos no subsídio que a vigilância epidemiológica pode oferecer à assistência materno-infantil, dificultando a implementação de políticas públicas adequadas, elaboradas com base nessas informações.

No que se refere à completude dos dados, ocorreu aumento no percentual de ignorados no período estudado. Saraceni et al. (2017) compararam os dados da ficha de SC de seis unidades federativas brasileiras, entre elas o estado do Rio de Janeiro (RJ), que apresentou percentual de ignorados superior às demais para a maioria dos campos, chegando a 51,4% de ignorados, quanto ao tratamento materno²³. Esse achado também foi constatado em outros locais^{15,16,19}. A incompletude dos dados também compromete o suporte que a vigilância epidemiológica pode oferecer para a elaboração

de medidas de saúde pública mais direcionadas e resolutivas para redução dos casos de SC.

Quanto ao tratamento do parceiro, o grande percentual de ignorados pode estar relacionado com a nota informativa n.º 2-SEI/2017 do Ministério da Saúde, a qual desconsidera o tratamento concomitante da parceria sexual da gestante como um critério para o tratamento adequado e para a definição de casos de SC. Esta nota teve como objetivo, no que tange à vigilância epidemiológica, priorizar os critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da mãe e do recém-nascido. No entanto, é importante ressaltar que o diagnóstico e o tratamento das parcerias sexuais, assim como a notificação dos casos, devem ser reforçados, no âmbito de saúde pública, não só para os casos de sífilis adquirida, mas também para as demais infecções sexualmente transmissíveis.

CONCLUSÃO

A partir desse estudo, ratificou-se a SC como problema persistente na cidade do Rio de Janeiro, com taxas superiores à de outras regiões do país e à média nacional; realidade que também se reflete em outros municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Destaca-se ainda a desigualdade social como determinante da doença, demandando ações de saúde direcionadas à população mais vulnerável, sobretudo mães jovens, negras e pardas, com baixa escolaridade e sem acesso à assistência pré-natal.

Outros obstáculos relacionados ao controle da sífilis congênita abrangem atividades de vigilância, com subnotificação, divergência entre diferentes bancos de dados e incompletude das fichas de notificação e investigação. Assim, dificulta-se o adequado conhecimento do agravo e suas repercussões, que subsidia a elaboração de políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, muito ainda precisa ser realizado, especialmente no âmbito da saúde pública. Algumas ações possíveis envolvem a educação de profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento de gestantes e parcerias sexuais, com ênfase no cumprimento de protocolos e no estímulo à notificação e investigação dos casos; o trabalho conjunto das áreas da saúde e educação para atender à população mais vulnerável e propiciar o adequado monitoramento epidemiológico.

REFERÊNCIAS

- Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019; 14: e0211720.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2021. Brasília, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>. Acesso em: 09 dez. 2021.
- Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCDN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2021;54(suppl 1):e2020597.
- Nurse-Findlay S, Taylor MM, Savage M, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. *PLoS Med*. 2017;14(12):e1002473.
- Domingues RM, Saraceni V, Hartz ZM, Leal MD. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47:147-56.
- Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de baixo risco. Coleção Guia de Referência Rápida: 1ª edição. Rio de Janeiro – RJ: 2016. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf.
- Reis GJ, Barcellos C, Pedroso MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: Análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34 (9):e00105517.
- Araujo RS, Souza ASS, Braga JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? *Rev Saúde Pública* 2020; 54: 109.
- Braga JU, Araujo RS, de Souza ASS. The Shortage of Benzathine Penicillin and Its Impact on Congenital Syphilis Incidence: An Ecologic Study in the City of Rio de Janeiro. *Clin Infect Dis*. 2021;72(5):e79-e87.
- IBGE, Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>
- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>
- Romero, DE, Cunha, CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(3): 673-81.
- Santos M, Lopes AK, Roncalli AG, Lima KC. Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemic epidemic. *PLoS One*. 2020;15:e0231029.
- Oliveira VS, Rodrigues RL, Chaves VB, et al. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e75.
- Heringer AL, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SM, Zarpellon LA, Reis AC. Inequalities in congenital syphilis trends in the city of Niterói, Brazil, 2007-2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e8.
- Morais LS, Pimentel SVT, Kawa H, Helia, Fonseca SC. Tendência da sífilis congênita no município mais populoso da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. *Rev Paul Ped*. 2023; 41: e2021337.
- Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019; 19(4): 865-72.
- São Paulo. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS – CCD – SES-SP. NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 001/2019/SPSP/SBI/ATSC/CRT-PEDST/AIDS/SES-SP. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/recursos/crt/publicacoes/publicacoes-download/nt.001.2019_spsp_sbi_ses_25.11.2019.pdf.
- Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPRD. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009–2019: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021; 30 (4): e2021128.
- Vicente, CR, Oliveira Silva Caliman, M. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2010–2019. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2021; 22(4): 46–55.
- de Souza TA, Teixeira KK, Santana RL, et al. Intra-urban differentials of congenital and acquired syphilis and syphilis in pregnant women in an urban area in northeastern Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2021;115(9):1010-1018.
- Domingues RM, Leal Mdo C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascir no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6):S0102-311X2016000605002.
- Saraceni V, Pereira GFM, da Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*. 2017; 41:e4444.
- Swayze EJ, Nielsen-Saines K, Segura ER, et al. Failure to recognize low non-treponemal titer syphilis infections in pregnancy may lead to widespread under-treatment. *Int J Infect Dis*. 2021;104: 27-33.
- Cerqueira BGT, Silva EPG, Gama ZADS. Melhoria da qualidade do cuidado à sífilis gestacional no município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2021, 55: 34.

26. Cardoso, ARP, Araújo, MAL, et al. Underreporting of Congenital Syphilis as a Cause of Fetal and Infant Deaths in Northeastern Brazil. PLoS ONE 11(12): e0167255.
27. Belo MMA, Oliveira CM, Barros SC, Maia LTS, Bonfim CVD. Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(3):e2020501.
28. Canto SVE, Leite Araújo MA, Miranda AE, Cardoso ARP, Almeida RLF. Fetal and infant mortality of congenital syphilis reported to the Health Information System. PLoS One. 2019 Jan 4;14(1):e0209906.

Contribuição das autoras

Paiva MFCM e Fonseca SC realizaram conjuntamente todas as etapas do manuscrito: concepção do tema, escolha dos métodos, coleta e processamento dos dados, análise dos resultados e redação final. As autoras se declaram responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade

Fonte de Financiamento:

Declaramos que o estudo não recebeu qualquer financiamento.

Conflito de Interesses:

Declaramos não haver quaisquer conflitos de interesses

Autor Correspondente:

Sandra Costa Fonseca
sandrafonseca@id.uff.br

Editor:

Prof. Dr. Felipe Villela Gomes

Recebido: 31/05/2022

Aprovado: 18/11/2022
