OPEN ACCESS

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

Brazilian Medical Students Journal

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

TENDÊNCIA TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2012 A 2022: UM ESTUDO ECOLÓGICO-DESCRITIVO

TEMPORAL TENDENCY AND SPATIAL DISTRIBUTION OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO FROM 2012 TO 2022: AN ECOLOGICAL-DESCRIPTIVE STUDY

Gabriela Lyons [1*]; *Lyzeli Lidiane da Silva* [2]; *Pedro Lavalle Carneiro* [3]; *Juliana Braga Rodrigues de Castro* [4]

1. Faculdade Souza Marques, Acadêmica de Medicina. **2.** Universidade Nove de Julho, Acadêmica de Medicina. **3.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Acadêmico de Medicina. **4.** Universidade Estadual do Ceará, MSc em Nutrição e Saúde.

* lyonsgabi@gmail.com

Editor Associado: Adolfo Moraes de Souza

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sífilis congênita (SC) resulta da transmissão vertical do Treponema pallidum. O estudo objetivou analisar a incidência e os fatores socioambientais associados à SC no Rio de Janeiro entre 2012 e 2022, devido ao estado ter se posicionado em primeiro e acima da média nacional de gestantes infectadas no ano de 2022. **METODOLOGIA**: Estudo ecológico e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio de dados do SINAN, disponibilizados na plataforma DATASUS. Os dados foram apresentados na forma de taxas de incidência, por números absolutos e porcentagens. **RESULTADOS**: O total de casos de SC no Rio de Janeiro no período analisado foi de 42.064. A maioria dos diagnósticos foram feitos até a criança completar seis dias de idade (87,98%). A faixa etária da mãe com maior número de casos de SC foi de 20 a 24 anos (35,5%). A escolaridade materna com maior quantidade de casos de SC é ensino fundamental incompleto (20,2%). A maioria dos indivíduos com SC se autodetermina pardo (47%). 79,3% das mães realizaram pré-natal. 10% dos parceiros sexuais fizeram tratamento para sífilis após o diagnóstico da parceira. 92% das crianças com SC estão vivas após o diagnóstico. A microrregião correspondente à capital do Rio de Janeiro teve o maior número de notificações de SC (36.325). **DISCUSSÃO**: O aumento das notificações de SC aponta para um maior rastreio da doença durante a gestação, atrelada à uma melhora nos programas assistenciais pré-natais. Foi identificada uma maior incidência de SC em populações carentes e com baixa escolaridade, o que exige uma melhora nos programas assistenciais pré-natais, já que a SC é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento acessível. **CONCLUSÃO**: O estudo mostra o crescimento na incidência de SC na população do Rio de Janeiro, alertando para a necessidade de implementação de políticas públicas para as populações mais vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: *Sífilis Congênita; Treponema pallidum; Saúde Pública; Monitoramento Epidemiológico.*

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

ABSTRACT

INTRODUCTION: Congenital syphilis (CS) results from the vertical transmission of Treponema pallidum. The study aimed to analyze the incidence and socio-environmental factors associated with CS in Rio de Janeiro between 2012 and 2022, as the state positioned itself first and above the national average of infected pregnant women in 2022. **METHODOLOGY:** An ecological and descriptive study with a quantitative approach was conducted using data from SINAN, available on the DATASUS platform. The data were presented in the form of incidence rates, absolute numbers, and percentages. **RESULTS:** The total number of CS cases in Rio de Janeiro during the period analyzed was 42,064. Most diagnoses were made within 6 days of the child's birth (87.98%). The age group of mothers with the highest number of CS cases was between 20 and 24 years old (35.5%). Maternal education with the highest number of CS cases is incomplete elementary education (20.2%). The majority of individuals with CS self-identified as mixed race (47%). 79.3% of mothers received prenatal care. Ten percent of sexual partners underwent treatment for syphilis after their partner's diagnosis. Ninety-two percent of children with CS are alive after diagnosis. The microregion corresponding to the capital of Rio de Janeiro had the highest number of CS notifications (36,325). **DISCUSSION:** The increase in CS notifications suggests greater disease screening during pregnancy, combined with improvements in prenatal care programs. However, a higher incidence of CS was identified in marginalized populations with low educational attainment, needing improvements in prenatal care programs, as CS is a disease with easy diagnosis and accessible treatment. **CONCLUSION:** The study demonstrates the growth in CS incidence in the population of Rio de Janeiro, highlighting the need for the implementation of public policies for the most vulnerable populations.

KEYWORDS: *Syphilis, Congenital; Treponema pallidum; Public Health; Epidemiological Monitoring.*

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, que tem como agente etiológico o Treponema pallidum. A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da bactéria da corrente sanguínea da gestante infectada para o feto por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). As principais causas relacionadas à infecção do feto se dão pela ausência da testagem durante o pré-natal, ou pelo tratamento inadequado da mãe durante a gestação[1].

Nesse contexto, dois fatores estão relacionados à infecção fetal: o estágio da sífilis na mãe e o tempo de exposição. Logo, o risco de transmissão é maior quando a gestante apresenta sífilis primária e secundária. As consequências incluem abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces e morte do recém-nascido[2]. Por ser uma infecção evitável, a SC pode ser considerada um marcador de assistência pré-natal de qualidade e um indicador das condições socioeconômicas de uma determinada população.

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças[2]. No Brasil, vários estudos indicam que apesar do crescimento da cobertura pré-natal, ainda persiste um quadro epidemiológico com alta incidência de SC, grande parte relacionados aos obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, à falta de solicitação às gestantes de exames de rotina que incluem a testagem de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), e, no caso da sífilis, a inclusão do tratamento e acompanhamento para os parceiros sexuais que tiveram uma sorologia positiva[3].

No que tange às questões sociais, a maioria dos estudos cita a questão da escolaridade como fator preponderante na dificuldade de educação em saúde, o que torna o estudo relevante à medida que urge a necessidade de treinamento dos profissionais da área para promoção de saúde da população e o fortalecimento da vigilância epidemiológica[4]. Até o presente momento, são raros os estudos brasileiros que abordam o panorama epidemiológico da sífilis congênita do estado do Rio de Janeiro nos últimos anos, mesmo o estado tendo apresentado em 2022 a maior taxa de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita: 69,7 gestantes por 1.000 nascidos vivos e 23,0 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos[5].

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a incidência dos casos de SC no estado do Rio de Janeiro, no período de 2012 a 2022, e avaliar os fatores associados a ela com base nas questões sociais e de qualidade do sistema de saúde. Diante disso, a realização deste estudo justifica-se pela sua relevância acadêmica, científica e social, ao detalhar os principais pontos que

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

mantém os índices da doença alto em gestantes, visto que apresentar os principais desfechos relacionados aos dados epidemiológicos são a forma mais eficaz de guiar os investimentos do Estado na região e justificar o financiamento desses programas.

METODOLOGIA

Estudo ecológico, descritivo, com abordagem quantitativa, que realiza a análise temporal e distribuição espacial da sífilis congênita (CID 10: A50) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2012 a 2022. A consulta aos dados foi realizada em março de 2024, por meio do Sistema de Informação sobre Doenças e Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A extração foi realizada com base em frequências absolutas e relativas, com o intuito de investigar possíveis relações entre fatores sociodemográficos e clínicos com a incidência de sífilis congênita. As variáveis maternas analisadas foram a idade da mãe, raça, escolaridade, município de residência, informações referentes ao acompanhamento pré-natal, evolução do caso, desfecho da gestação (nascido vivo, aborto ou natimorto) e tratamento do parceiro.

A taxa de incidência de cada ano estudado foi calculada dividindo-se o número de casos de sífilis congênita de determinado ano pelo número de nascidos vivos do mesmo ano, sendo as incidências expressas por 1.000 nascidos vivos. Para esse procedimento, utilizaram-se dados fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, disponibilizados pelo sistema de informações on-line do Ministério da Saúde.

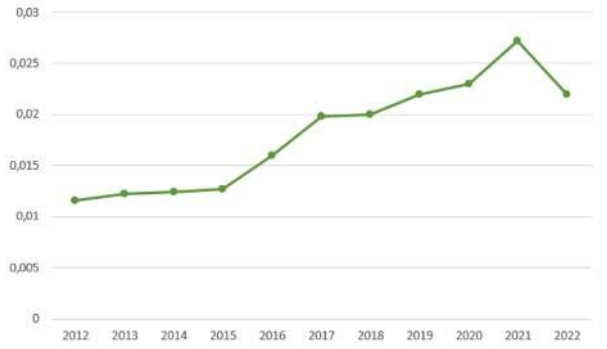
Os critérios de elegibilidade definidos incluíram dados entre o recorte temporal de 2012 a 2022 e foram incluídos todos os casos confirmados de sífilis congênita no período em questão. Já os critérios de exclusão definidos referem-se a dados que não tratassem das notificações ocorridas no estado alvo do estudo. Para a construção do presente estudo, os dados coletados foram organizados e sistematizados em planilhas do Microsoft Excel e em gráficos do Microsoft Word.

RESULTADOS

O total de nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro (RJ) durante o período de 2012 a 2022 foi de 2.357.975. O número total de casos confirmados de sífilis congênita (SC) no estado do Rio de Janeiro no mesmo período foi de 42.064. Dessa forma, a incidência calculada de SC no estado do RJ entre 2012 e 2022 é 0,017, ou seja, 17 casos para 1.000 nascidos vivos.

O ano de maior incidência foi em 2021, com 27,2 casos para 1.000 nascidos vivos, com um total de 5.172 casos. O ano de menor incidência foi 2012, com 11,6 casos para 1.000 nascidos vivos e 2.589 casos totais, o que mostra que a situação da SC piorou no estado, com o aumento no número dos casos, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1. Incidência de sífilis congênita no Rio de Janeiro.



Legenda: O gráfico 1 mostra a incidência por ano de sífilis congênita entre 2012 e 2022 no estado do Rio de Janeiro. Fonte: SINAN/DATASUS, 2024.

Durante o período analisado, em 37.011 casos (87,98%), o diagnóstico de SC ocorreu até a criança completar seis dias de idade. 1.065 lactentes (2,53%) foram diagnosticadas de sete a 27 dias de idade, no período do puerpério. O diagnóstico de 28 dias a um ano de idade ocorreu em 692 casos (1,64%). 3.124 casos (7,42%) foram diagnosticados de 12 a 23 meses de idade. 109 (0,25%) crianças foram diagnosticadas entre dois e quatro anos. O diagnóstico tardio (de cinco a 12 anos de idade) ocorreu em 62 casos (0,14%), conforme apresentado no gráfico 2.

Gráfico 2. Faixa etária de diagnóstico de SC entre 2012 e 2022 no Rio de Janeiro.



Legenda: O gráfico 2 mostra a faixa etária da criança no momento do diagnóstico de sífilis congênita entre 2012 e 2022 no estado do Rio de Janeiro.
Fonte: SINAN/DATASUS, 2024.

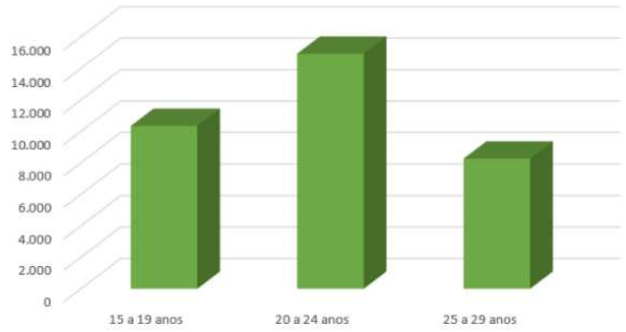
De acordo com o gráfico 3, a faixa etária da mãe com maior número de casos de SC ocorreu entre 20 e 24 anos, com 14.934 casos (35,5%). Em seguida, a faixa etária que

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

predomina é de 15 a 19 anos, com 10.347 casos (24,5%). As mães com faixa etária de 25 a 29 anos representaram 8.266 casos (19,65%).

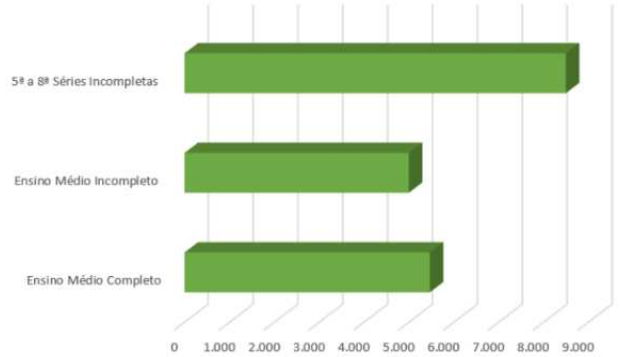
Gráfico 3. Faixa etária da mãe no momento do diagnóstico de SC no Rio de Janeiro.



Legenda: O gráfico 3 mostra a faixa etária da mãe no momento do diagnóstico do seu filho de sífilis congênita. Dados do estado do Rio de Janeiro entre 2012 e 2022. Fonte: SINAN/DATASUS, 2024.

Com relação à escolaridade materna, conforme mostra o gráfico 4, o maior número de casos de SC se concentrou entre mães que têm de 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleta, representando 8.498 casos (20,2%). O número de mães com Ensino Médio completo foi de 5.467 (13%), com Ensino Médio incompleto foi de 5.000 (11,8%) e com Ensino Fundamental completo foi de 4.393 (10,4%). Não há dados de 15.283 (36,3%) mães acerca da escolaridade.

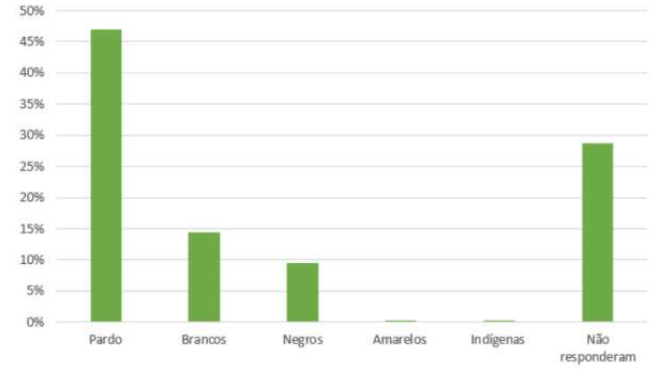
Gráfico 4. Escolaridade das mães no momento do diagnóstico de SC no Rio de Janeiro.



Legenda: O gráfico 4 mostra a escolaridade materna quando seus filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Dados do estado do Rio de Janeiro entre 2012 e 2022. Fonte: SINAN/DATASUS, 2024.

Em relação aos dados referentes à raça, como se pode observar no gráfico 5, a maior parte dos indivíduos diagnosticados com SC se autodetermina como pardo, representando 47% dos casos (19.778). Os brancos representam 14,5% dos casos (6.104), os negros 9,44% (3.973), os amarelos 0,22% (96) e os indígenas 0,04% (18). Vale ressaltar que 28,75% dos casos (12.095) não responderam quando perguntados sobre sua raça e não foram alocados em nenhuma categoria.

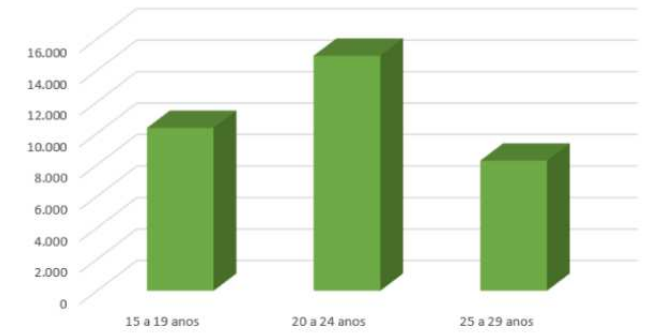
Gráfico 5. Raças mais afetadas por SC entre 2012 e 2022 no Rio de Janeiro.



Legenda: O gráfico 5 mostra a distribuição por raça dos indivíduos diagnosticados com sífilis congênita no estado do Rio de Janeiro entre 2012 e 2022. Fonte: SINAN/DATASUS, 2024.

Como descrito no gráfico 6, os dados referentes ao acompanhamento durante o período pré-natal mostram que 33.357 mulheres (79,3%) realizaram o pré-natal, comparecendo a pelo menos 6 consultas. No entanto, 5.616 mulheres (13,35%) relataram não terem feito o acompanhamento pré-natal. 3.091 mulheres (7,35%) não responderam quando perguntadas sobre o pré-natal.

Gráfico 6. Realização do pré-natal durante o período analisado no Rio de Janeiro.



Legenda: O gráfico 6 mostra a distribuição dos diagnósticos de sífilis congênita de acordo com o acompanhamento pré-natal. Dados do estado do Rio de Janeiro entre 2012 e 2022. Fonte: SINAN/DATASUS, 2024.

Em relação ao tratamento do parceiro sexual, apenas 10% dos parceiros relataram terem feito o tratamento. Contudo, quase metade dos indivíduos (48,24%) relataram não terem realizado o tratamento adequado para sífilis, o que predispõe a reinfecções futuras.

As possíveis evoluções dos casos descritos foram: vivo, óbito pelo agravo notificado e óbito por outra causa.

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

36.691 crianças (92%) estão vivas após o diagnóstico de SC, enquanto 699 (1,7%) sofreram óbito pelo agravo do quadro e 240 (0,6%) foram notificadas como óbito por outra causa. Não há dados referentes a 1.967 casos (5%).

Os casos de SC também foram analisados de acordo com as microrregiões do IBGE em que foram registrados. Durante o período avaliado, a microrregião de Itaperuna teve 141 casos de SC notificados. Santo Antônio de Pádua teve 15 casos, Campos dos Goytacazes 524, Macaé 697, Três Rios 165, Cantagalo-Cordeiro 43,

Nova Friburgo 158, Santa Maria Madalena 6, Bacia de São João 309, Lagos 1.002, Vale do Paraíba Fluminense 741, Barra do Piraí 464, Baía da Ilha Grande 237, Vassouras 49, Serrana 797, Macacu-Caceribu 112, Itaguaí 276 e o Rio de Janeiro teve 36.325 notificações.

DISCUSSÃO

Em 2022, foram notificados, no Rio de Janeiro, 4.001 casos de sífilis congênita (taxa de detecção de 23 casos de SC a cada 1.000 nascidos vivos) valor acima da taxa de todo o período analisado (17 crianças com a doença à cada 1000 nascidos vivos) representando pouco mais de 60% de aumento dos diagnósticos em relação ao ano de 2012. A incidência da Sífilis durante a gravidez no estado também teve um crescimento de 12 gestantes infectadas em 2012 para 69 a cada 1000 nascidos vivos em 2022, a maior do país nesses 10 anos de análise. O aumento das notificações ao Ministério da Saúde atrelado à uma melhora das campanhas de rastreamento promovidas pelo SUS, que ao realizar a identificação dessas mulheres e seu respectivo tratamento, comprovadamente resulta numa economia de recursos devido a prevenção de complicações como o aborto espontâneo, natimorto, morte neonatal, nascimento prematuro e deficiências graves[9].

Idealmente deve-se identificar a doença na gestante durante o primeiro e segundo semestre da gestação para que haja possibilidade de um tratamento da mãe e se evite a transmissão vertical, sendo fundamental o papel do acompanhamento pré-natal. A benzilpenicilina benzatina além de ser um medicamento amplamente disponível no sistema, atravessa a barreira placentária e trata o feto intraútero, quando feita de forma adequada (iniciado até 30 dias antes do parto e todas as doses finalizadas antes do nascimento da criança) existe 97% de chance de não transmitir a doença ao bebê. Torna-se então imprescindível para controle desta doença no estado do Rio de Janeiro a redução das barreiras ao acompanhamento pré-natal frente a um número de quase 15% que não realizaram essas consultas e perderam uma importante janela de tratamento. É fundamental que as mulheres grávidas sejam examinadas e testadas na rotina das consultas obstétricas, sendo iniciado esse acompanhamento nas primeiras 12 semanas de gestação já com a realização do primeiro teste sorológico. Este deve ser repetido no início do terceiro trimestre e no parto, e o tratamento iniciado ao menos 30 dias antes do nascimento para que haja tempo suficiente e consequente sucesso terapêutico[8]. No entanto, o acesso a serviços de pré-natal não é igualmente distribuído pelo estado e isso dificulta que a população como um todo entenda a importância de acompanhar todo o processo da gravidez, e não só o momento do nascimento.

Principalmente entre aquelas de 15 a 24 anos, que estão no auge da idade reprodutiva e, mais no caso das adolescentes, em possível despreparo emocional para lidar com a notícia, é necessário maior mapeamento e orientação delas como também dos seus parceiros que, se não tratados adequadamente como em quase 50% dos casos constatados no ano de 2022, guardam um alto risco de reinfecção dessas mulheres. O Brasil já inclui os parceiros não tratados como um dos critérios para definir a possibilidade de infecção por SC e embora simples, é um tratamento longo e, quando não são feitas todas as etapas devido ao abandono do processo, os homens continuam infectados e trazem riscos tanto à si quanto à sua parceira e prole. Uma busca ativa desses genitores, que também tem responsabilidade na persistência dos altos índices da doença, é tão importante quanto a fiscalização dos seus deveres legais com os filhos[2].

A sífilis é uma doença associada à populações carentes, com menos acesso à saúde e meios de informação, sendo uma epidemia frequente em países subdesenvolvidos, segundo LAGO, Eleonor mais de 90% das pessoas infectadas pela sífilis vivem em países de baixa e média renda. Acompanhando os esforços na melhora da saúde, a orientação escolar promovendo o sexo seguro, elucidando os principais sintomas da infecção e esclarescimento dos tratamentos disponíveis no serviço de saúde é uma aliada no combate a epidemia da doença em nosso país. Ainda cerca da maioria das mães infectadas não têm os dados de escolaridade investigados e daquelas que informaram a maior incidência ocorre nas que tiveram menos tempo de acesso à educação[8].

No caso da doença ser contraída pelo recém nascido, o ideal é que se inicie o tratamento o mais precoce possível, sem perder o seguimento deste paciente, e, assim, evitar complicações advindas do tratamento tardio da doença como a ceratite intersticial, acometimento ósseo e até invasão do sistema nervoso central pelo Treponema, visto que a taxa de pacientes vivos após o diagnóstico é acima de 90%, com apenas 2% destes evoluindo a óbito. Para isso, medidas devem ser incorporadas no sistema de acompanhamento da saúde da criança durante os

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

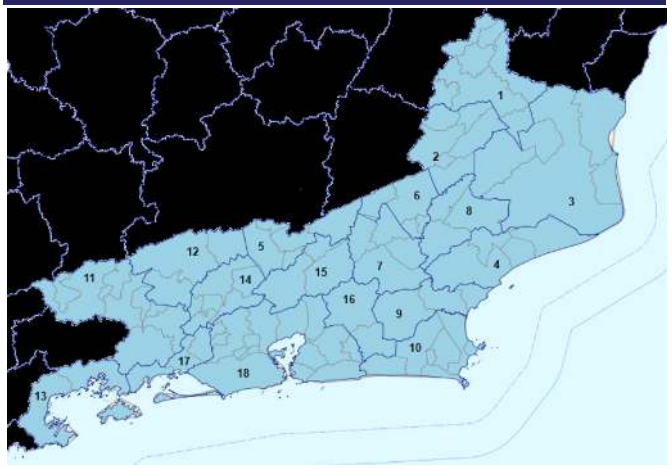
primeiros 2 anos de vida, com um exame clínico completo, testes sorológicos e de rastreamento do agente causador, exames de imagem óssea como Raio-X para controle dos pacientes. Quando iniciado no puerpério, a eliminação total da bactéria pode ser acompanhada durante a internação da mãe e criança no hospital e os desdobramentos na saúde manejados com um acompanhamento ambulatorial eficaz[7].

O RJ contempla a grande maioria dos diagnósticos até a criança completar 30 dias de vida, indicando um rastreamento bastante eficaz dos anticorpos nos exames de triagem realizados na admissão da gestante em trabalho de parto e consultas de puericultura adequadas para o quadro atual de contaminação da Sífilis. Ainda assim, quase 10% das crianças contaminadas tiveram seu diagnóstico constatado após 1 ano de idade, provavelmente pelo escape/falha do sistema de saúde em triar mãe e bebê ainda na internação, havendo um espaço para melhora na atenção obstétrica e neonatal no estado. O uso inadequado das mães desses cuidados, uma abordagem insatisfatória pelos profissionais de saúde e recursos públicos insuficientes podem ser focos de investimento por parte dos oficiais do Estado, uma vez que quanto mais investimento na detecção precoce da doença, mais economia com acompanhamento e tratamento das suas consequências será alcançada futuramente[7].

Ao detectar quais as microrregiões com maiores números de notificação, proporcionais a quantidade de habitantes com acesso ao sistema de saúde, implementam intervenções personalizadas e auxiliam estrategicamente sobre onde investir esforços do ministério da saúde brasileiro em orientação à população, principalmente a mulheres grávidas que podem estar dentro daquelas que não seguem um pré natal adequado, e perdem uma janela de tratamento (que é simples, de rápida duração e barato) impactando futuramente em economia de altos gastos públicos por complicações do indivíduo diagnosticado tardiamente com a doença. Como também é possível guiar o direcionamento das provisões de recursos para tratamento do doente naquele local, falhas de prevenção locais e explorar soluções avançando nos parâmetros de auxílio à saúde futuramente[3].

Quando avaliamos os casos distribuídos pelas microrregiões, adicionando à avaliação o parâmetro de habitantes por km² de cada uma, é possível uma visão mais ampla da distribuição da doença no estado e uma orientação para os esforços da secretaria da Saúde para com a população (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribuição de casos notificados de SC nas microrregiões do Rio de Janeiro em relação ao total de habitantes/Km² em 2022.



Legenda: 1 - Itaperuna em 2022 teve 19 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 53,75 hab/km² (35%); 2 - St. Antônio de Pádua em 2022 teve 6 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha um densidade demográfica de 58,81 hab/km² (10%); 3- Goytacazes em 2022 teve 225 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 60,7 hab/km² (370%); 4 - Macaé em 2022 teve 79 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 62,24 hab/km² (126%); 5 - Três Rios em 2022 teve 7 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 107,28 hab/km² (6%); 6 - Cantagalo em 2022 teve 6 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 83,78 hab/km² (7,18%); 7 - Nova Friburgo em 2022 teve 14 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 85,55 hab/km² (16%); 8 - Santa Maria Madalena em 2022 teve 1 caso Notificado de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 16,52 hab/km² (6%); 9 - São João em 2022 teve 32 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 269,53 hab/km² (11,9%); 10 - Lagos em 2022 teve 117 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 374 hab/km² (31,3%); 11 - Paraíba Fluminense em 2022 teve 74 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 312,6 hab/km² (23,7%); 12 - Barra do Piraí em 2022 teve 51 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 76,64 hab/km² (66%); 13 - Ilha Grande em 2022 teve 43 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 127,4 hab/km² (33,8%); 14 - Vassouras em 2022 teve 3 casos Notificado de Sífili Congênita e tinha uma densidade demográfica de 69,38 hab/km² (4,32%); 15 - Serrana em 2022 teve 74 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 222,1 hab/km² (33,3%); 16 - Macacu em 2022 teve 20 casos Notificado de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 91,06 hab/km² (21,9%; 17 - Itaguaí em 2022 teve 35 casos Notificado de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 276,5 hab/km² (12,7%); 18 - Rio Janeiro em 2022 teve 3195 casos Notificados de Sífilis Congênita e tinha uma densidade demográfica de 3075,76 hab/km² (103,9%). Fonte: IBGE/IPEA, 2024

A microrregião 18, Rio de Janeiro, apesar da grande extensão e população, ainda apresenta muitas notificações de Sífilis Congênita proporcionalmente as outras microrregiões, atingindo em 2022 uma marca de

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v10i14.883

3.195 casos sendo uma média de 3.075 hab/km². Da mesma forma as microrregiões 3 (Goytacazes) e 4 (Macaé) também têm altos valores de casos notificados em relação a população residente das regiões, sendo a primeira 225 casos de SC em 2022 com média apenas 60,7 hab/km². As microrregiões 12 (Barra do Piraí), 1 (Itaperuna), 13 (Baía da Ilha Grande) e 15 (Serrana) em ordem decrescente tiveram números de casos altos em 2022 (acima de 30% do valor de hab/km²) e também seriam de interesse do estado um acompanhamento mais próximo da situação da epidemia da Sífilis nesses locais[6].

O estudo apresenta algumas limitações. O sistema de saúde do Brasil se divide em duas áreas, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor de saúde suplementar, representado por planos e seguros de saúde privados. Os dados do presente estudo levaram em consideração as informações presentes no DATASUS, excluindo os pacientes do sistema suplementar. Nesse sentido, destaca-se como possíveis limitações da plataforma a subnotificação, atualizações esporádicas e possíveis erros de classificação e diagnóstico dos casos. Outro dado importante a ser ressaltado é que 40% dos indivíduos parceiros das gestantes contaminadas não responderam à pergunta sobre terem realizado todo o tratamento da doença, o que impede outras discussões sobre acompanhamento do quadro sanitário brasileiro[6].

CONCLUSÃO

Os resultados apontam que entre 2012 e 2022 ocorreu um aumento no número de casos de Sífilis Congênita no estado do Rio de Janeiro. A SC é considerada um excelente marcador de assistência pré-natal, uma vez que leva em consideração o acompanhamento da gestante no período pré-natal, a disponibilidade de exames de testes diagnósticos para sífilis e o acesso ao tratamento adequado. Assim, os dados mostram a importância da implementação de políticas públicas de saúde voltadas às populações mais vulneráveis, como as mães jovens, com menor escolaridade e moradoras de microrregiões com maior incidência de SC. O Poder Público deve agir para melhorar o alcance dos programas de pré-natal, uma vez que os serviços não são distribuídos igualmente entre as microrregiões do estado, dificultando o acesso da população ao atendimento médico durante toda a gravidez. Dessa forma, mostra-se necessário a solicitação de exames de testagem de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e, no caso da sífilis, a inclusão do tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais que tiveram sorologia positiva. É importante mencionar, que quanto antes for identificado e iniciado o tratamento para a SC, há menos consequências para o feto e mais dinheiro público é economizado. Ademais, as políticas públicas devem contar com esforços interdisciplinares, incluindo aulas de educação sexual nas escolas, com conteúdos proporcionais às idades, que ensinem os jovens sobre maneiras de promover relações sexuais seguras, ensinando sobre os riscos e sintomas das principais ISTs e orientando sobre os serviços de saúde que devem ser procurados caso haja algum sintoma..

CONFLITOS DE INTERESSE

Os pesquisadores afirmam que não há conflitos de interesse nesta pesquisa.

FINANCIAMENTO

Os pesquisadores afirmam que não foram utilizados recursos financeiros na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015
2. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022
3. França ISX de, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF de, Araújo AKF, Sousa FS de. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. Rev Rene, 2015 Jun; 16 (3): 374-381.
4. Benito LAO, Souza WN de. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. Universitas: Ciências da Saúde, 2016; 14 (2)
5. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/.
7. Kimball A, Torrone E, Miele K, Bachmann L, Thorpe P, Weinstock H, Bowen V. Missed Opportunities for Prevention of Congenital Syphilis - United States, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Jun; 69(22): 661-665.
8. Lago EG. Current Perspectives on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis. Cureus. 2016 Mar; 8(3): e525.
9. Lago EG, Vaccari A, Fiori RM. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. Sex Transm Dis. 2013 Feb; 40(2): 85-9.

CC BY