

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

# SÍFILIS

## NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



**CIE** CENTRO DE INTELIGÊNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA



**Rio**  
PREFEITURA

SAÚDE



RIO DE JANEIRO, OUTUBRO DE 2022

# SÍFILIS

## NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



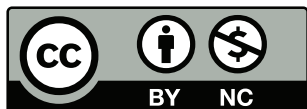
**CIE** CENTRO DE INTELIGÊNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA



**Rio**  
PREFEITURA

SAÚDE





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

1.ª Edição

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) / Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE)  
Rua Ulisses Guimarães, 300, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP 20211-225

**Prefeito**

Eduardo Paes

**Secretário Municipal de Saúde**

Rodrigo Prado

**Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Ana Luiza F. R. Caldas

**Superintendente de Atenção Primária**

Renato Cony

**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Márcio Garcia

**Diretora do Centro de Inteligência Epidemiológica**

Gislani Mateus Oliveira Aguilar

**Coordenadora das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

**Coordenação e Revisão Técnica**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

Gislani Mateus Oliveira Aguilar

Márcio Garcia

Valéria Saraceni

**Colaboradores**

Aline Rodrigues de Aguiar

Ana Paula Moura da Silva

Camilla Gonçalves de Barros de Azevedo

Caroline Dias Ferreira

Carolline Fontes Campos de Souza Silva

Emanuel Gomes de Assis Braga

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

Felipe de Carvalho Vommaro Marincola

Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

Flávia Willy Sarmento

Livia de Souza Câmara

Gislani Mateus Oliveira Aguilar

Gustavo Pinto Magalhães

Valéria Saraceni

**Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

Bruna Campos

**Capa**

Luciano Freitas

**Diagramação e Projeto Gráfico**

Sandra Araujo

# LISTA DE SIGLAS

<b>AP</b>	Área de Planejamento
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>ASCOM</b>	Assessoria de Comunicação
<b>CADV</b>	Coordenação de Vigilância em Análise de Dados Vitais
<b>CIE</b>	Centro de inteligência epidemiológica
<b>CVE</b>	Coordenação de Vigilância Epidemiológica
<b>GM</b>	Gabinete do Ministro
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>MRJ</b>	Município do Rio de Janeiro
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PCDT</b>	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
<b>RT-PCR</b>	Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real
<b>SAP</b>	Superintendência de Atenção Primária
<b>SC</b>	Sífilis Congênita
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SISLOGLAB</b>	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
<b>SMS-Rio</b>	Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro
<b>SUBPAV</b>	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Superintendência de Vigilância em Saúde
<b>TR</b>	Teste Rápido
<b>UAP</b>	Unidade de Atenção Primária
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>VDRL</b>	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> (Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas)

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	5
<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	5
<b>2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO</b> .....	6
2.1 Sífilis adquirida.....	6
2.1.1 Incidência de sífilis adquirida .....	6
2.2 Sífilis na gestação.....	11
2.2.1 Incidência de sífilis na gestação .....	12
2.2.2 Classificação clínica e tratamento.....	15
2.3 Sífilis congênita .....	21
2.3.1 Incidência de sífilis congênita.....	21
2.3.2 Atenção ao pré-natal.....	27
2.3.3 Tratamento.....	29
2.3.4 Classificação final dos casos.....	32
2.3.5 Mortalidade infantil específica por sífilis congênita .....	33
<b>3. ATENÇÃO À SÍFILIS NO MRJ</b> .....	35
3.1 Diagnóstico .....	35
3.2 Tratamento.....	38
3.3 Prevenção e promoção da saúde.....	38
<b>4. PERSPECTIVAS E DESAFIOS</b> .....	38
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICES</b> .....	41

# APRESENTAÇÃO

A sífilis é um relevante problema de saúde pública em todo o mundo, no Brasil e, também, no município do Rio de Janeiro (MRJ). Está entre as infecções transmissíveis mais comuns e atinge potencialmente a saúde e a vida de muitas pessoas, com impactos variados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o panorama da sífilis no Brasil não diverge do de outros países. Os números de casos são preocupantes, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção (BRASIL, 2022).

O presente boletim foi elaborado em conjunto pelas áreas técnicas da Coordenação das Doenças Crônicas Transmissíveis da Superintendência de Atenção Primária e pelo Centro de Inteligência Epidemiológica da Superintendência de Vigilância em Saúde da SUBPAV/SMS-Rio. Ademais, o boletim apresenta o panorama epidemiológico da Sífilis e reúne os dados de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, bem como os dados operacionais relacionados à organização da atenção, acesso ao diagnóstico, tratamento e demais ações no enfrentamento da doença no MRJ.

Vale destacar que o documento agrega a análise dos últimos 10 anos (2012 a 2022) e incorpora a análise espacial da sífilis congênita. Além disso, serão apresentados os dados básicos, indicadores e análises epidemiológicas sobre as tendências da sífilis no MRJ, bem como na agregação pelas regiões do município.

Espera-se que este boletim possa contribuir para o fortalecimento e a avaliação das políticas e ações públicas em saúde, bem como sensibilizar para melhores práticas de cuidado que possam impactar no controle da sífilis no MRJ.

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, descoberto em 1905. É uma doença crônica, curável e exclusiva do ser humano, além de ter o tratamento garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sua transmissão ocorre principalmente pelo contato sexual, porém, também pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher não tratada ou tratada de forma inadequada (BRASIL, 2022).

As infecções sexualmente transmissíveis, conhecidas como IST, representam um grande problema de saúde pública, pois atingem potencialmente a vida de milhões de pessoas, singularmente sobre a saúde reprodutiva e infantil, ocasionando graves consequências como infertilidade, complicações na gravidez e no parto, perdas fetais, aumento da mortalidade infantil e agravos à saúde da criança. A sífilis é uma das IST e seus números são preocupantes (BRASIL, 2021).

O comportamento da sífilis no Brasil não diverge de outros países com o elevado número de novas infecções, o que reforça a necessidade de ações de vigilância, controle e prevenção da doença. Em 2020, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de sífilis adquirida de 54,5 casos por 100.000 habitantes, a taxa de detecção de sífilis em gestante foi de 21,6 casos por 1.000 nascidos vivos, com a taxa de incidência de sífilis congênita de 7,7/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita de 6,5/1.000 nascidos vivos. Esses dados são do último boletim de sífilis divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), em outubro de 2021.

Já o estado do Rio de Janeiro, para o ano de 2020 apresentou taxas de todos os indicadores citados acima da média nacional. A taxa de detecção de sífilis em gestante apresentada foi de 55,1/1.000 nascidos vivos, o que coloca o estado em primeiro lugar nessa detecção. O município do Rio de Janeiro (MRJ) aparece, na maioria das vezes, entre os 16 municípios com as taxas mais elevadas, tendo um destaque para a taxa de detecção de sífilis adquirida, que foi de 112,4 por 100.000 habitantes. As taxas de sífilis em gestante e a sífilis congênita também são maiores que a taxa nacional, sendo a taxa de detecção em gestantes de 74,6 por 1.000 nascidos vivos e a de sífilis congênita de 18,4 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2021).

Esses números demonstram a necessidade de ações conjuntas de vigilância e assistência no controle da doença, e as informações contidas neste boletim epidemiológico têm por objetivo contribuir para o processo do cuidado da rede de atenção à saúde do MRJ.

## 2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Para o panorama epidemiológico da sífilis na cidade serão discutidos a incidência segundo tipo de sífilis, as características sociodemográficas, a mortalidade de sífilis congênita e o panorama da testagem rápida nas unidades de saúde do município.

### 2.1 SÍFILIS ADQUIRIDA

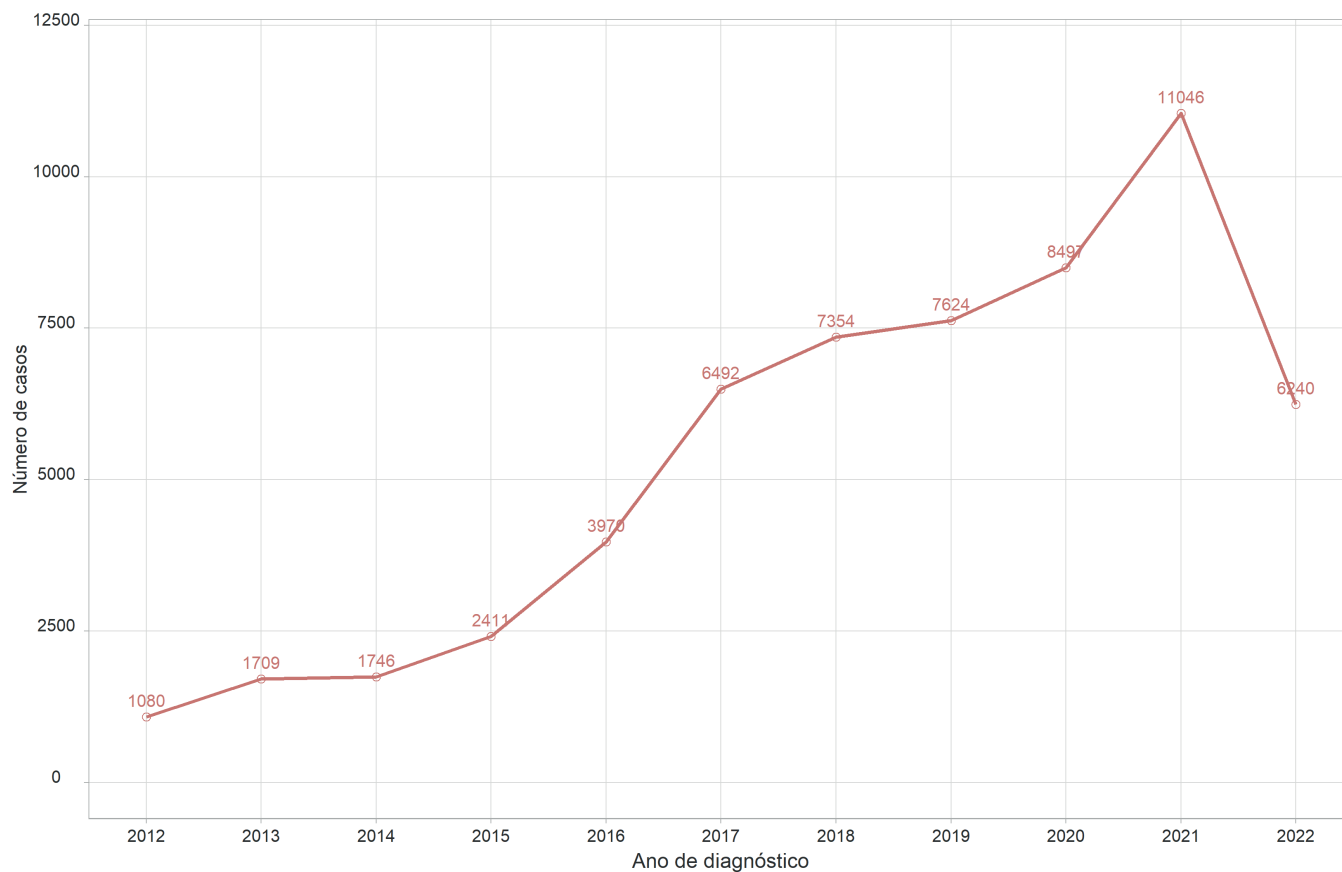
**Na maioria das vezes, a sífilis não apresenta sintomas, por isso é muito importante a testagem e o tratamento da doença. A penicilina é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis, e a avaliação clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. Todos os casos de sífilis devem ser notificados.**

Para mais informações sobre a sífilis adquirida, recomenda-se acessar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde de 2022.

#### 2.1.1 INCIDÊNCIA DE SÍFILIS ADQUIRIDA

Observando o número de casos de sífilis adquirida notificados no MRJ na série histórica de 2012 a 2022, percebe-se a tendência de aumento do número de casos ao longo dos anos, com destaque para maiores variações de aumento significativo dos casos de 2016 para 2017 (61%) e de 2020 para 2021 (77%). O ano de 2021 foi o que apresentou o maior número de infecções no período (Figura 1). Essa tendência diverge do Brasil, onde verifica-se aumento do número de casos de sífilis ao longo dos anos até 2018, seguido de queda dos casos a partir dessa data, até 2020, último ano do boletim (BRASIL, 2021).

Figura 1 — Número de casos de sífilis adquirida por ano, MRJ, 2012–2022.



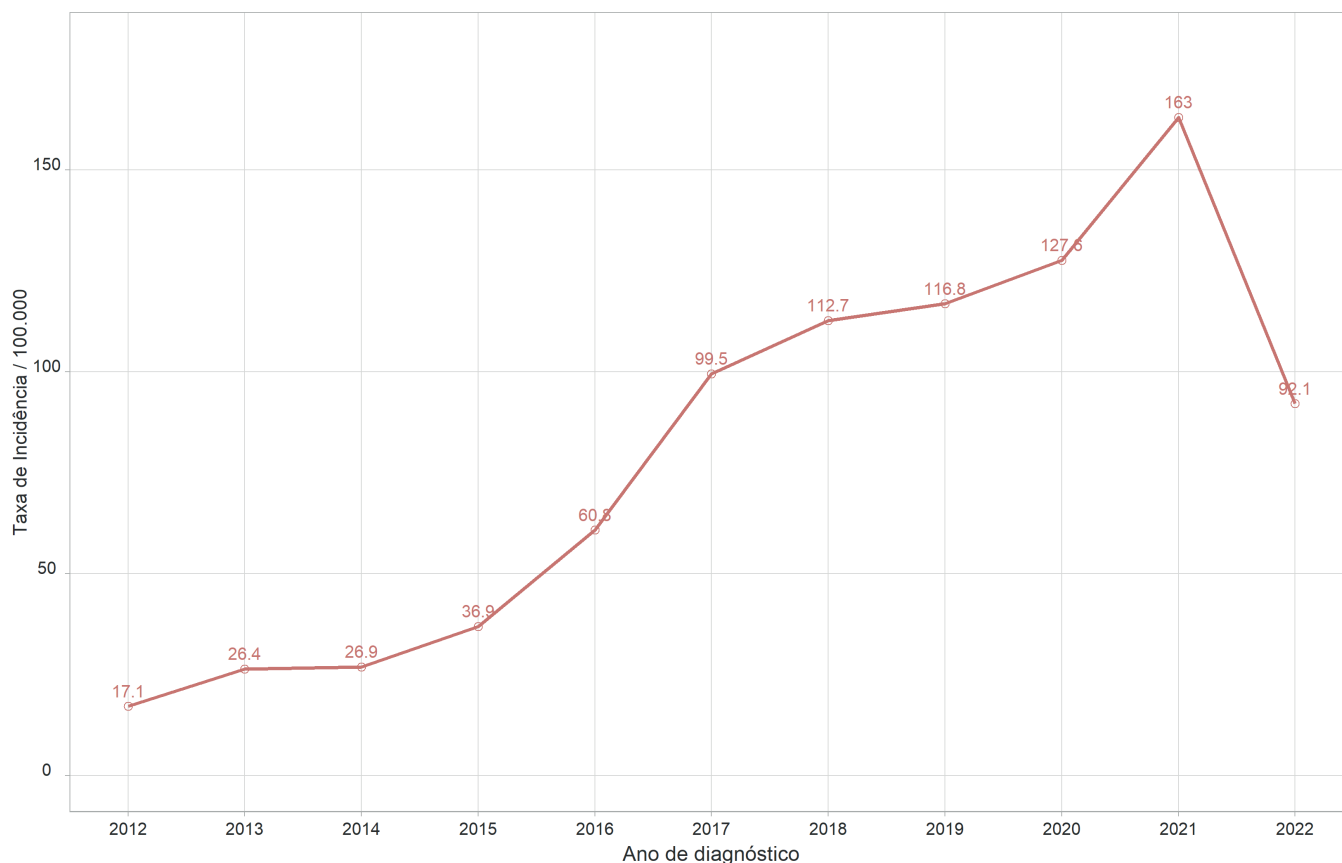
Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Vale ressaltar que o acesso ao diagnóstico aumentou com a distribuição de teste rápido (TR) para as unidades da rede de atenção à saúde a partir de 2011, destacando-se o papel da atenção primária nessa oferta, com alta capilaridade e produtividade na realização dos testes, o que será discutido ainda neste boletim.

A taxa de incidência de sífilis adquirida por 100.000 habitantes é proporcional ao número de casos novos e, por isso, vem acompanhando a tendência do crescimento dos casos, como observado na Figura 2. No período avaliado, o ano de 2012 apresentou a menor taxa de incidência com o valor de 17,1 novos casos por 100.000 habitantes, sendo a maior taxa registrada em 2021, com 163 novos casos por 100.000 habitantes.



Figura 2 — Taxa de incidência de sífilis adquirida por 100.000 habitantes por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Observa-se a tendência de aumento de casos, mesmo no período da pandemia de covid-19 em 2020 e 2021. Vale ressaltar que a pandemia teve enorme impacto na população e nos serviços de saúde em todo o mundo. O grande aumento da pressão assistencial nas unidades de saúde, bem como o adoecimento de muitos profissionais de saúde, impôs mudanças na organização dos serviços de saúde ao longo dos anos de 2020 e 2021. Nesse sentido, ações de promoção e prevenção para sífilis e outras doenças e agravos sofreram impacto no período. Os dados de 2022 ainda não estão fechados e não se pode estabelecer uma tendência para este ano no momento.

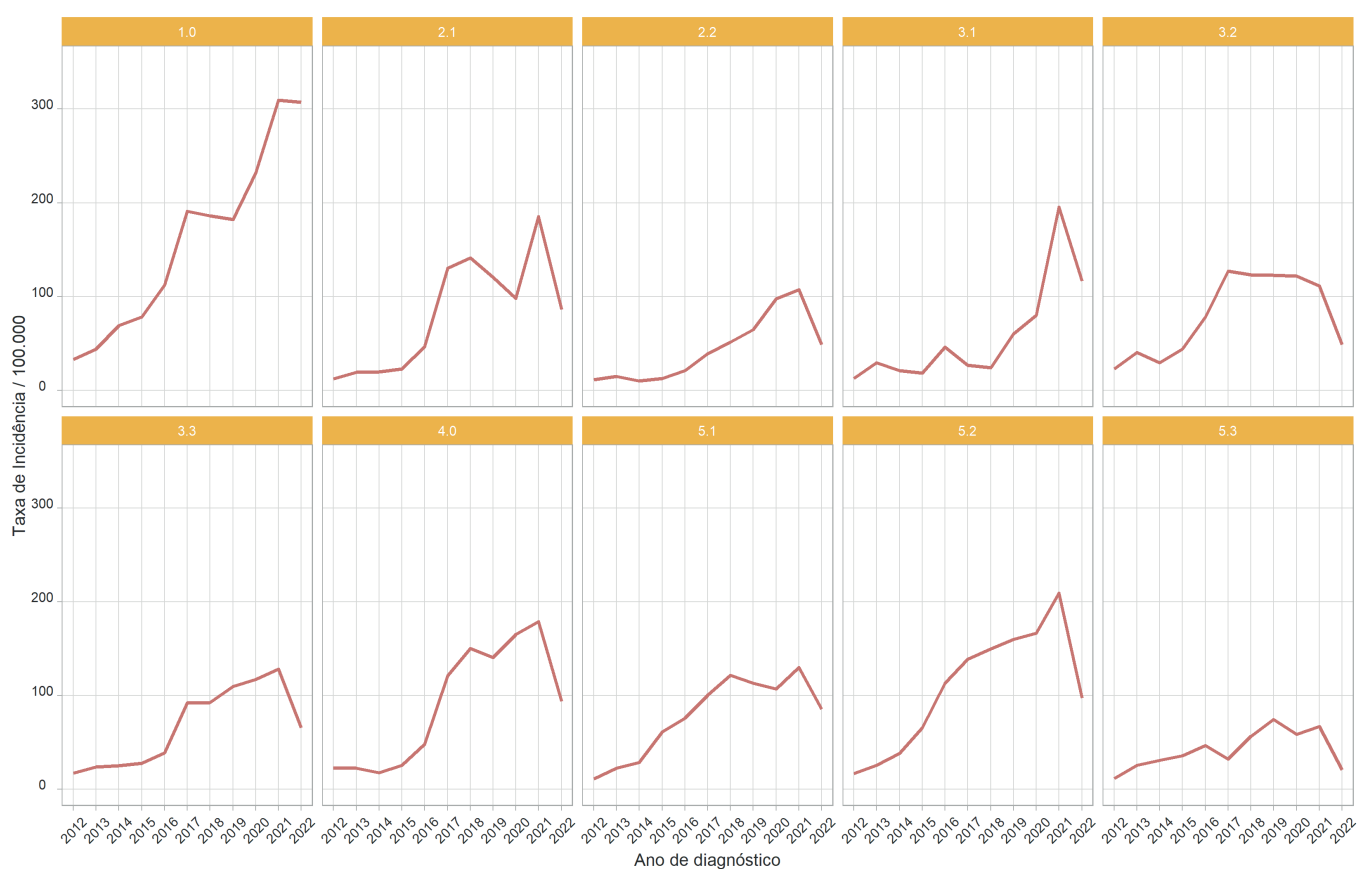
Tabela 1 — Número de casos de sífilis adquirida por AP e ano, MRJ, 2012–2022.

ANO	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
2012	98	80	42	115	131	165	206	75	114	42	180
2013	136	124	56	266	231	225	220	151	179	99	1.709
2014	213	128	38	190	170	240	179	193	567	121	1.746
2015	244	148	47	167	252	266	261	414	461	141	2.411
2016	351	300	79	417	448	369	493	514	798	186	3.970
2017	598	837	146	242	729	876	1.241	681	979	128	6.492
2018	583	907	193	217	705	878	1.539	822	1.058	224	7.354

ANO	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
2019	571	773	242	542	703	1.042	1.441	766	1.130	296	7.624
2020	742	631	366	726	700	1.117	1.782	726	1.204	242	8.497
2021	990	1.193	402	1.772	638	1.219	1.930	883	1.515	276	11.046
2022	983	554	183	1.058	280	627	1.012	581	704	85	6.240

Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Figura 3 — Taxa de incidência de sífilis adquirida por AP e ano, MRJ, 2012–2022.

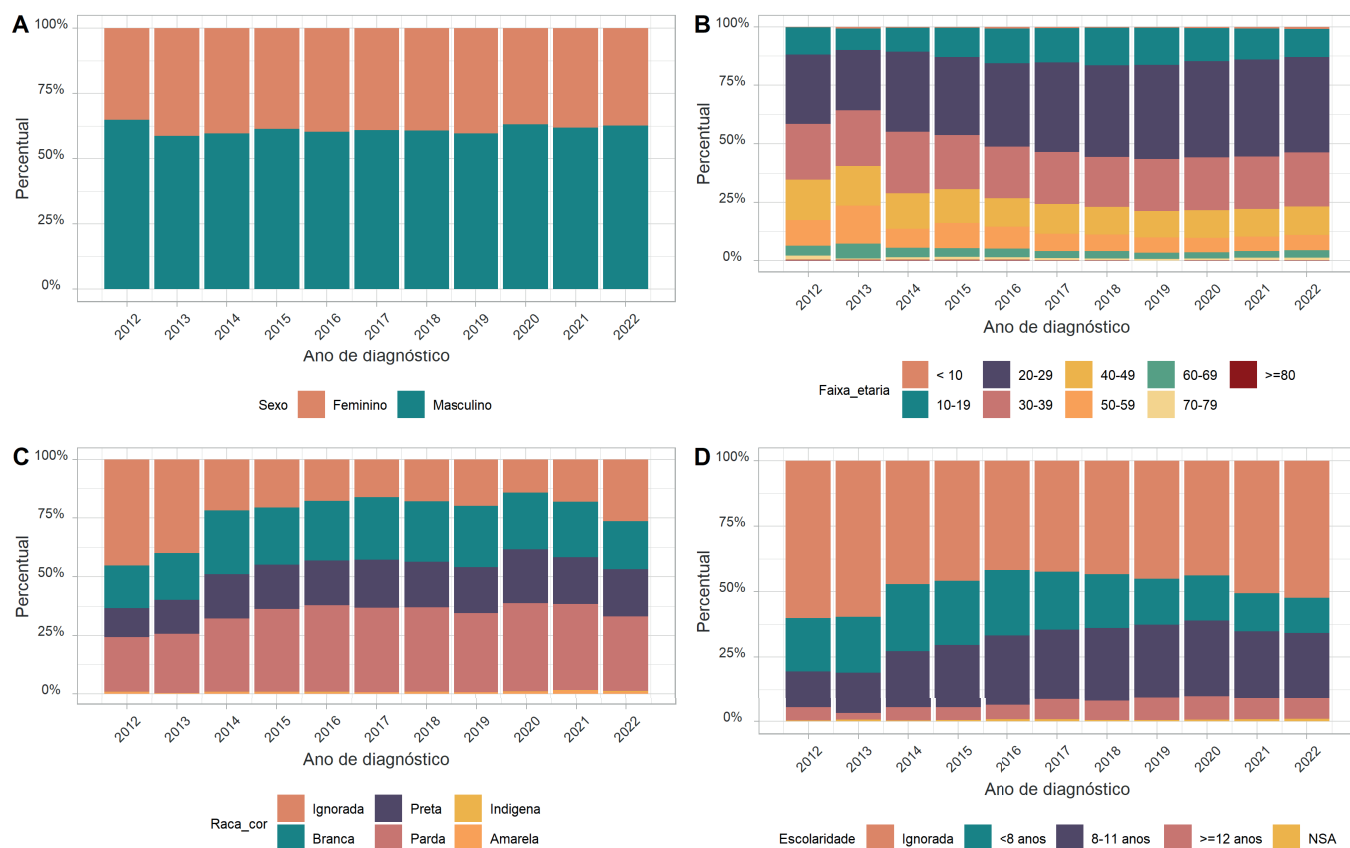


Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Analisando o número de casos de sífilis adquirida e a taxa de incidência por Áreas de Planejamento (AP) do MRJ, observa-se grande diferença entre as áreas, contudo, ainda assim, com tendência de aumento em variados graus no ano de 2021 para todas as AP, exceto na AP 3.2, que apresentou uma discreta diminuição da sua taxa em 2021.

Nesse cenário destaca-se o grande aumento da AP 1.0, incluindo o ano de 2022, que já se iguala na taxa de incidência do ano de 2021 mesmo com registros até o mês de agosto de 2022. Considerando a ocorrência de novos casos ao longo do ano, provavelmente a AP ainda apresentará aumento na taxa de incidência. Como o ano de 2022 ainda não está fechado, é necessário verificar se o perfil de queda de 2021 para 2022 irá se confirmar nas demais AP.

**Figura 4 — Distribuição de sexo (A), faixa etária (B), raça/cor (C) e escolaridade (D) dos casos de sífilis adquirida por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Em relação ao sexo, há uma predominância dos casos no sexo masculino. A faixa etária mais acometida é a de 20 a 29 anos, praticamente em quase todo o período analisado. Esse comportamento vai ao encontro do perfil nacional, e outros estudos corroboram essa análise, em que os homens jovens geralmente apresentam uma maior predisposição a comportamentos de risco.

Em relação à raça/cor destaca-se para o maior acometimento da cor parda, seguida da cor preta, colocando a população negra como a mais acometida. Ainda observa-se um percentual significativo com preenchimento de raça/cor "ignorada", apontando para a necessidade de qualificar o preenchimento dessa informação. Em relação à escolaridade, a resposta "ignorada" aparece em destaque, o que compromete a análise e dificulta a discussão desse perfil.

Cabe ressaltar a importância da completude da ficha de notificação para análise epidemiológica de sífilis na população.

Figura 5 — Distribuição proporcional do critério de confirmação de sífilis adquirida por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Analisando a distribuição proporcional do critério de confirmação de sífilis adquirida por AP e ano, considerando a definição de caso de sífilis adquirida é imprescindível a realização de teste treponêmico ou não treponêmico para fechamento do diagnóstico definitivo e início do tratamento, o que deve se refletir em predomínio da confirmação por critério laboratorial. Entretanto, ainda é possível observar uma elevada proporção de casos com critério de confirmação clínico-epidemiológico, sobretudo na AP 4.0, com destaque para os últimos quatro anos, seguida da AP 3.3, sendo a AP 5.2 a área que apresenta maior número de casos com critério laboratorial.

## 2.2 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

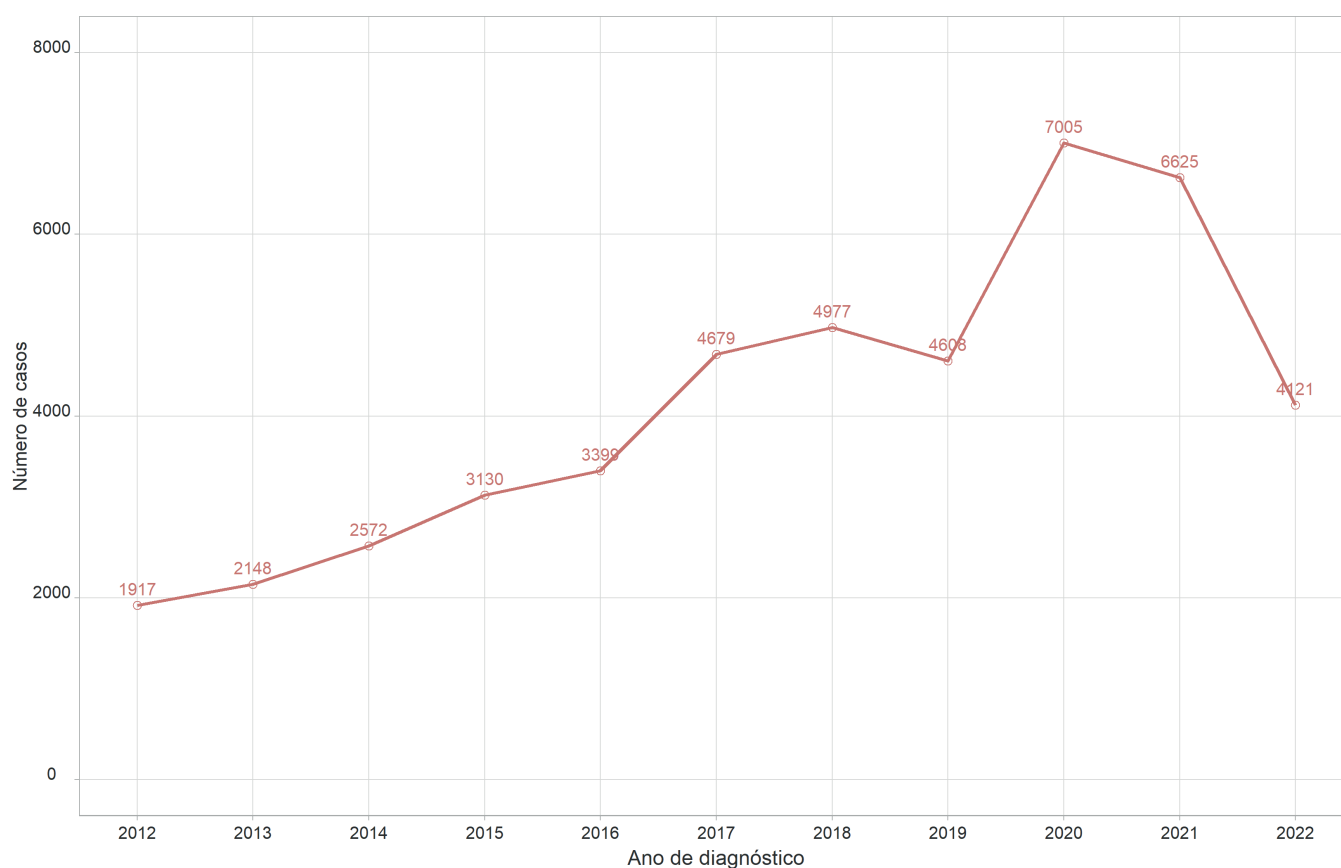
**O rastreamento da sífilis na gestante é importante para o diagnóstico precoce durante o pré-natal, possibilitando o tratamento em tempo oportuno e evitando a transmissão vertical da sífilis para o feto e suas complicações. Todos os casos de sífilis em gestante devem ser notificados e adequadamente tratados.**

Para mais informações sobre a sífilis em gestante, acessar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais do Ministério da Saúde de 2022.

## 2.2.1 INCIDÊNCIA DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

O número de casos de sífilis em gestantes no MRJ vem aumentando ao longo dos anos, com grande incremento entre 2016 e 2017, sustentando uma estabilidade de casos entre 2017 e 2019, seguido de um aumento expressivo dos casos em 2020, com 7.005 casos, 2.397 casos a mais que o ano anterior, configurando o maior número registrado na série (Figura 6). O ano de 2021 apresentou discreta queda, mas ainda em altos patamares, e, até o mês de agosto, o ano de 2022 já superou o número anual de casos do período de 2012 a 2016.

**Figura 6 — Número de casos de sífilis em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes é mensurada pelo número de nascidos vivos, e também observa-se aumento deste indicador ao longo dos anos. Destaca-se o grande incremento no ano de 2020 e sustentação da taxa em altos patamares em 2021 e 2022. Vale ressaltar que, embora o número de casos de sífilis em gestantes em 2021 e 2022 tenha sido inferior ao ano de 2020, a taxa de detecção de sífilis em gestantes nestes anos é bem próxima, uma vez que o número de nascidos vivos vem apresentando queda com maior progressão no período da pandemia da covid-19, tendência que também aconteceu no Brasil e no mundo.

A diminuição da taxa de natalidade associada ao aumento do número de casos absolutos de sífilis revela um aumento na proporção de grávidas com sífilis em relação ao número total de gestantes.

Figura 7 — Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Reproduzindo a mesma análise por área da cidade, observa-se na Tabela 2 os números absolutos de casos de sífilis em gestantes, e na Figura 8 a taxa de detecção de sífilis em gestantes por AP. Embora cada área apresente uma taxa de detecção diferente, é possível observar que na série apresentada houve incremento na detecção de sífilis em gestantes em todas as áreas.

Com relação à taxa de detecção de sífilis no ano de 2022, observa-se maiores taxas em valores superiores ao do MRJ nas AP 5.1, 3.1, 3.3 e 5.3. As AP 1.0 e 3.2 apresentam alta taxa em valores próximos ao do MRJ, e as AP 2.1, 2.2, 4.0 e 5.2 apresentam taxas inferiores à do MRJ. Além disso, os dados apresentados são indicativos da característica epidemiológica da sífilis no MRJ enquanto infecção, acometendo com maior incidência as áreas mais vulneráveis.

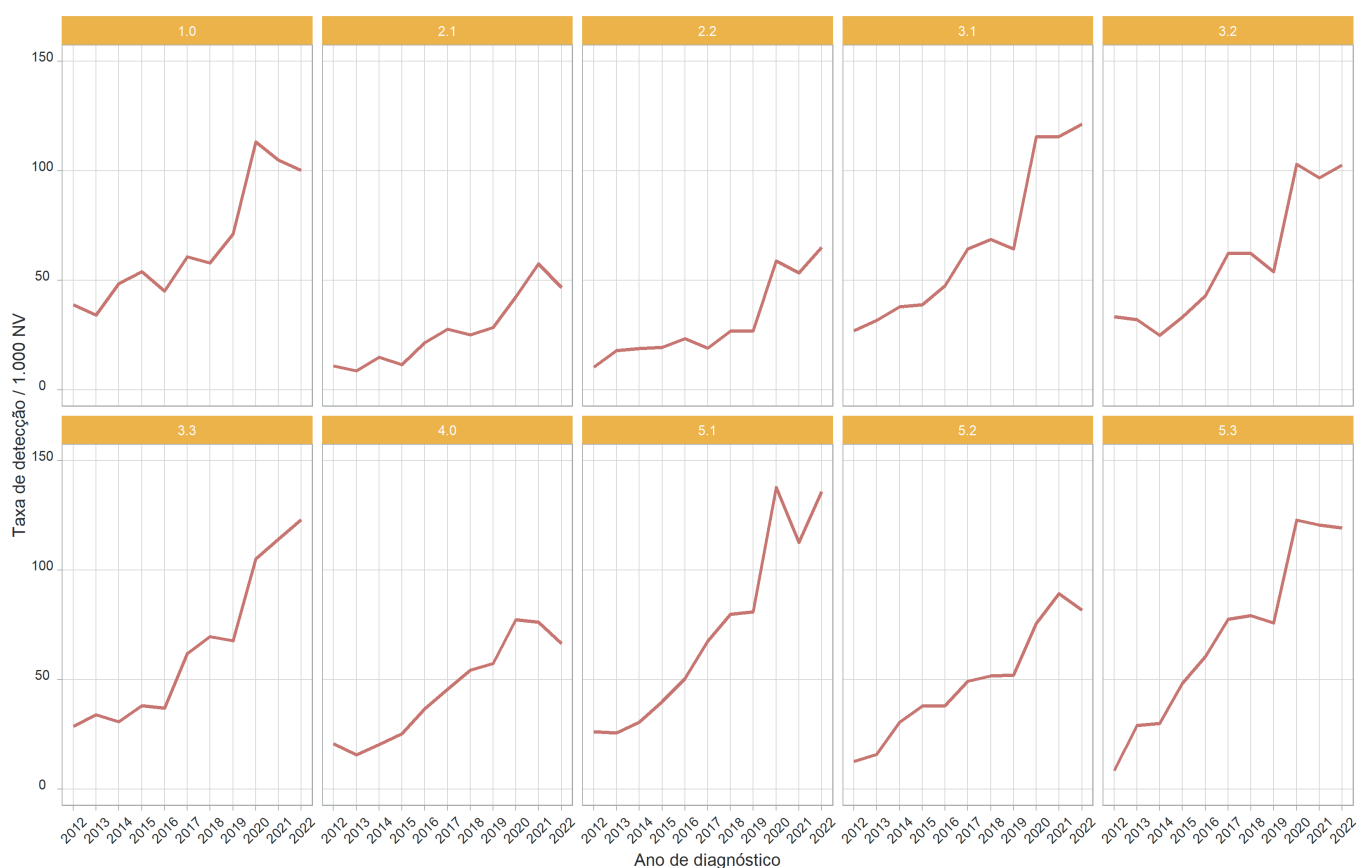
Tabela 2 — Número de casos de sífilis em gestante por AP e ano, MRJ, 2012–2022.

ANO	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
2012	111	46	22	177	118	192	195	112	76	16	1.917
2013	70	31	40	140	88	163	74	83	64	119	2.148
2014	117	62	32	261	86	270	145	124	168	103	2.572
2015	116	30	26	290	71	240	117	100	180	152	3.130
2016	102	48	40	302	111	224	195	161	180	151	3.399
2017	126	71	35	267	164	322	221	212	210	221	4.679

ANO	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
2018	97	51	27	242	176	334	271	227	233	200	4.977
2019	154	66	40	303	156	355	357	268	227	227	4.608
2020	223	97	79	569	317	529	567	443	406	363	7.005
2021	189	115	80	528	300	544	528	336	482	374	6.625
2022	119	61	55	357	178	349	270	204	291	246	4.121

Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

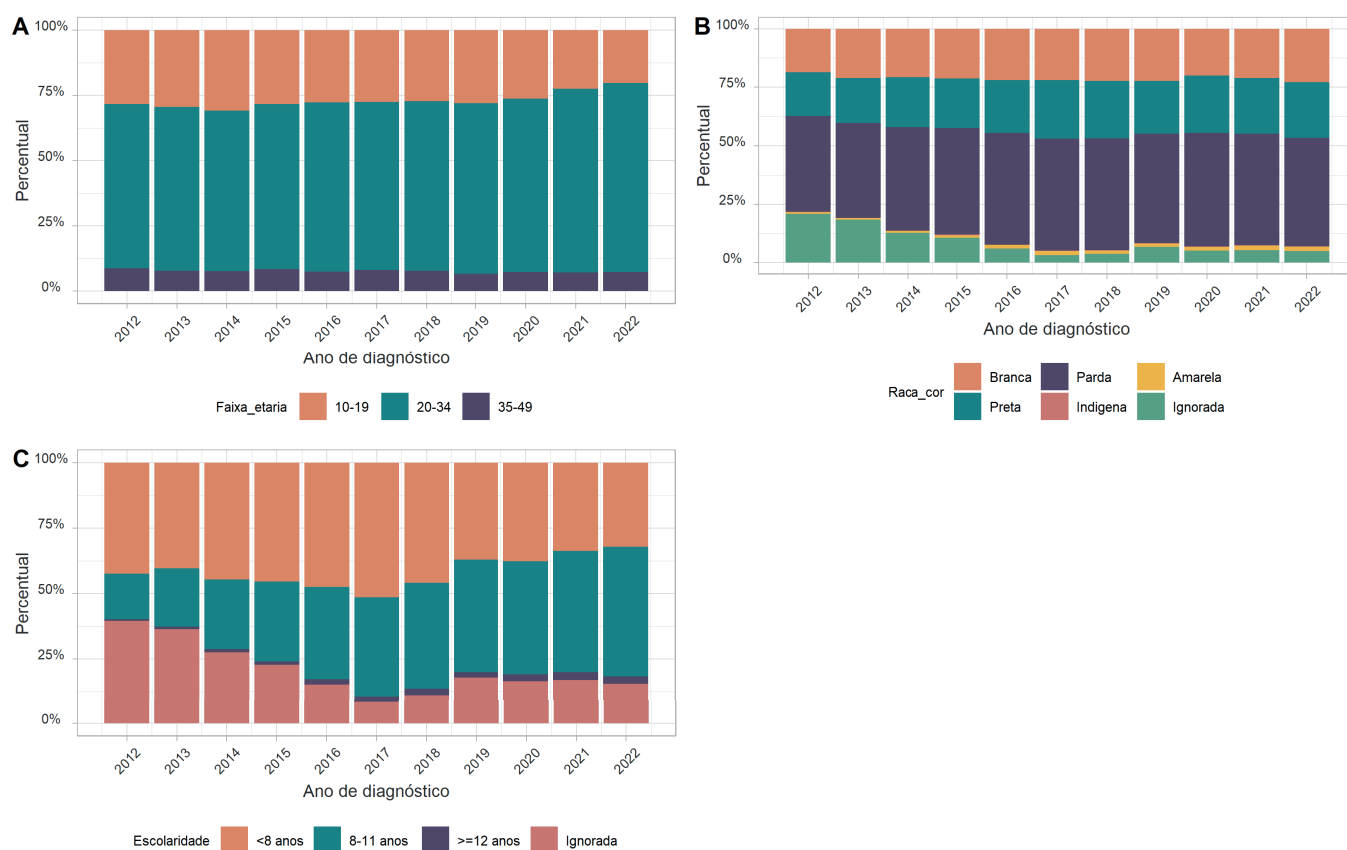
Figura 8 — Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Analisando as características sociodemográficas dos casos de sífilis em gestantes, é possível observar na Figura 9A que a maior proporção de gestantes com sífilis é em mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 34 anos, no auge do período fértil, cuja vida sexual está ativa, aumentando a exposição ao risco com a prática de sexo desprotegido. A Figura 9B mostra a maior proporção de gestantes com sífilis de cor parda, seguida da cor preta, evidenciando que a população negra é a mais acometida pela IST. Já a Figura 9C evidencia maior proporção de gestantes com 8 a 11 anos de estudos, seguida de gestantes com menos de 8 anos de estudos. A Figura 9C também revela uma proporção significativa de escolaridade ignorada, prejudicando a análise desses dados.

**Figura 9 — Distribuição da faixa etária (A), raça/cor (B) e escolaridade (C) dos casos de sífilis em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto..

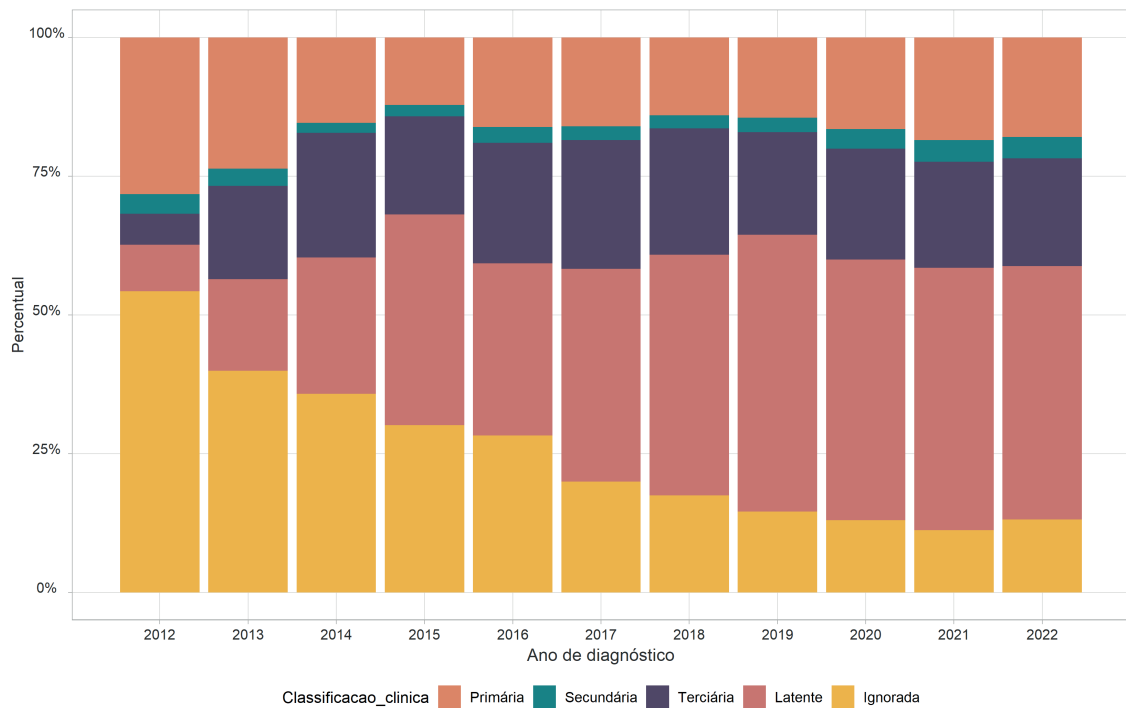
## 2.2.2 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO

O tratamento da sífilis em gestante deve ser realizado de acordo com a classificação clínica apresentada no momento do diagnóstico. Cabe ressaltar que a Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento das gestantes, qualquer outro tratamento realizado na gestação, é considerado tratamento não adequado. O intervalo entre as doses não pode ultrapassar sete dias, necessitando reinício do tratamento caso isso ocorra.

Analisando a classificação clínica da sífilis em gestante (Figura 10), observa-se maior proporção de sífilis latente, como esperado, já que no pré-natal se realiza o rastreamento sorológico de mulheres assintomáticas. Outro destaque é a melhora do preenchimento do campo com redução de classificação “ignorado”, apesar de ainda aparecer nas notificações.



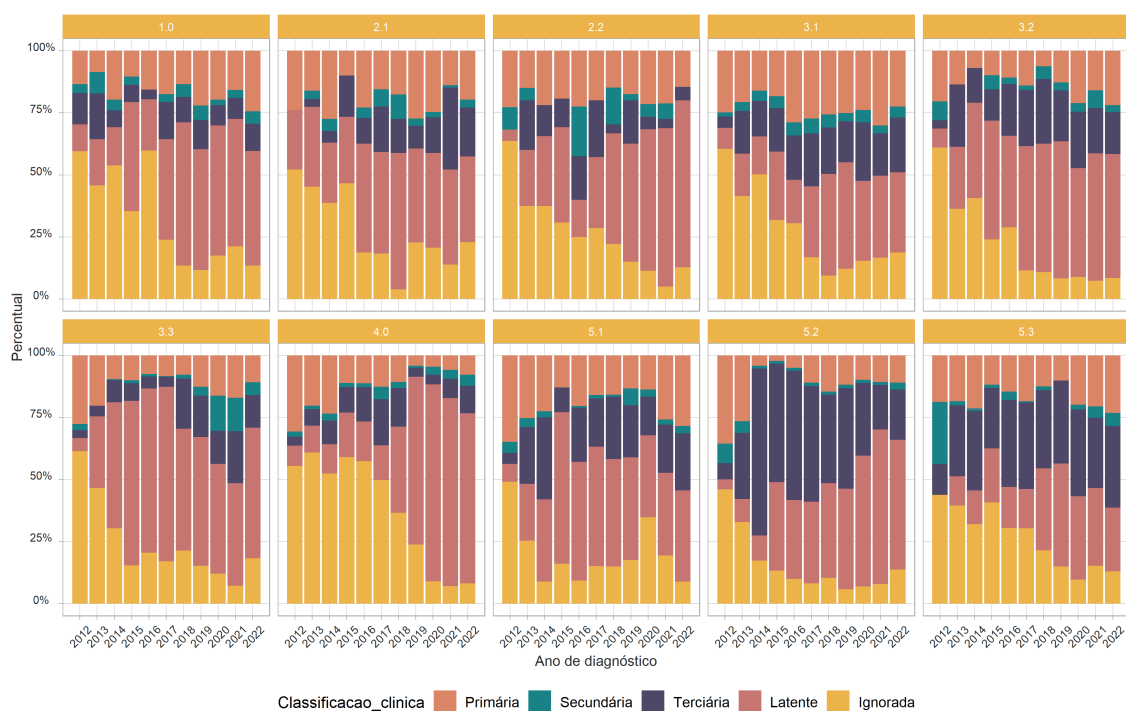
**Figura 10 — Distribuição proporcional da classificação clínica da sífilis em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Em relação à classificação clínica por AP, há divergência nas proporções entre as áreas. Contudo, a opção “ignorada” foi diminuindo ao longo dos anos nas AP com o aumento da classificação latente. Este dado vai de encontro à frequência de casos assintomáticos. Ressalta-se a importância de fortalecer o conhecimento dos profissionais sobre esse assunto, uma vez que o adequado estadiamento influencia na escolha do tratamento.

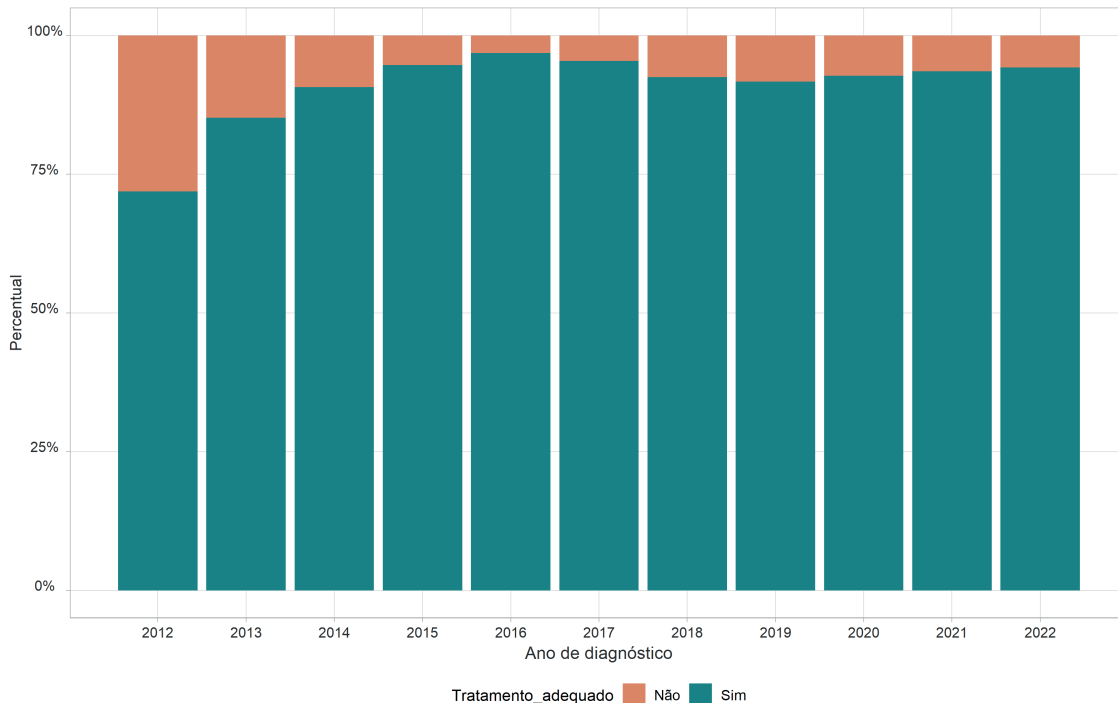
**Figura 11 — Distribuição proporcional da classificação clínica da sífilis em gestantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Quanto ao tratamento adequado da gestante, os dados apresentados nas Figuras 12 e 13 demonstram a qualidade da assistência e vigilância da sífilis durante o pré-natal. A adequação do tratamento da gestante aumentou ao longo do período, e está atrelado ao tratamento prescrito de acordo com a classificação clínica e ao início da primeira dose em período anterior aos 30 dias antes do parto.

**Figura 12 — Distribuição proporcional da adequação de tratamento da sífilis em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

**Figura 13 — Distribuição proporcional da adequação de tratamento da sífilis em gestantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.**

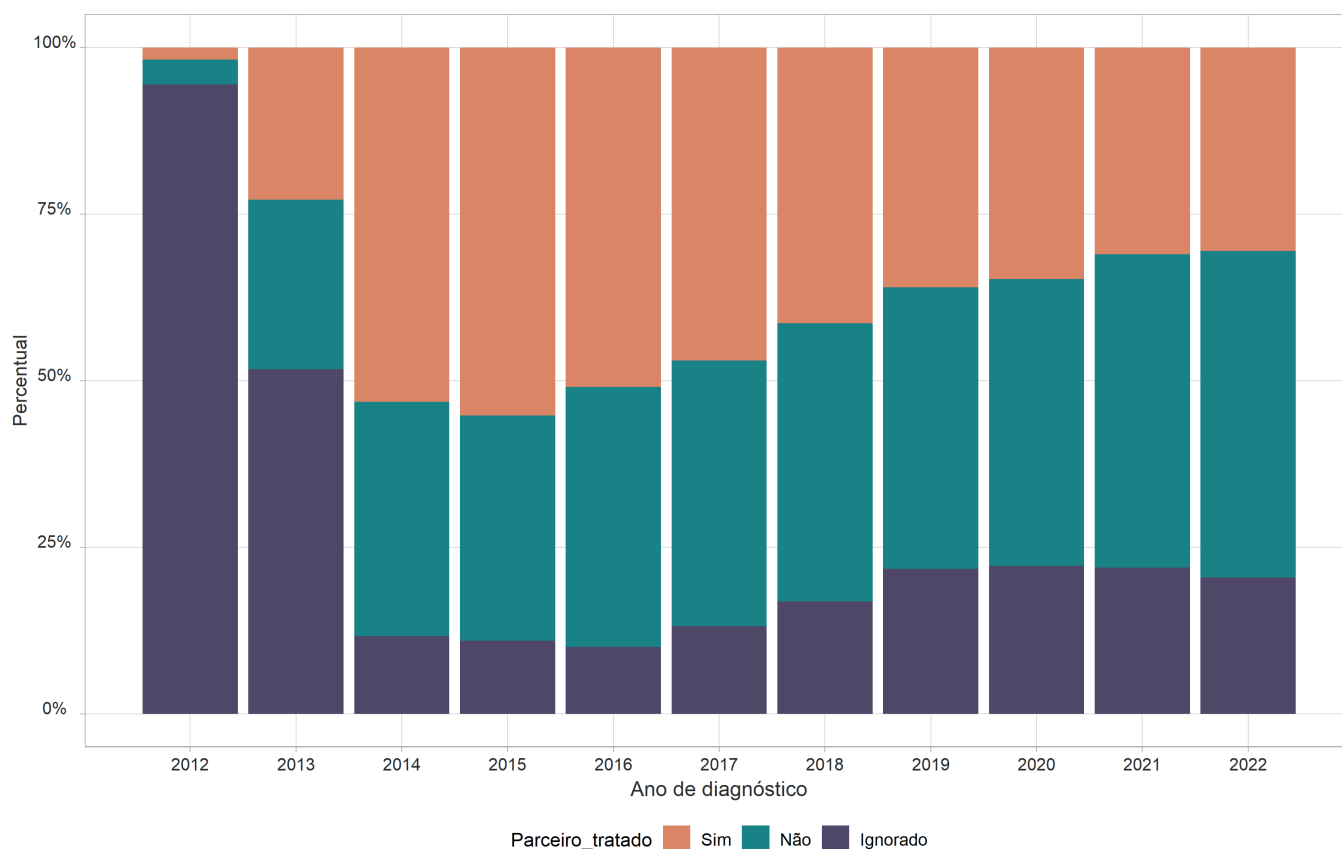


Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Apesar do tratamento das parcerias sexuais não ser mais considerado determinante para classificar o tratamento adequado da gestante na definição de sífilis congênita desde 2017, essa é uma estratégia que continua sendo de suma importância durante a assistência pré-natal, uma vez que impede que a gestante seja reinfected, além de corroborar com acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida.

Ao longo do período de análise, há uma diminuição do tratamento do parceiro, aumentando progressivamente a proporção de parceiros que não foram tratados, sendo o maior percentual. Este é um fator preocupante e um grande desafio para o controle da sífilis em gestantes e, conseqüentemente, da transmissão vertical.

**Figura 14 — Distribuição proporcional do tratamento do parceiro do caso de sífilis em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados de 2022 até o mês de agosto. Dados sujeitos a alterações.

A análise do tratamento das parcerias sexuais por AP evidencia um comportamento próximo ao observado no MRJ. Esse resultado mostra que, apesar de uma melhora nos registros das notificações de sífilis no campo "ignorado", ainda é necessário um maior investimento de esforços na captação dessas parcerias, para testagem e garantia de tratamento adequado. Esse é um fator relevante, uma vez que o tratamento das parcerias sexuais da gestante é de extrema importância para a quebra da cadeia de transmissão do ciclo de contaminação, diminuindo diretamente os riscos de sífilis congênita no conceito.

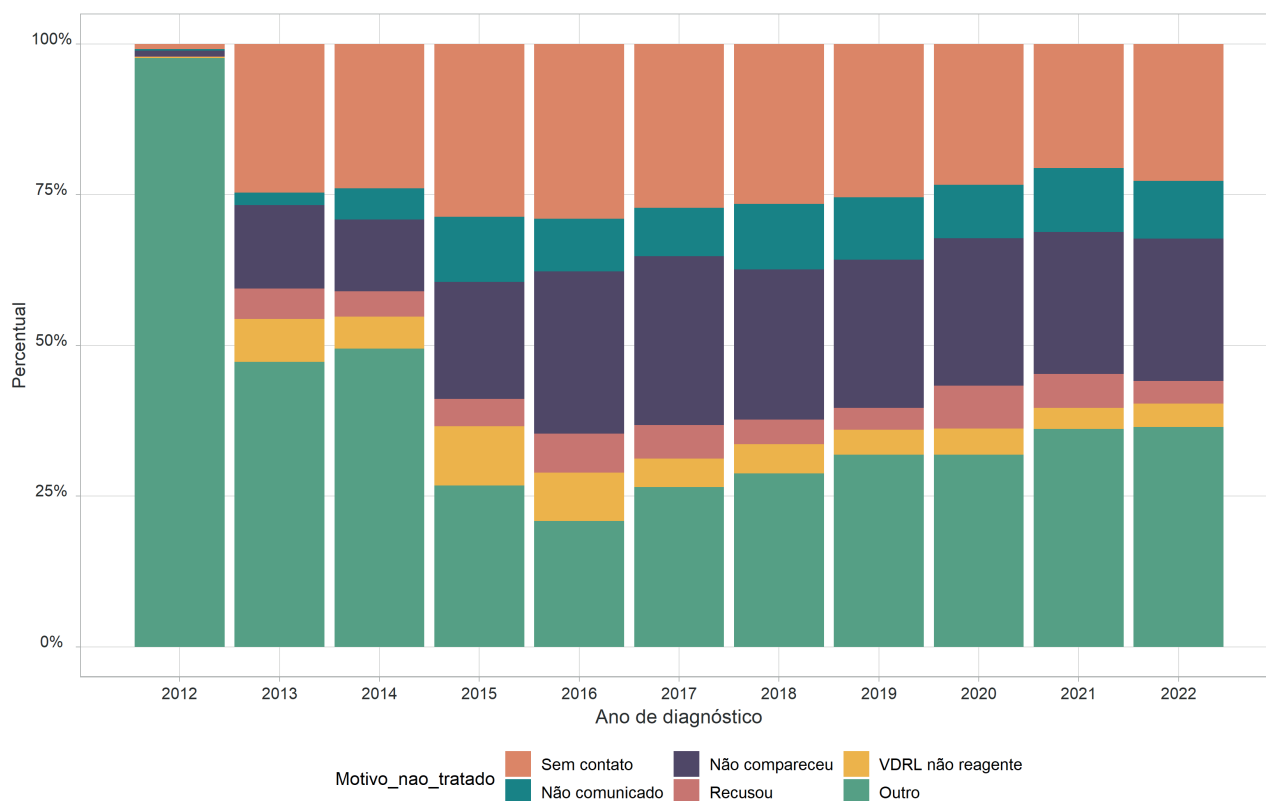
Figura 15 — Distribuição proporcional do tratamento das parcerias do caso de sífilis em gestantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

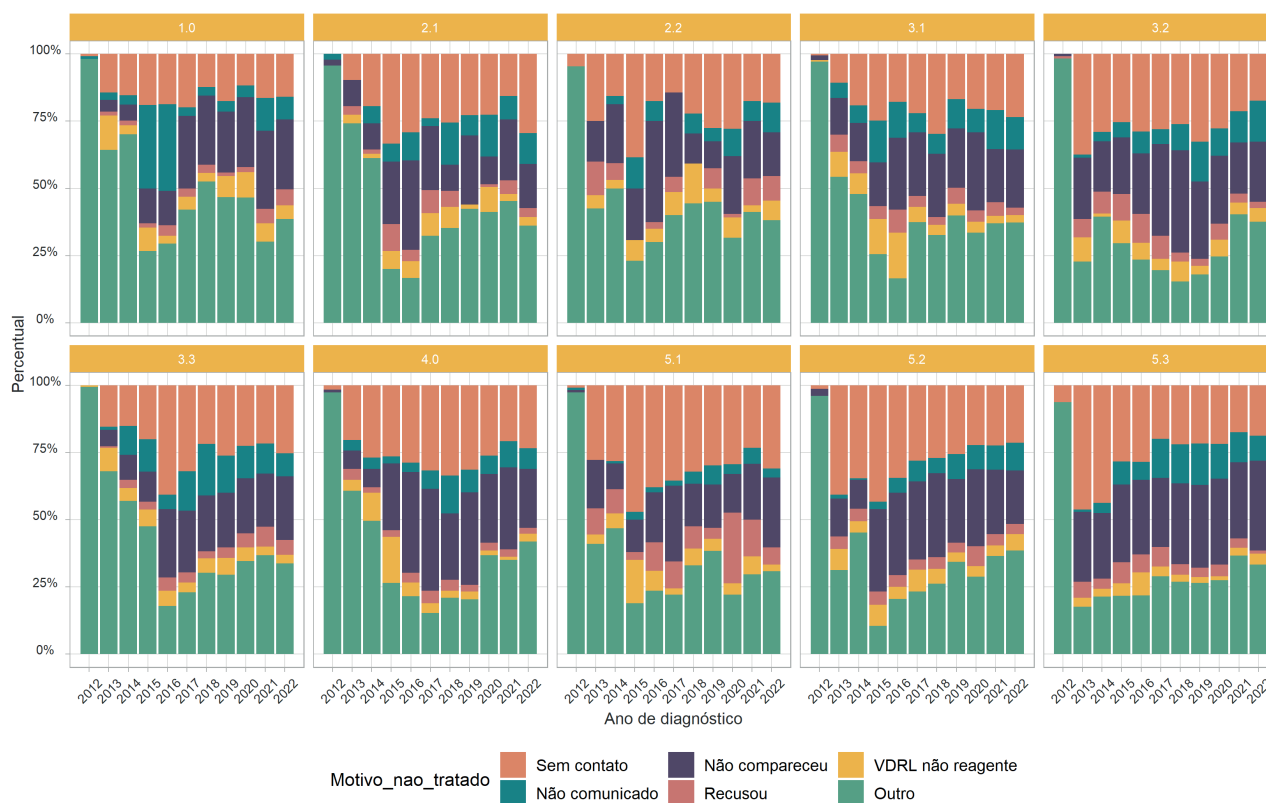
Os motivos em relação ao não tratamento de parcerias sexuais (Figura 16) são diversos, e a variável predominante ao longo do período é a opção “outro”, que não permite qualificar os reais motivos para intervenção. Destaca-se que houve uma pequena proporção da opção “VDRL não reagente” como justificativa para o não tratamento, porém, esse motivo não se justifica, uma vez que há recomendação de oferta do tratamento com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via intramuscular (1,2 milhão UI em cada glúteo) para parcerias sexuais com resultado de teste sorológico não reagente. Essa recomendação se justifica, já que cerca de um terço das parcerias durante a triagem pode estar infectada, porém, ainda em janela imunológica, ou seja, com o resultado não reagente.

Figura 16 — Distribuição dos motivos de não tratamento do parceiro do caso de sífilis em gestantes por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Figura 17 — Distribuição dos motivos de não tratamento do parceiro do caso de sífilis em gestantes por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

## 2.3 SÍFILIS CONGÊNITA

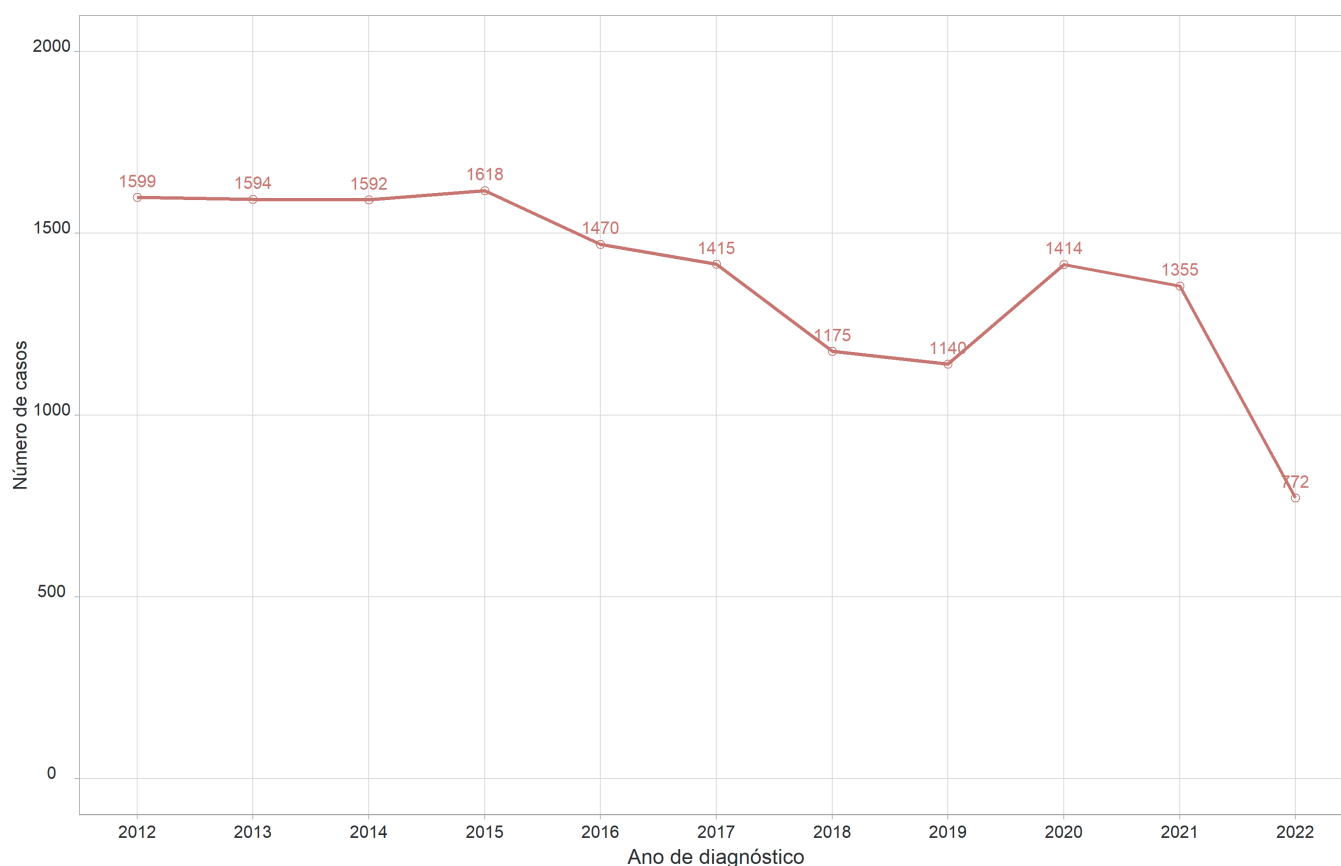
**A transmissão da mãe para o concepto ocorre em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas. Portanto, a sífilis congênita pode ser prevenida, por meio da vigilância e tratamento da sífilis no pré-natal.**

Para mais informações sobre a sífilis congênita, acessar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais do Ministério da Saúde de 2022.

### 2.3.1 INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA

O número de casos de sífilis congênita manteve-se estável de 2012 a 2015, com queda progressiva até 2019, quando ocorreu aumento em 2020, seguido de discreta queda no ano seguinte no MRJ. Pode-se relacionar com o aumento dos casos de sífilis em gestantes ocorrido nesse período, como discutido anteriormente.

**Figura 18 — Número de casos de sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.**



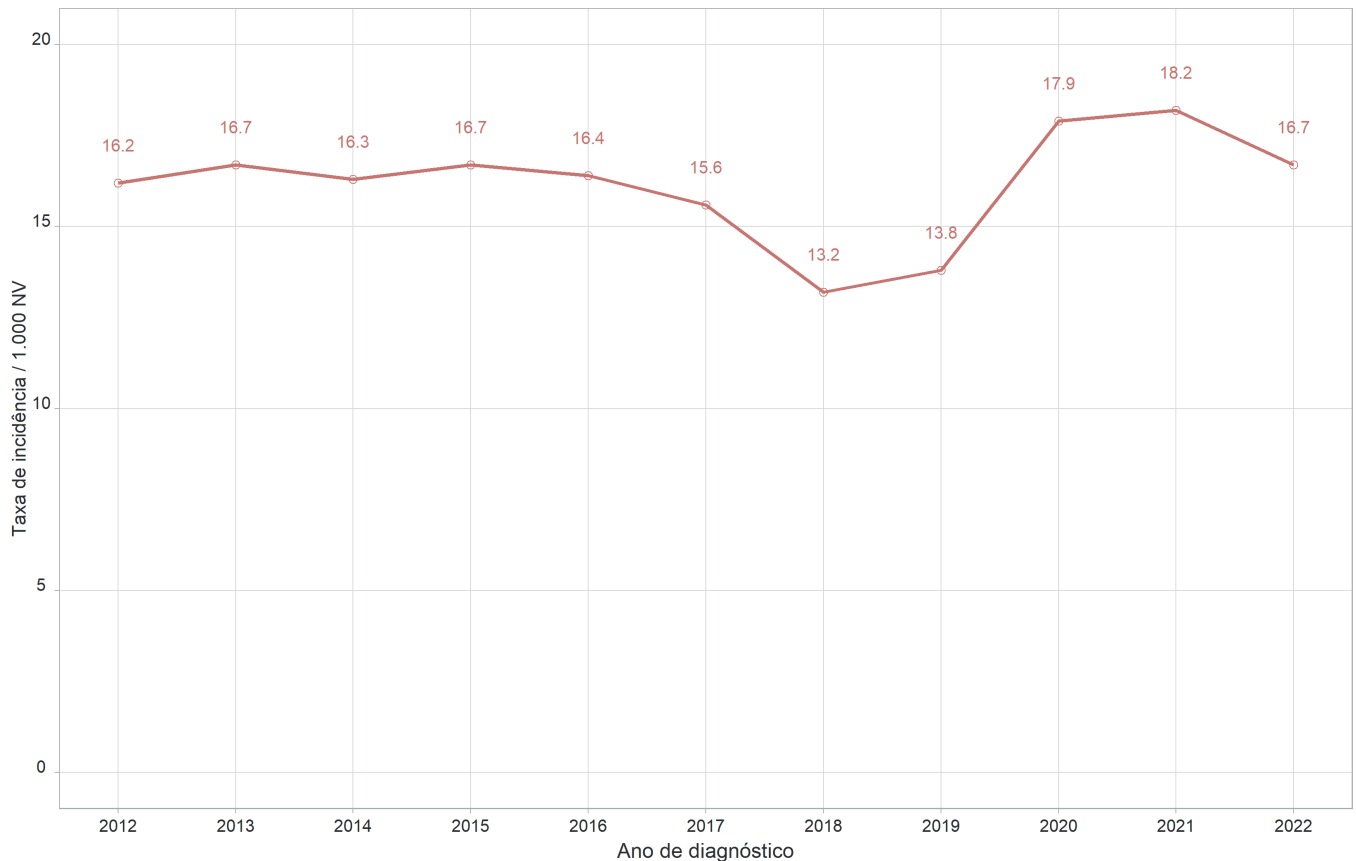
Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

O número de casos de sífilis congênita por ano deve ser comparado ao número de casos de sífilis em gestantes, para uma relação da conduta adequada e oportuna durante o pré-natal. De igual modo, também podem ser comparadas as taxas de sífilis congênita em menores de 1 ano e a taxa de detecção de sífilis em gestantes, ambas calculadas por 1.000 nascidos vivos. Espera-se que a captação e o tratamento adequado da sífilis na gestante evite a sífilis congênita.

Nesse caso, no MRJ, na série histórica avaliada, tanto em relação ao número de casos quanto às taxas, a sífilis congênita não ultrapassou a sífilis em gestantes, mesmo com o aumento dos casos da sífilis em gestantes nos anos de 2020, 2021 e 2022. Isso pode estar refletindo o rastreamento precoce durante o pré-natal. Ainda assim, a sífilis congênita é um desafio para o MRJ, representando elevadas taxas de incidência e com aumento das mesmas nos últimos três anos (Figura 19).

De igual forma ao número de casos, a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano acompanhou essas curvas, apresentando, proporcionalmente, a mesma sequência estabilidade-queda-aumento.

**Figura 19 — Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos por ano, MRJ, 2012–2022.**

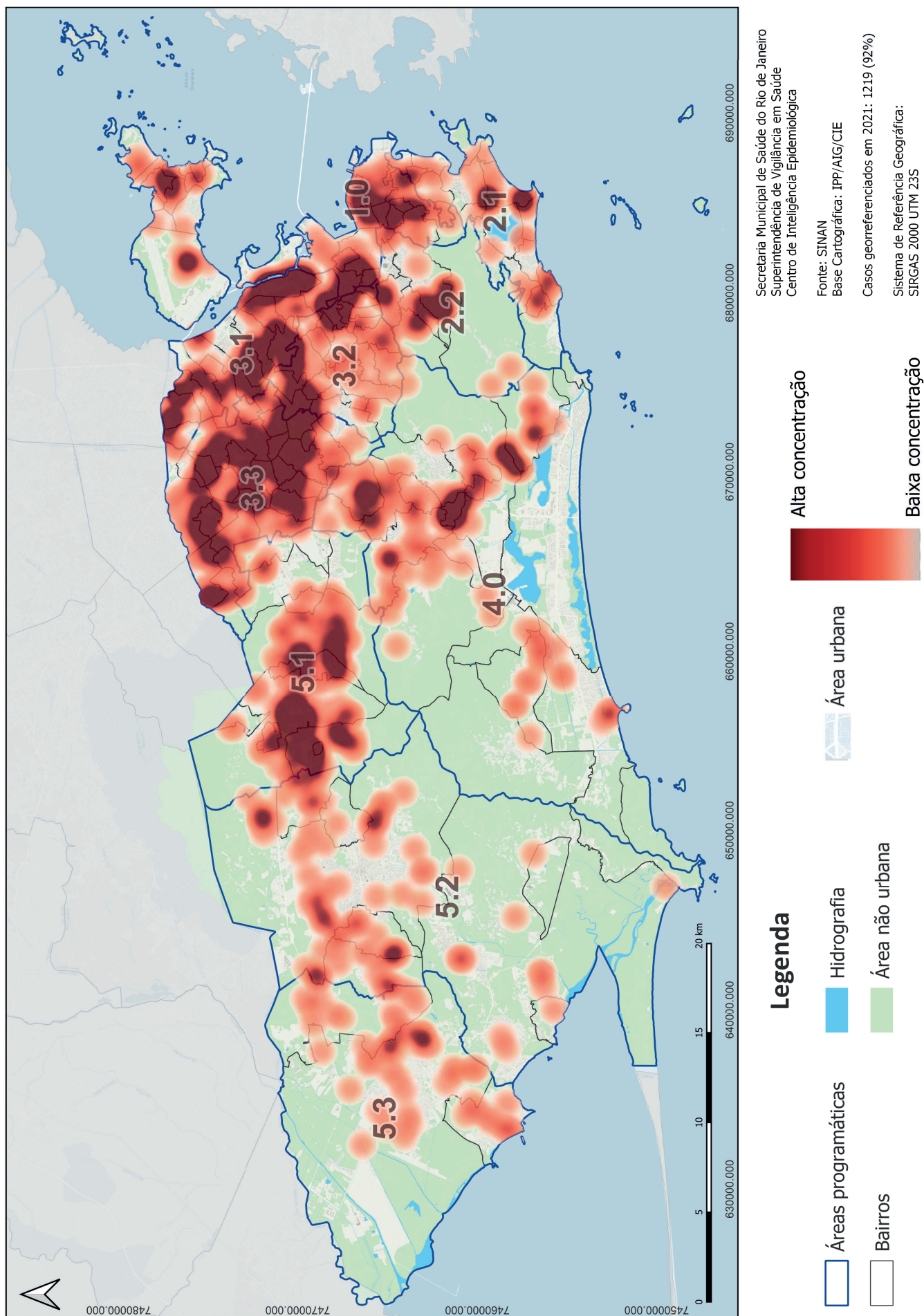


Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Quanto à distribuição espacial dos casos no ano de 2021, é possível verificar a ocorrência em todas as AP da cidade, com maior concentração de casos em 3.3, 3.1, 3.2, 5.1, 2.1, 2.2 e 4.0. Em 2022, mesmo com número parcial de casos considerando apenas o período de janeiro a agosto, a distribuição espacial é similar ao ano de 2021.

Destaca-se no mapa de incidência em ambos os anos a concentração de casos em áreas de grande adensamento populacional e de maior vulnerabilidade socioeconômica, como pode ser observado nas Figuras 20 e 21.

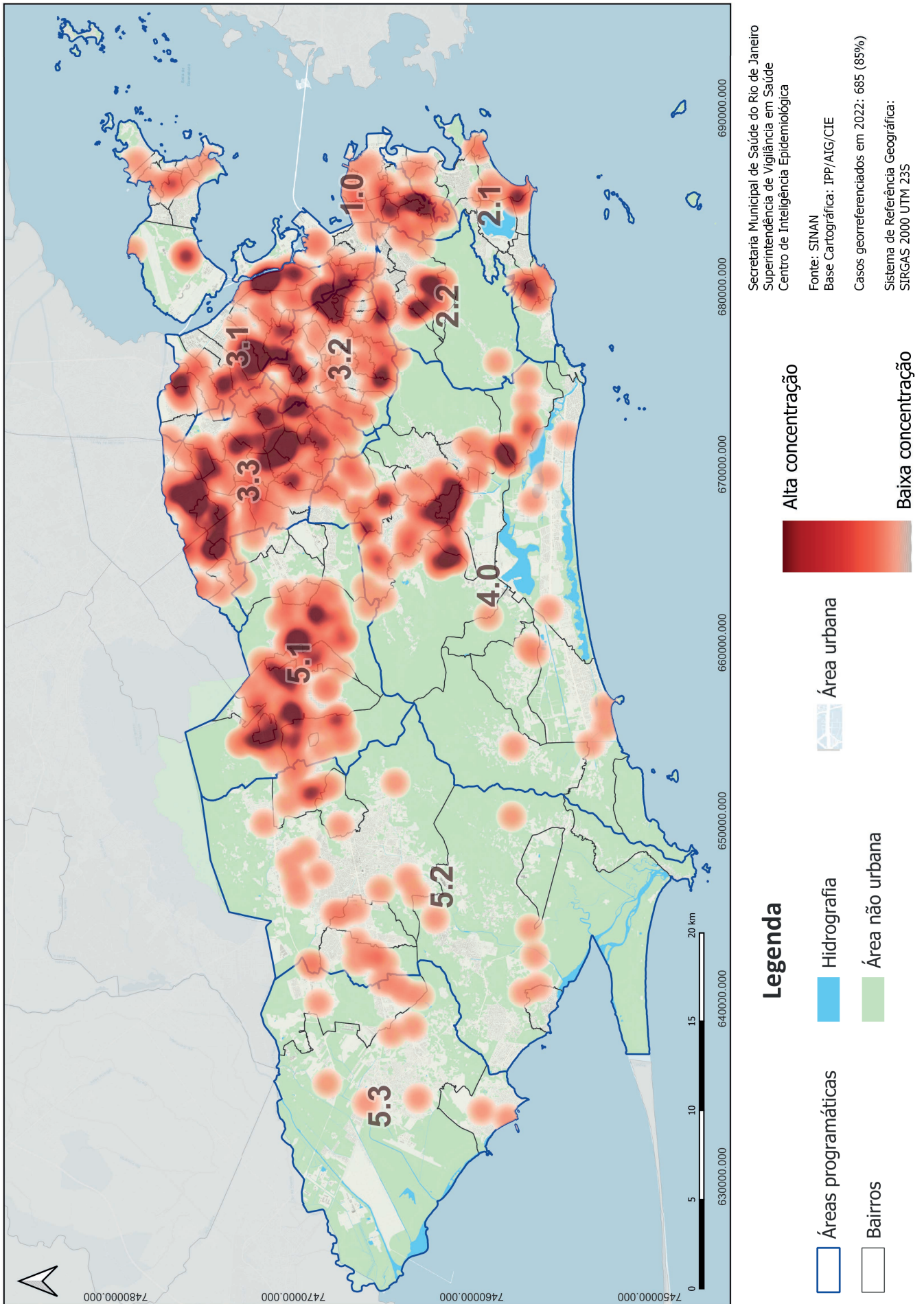
Figura 20 — Distribuição espacial da concentração de casos de sífilis congênita, MRJ, 2021.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.



Figura 21 — Distribuição espacial da concentração de casos de sífilis congênita, MRJ, 2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Apesar da taxa de incidência de sífilis congênita estar atrelada ao número de nascidos vivos e o fenômeno da redução destes já ter sido discutido neste documento, o aumento da taxa de incidência nas AP deve alertar os serviços de saúde, com o objetivo de evitar novos casos. As AP 2.2, 3.2, 3.3, 4.0 e 5.1 apresentaram aumento da taxa de incidência de sífilis congênita ao longo dos anos, destoando das demais áreas e do município como um todo.

**Tabela 3 — Número total de casos de sífilis congênita por AP e ano, MRJ, 2012–2022.**

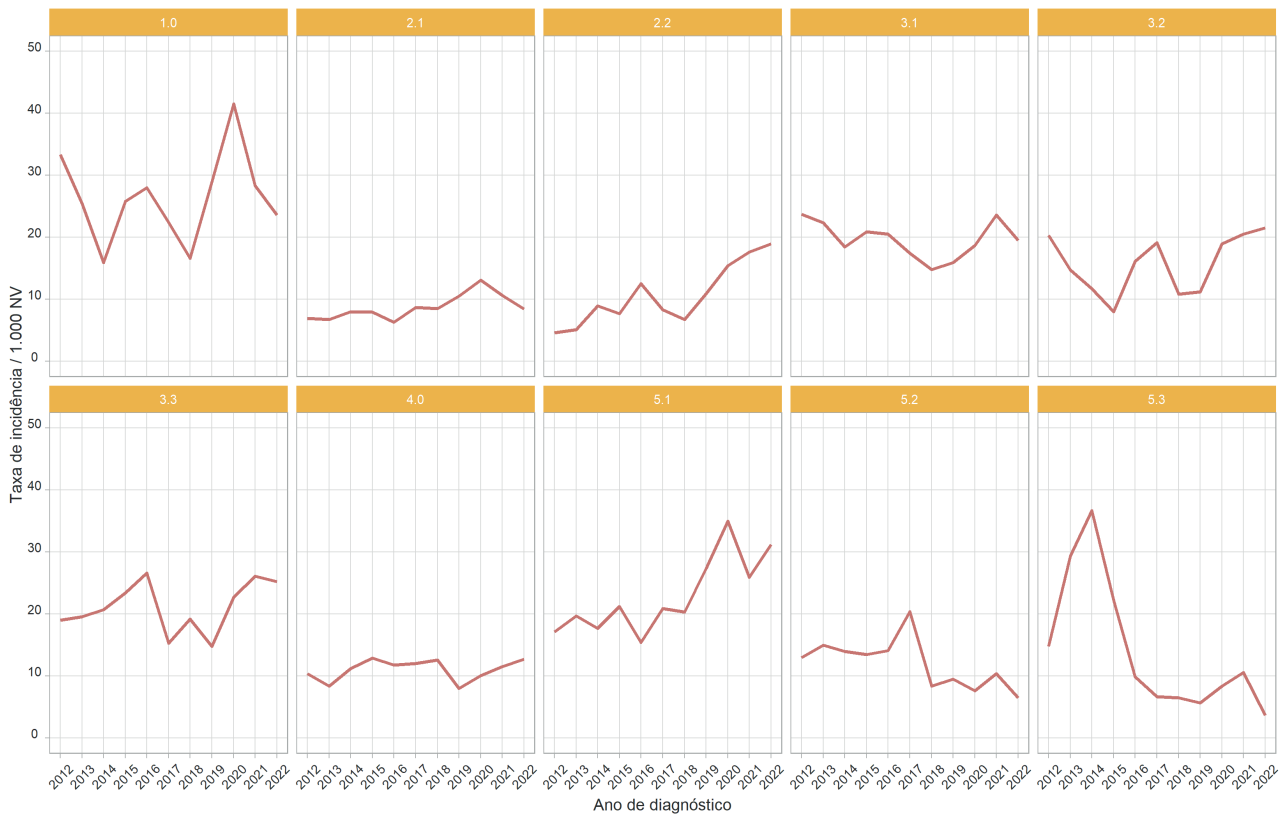
ANO	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
<b>2012</b>	148	44	16	271	145	240	149	154	136	93	<b>1.599</b>
<b>2013</b>	114	43	18	261	107	253	121	187	160	188	<b>1.594</b>
<b>2014</b>	74	53	32	218	88	269	169	167	159	234	<b>1.592</b>
<b>2015</b>	118	52	28	252	58	305	199	200	155	149	<b>1.618</b>
<b>2016</b>	118	36	41	227	109	318	1.687	134	152	60	<b>1.470</b>
<b>2017</b>	92	51	26	195	127	186	179	176	233	42	<b>1.415</b>
<b>2018</b>	68	48	21	156	71	226	182	173	93	41	<b>1.175</b>
<b>2019</b>	115	56	31	154	68	159	108	210	98	34	<b>1.140</b>
<b>2020</b>	144	61	40	168	109	230	133	265	77	48	<b>1.414</b>
<b>2021</b>	93	47	41	206	112	243	142	182	100	59	<b>1.355</b>
<b>2022</b>	50	25	29	103	68	148	99	120	40	13	<b>772</b>

Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto. Nesta tabela estão incluídos os abortos, os natimortos e os casos de SC precoce e tardia.

Vale ressaltar que, comparando a taxa de detecção de sífilis em gestantes com a taxa de incidência de sífilis congênita, observa-se o aumento da primeira taxa e tendências variadas entre as áreas da última. Destacam-se dois tipos de tendências entre as AP: áreas com aumento recente na detecção em gestantes e queda na incidência de sífilis congênita, mostrando efetividade; e áreas que, embora tenham aumentado a detecção de sífilis em gestantes, também tiveram aumento de sífilis congênita (Figura 23).

Estas variações também não seguem as mesmas curvas apresentadas pelas taxas de diagnóstico de sífilis em gestantes, no entanto, servem como alerta para avaliação das causas da variação do número de casos de sífilis congênita durante os últimos 10 anos, tendo por objetivo a correção de possíveis falhas na assistência/notificação e a prevenção ao aumento do número de casos.

**Figura 22 — Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos por AP e ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

**Figura 23 — Taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos por AP e ano, MRJ, 2012–2022.**



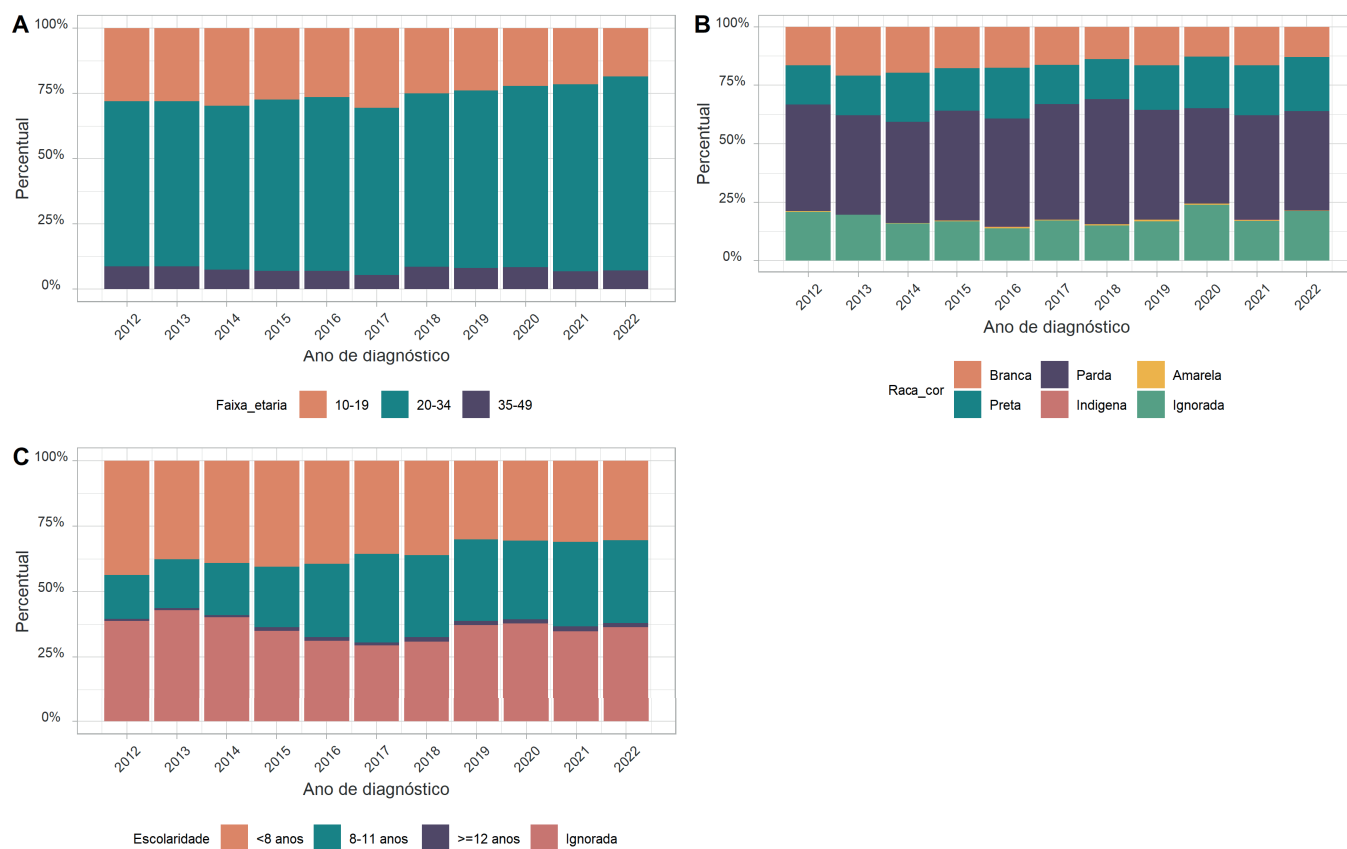
Legenda — Sífilis\_gestante — Sífilis\_congenita

Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Quando comparadas as características sociodemográficas da distribuição da faixa etária, raça/cor e escolaridade das mães dos casos de sífilis congênita por ano com os mesmos dados das gestantes com sífilis, percebe-se que o perfil é extremamente semelhante em toda a série histórica analisada (Figura 24).

A maior proporção deste perfil é composta por mulheres com faixa etária entre 20 e 34 anos, que se auto-declaram pretas ou pardas e que possuem grau de escolaridade dividido entre menor que 8 anos e com 8 a 11 anos de estudo. Cabe ressaltar que há relevante parcela de mulheres com escolaridade ignorada e questiona-se, novamente, a qualidade dos dados obtidos face ao preenchimento das notificações.

**Figura 24 — Distribuição da faixa etária (A), raça/cor (B) e escolaridade (C) materna dos casos de sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.**

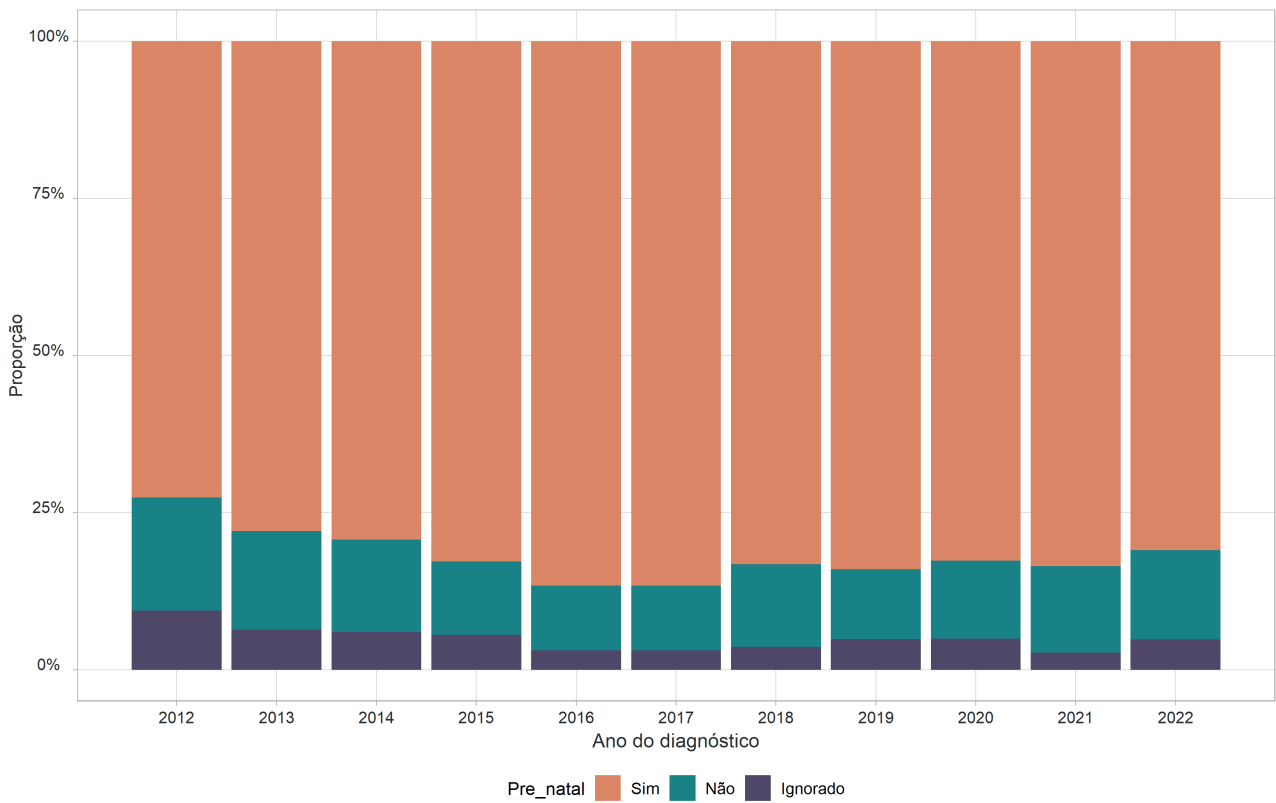


Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

## 2.3.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

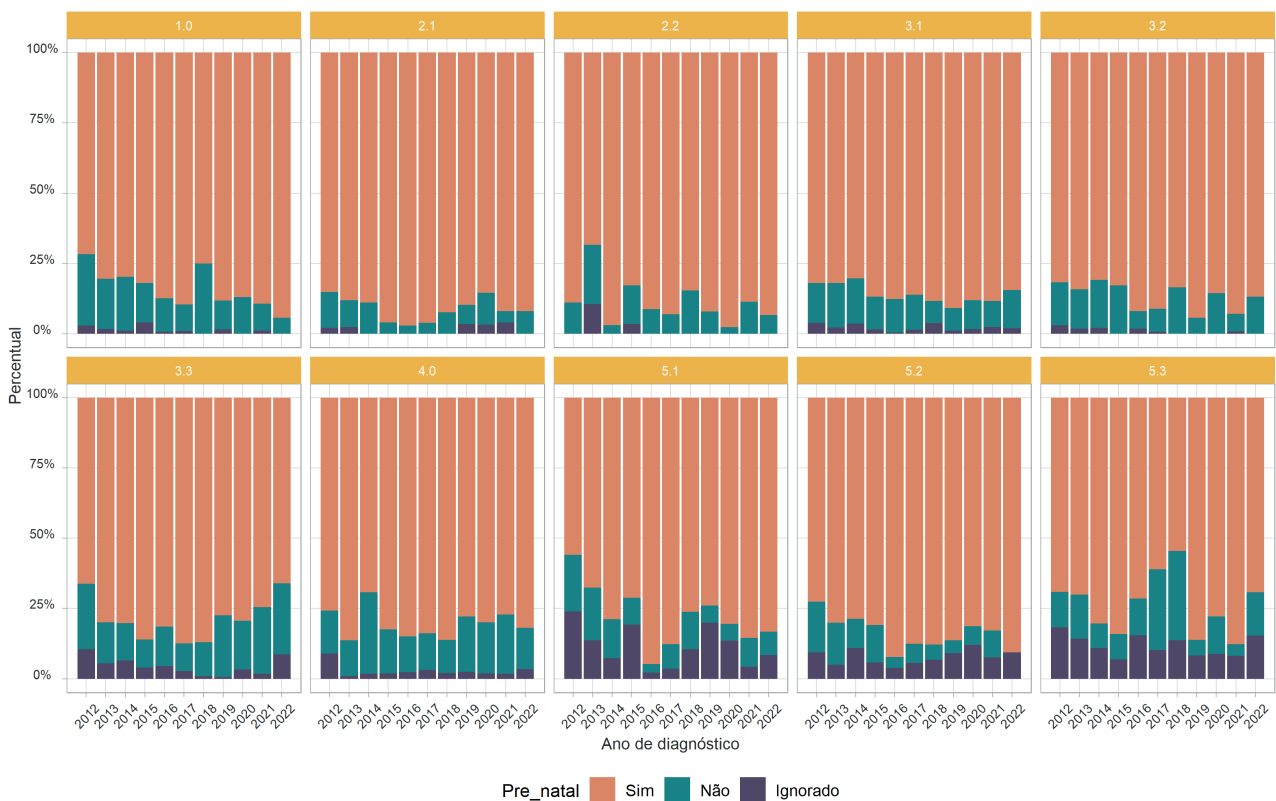
A avaliação dos dados obtidos em relação à realização do pré-natal revela que, em todas as AP e, por consequência, no MRJ, há grande adesão ao pré-natal, em detrimento do baixo número de gestantes não acompanhadas. As AP que apresentaram maior variação na cobertura de pré-natal de mães de crianças com sífilis congênita durante a série histórica foram 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3, enquanto as demais apresentaram certa estabilidade. A partir destes dados cabe a reflexão acerca das possíveis causas dos números da sífilis congênita no MRJ, ainda que estes venham se mantendo em moderada estabilidade.

Figura 25 — Realização de pré-natal pelas mães de casos de sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Figura 26 — Realização de pré-natal pelas mães de casos de sífilis congênita por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



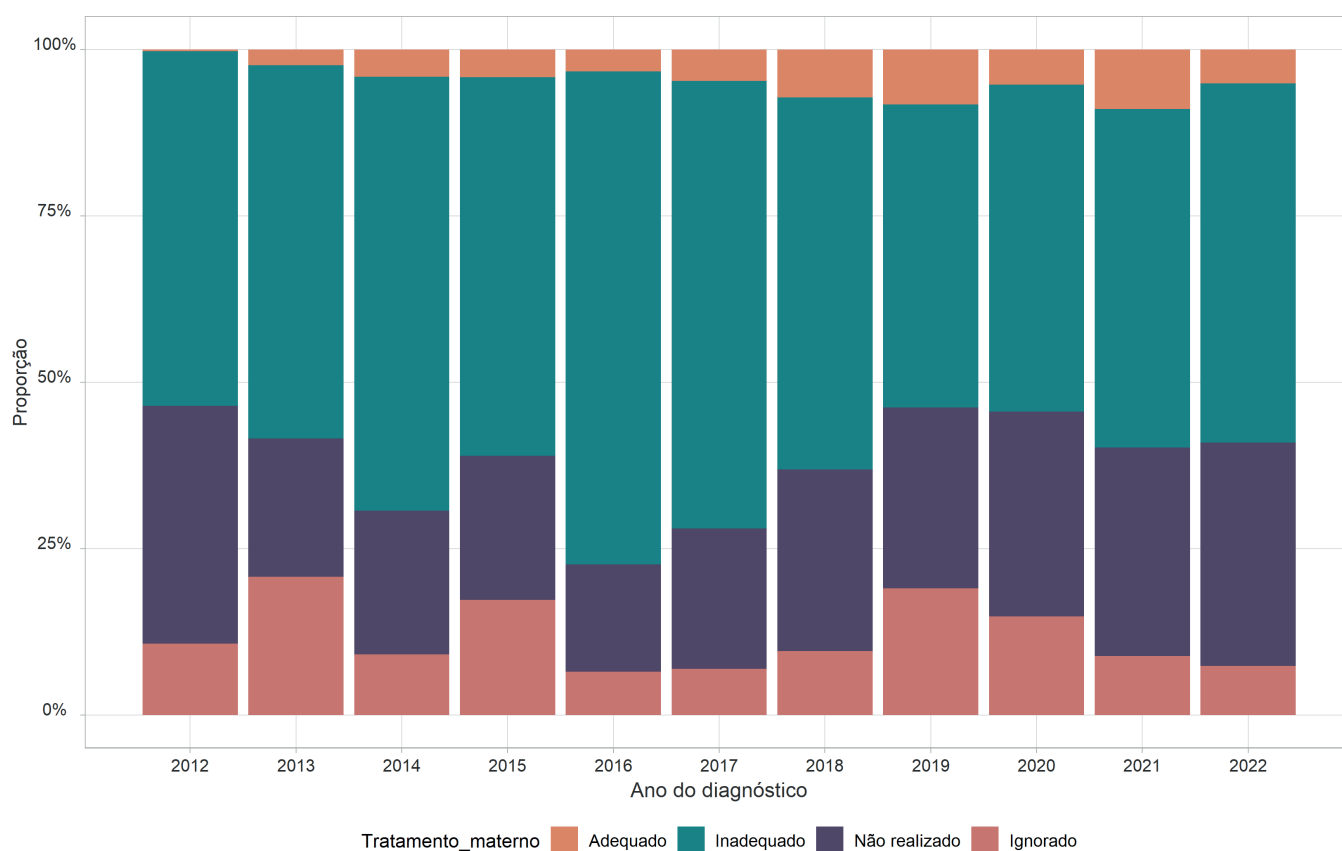
Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

### 2.3.3 TRATAMENTO

A análise do tratamento materno dos casos de sífilis congênita inicia uma reflexão acerca das causas para os números da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. Durante toda a série histórica avaliada, a proporção de tratamento adequado foi extremamente baixa quando comparada com o tratamento inadequado, não realizado ou ignorado. De forma a corroborar com esse achado, verifica-se que esse comportamento se repetiu em todas as AP.

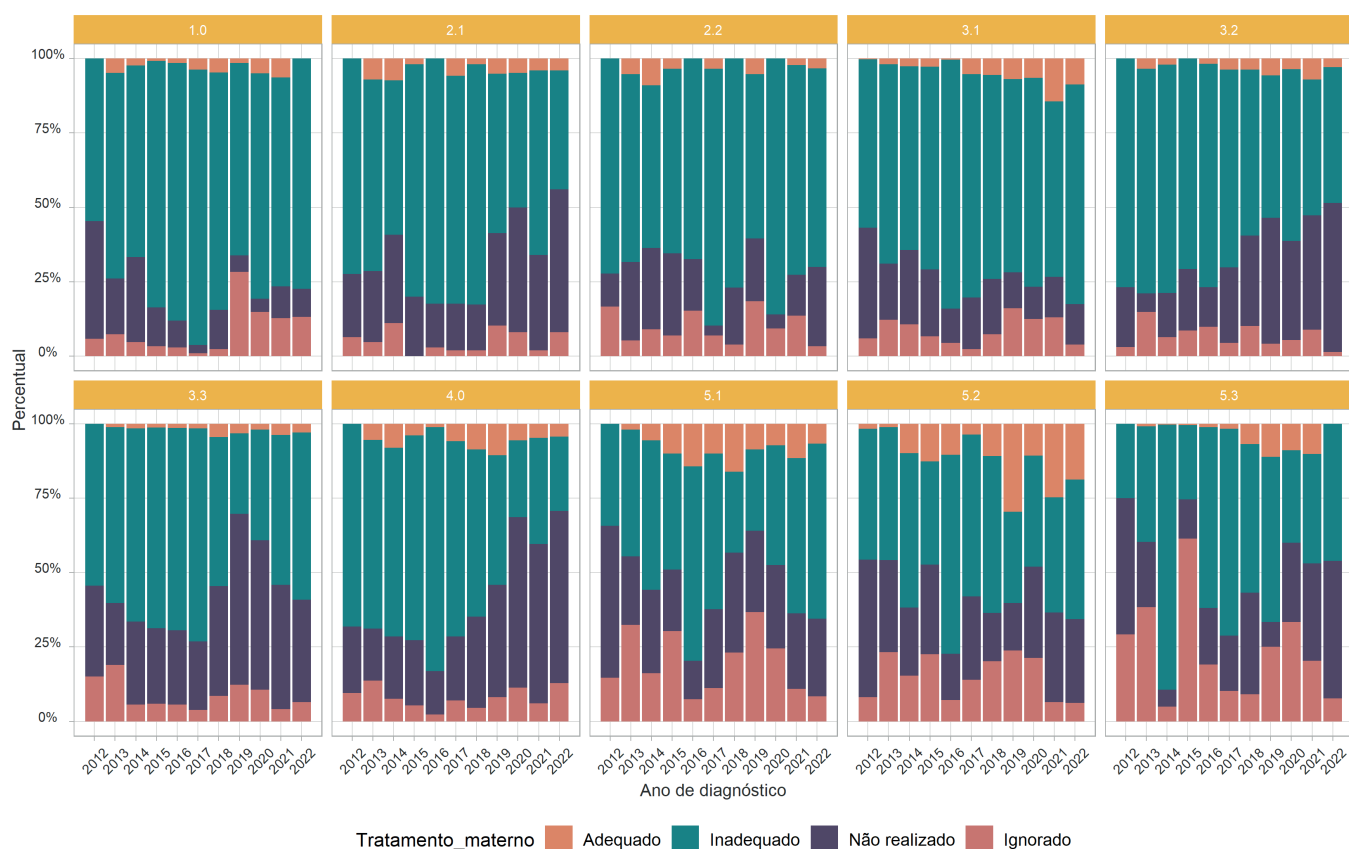
Evidencia-se que o tratamento materno nos casos de sífilis congênita ainda é um desafio na cidade. Percebe-se também que a proporção de tratamentos classificados como “ignorado” é considerável em algumas áreas. Vale destacar que essa é uma informação crucial na condução dos casos de sífilis congênita e, portanto, deve ser alvo de qualificação.

**Figura 27 — Adequação do tratamento materno dos casos de sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

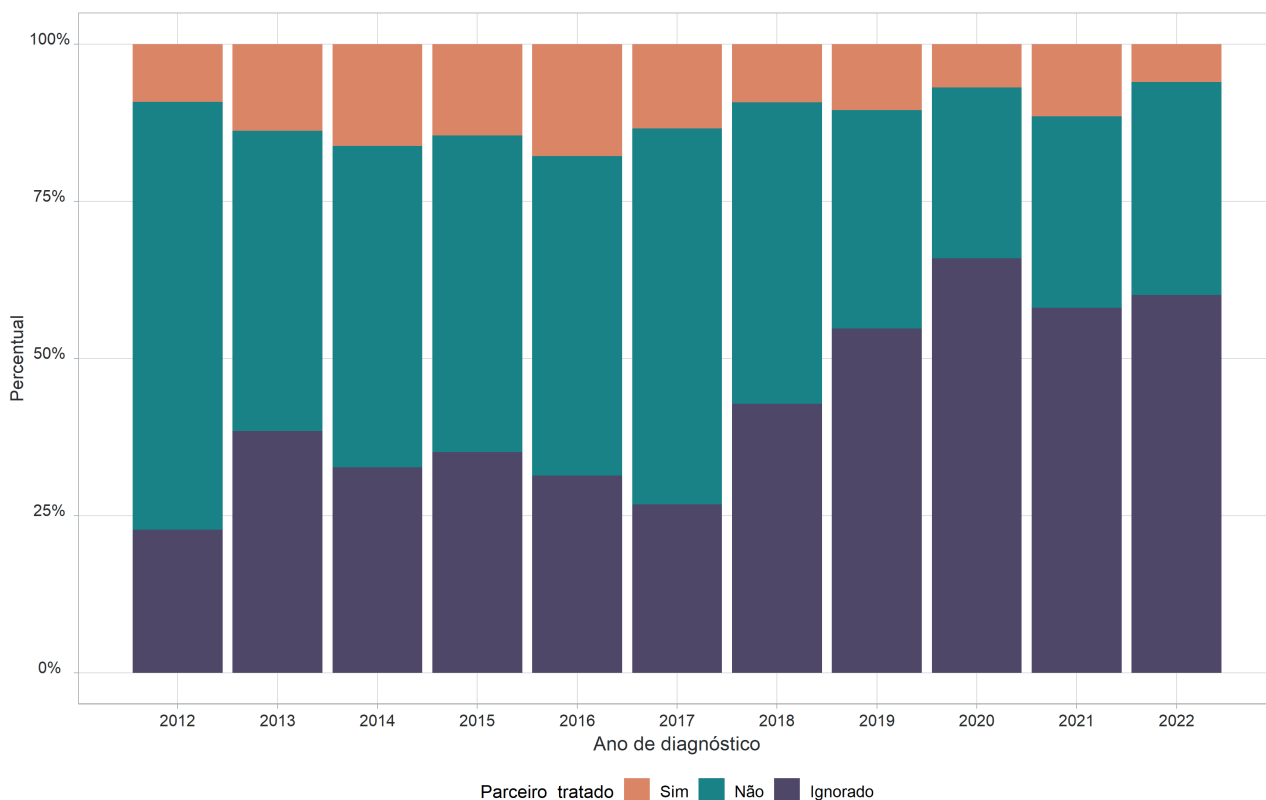
Figura 28 — Adequação do tratamento materno dos casos de sífilis congênita por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

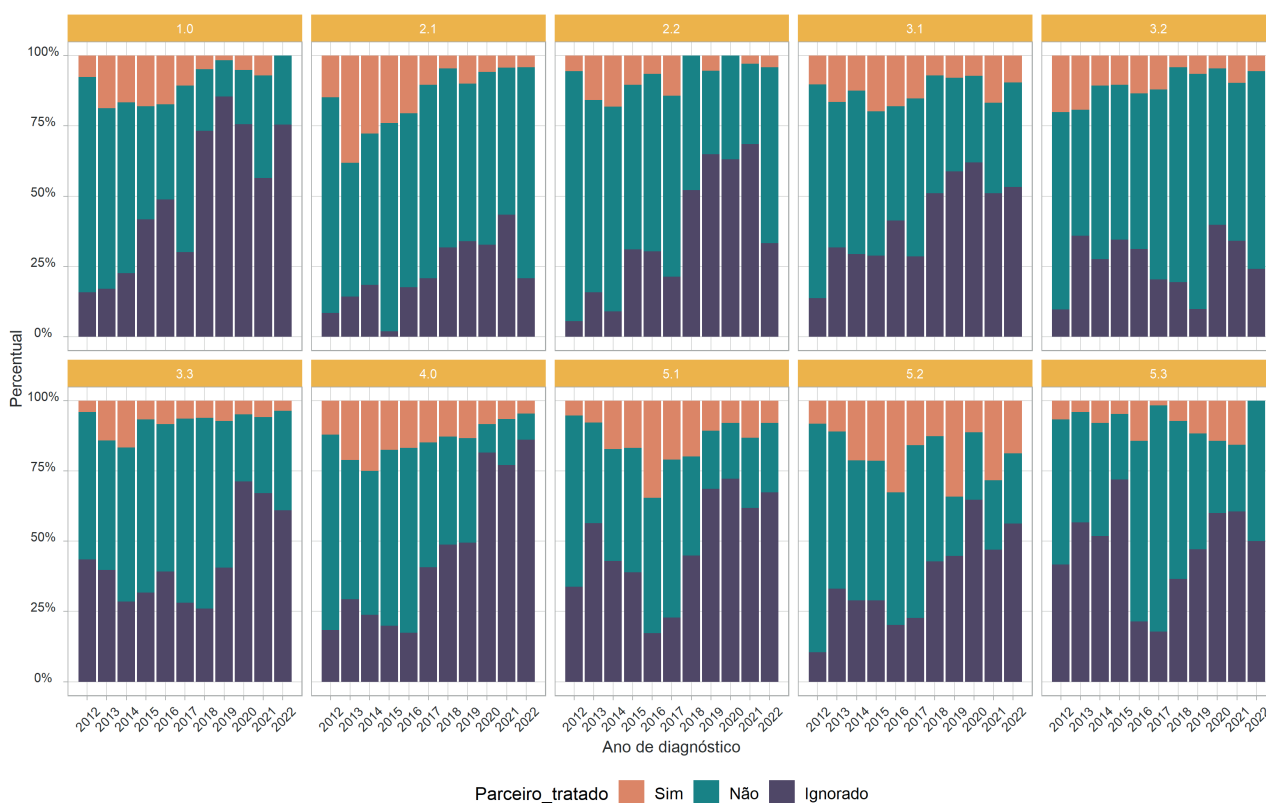
Levando-se em consideração o desfecho dos casos, os dados demonstram que o tratamento inadequado materno reflete no diagnóstico de sífilis congênita, porém, também deve-se atentar para o tratamento das parcerias sexuais. Conforme demonstrado nas Figuras 29 e 30, o percentual de parcerias tratadas vem diminuindo ao longo dos anos, ao passo que os registros de tratamento "ignorado" nas notificações vêm aumentando. Cabe aqui o reforço que, embora o tratamento da parceria não implique mais diretamente na definição de tratamento adequado da gestante, ele é relevante para o controle da sífilis e a diminuição da transmissão vertical, uma vez que o não tratamento interfere na recontaminação das gestantes.

Figura 29 — Distribuição do tratamento da parceria das mães dos casos de sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

Figura 30 — Distribuição do tratamento da parceria das mães dos caso de sífilis congênita por AP e ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

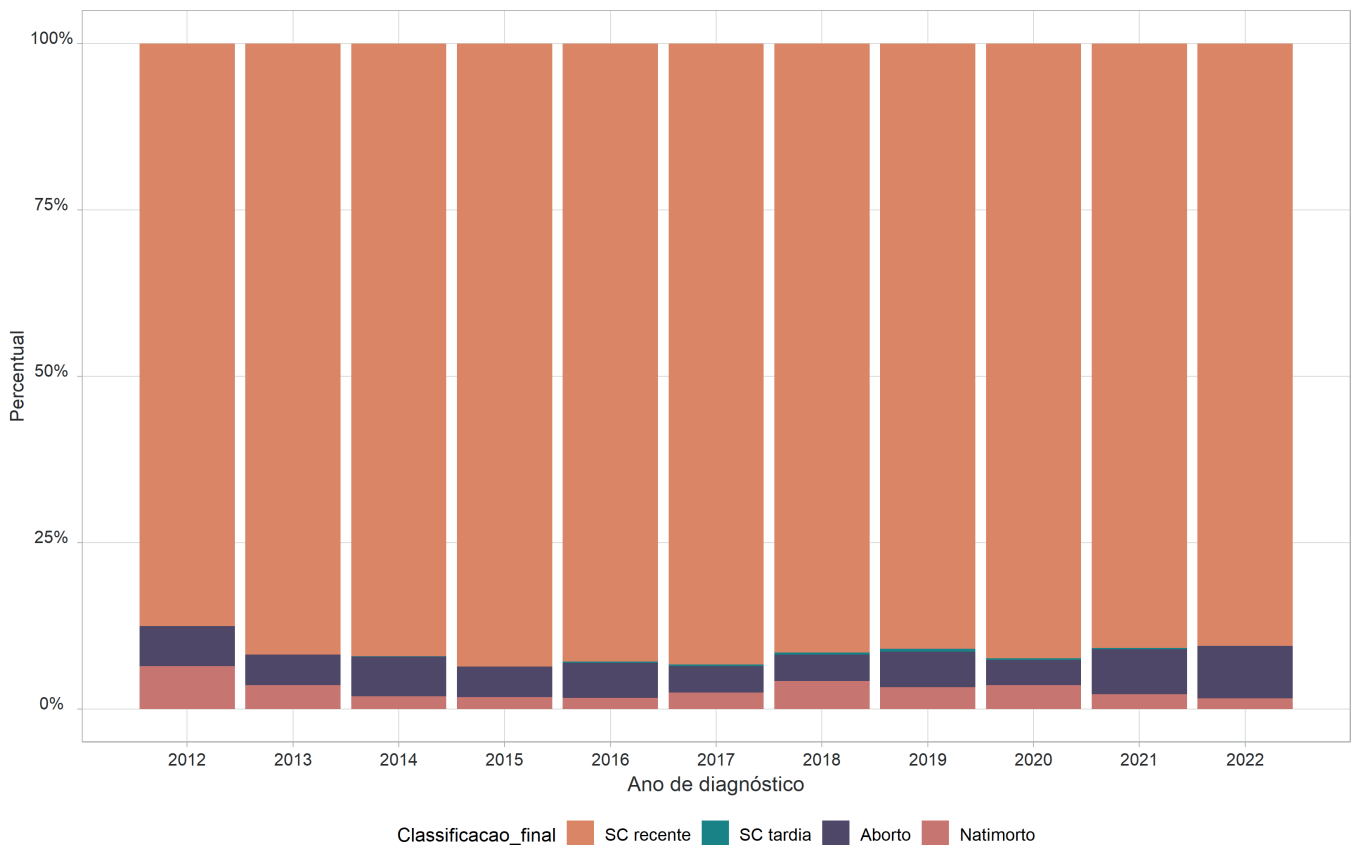


## 2.3.4 CLASSIFICAÇÃO FINAL DOS CASOS

As Figuras 31 e 32 apresentam os dados quanto à classificação final dos casos de sífilis congênita, mostrando que a maioria foi classificada como sífilis congênita recente, já que o diagnóstico da criança se dá na maternidade, na maioria das vezes (dados não apresentados). Há, ainda, em todas as AP do MRJ na série histórica, proporções variáveis de "aborto" e "natimorto", demonstrando o efeito da sífilis nas perdas fetais.

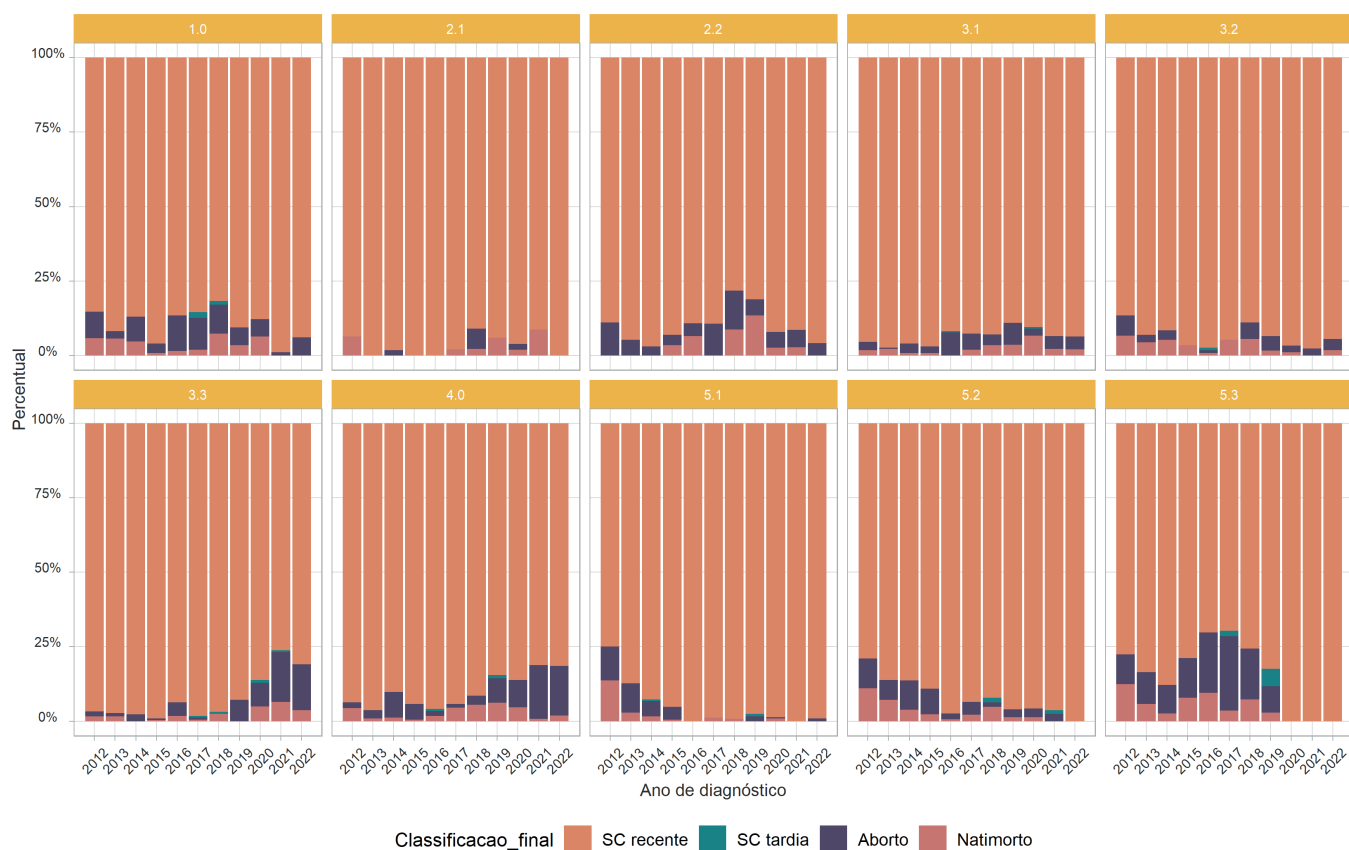
Embora a proporção de tratamento adequado da gestante com sífilis seja elevada no MRJ (Figura 12), inversamente se observa uma alta proporção de tratamento inadequado materno na notificação de sífilis congênita (Figura 27) e baixa proporção de tratamento da parceria sexual (Figura 29). Lembramos aqui que os critérios de tratamento adequado materno para fins de definição de caso de sífilis congênita não inclui mais o tratamento da parceria, o que levanta um alerta para revisão do entendimento da definição de caso e capacitação das equipes.

**Figura 31 — Distribuição da classificação final dos casos de sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.**



Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

**Figura 32 — Distribuição da classificação final dos casos de sífilis congênita por AP e ano, MRJ, 2012–2022.**



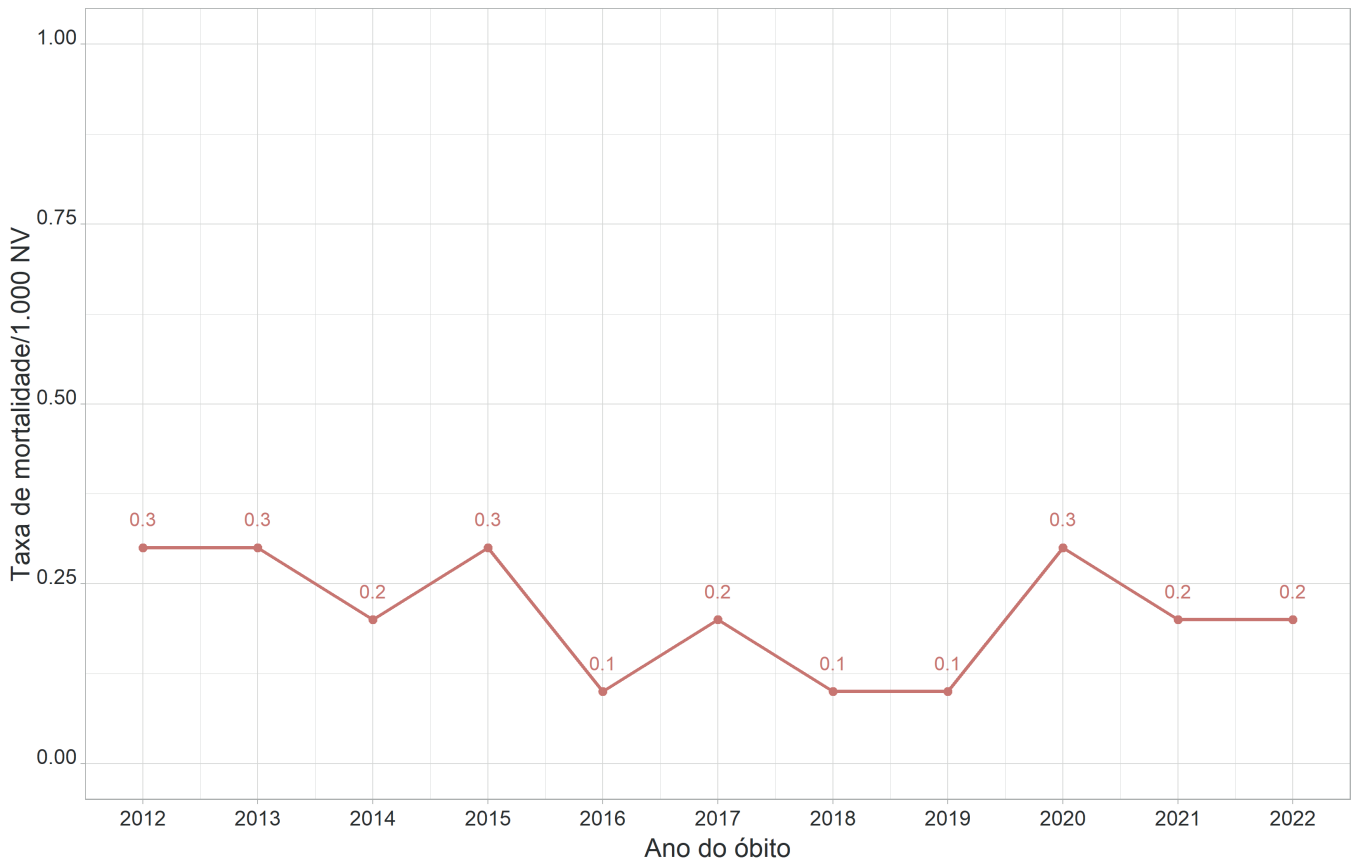
Fonte: SINAN, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de agosto.

### 2.3.5 MORTALIDADE INFANTIL ESPECÍFICA POR SÍFILIS CONGÊNITA

Analisando a mortalidade infantil específica por sífilis congênita, ainda se identifica, como observado na Figura 33, uma taxa de mortalidade considerável ao longo dos últimos anos no município do Rio de Janeiro. O óbito infantil por sífilis congênita é um evento sentinela e um dos possíveis desfechos da sífilis na criança. A mortalidade infantil é um problema de saúde pública, e óbitos por causas evitáveis devem ser investigados e discutidos, para uma melhora na qualidade assistencial.

Na Tabela 4 é possível identificar em quais AP ocorreram os óbitos nos últimos anos. O número de óbitos por sífilis congênita apresentou uma queda no ano de 2021, comparado ao ano de 2020. A mediana dos óbitos na série histórica é de 15 casos por ano. As áreas que apresentam o menor número de óbitos são a 2.1 e 5.3, que também apresentam a menor taxa de incidência de casos.

Figura 33 — Taxa de mortalidade infantil específica por sífilis congênita por ano, MRJ, 2012–2022.



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações

Tabela 4 — Número óbitos por sífilis congênita por AP e ano, MRJ, 2012–2022.

ANO	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	MRJ
2012	3	1	8	1	5	2	4	2	1	—	27
2013	2	1	2	3	7	2	2	1	3	—	23
2014	—	—	1	1	5	4	1	1	1	1	15
2015	2	1	3	4	4	1	3	4	2	—	24
2016	1	—	1	1	3	3	—	—	3	—	12
2017	—	—	3	3	4	3	—	3	3	—	19
2018	—	—	—	1	5	2	2	1	—	—	11
2019	—	—	—	2	2	1	1	—	2	—	9
2020	—	—	4	—	6	1	3	6	—	1	21
2021	—	—	1	—	1	2	2	2	3	1	12
2022	1	—	2	1	—	1	1	2	—	—	8

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

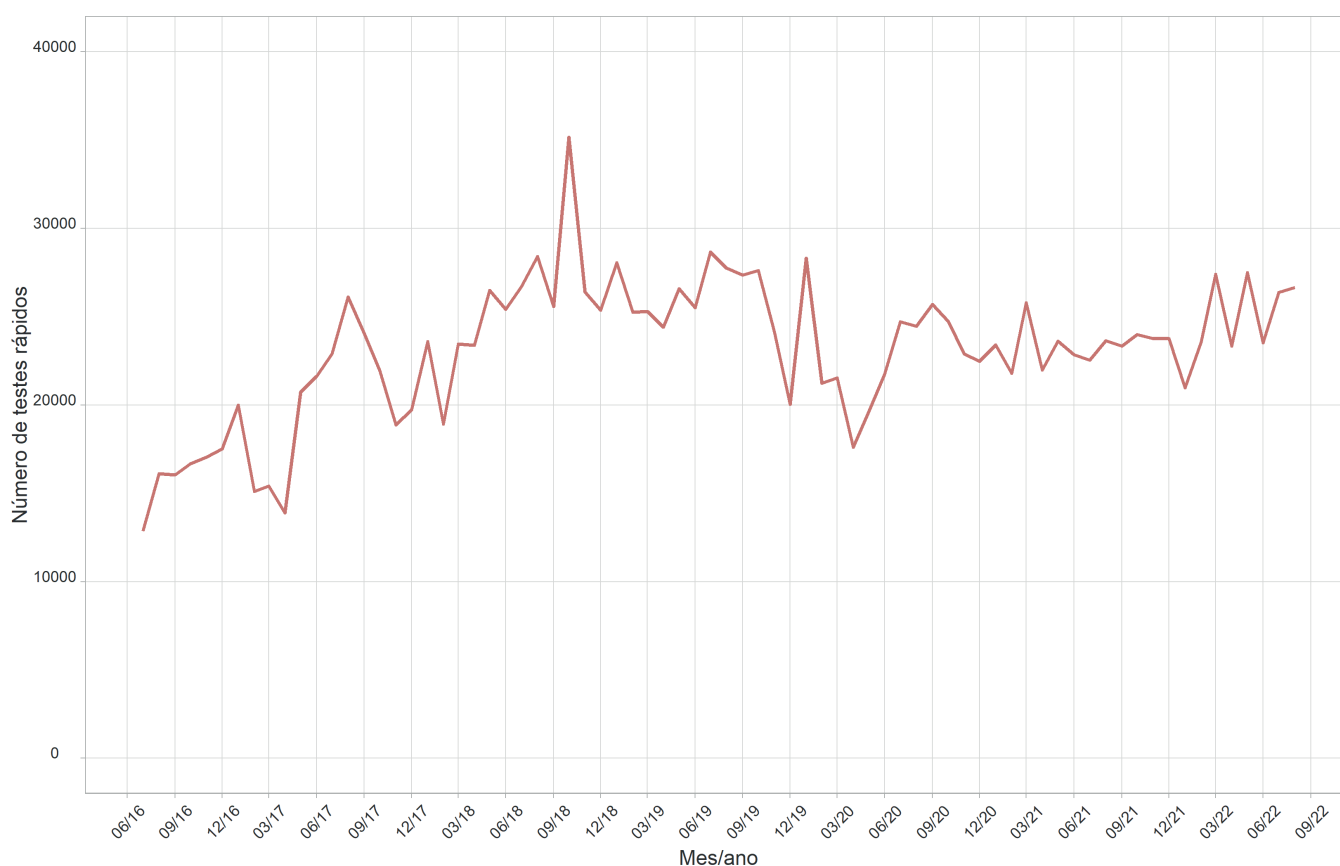
## 3. ATENÇÃO À SÍFILIS NO MRJ

### 3.1 DIAGNÓSTICO

O MRJ possui uma ampla rede de Atenção Primária à Saúde (APS) com capilaridade no território, e toda Unidade de Atenção Primária (UAP) dispõe de teste rápido para diagnóstico de sífilis para oferta à população em geral, com a finalidade de diagnosticar precocemente, tratar oportunamente e diminuir a transmissão deste agravo. Os testes também estão disponíveis em maternidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades de rede de urgência e emergência municipal, favorecendo o diagnóstico. Os testes de acompanhamento também estão disponíveis na rede.

Conforme pode-se observar na Figura 34, o número total de testes rápidos para sífilis realizados por mês no MRJ de 2016 a 2022 continua elevado, porém, estável ao longo dos últimos meses. Observa-se um pico na realização dos testes em outubro de 2018 devido à intensificação na testagem como ação de rastreio na semana do dia nacional de combate à sífilis.

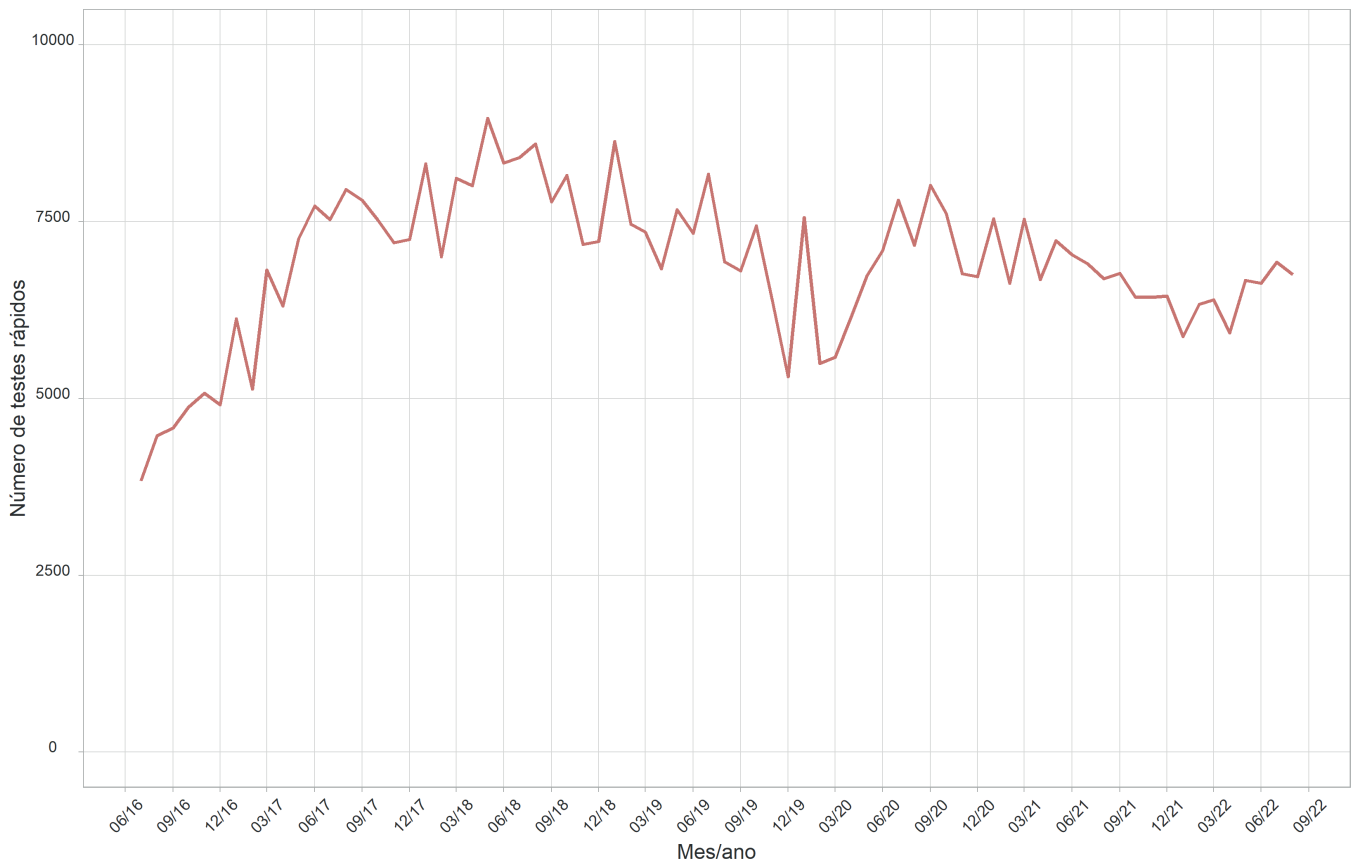
**Figura 34 — Total de testes rápidos para sífilis realizados por mês e ano, MRJ, 2016–2022.**



Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

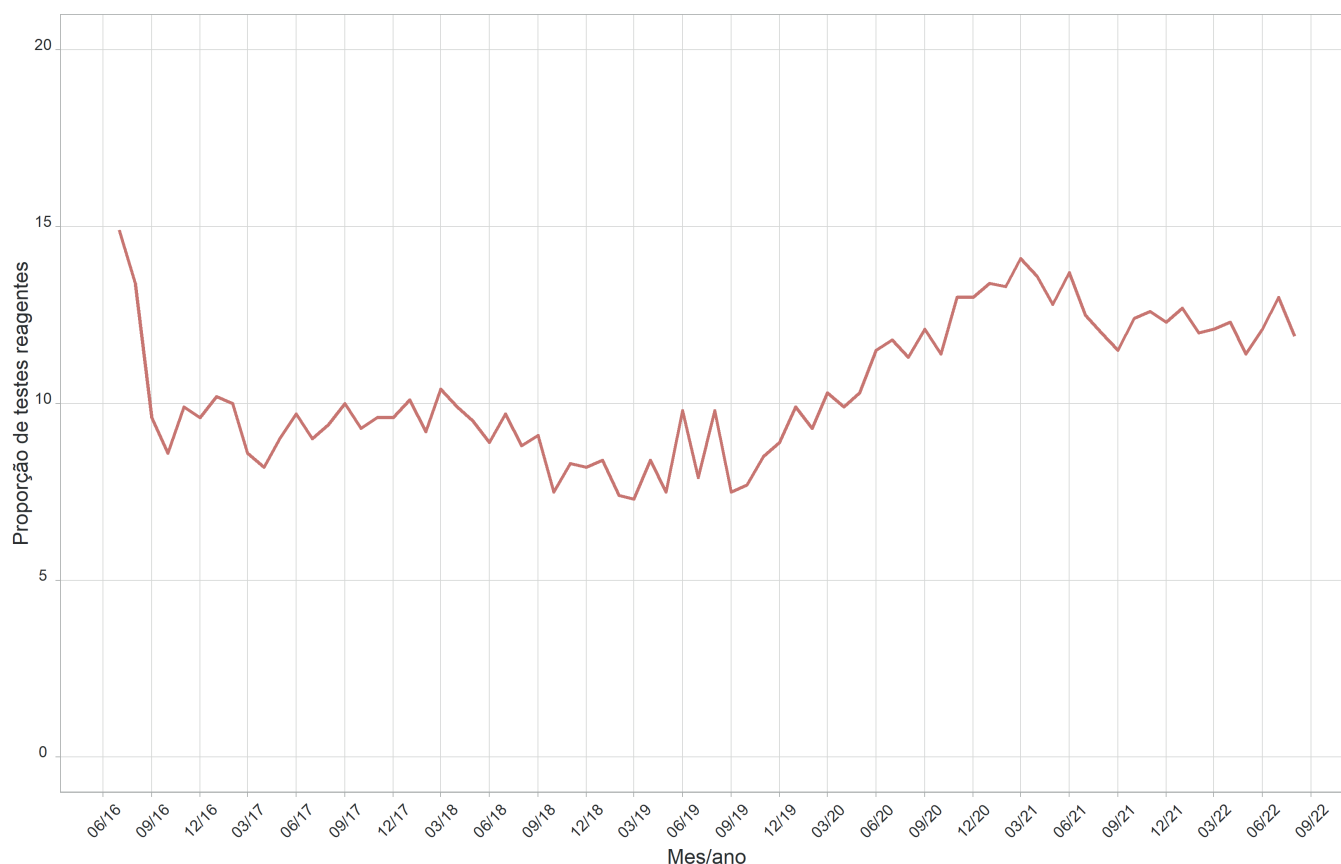
Observa-se na Figura 35 o número de testes realizados especificamente no grupo de gestantes. Vale ressaltar que a cobertura de APS no município aumenta o acesso dessa população à assistência ao pré-natal e, conseqüentemente, ao diagnóstico das doenças realizado no rastreio desta rotina.

**Figura 35 — Total de testes rápidos para sífilis realizados em gestantes e puérperas por mês e ano, MRJ, 2016–2022.**



Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

A positividade geral de testes variou ao longo do tempo, influenciada também pelo total de testes, mas tem se mantido estável nos últimos nove meses, com média de 13% de positividade no MRJ (Figura 36). Verifica-se que os dados apresentados corroboram para o aumento da taxa de detecção de sífilis.

**Figura 36 — Positividade geral de testes rápidos para sífilis realizados por mês e ano, MRJ, 2016–2022.**

Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações

A Tabela 5 apresenta o número de testes realizados por ano, total e em gestantes, bem como o número de testes reagentes. Observa-se a manutenção da oferta da testagem nos anos da pandemia da covid-19 em valores próximos aos anteriores e maior número de testes reagentes no período.

**Tabela 5 — Número de testes rápidos para sífilis realizados, total em gestantes/puérperas e reagentes, por ano, MRJ, 2017–2022.**

ANO	TOTAL DE TESTES	TESTES EM GESTANTES / PUÉRPERAS	TOTAL DE TESTES DE REAGENTES (em relação ao total de testes)
2017	240.352	84.620	22.636
2018	308.915	96.075	27.977
2019	310.654	86.303	25.582
2020	275.048	82.701	30.802
2021	280.391	82.320	36.036
2022	199.339	51.503	24.280

Fonte: SISLOGLAB, SMS-Rio. Dados sujeitos a alterações.

## 3.2 TRATAMENTO

O tratamento da sífilis está disponível em toda a rede de atenção primária e hospitalar no MRJ. O envolvimento de toda a equipe, contando com o apoio do núcleo ampliado de saúde da família para adesão do tratamento e equipe interdisciplinar, vem contribuindo para a adequação da resposta terapêutica, destacando o papel do farmacêutico na assistência. É recomendada a integração das maternidades, com a sinalização da criança exposta à sífilis ou com a definição como caso de sífilis congênita, principalmente na alta referenciada para continuidade do cuidado na APS.

Para o tratamento da sífilis, como já mencionado nesse documento, o medicamento de escolha é a benzilpenicilina benzatina, pois não há evidências de resistência do *T. pallidum* a esse medicamento. Com o cenário atual, é recomendado o tratamento imediato após apenas um teste reagente para sífilis, independentemente da presença de sinais e sintomas nas situações: gestantes, vítimas de violência sexual, pessoas com chance de perder o seguimento, pessoas sintomáticas e pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis. Existem outras alternativas para tratamento em casos excepcionais, porém, a benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

Os esquemas terapêuticos acompanham a classificação clínica e o estadiamento. Recomenda-se o acompanhamento do tratamento com busca ativa e sensibilização em caso de não adesão, incluindo monitoramento com teste não treponêmico, para determinar se ocorreu resposta imunológica adequada.

Toda criança exposta a sífilis, ou seja, que nasceu de mãe com diagnóstico de sífilis na gestação, deve ser avaliada criteriosamente de maneira clínica e epidemiológica da situação materna, associada à avaliação clínica laboratorial e exames de imagem, para exclusão de sífilis congênita. Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada durante o pré-natal, a criança é classificada com sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou dos exames complementares.

A criança exposta à sífilis deve ter seu acompanhamento realizado nas UAP com avaliação do desenvolvimento, monitoramento do teste não treponêmico e rotina de puericultura. E as crianças com sífilis congênita devem ter seu cuidado compartilhado entre as UAP e especialistas. Em ambos os casos é necessário uma vigilância e o cuidado em saúde coordenado na APS.

## 3.3 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

As ações de prevenção e promoção da saúde têm suma importância no controle da sífilis e das demais IST, principalmente na disseminação de informações sobre o comportamento e a transmissão da doença, medidas de prevenção, aplicação da prevenção combinada e educação em saúde em diversos espaços no território e nos ambientes de atendimento de saúde. A educação em saúde possibilita a visibilidade da doença pela população e a sensibilização dos profissionais para o tema, contribuindo para escolhas mais seguras e diminuindo a adoção de comportamentos de risco para a doença.

## 4. PERSPECTIVAS E DESAFIOS

A sífilis ainda representa uma ameaça para a saúde da população. Os indicadores apresentados neste boletim evidenciam que o controle da sífilis permanece como um desafio para o município do Rio de Janeiro.

O MRJ garante o acesso ao diagnóstico por meio das suas unidades de saúde em toda a rede assistencial, e observa-se que, mesmo durante a pandemia da covid-19, o número médio de testes realizados foi mantido e houve aumento no número de testes reagentes nesse período.

Nesse contexto, o MRJ alcança o indicador de proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV do Previne Brasil, em razão da ampla oferta de teste rápido durante o pré-natal. Para tal, é necessária a manutenção da aplicabilidade dos atributos da atenção primária como primeiro contato e longitudinalidade, não esquecendo a vigilância em saúde dos casos e da qualidade da informação.

Houve incremento das taxas de detecção, principalmente no ano de 2020. O tratamento adequado da sífilis em gestante predominou, contudo, esse predomínio não foi observado no tratamento materno dos casos de sífilis congênita. Em ambos os casos, o tratamento da parceria sexual ainda é um grande desafio, já que a maior proporção não é tratada, e essa é uma fragilidade para o controle da sífilis adquirida e um risco para a sífilis congênita, por possibilitar a reinfecção das gestantes.

Considerando a série histórica analisada, o acesso ao atendimento pré-natal contribui para o rastreamento da sífilis em gestante e o acompanhamento das crianças com sífilis congênita. Porém, é necessário avançar no tratamento das parcerias sexuais, para ampliar o controle da transmissão e ainda manter o acesso ao rastreamento e o diagnóstico nas unidades de saúde.

A análise espacial demonstra que a sífilis congênita incide com maior concentração em áreas mais vulneráveis, demonstrando a influência dos determinantes sociais e a importância do direcionamento das ações.

Vale ressaltar outro aspecto fundamental no enfrentamento da sífilis congênita: a investigação dos óbitos infantis, assim como dos óbitos fetais, relativos a essa doença, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço. O MRJ dedica-se à investigação desses casos com a identificação dos problemas relacionados à assistência pré-natal, no parto e ao recém-nascido, além da discussão de propostas de intervenção. A ferramenta da vigilância do óbito infantil e fetal e seus desdobramentos subsidiam a tomada de decisão e a programação das ações em saúde.

A perspectiva é que o fortalecimento das ações de acesso a testagem, diagnóstico e tratamento, bem como das ações de prevenção e educação em saúde, possibilitem o controle da transmissão sexual e da transmissão vertical, com a diminuição das sequelas da sífilis congênita.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de controle, prevenção e promoção são fundamentais para a detecção precoce da sífilis e para minimizar as sequelas da doença nas crianças.

A discussão do diagnóstico situacional da sífilis no MRJ neste boletim deve refletir no planejamento estratégico das ações de saúde, na organização dos serviços, bem como na reflexão das práticas de cuidado e na sensibilização dos profissionais em todos os níveis de atenção.

Considerando o empenho de esforços para o cumprimento da eliminação da sífilis como problema de saúde pública até o ano de 2030 e meta estratégica apresentada na Assembleia Mundial de saúde em 2016, a SMS-Rio planeja ações de acordo com o diagnóstico situacional e possui estruturada uma robusta rede de atenção à saúde para viabilizar as ações.

Nesse contexto, destaca-se a importância do papel da APS como coordenadora do cuidado e principal porta de entrada da rede de atenção à saúde para uma assistência centrada na pessoa e na comunidade, com viabilidade e oportunidade para fazer a diferença no cenário da sífilis no território e, consequentemente, impactar no controle da doença.



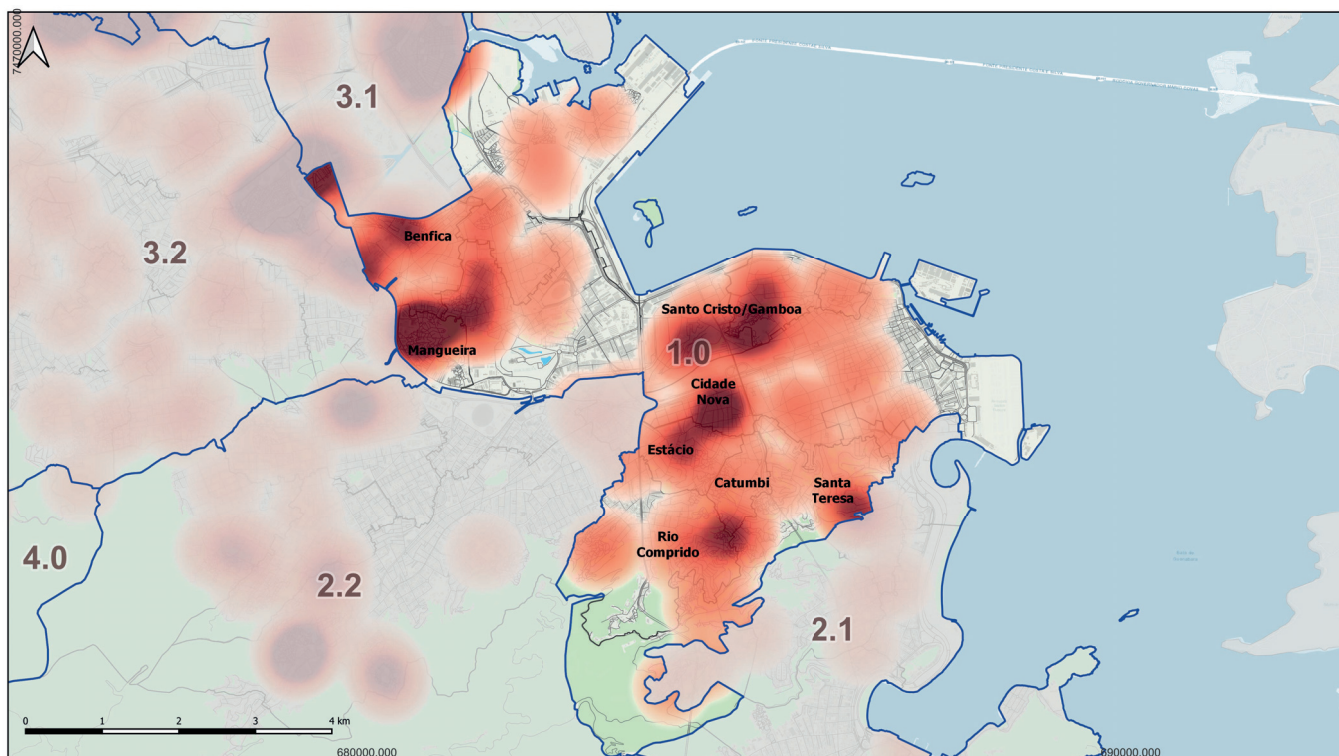
## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico — Sífilis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ano V , n.º 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. — 5. ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa n.º 2, de 19 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. — Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sífilis: história, ciência, arte** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. — Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. — 2. ed. rev. — Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. **Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e44.

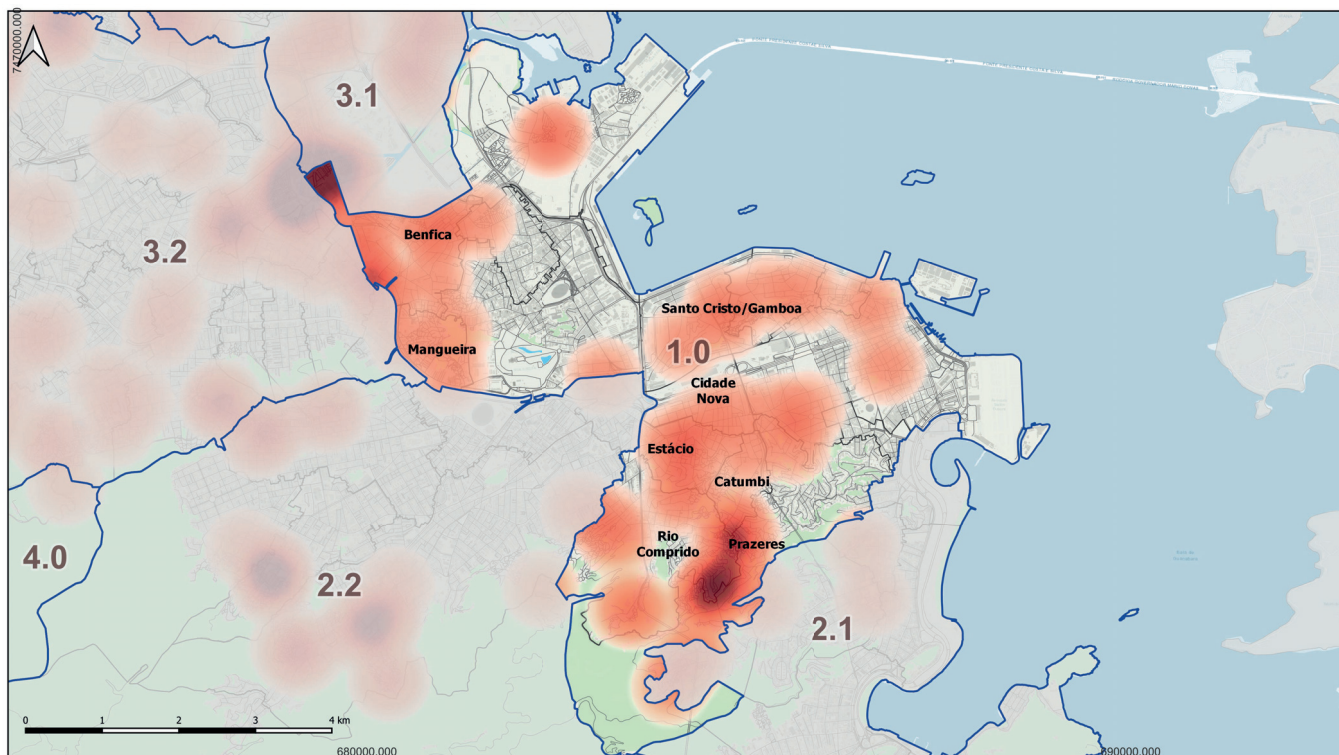
# APÊNDICES

1 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 1.0, 2021 a 2022.

2021



2022



### Legenda

Áreas programáticas

Hidrografia

Área urbana

Bairros

Área não urbana

Alta concentração

Baixa concentração

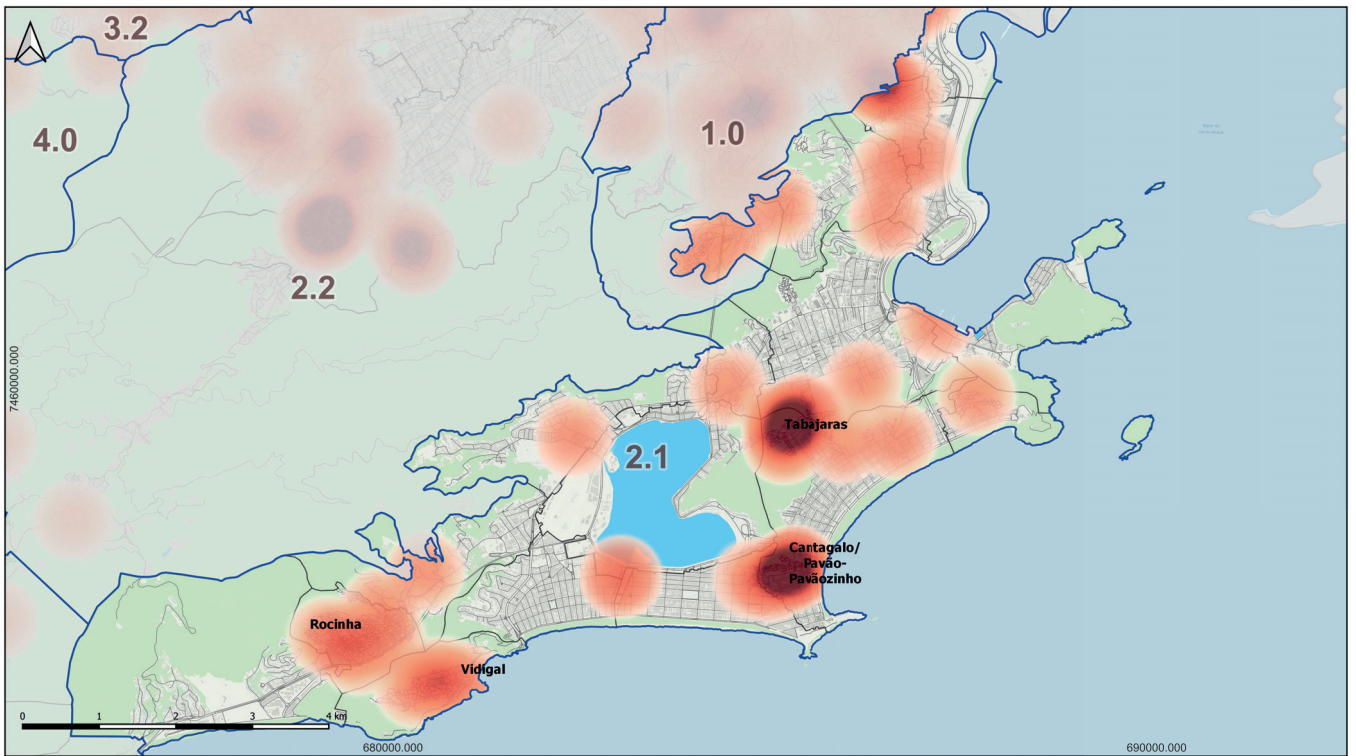
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

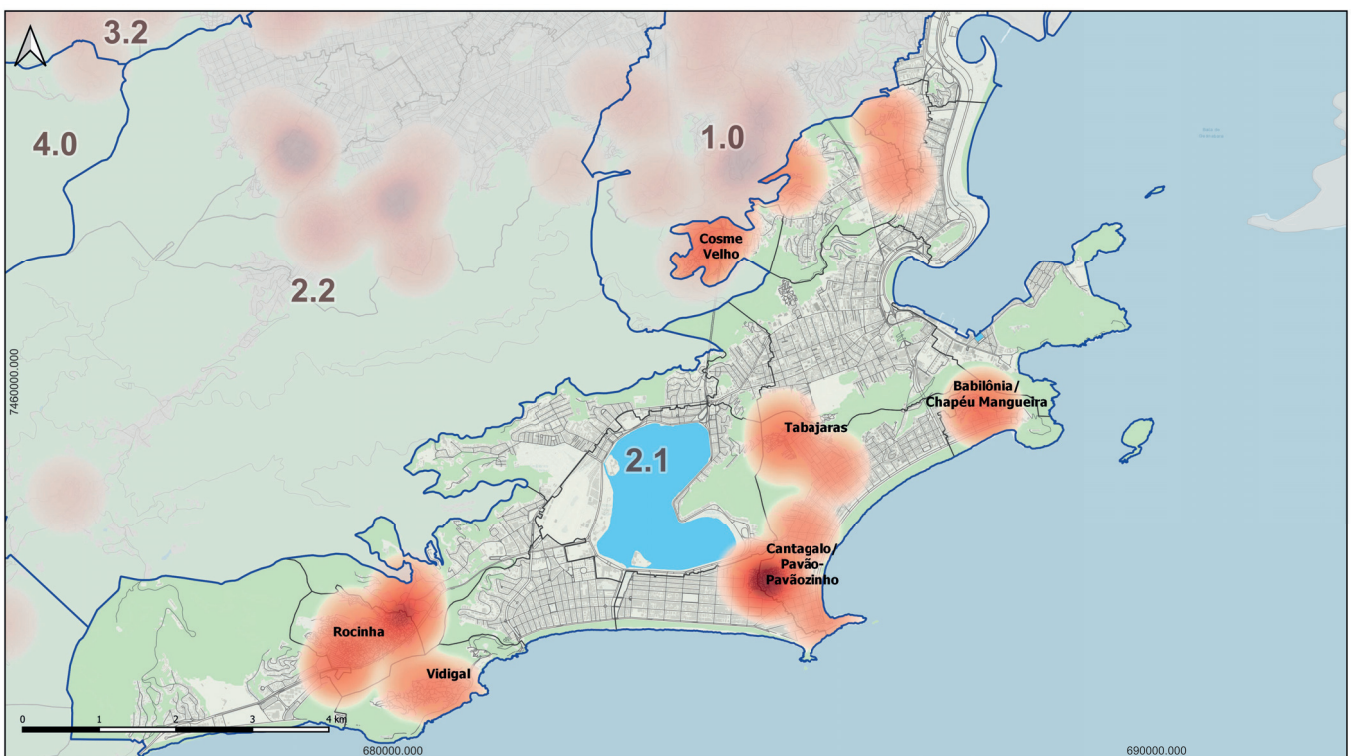
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

2 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 2.1, 2021 a 2022.



2021





2022



Legenda

-  Áreas programáticas
-  Bairros

-  Hidrografia
-  Área não urbana

-  Área urbana



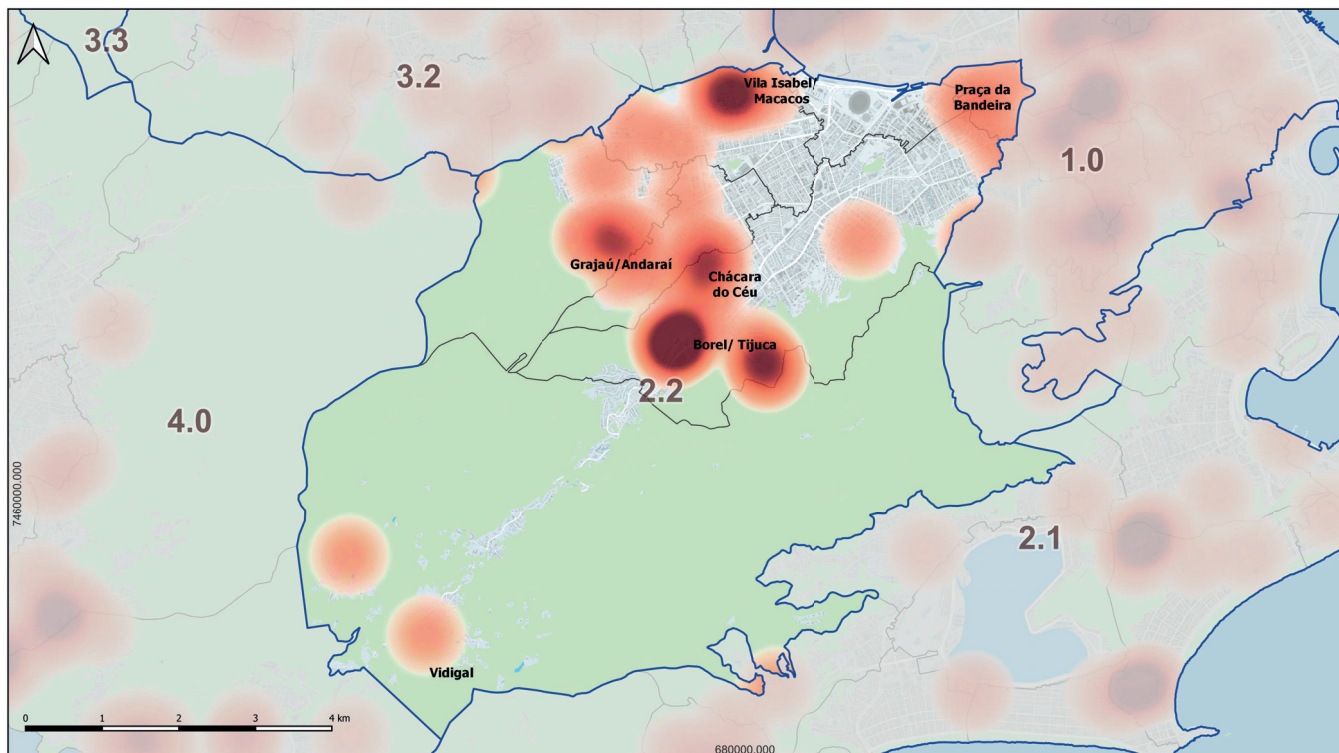
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

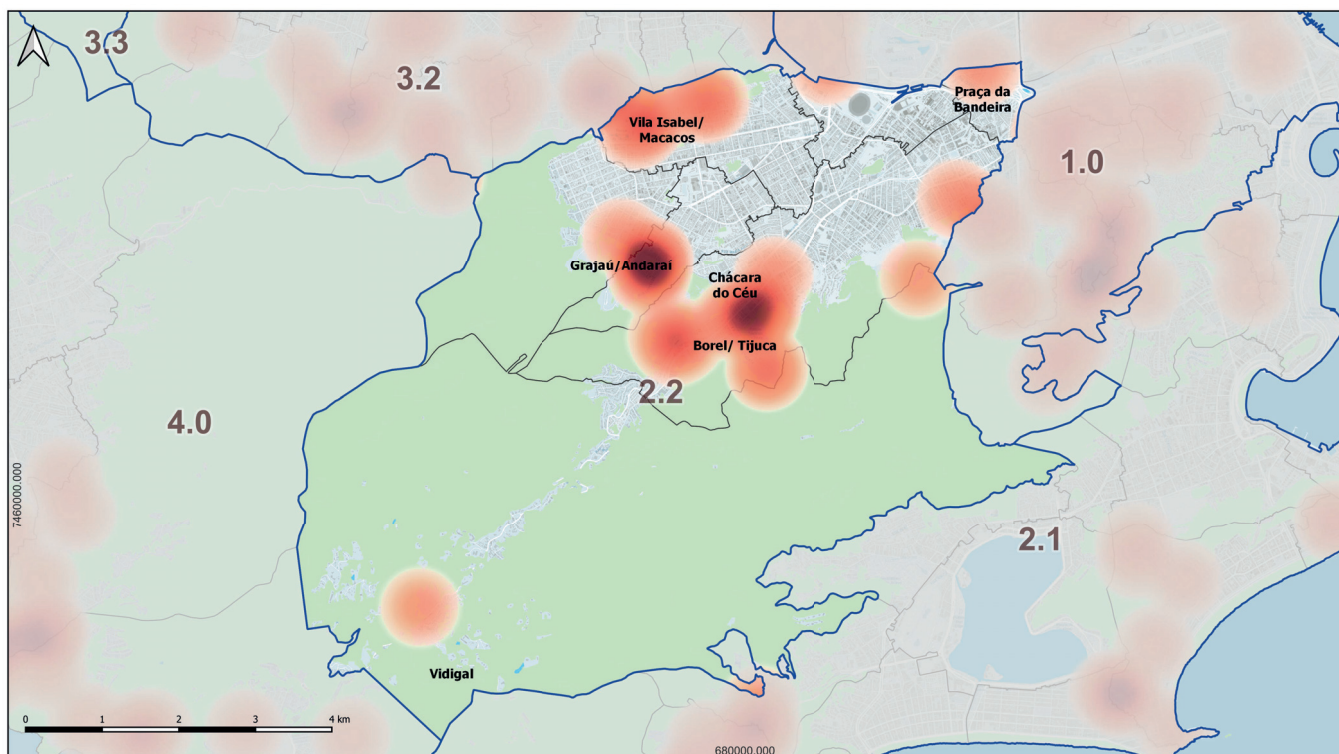
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

3 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 2.2, 2021 a 2022.



2021





2022



Legenda

-  Áreas programáticas
-  Bairros

-  Hidrografia
-  Área não urbana

-  Área urbana



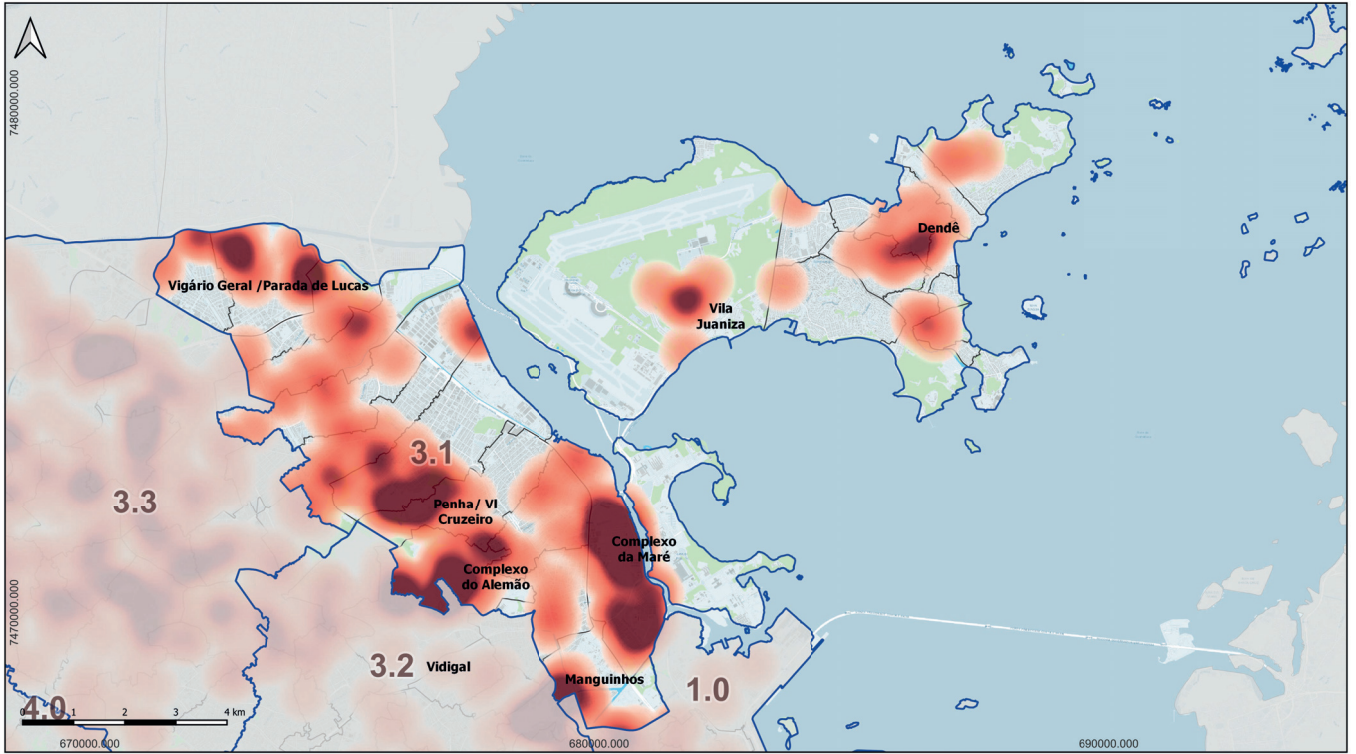
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

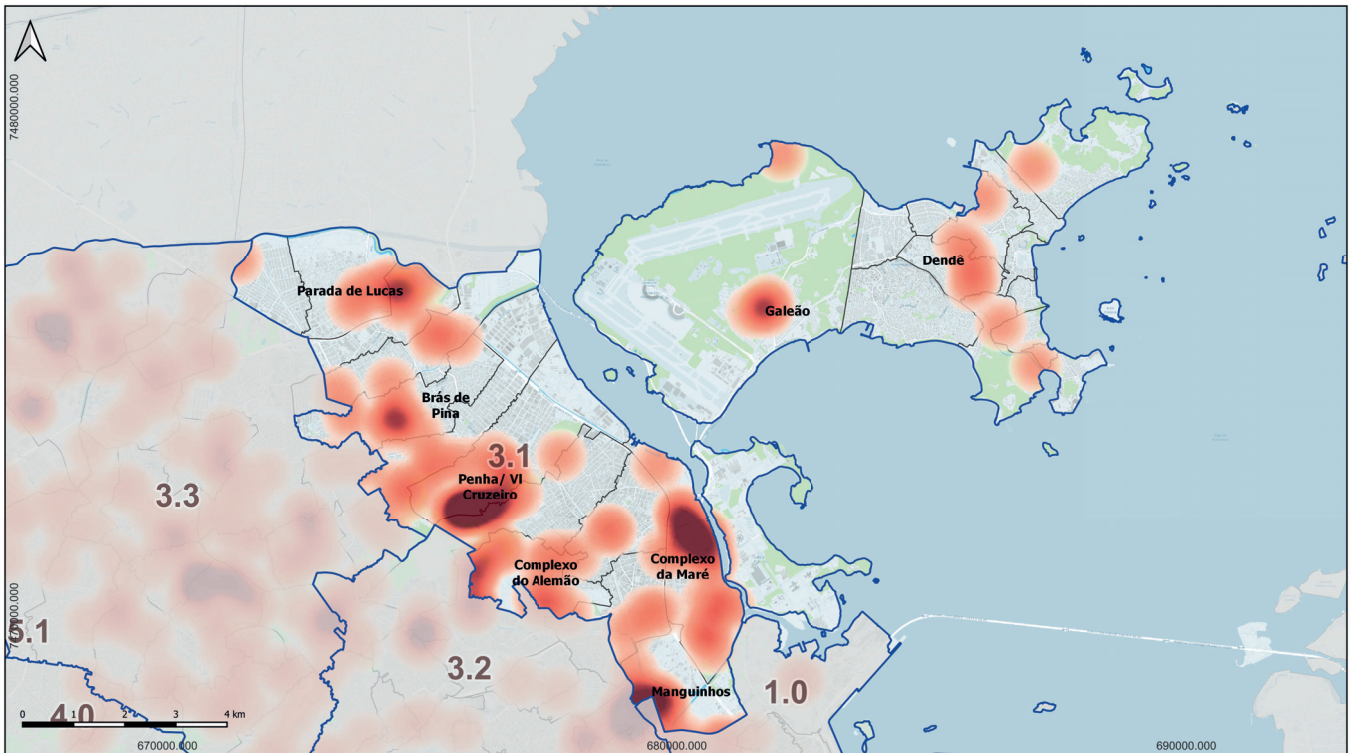
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

4 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 3.1, 2021 a 2022.

2021



2022



Legenda

- Áreas programáticas
- Bairros
- Hidrografia
- Área não urbana
- Área urbana



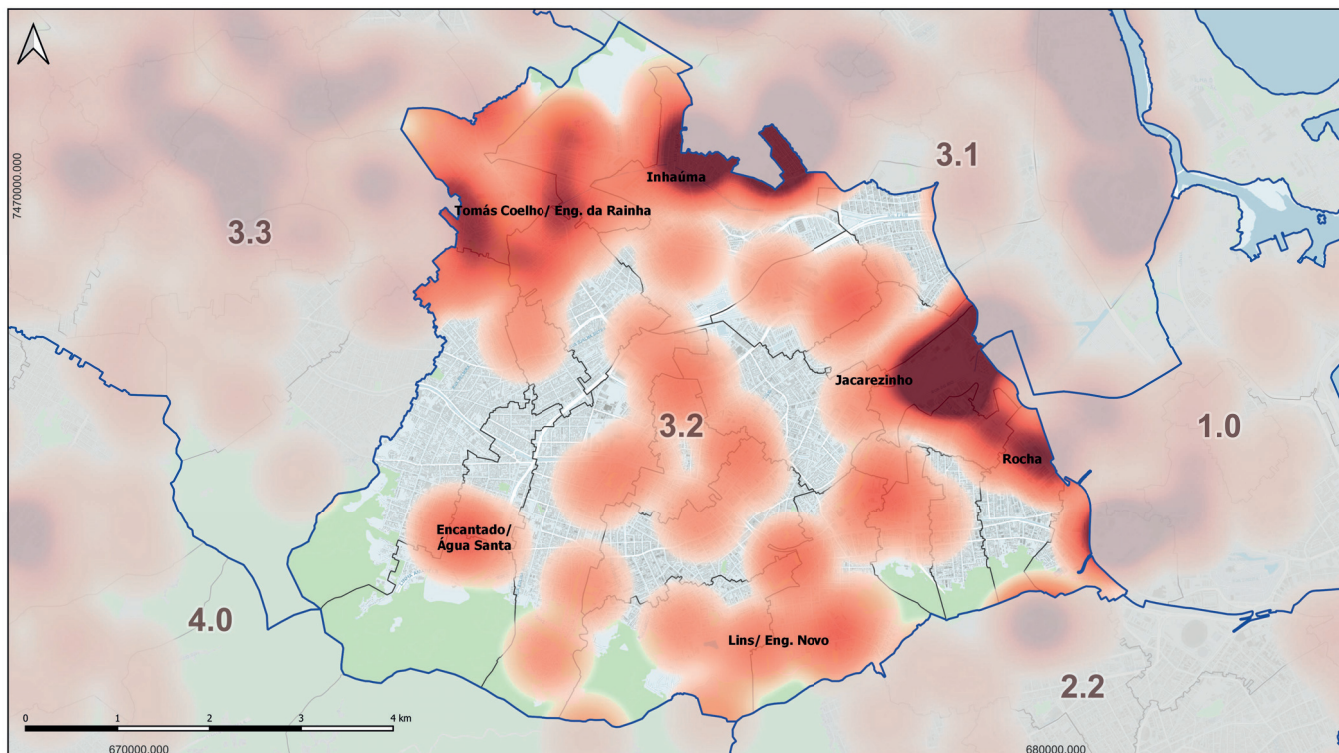
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

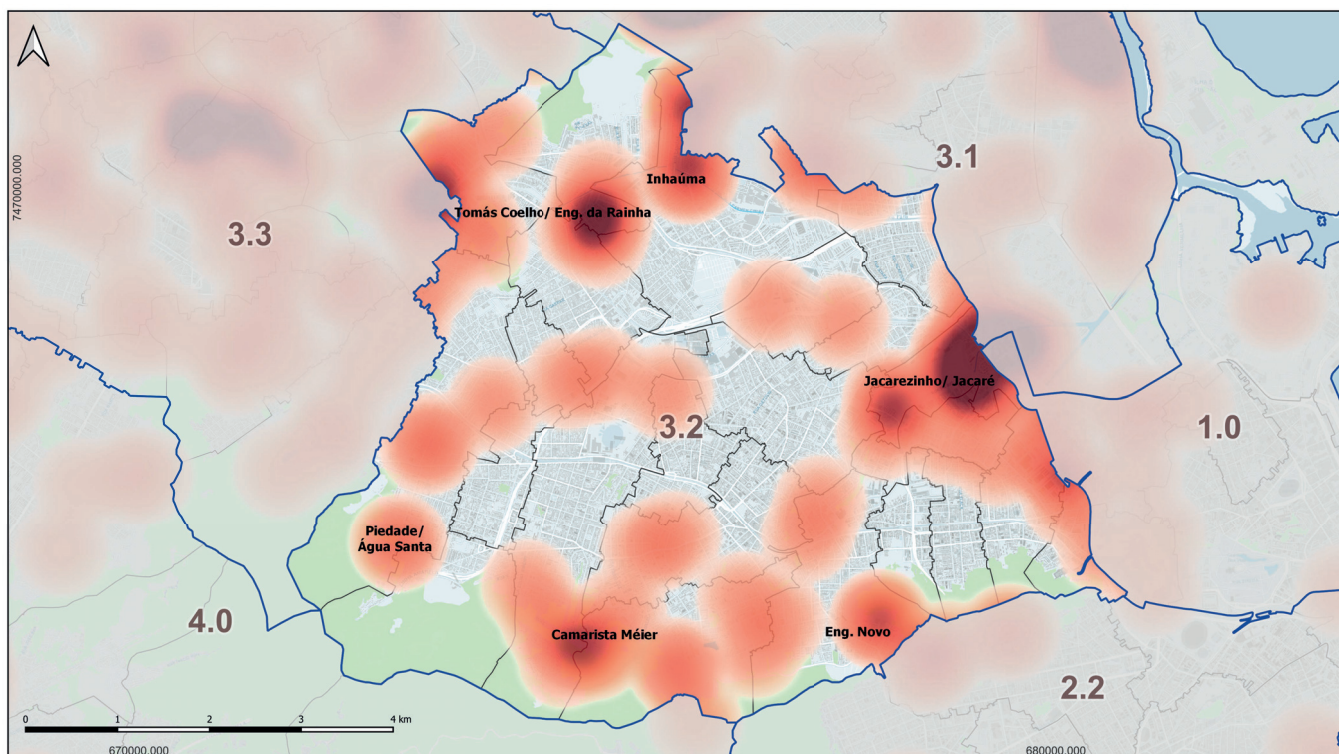
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

5 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 3.2, 2021 a 2022.

2021



2022



Legenda

Áreas programáticas

Hidrografia

Área urbana

Bairros

Área não urbana



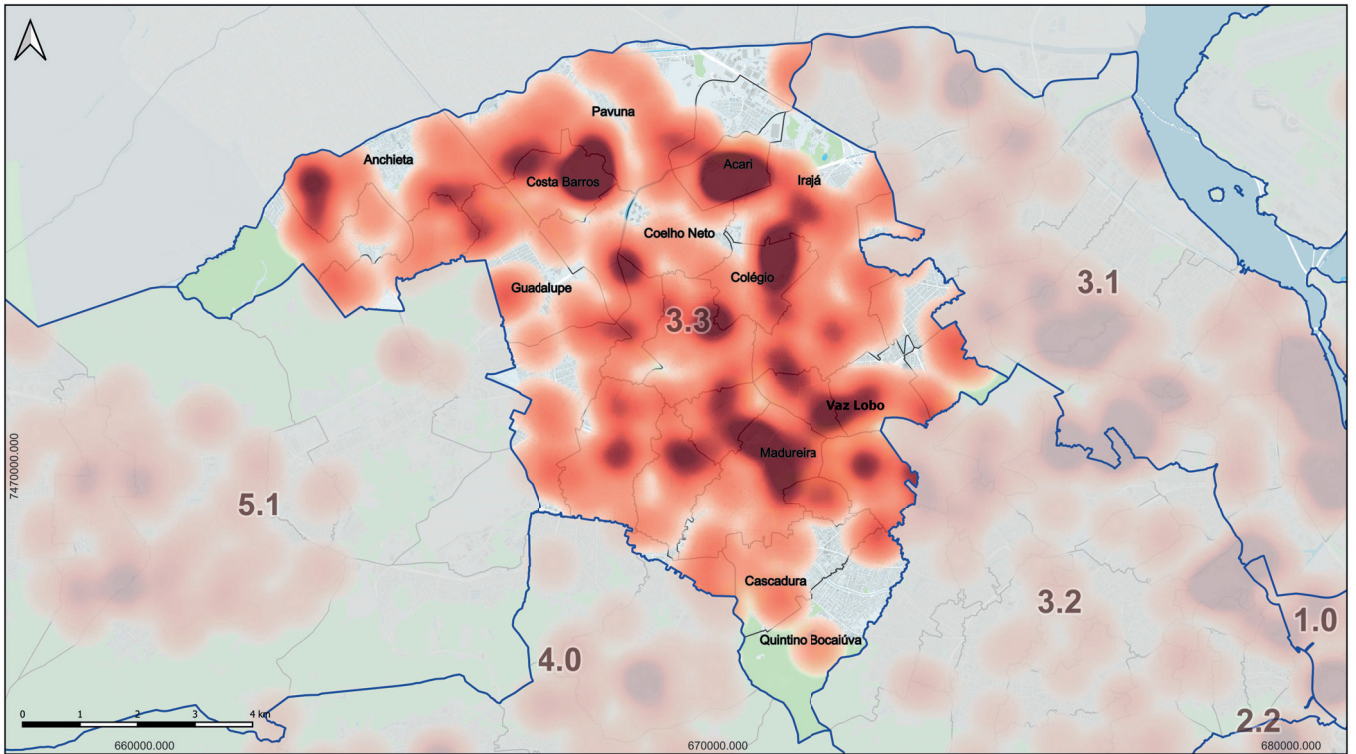
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

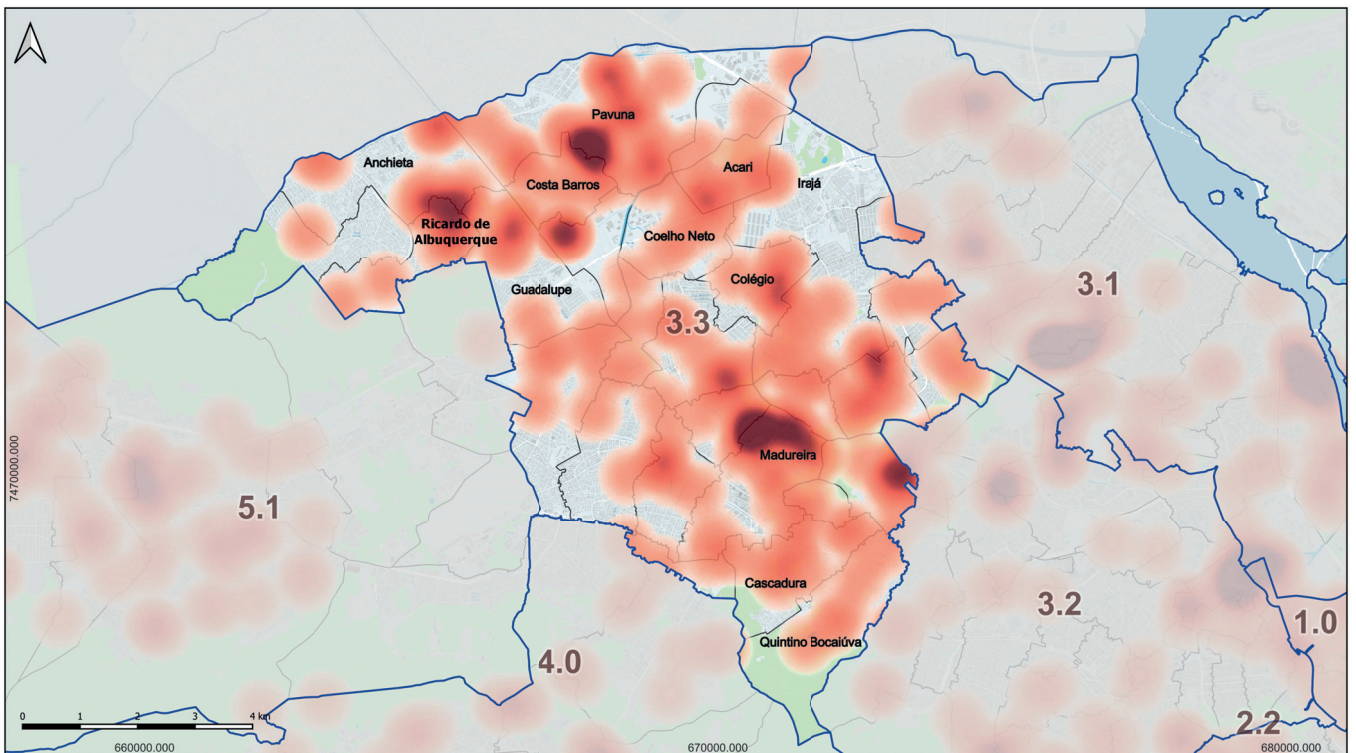
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

6 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 3.3, 2021 a 2022.

2021



2022



Legenda

- Áreas programáticas
- Bairros

- Hidrografia
- Área não urbana

- Área urbana



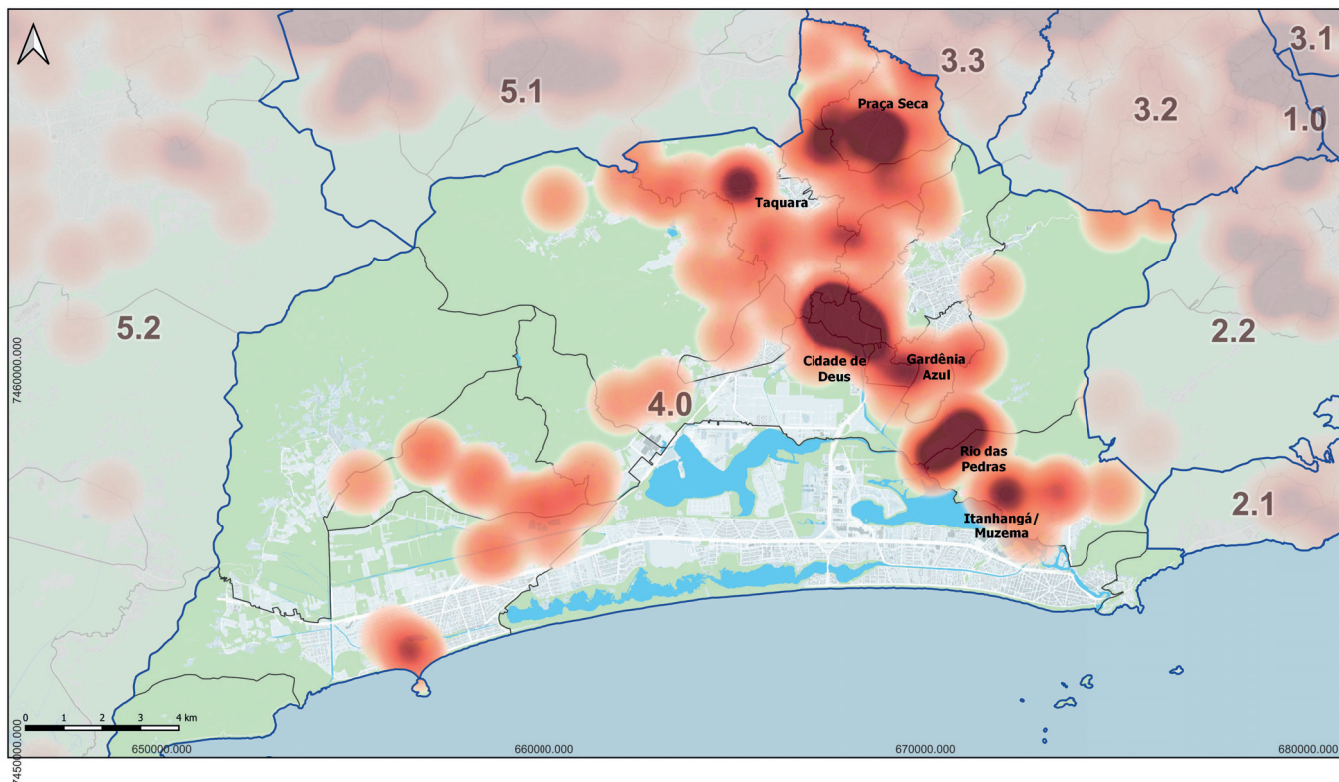
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

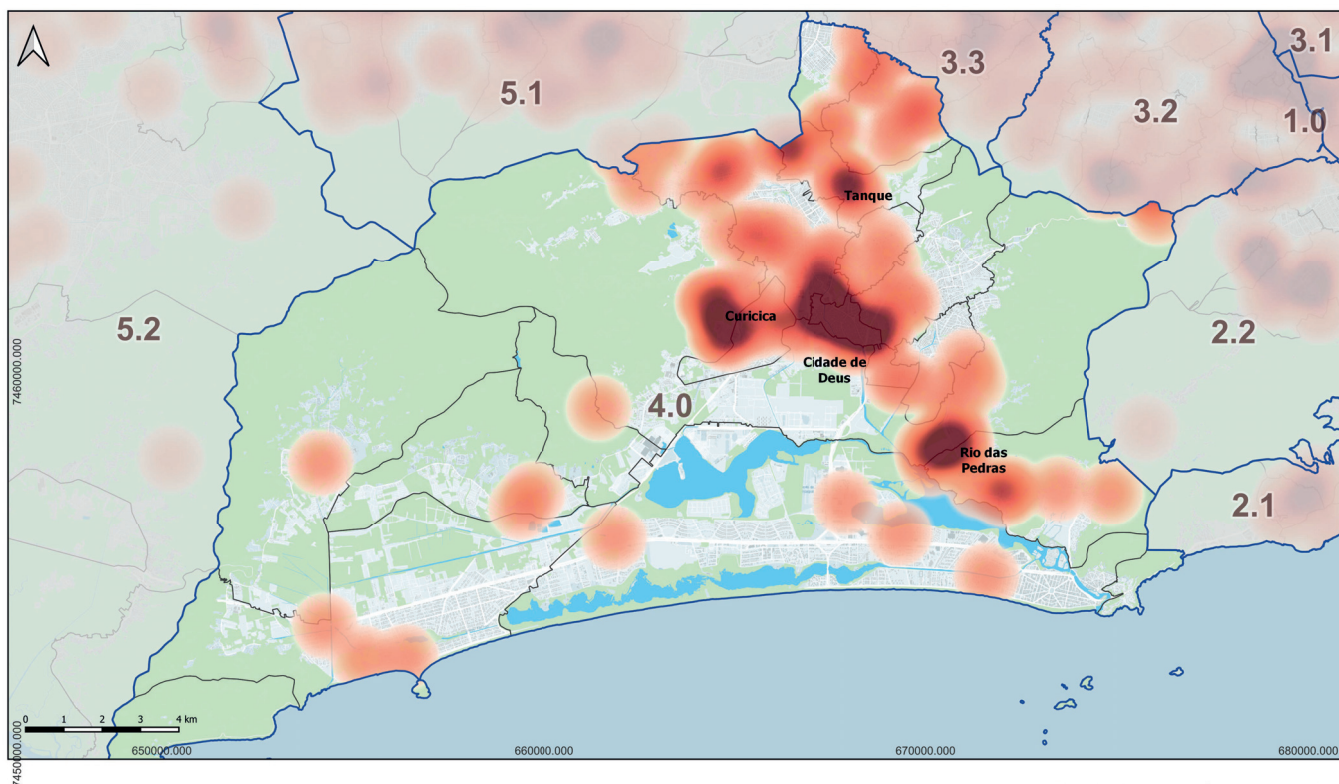
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

7 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 4.0, 2021 a 2022.



2021





2022



Legenda

-  Áreas programáticas
-  Bairros

-  Hidrografia
-  Área não urbana

-  Área urbana



Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

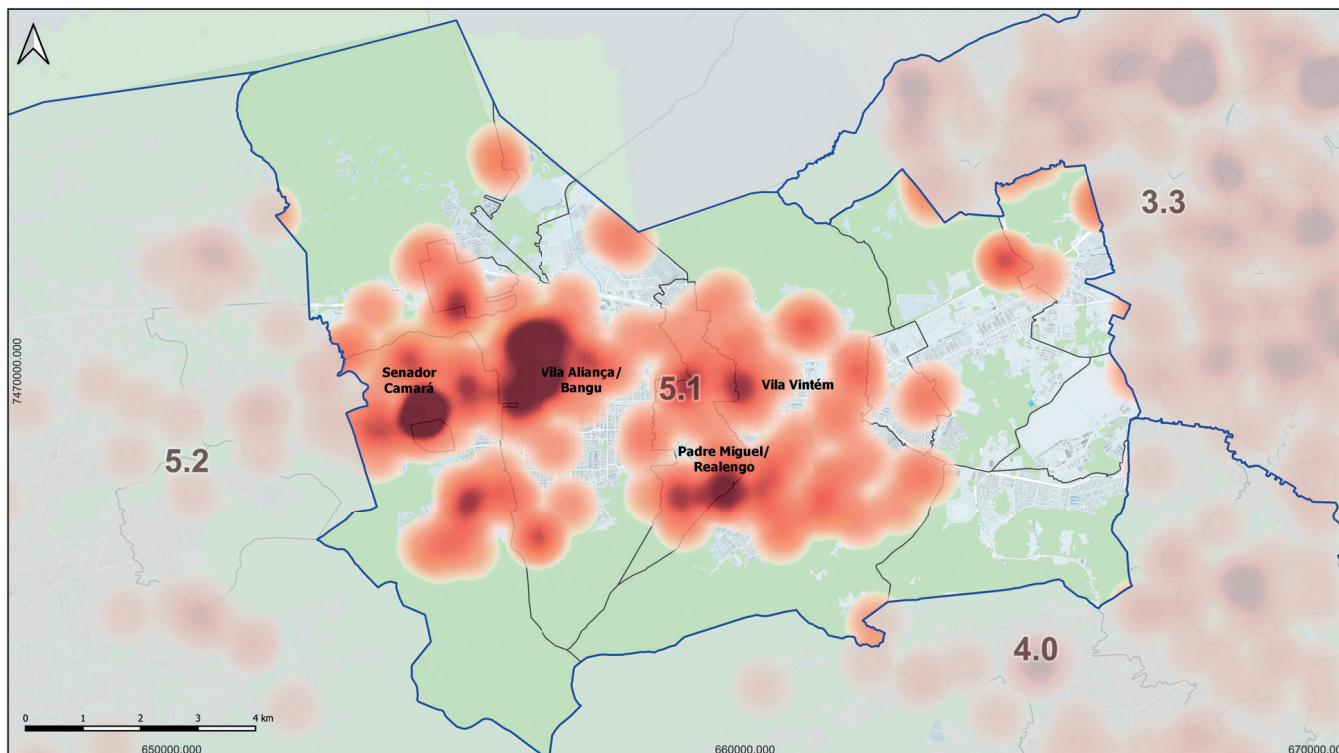
Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

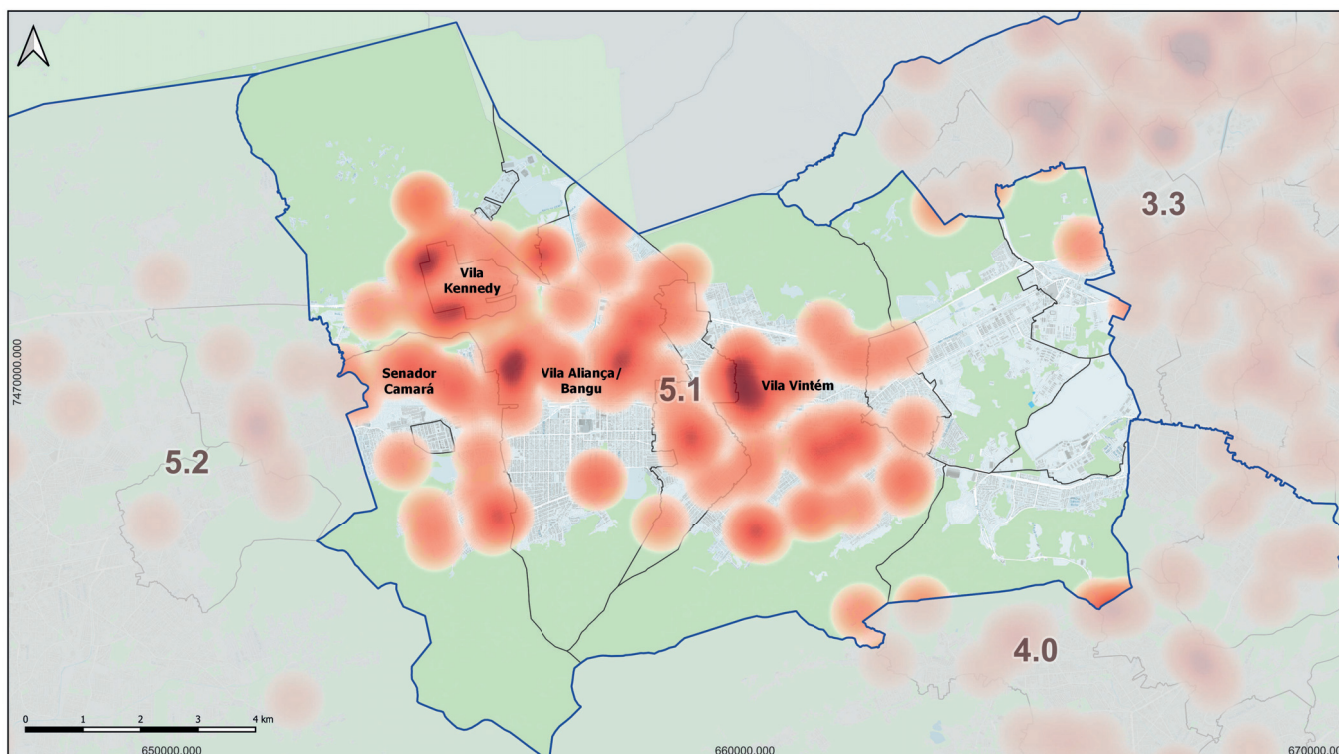


8 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 5.1, 2021 a 2022.

2021



2022



Legenda

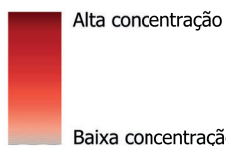
Áreas programáticas

Hidrografia

Área urbana

Bairros

Área não urbana



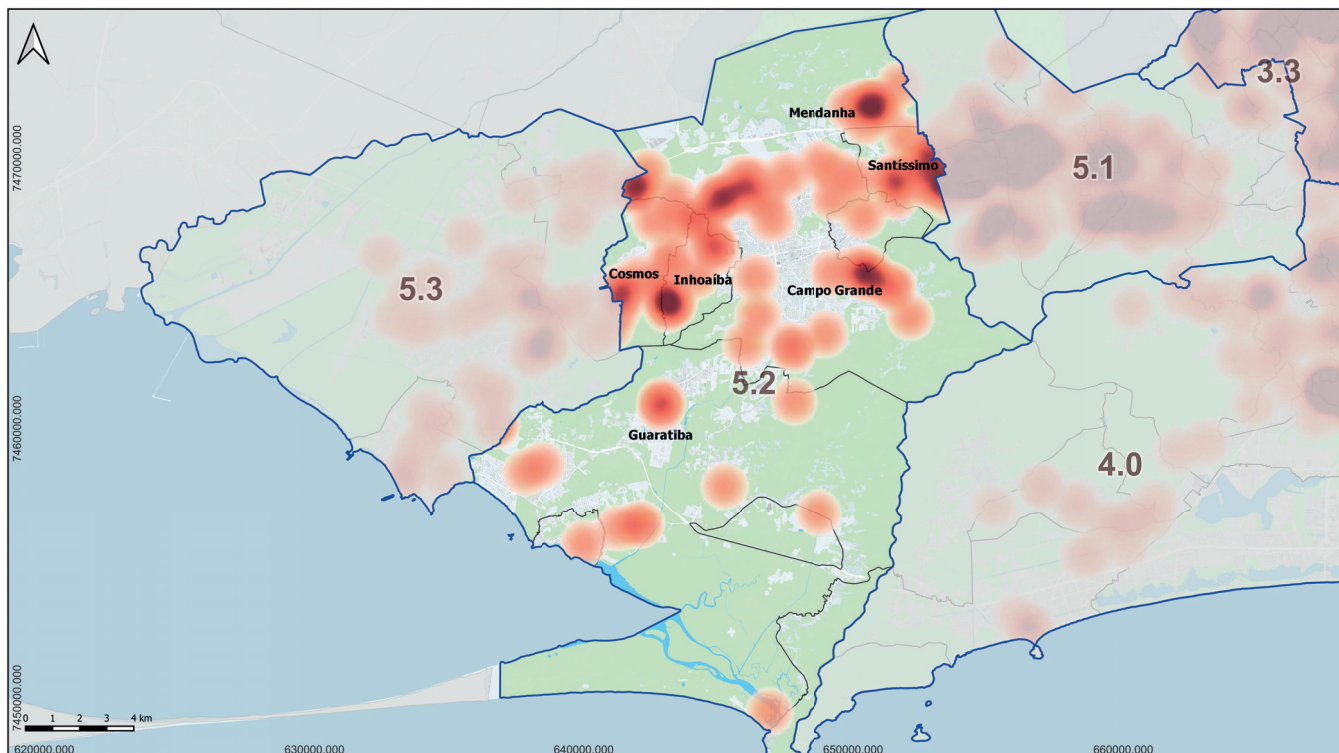
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

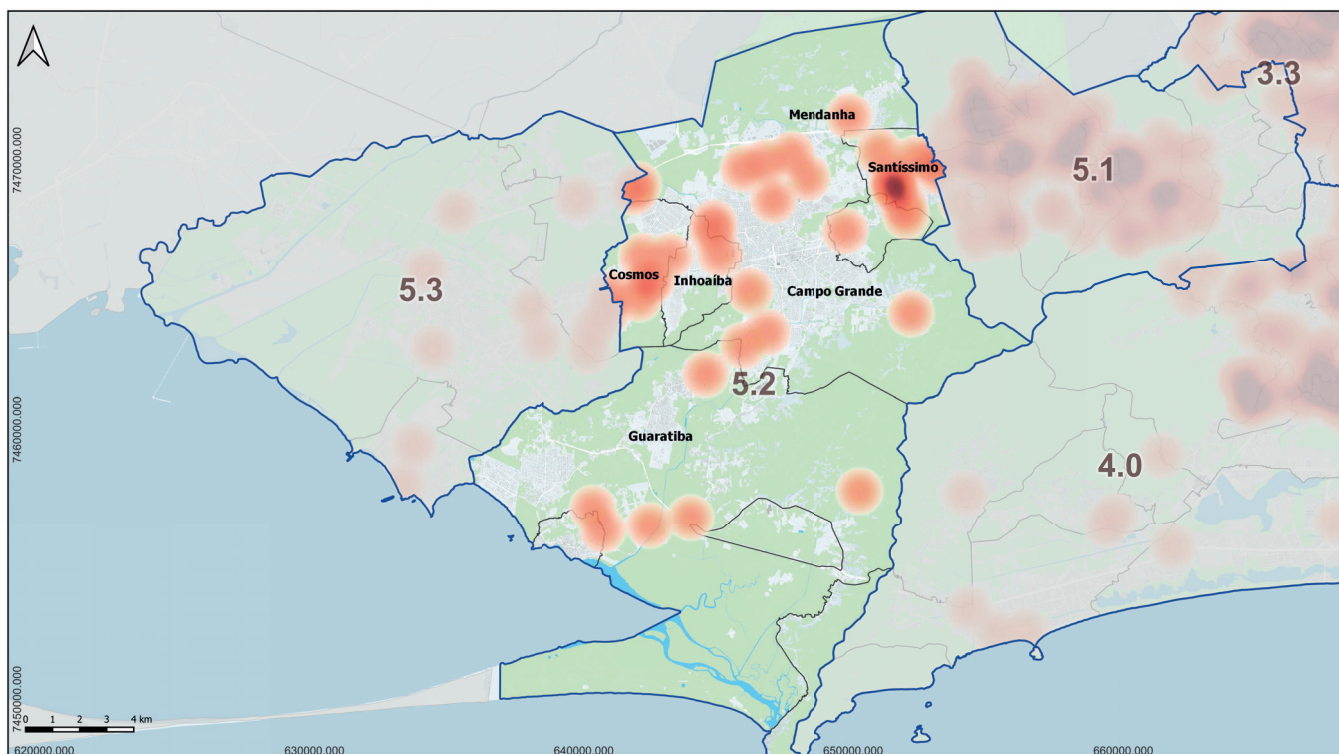
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

9 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 5.2, 2021 a 2022.

2021



2022



Legenda

Áreas programáticas

Hidrografia

Área urbana

Bairros

Área não urbana



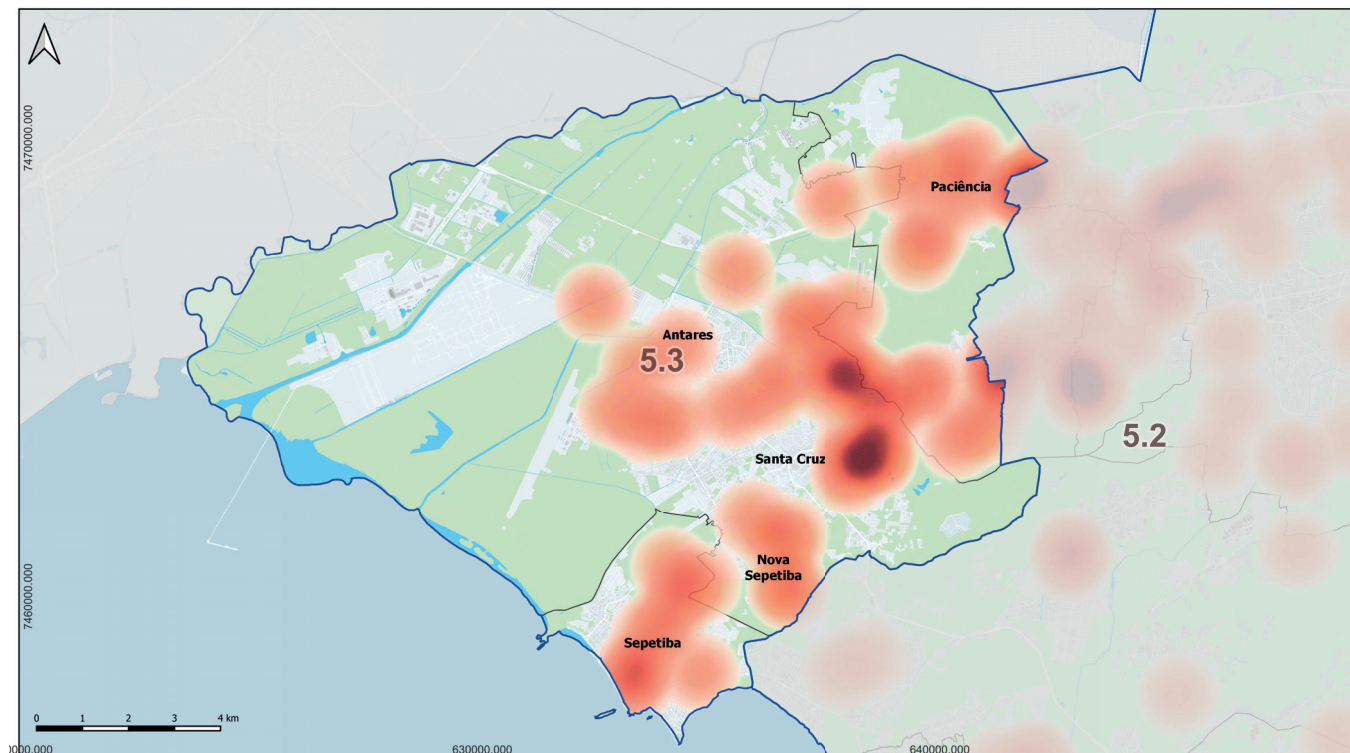
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

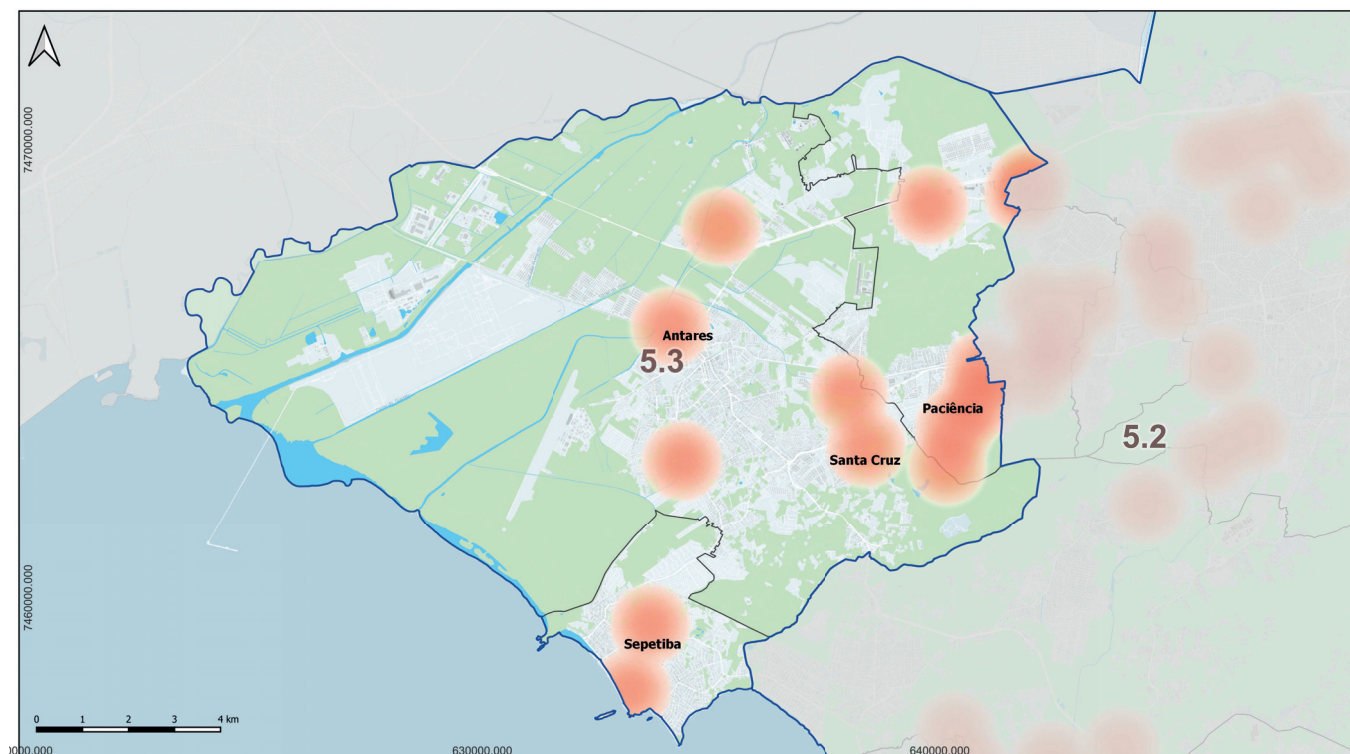
Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S

10 — Mapa de incidência de sífilis congênita, AP 5.3, 2021 a 2022.



2021





2022



Legenda

-  Áreas programáticas
-  Bairros

-  Hidrografia
-  Área não urbana

-  Área urbana



Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Centro de Inteligência Epidemiológica

Fonte: SINAN  
Base Cartográfica: IPP/AIG/CIE

Sistema de Referência Geográfica:  
SIRGAS 2000 UTM 23S



**Rio**  
PREFEITURA

SAÚDE

SUS

