

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Coordenação IST/AIDS e Hepatites Virais

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO
MINEIRO
- SÍFILIS -**

**Análise Epidemiológica de Sífilis
Panorama do ano de 2016**

**Belo Horizonte
2017**

EDITORIAL

Prezados colaboradores,

O Boletim Epidemiológico Mineiro (BEM) de Sífilis é um documento que retrata todo o cenário dos agravos Sífilis adquirida, Sífilis em gestantes e Sífilis congênita em sua série histórica, com foco no ano de 2016, a partir de dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tem por objetivo divulgar as informações acerca dos agravos, bem como monitorar o curso da doença, possibilitando a elaboração de políticas públicas voltadas para a Sífilis.

Frente ao expressivo aumento de casos no estado de Minas Gerais, a Sífilis continua sendo um grande desafio para a saúde pública, assim como a diminuição e/ou eliminação da transmissão vertical das Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Cabe ressaltar a relevância do preenchimento completo das fichas de notificação no SINAN, atentando sempre para a veracidade das informações a serem coletadas. Este sistema é uma ferramenta que disponibiliza dados importantes para avaliação do comportamento do agravo, permitindo a implementação de políticas públicas para prevenção, controle e diminuição dos casos de sífilis adquirida, em gestantes e sífilis congênita no Estado de Minas Gerais.

Desejamos a todos uma ótima leitura e que esse documento seja útil no sentido de direcionar também ações de promoção e prevenção à saúde coletiva.

Boa leitura,

Jordana Costa Lima e Equipe
Coordenação IST/AIDS e Hepatites Virais
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
SVEAST/Sub.VPS/SES- MG

EXPEDIENTE

O BEM é um trabalho desenvolvido pela Coordenação IST/AIDS e Hepatites Virais da SES- MG.

O instrumento ora publicado é de domínio público, permitindo-se sua reprodução, parcial ou total, desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

Nota: Os dados apresentados estão sujeitos à alteração/revisão.

EQUIPE TÉCNICA

Adriana Padrão Rocha Miranda
Brayer Souza Rodrigues
Cecília Helena de Oliveira
Dario Brock Ramalho
Davidson Junio Jacovini de Oliveira
Geraldo Scarabelli Pereira
Jordana Costa Lima
Maria de Fátima Nonato
Maria de Lourdes Ferreira
Mayara Cristina Marques de Almeida
Patricia Cristina de Oliveira
Rúbia Mara Veloso Gonçalves
Silvana Novaes Ferreira
Talane Alcântara de Oliveira

EQUIPE EDITORIAL

Maria de Fátima Nonato
Rúbia Mara Veloso Gonçalves
Talane Alcântara de Oliveira

REVISÃO DE TEXTO

Dario Brock Ramalho
Janaina Fonseca Almeida
Jordana Costa Lima

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

I- Introdução	11
II- Sífilis Adquirida	13
1- Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida no Mundo	13
2- Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida no Brasil	14
3- Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida em Minas Gerais	16
III- Sífilis em Gestante	20
1- Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante no Mundo	21
2- Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante no Brasil	21
3- Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante em Minas Gerais	23
IV- Sífilis Congênita	28
1- Epidemiologia da Sífilis Congênita no Mundo	29
2- Epidemiologia da Sífilis Congênita no Brasil	30
3- Epidemiologia da Sífilis Congênita em Minas Gerais	33
V- Referências	40

LISTA DE ABREVIATURAS

- IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS: Ministério da Saúde
- NV: Nascidos Vivos
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- OPAS: Organização Panamericana de Saúde
- PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
- PPI: Programação Pactuada Integrada
- SC: Sífilis Congênita
- SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- URS: Unidade Regional de Saúde
- VDRL: Venereal Disease Research Laboratories

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016	15
Figura 2: Percentual de casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016	16
Figura 3: Frequência de casos de sífilis adquirida por ano diagnóstico - Minas Gerais, 2010-2016	17
Figura 4: Casos de Sífilis Adquirida segundo sexo e ano - Minas Gerais, 2010 – 2016	18
Figura 5: Frequência de casos de sífilis adquirida por faixa etária - Minas Gerais, 2016	19
Figura 6: Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016	22
Figura 7: Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2016	23
Figura 8: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais por URS – 2016	24
Figura 9: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais por momento do diagnóstico – 2016	25
Figura 10: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais segundo Tratamento da mãe – 2016	26
Figura 11: Frequência de casos de Sífilis em Minas Gerais por Parceiro tratado concomitantemente à gestante – 2016	27

Figura 12: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016	31
Figura 13: Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por mil nascidos vivos) segundo região de residência, Brasil, 2006 a 2016	32
Figura 14: Incidência de casos de sífilis congênita, segundo ano. Minas Gerais, 2011-2016	33
Figura 15: Número de casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal em Minas Gerais no ano de 2016	34
Figura 16: Momento do diagnóstico de sífilis materna, Minas Gerais, ano 2016	35
Figura 17: Realização do Teste Não Treponêmico de sífilis materna, Minas Gerais, ano 2016	36
Figura 18: Esquema de tratamento materno de sífilis em Minas Gerais, ano 2016	37
Figura 19: Número de óbitos ocorridos por sífilis congênita segundo ano diagnóstico – Minas Gerais, 2011 – 2016	38

I- INTRODUÇÃO

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano. Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. A transmissão por transfusão sanguínea, embora possível, é rara, devido à triagem rigorosa das bolsas de sangue quanto à presença de agentes infecciosos. (BRASIL, 2010).

A apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, cardiovascular, respiratório e sistema gastrointestinal. Em gestantes com sífilis não tratadas, a transmissão é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença. O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil e, por isso, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações. Nesse contexto, o diagnóstico laboratorial desempenha papel fundamental no combate à sífilis, por permitir a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento. (BRASIL, 2014)

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2017), a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos (NV) aumentaram cerca de três vezes nos últimos cinco anos no Brasil, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A sífilis adquirida por sua vez, teve aumento na taxa de detecção, passando de 2,0 casos por mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016 (BRASIL, 2017).

A sífilis adquirida é uma doença de notificação compulsória, instituída no Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) em 2010, que apresenta até 40% de taxa de mortalidade. A Sífilis congênita desde 1986 foi incluída entre as doenças de notificação compulsória e a sífilis em gestantes instituída no SINAN

em julho de 2005. Os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revistos e publicados na **Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS** (BRASIL, 2016).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis congênita, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde em administrar a penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. (BRASIL, 2017).

A sífilis afeta cerca de um milhão de gestantes 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. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente. (BRASIL, 2017).

Em razão da condição prioritária atribuída a prevenção da transmissão vertical da sífilis, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, iniciada em outubro de 2016 e concluída em outubro de 2017. Em continuidade a esse documento, o MS apresenta em outubro de 2017 a nova Agenda com a **renovação das ações**, ampliando o compromisso com novas parcerias e a inclusão de ações conjuntas com a estratégia interministerial de **Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção**, tendo como **objetivo reduzir a sífilis adquirida, a sífilis em gestantes e a sífilis congênita no Brasil**. Essa agenda possui caráter dinâmico, sendo passível de alterações, complementações e atualizações no decorrer do prazo de execução de outubro de 2017 a outubro de 2019.

II- SÍFILIS ADQUIRIDA

Causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, a sífilis adquirida traz sérias complicações no hospedeiro humano. Caracteriza-se por feridas nos órgãos genitais, erupções pelo corpo e nas mucosas e danos no cérebro, medula espinhal e vasos sanguíneos. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis (OLIVEIRA,2011).

Segundo a Nota Informativa do MS N° 02/2017, existem duas situações para a sífilis adquirida, considerados critérios para definição de casos, a saber:

- indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente e **sem registro de tratamento prévio**;
- indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente – treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

1- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO MUNDO

Os dados da prevalência nos trópicos mostram que a sífilis, conforme a região, é a segunda ou terceira causa de úlcera genital (outras são o cancro mole e herpes genital). Houve recrudescimento da sífilis na Irlanda, Alemanha e cidades americanas, como San Francisco e Los Angeles, em grupos com comportamento de risco, como homens que fazem sexo com homens (HSH) e profissionais do sexo. Nos Estados Unidos, em 2004 houve aumento de 11,2% dos casos de sífilis primária, que passaram de 7.177 em 2003 para 7.980.(AVELHEIRA, 2006)

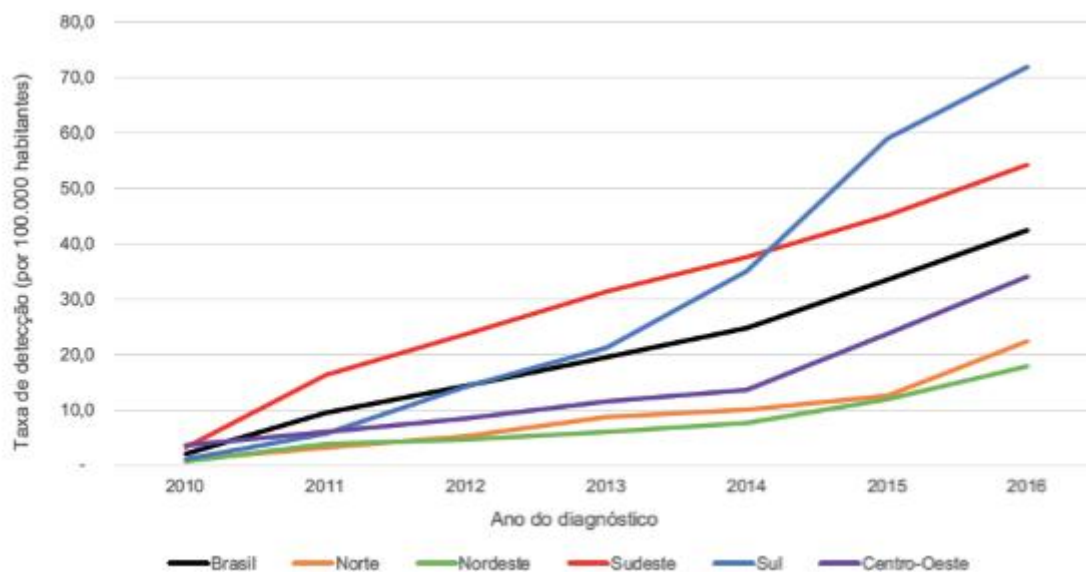
2- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO BRASIL

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2017) do MS, na série histórica de sífilis adquirida, percebe-se que no período de 2010 a junho de 2017, foram notificados no SINAN um total de 342.531 casos, dos quais 59,2% ocorreram na Região Sudeste, 21,2% no Sul, 10,4% no Nordeste, 5,3% no Centro-Oeste e 3,9% no Norte.

É importante ressaltar que em decorrência da recente implementação da notificação do agravo (2010) e os comportamentos observados, os dados apresentados podem não refletir a situação real da sífilis adquirida no país.

No ano de 2016, o número total de casos notificados no Brasil foi de 87.593. Na estratificação por regiões, observaram-se 46.898 (53,5%) casos notificados na Região Sudeste, 21.204 (24,2%) na Região Sul, 10.178 (11,6%) na Região Nordeste, 5.344 (6,1%) na Região Centro-Oeste e 3.969 (4,5%) na Região Norte. Entre 2015 e 2016, o crescimento do número absoluto de casos foi de 27,8% no país, 81,2% na Região Norte, 51,7% no Nordeste, 45,87% no Centro-Oeste, 22,9% no Sul e 21,2% no Sudeste. Em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,5 casos de sífilis adquirida/100 mil habitantes, taxa superada somente pelas regiões Sul (72 casos/100 mil hab.) e Sudeste (54,3 casos/100 mil hab.) , conforme figura abaixo.(BRASIL,2017).

Figura 1: Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Em relação à razão de sexo de sífilis adquirida, observa-se que 177.119 (59,3%) dos casos ocorreram em homens. Em 2010, a razão de sexos era de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres; em 2016, foi de 1,5 casos em homens para cada caso em mulheres, razão que vem se mantendo desde 2013, conforme Figura 2.

Figura 2: Percentual de casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

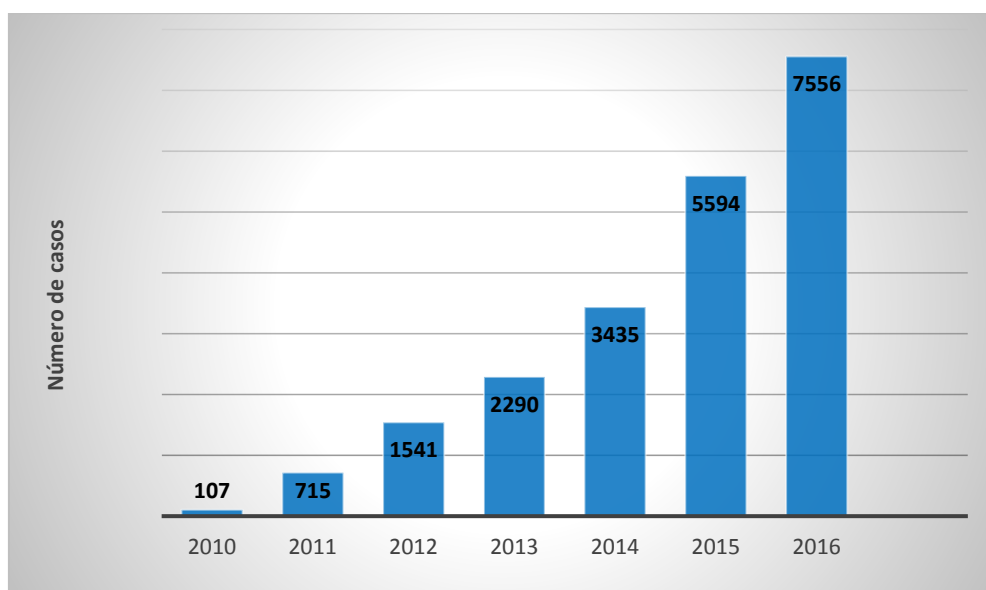
3- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM MINAS GERAIS

Para Santos (2009), os indivíduos podem não se curar ao serem acometidos pela sífilis, permanecendo o vírus em estado de latência. Dessa forma, é relevante a realização de um trabalho preventivo como proposta de tratamento primordial à sociedade, no intuito de promover meios alternativos, que não seja apenas o farmacológico, mas também a prevenção como promoção à saúde dos indivíduos susceptíveis.

Embora atualmente exista maior sensibilidade por parte dos profissionais em relação ao agravo, ampliação do acesso ao diagnóstico através da testagem rápida e aperfeiçoamento do sistema de notificação e vigilância, é

concludente e impactante o aumento do número de casos de sífilis na população, conforme figura abaixo.

Figura 3: Frequência de casos de sífilis adquirida por ano diagnóstico - Minas Gerais, 2010-2016.



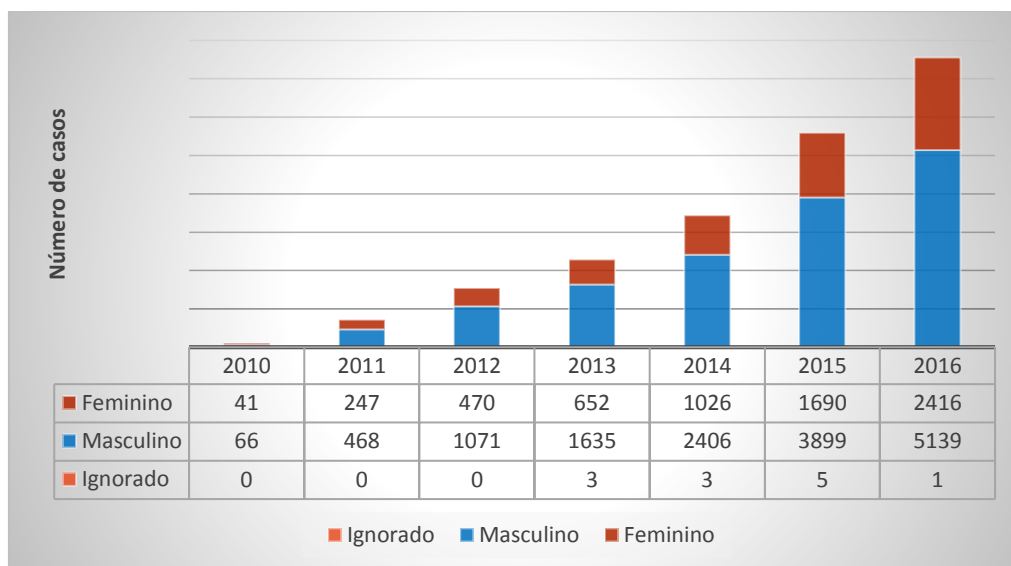
Fonte: SINAN NET/IST, AIDS E HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 16/11/2017

Com relação à razão de sexo, a sífilis adquirida também vem aumentando ao longo dos anos, de forma expressiva na população masculina. Em Minas Gerais, no ano de 2011, a razão de sexos foi de 1,8 casos de homens para cada caso em mulher; em 2016, essa razão aumentou para 2,1 homens para cada caso de sífilis adquirida em mulher, conforme demonstrado na figura 4.

O aumento do número de casos na população masculina, segundo Neide (2016) pode estar relacionada às concepções sobre masculinidade, o que pode dificultar a iniciativa de alguns homens de buscarem algum serviço ou profissional de saúde, a partir da ideia, ainda que controversa, de que homem não gosta ou não valoriza o cuidado com sua saúde.

Figura 4: Casos de Sífilis Adquirida segundo sexo e ano - Minas Gerais, 2010 - 2016.



Fonte: SINAN NET/IST, AIDS E HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 16/11/2017

Em relação à faixa etária, percebe-se maior prevalência na população com idade entre 20 e 34 anos (Figura 5), o que sugere a necessidade de um monitoramento mais adequado, controle e intervenção na população sexualmente ativa, além do estabelecimento de orientação e educação sexual voltada para esse público.

III- SÍFILIS EM GESTANTE

Na gestante, existe a probabilidade de o agente etiológico ser transmitido para o feto, o que chamamos de transmissão vertical, principalmente na fase inicial da infecção, com maior frequência entre a 16ª e a 28ª semana de gestação. A transmissão ocorre com maior periodicidade intraútero, mas também pode acontecer no momento da passagem do feto pelo canal do parto, quando na presença de lesão ativa. A transmissão ocorre em torno de 70 a 100% quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária. Na sífilis terciária, esse valor é reduzido à 30% aproximadamente (BRASIL, 2006).

A sífilis na gestação pode apresentar muitas consequências, entre elas o aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias. A prevenção, diagnóstico e o tratamento das gestantes e suas parcerias devem ser priorizados, evitando assim a transmissão vertical, uma vez que a sífilis congênita pode ser prevenida quando essa gestante é tratada adequadamente (BRASIL, 2017).

Segundo a Nota Informativa nº 2/2017 do MS, os critérios de definição de casos de sífilis em gestantes foram alterados, a saber:

Situação 1:

Mulher **assintomática** para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente-treponêmico E/OU** não treponêmico com qualquer titulação- **e sem registro de tratamento prévio**.

Situação 2:

Mulher sintomática para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos um teste reagente-treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3:

Mulher que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação **E** teste treponêmico reagente, **independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio**.

1- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE NO MUNDO

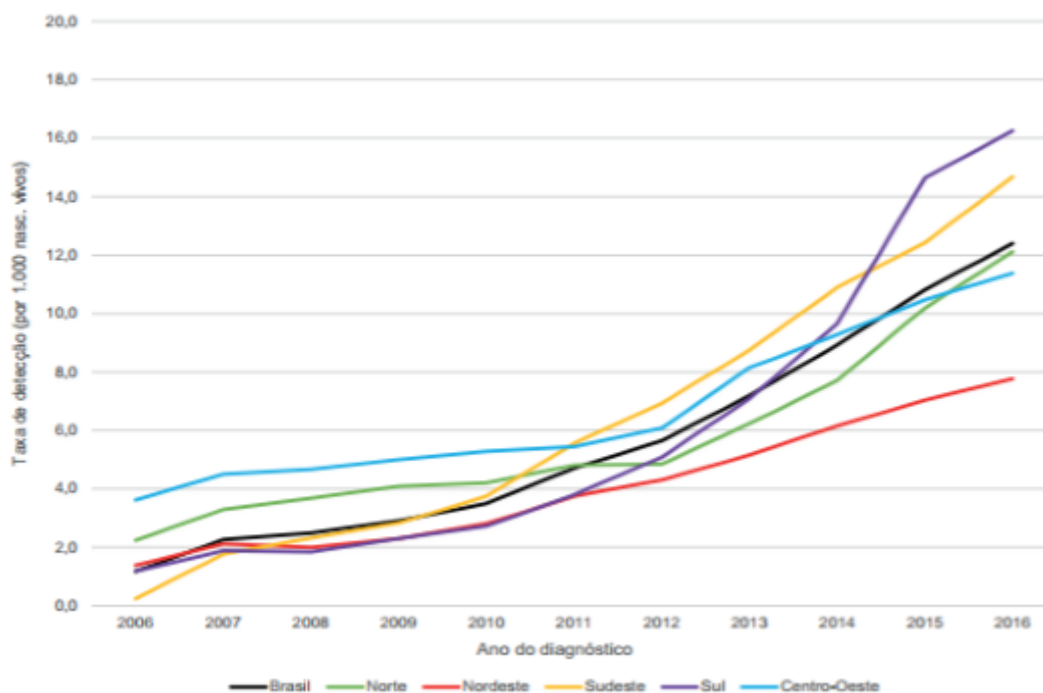
Para Nonato, (2015), no mundo, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano. A maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao concepto, levando a resultados adversos como morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita.

A autora descreve ainda que, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que na América Latina e Caribe, 330.000 gestantes soropositivas para sífilis não recebam o tratamento para a doença durante as consultas de pré-natal a cada ano, e que dois terços dos casos de sífilis em gestantes resultem em sífilis congênita. Nos países da região, a cobertura do diagnóstico da sífilis nas gestantes que realizaram o pré-natal no ano de 2010 foi de apenas 61%. Coberturas de diagnóstico mais elevadas foram observadas nos países do Caribe (82%) e do Cone Sul (76%), incluído o Brasil.

2- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE NO BRASIL

Segundo o Ministério da Saúde, houve um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes notificados entre o ano de 2005 a junho de 2017, sendo que destes, 44,2% dos casos são residentes na Região Sudeste do Brasil. Somente no ano de 2016 foram 37.436 casos notificados, sendo 17.551 (46,9%) residentes na referida região. A taxa de detecção dos casos de sífilis na Região Sudeste superou o Brasil, com 14,7 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, contra 12,4 casos no Brasil, conforme figura abaixo:

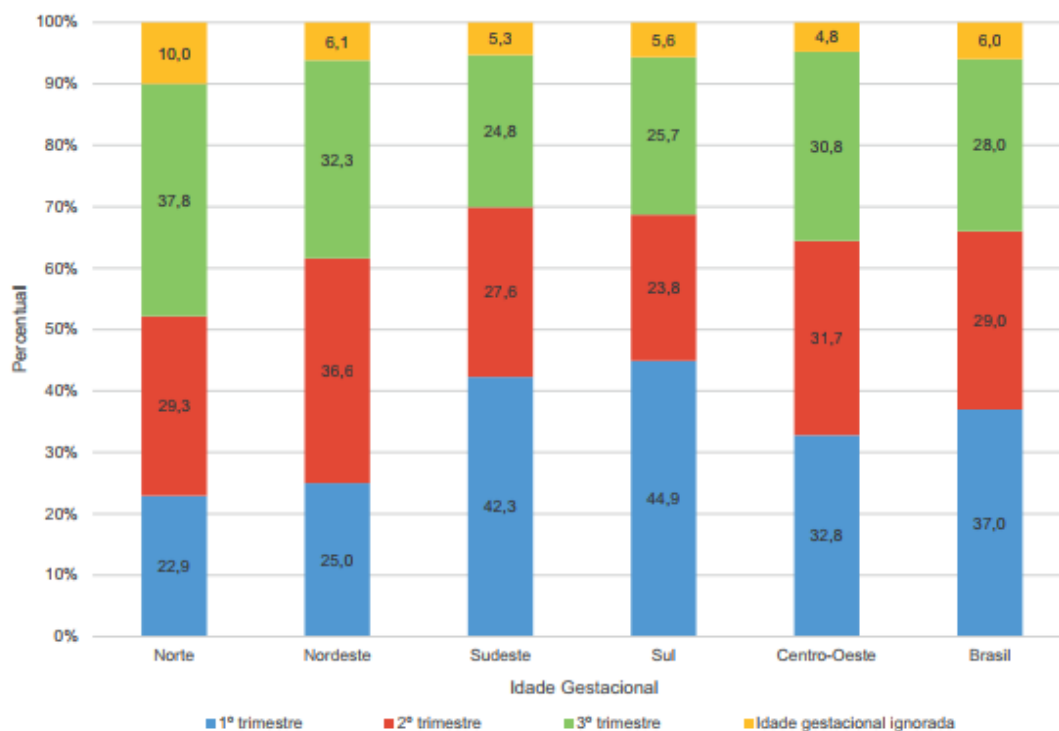
Figura 6: Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

De acordo com a figura 7, observa-se que, referente à idade gestacional, 37% das mulheres foram diagnosticadas no primeiro trimestre da gestação, seguido de 29% no segundo trimestre e 28% no terceiro trimestre, apontando uma melhora no diagnóstico precoce. Cabe ressaltar que a opção “ignorado” em 2016 reduziu consideravelmente, de 10,6% em 2007 para 5,8%. Quando se avalia por regiões de residência o momento do diagnóstico de sífilis na gestação, segundo o trimestre de gravidez, observa-se um percentual maior nas regiões Sul e Sudeste, 44,9% e 42,3%, respectivamente. (BRASIL, 2016)

Figura 7: Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2016.



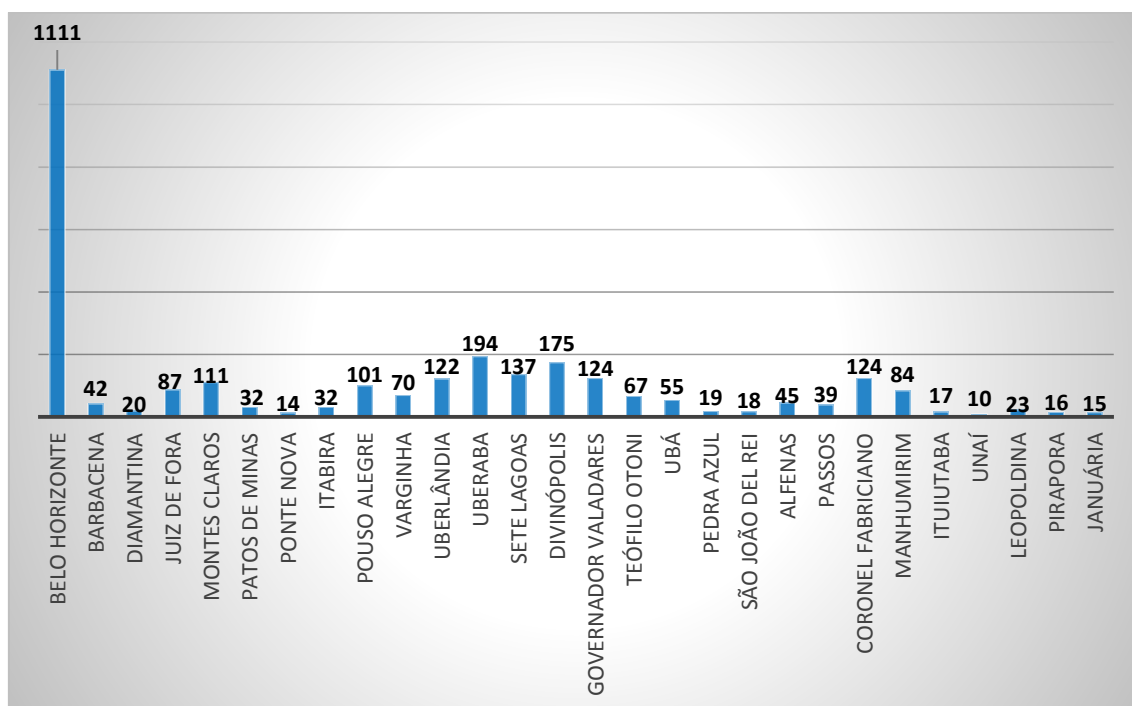
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

3- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE EM MINAS GERAIS

O estado de Minas Gerais possui 28 Unidades Regionais de Saúde (URS), distribuídas em seu território. Na figura abaixo, pode-se observar que algumas URS constituídas de municípios populosos apresentaram poucos casos de sífilis em gestantes, a exemplo, URS de Itabira e URS de Patos de Minas com apenas 32 casos, sinalizando subnotificação em determinadas regiões. Cabe salientar que para se reduzir os casos de transmissão vertical no Estado, é necessário ampliar o diagnóstico de sífilis na gestante, qualificar o

SINAN, bem como intensificar ações preventivas em URS com número expressivo de casos do agravo.

Figura 8: Frequência de casos de Sífilis em gestante por URS em Minas Gerais, 2016.



Fonte: SINAN NET/IST, AIDS E HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

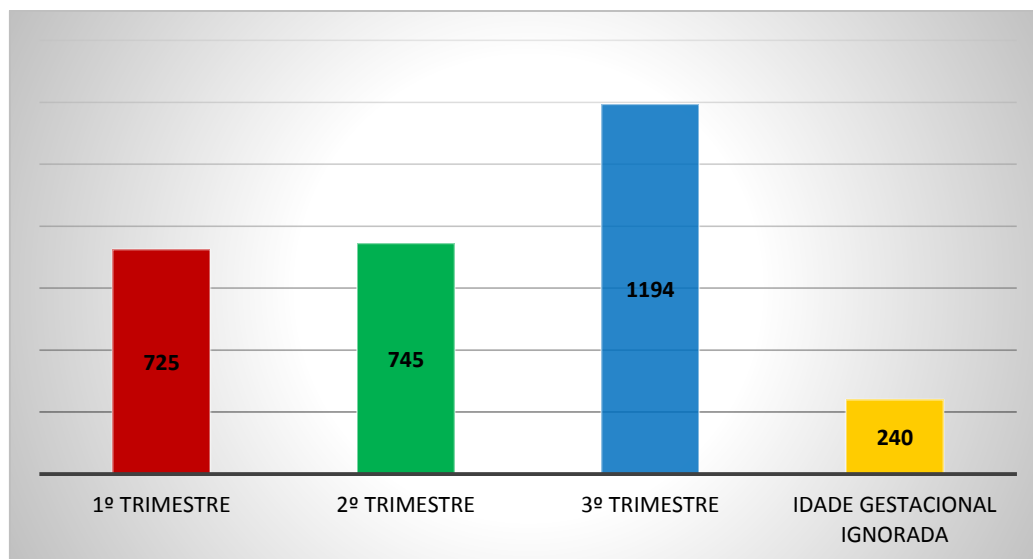
*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/2016 (PCDT), a sinergia entre o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno da sífilis durante a gravidez leva a prevenção da transmissão vertical, devendo ser valorizada em todos os níveis de atenção.

Dessa forma, o momento adequado para o diagnóstico de sífilis materna deve ocorrer no pré-natal em seu primeiro trimestre de gestação. Conforme figura abaixo, percebe-se a necessidade de melhoraria na captação da gestante com diagnóstico de sífilis, diante do expressivo número de casos em 2016

registrados no 3º trimestre de gestação, revelando 41,1% dos casos diagnosticados tardiamente. Ademais, no 2º e 1º trimestres de gestação, observa-se apenas 25,6% (745) e 25% (725) de registros dos casos, respectivamente. Houve um percentual de 8,3% (240) de casos notificados como idade gestacional ignorada, exibindo inconsistências de dados. Os dados acima, refletem a importância de se avançar no acompanhamento das gestantes durante o pré-natal, para o alcance do diagnóstico precoce, e consequentemente diminuição da transmissão vertical.

Figura 9: Frequência de casos de Sífilis em gestante segundo momento do diagnóstico – Minas Gerais, 2016.



Fonte: SINAN NET/IST, AIDS E HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG
*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

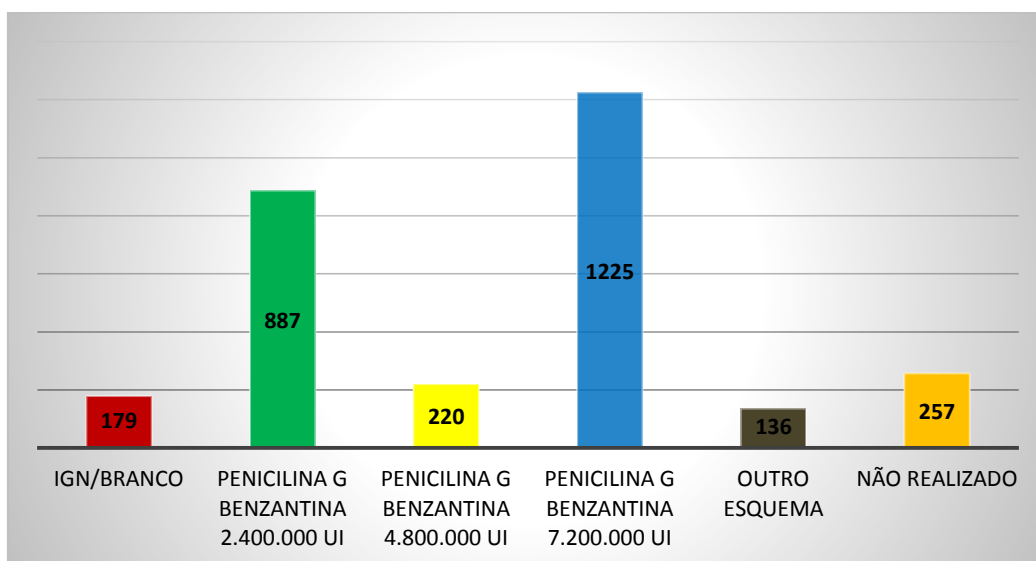
Segundo o Boletim Epidemiológico do MS/2017 considera-se como tratamento adequado o tratamento completo para estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. Importante destacar também que a dosagem de 4.800.000 UI de Penicilina G benzatina é um tratamento não utilizado nos dias atuais, segundo o

PCDT e os números do banco de dados do Sinan de 2016 nos mostra um número alto com essa dosagem de tratamento.

A figura abaixo mostra o esquema de tratamento realizado nas gestantes com sífilis em Minas Gerais no ano de 2016. Com base na informação supracitada, nota-se que do total de 2.904 gestantes, apenas 1.225 (42,2%) realizaram tratamento adequado.

Ao somar as gestantes que não realizaram tratamento, e os casos com outro esquema de tratamento realizado (não penicilínico), considerados inadequados, obtem-se um total de 393 gestantes (13,5%) sem tratamento para a doença, expondo estes conceitos à probabilidade de serem infectados, resultando em futuros possíveis casos de sífilis congênita. Destaca-se também um percentual de 179 casos com preenchimento no campo ignorado/branco, representando 6,16% de gestantes que seguem na obscuridade das informações, e comprometendo a qualidade dos dados no SINAN.

Figura 10: Frequência de casos de Sífilis em gestante segundo tratamento da mãe – Minas Gerais, 2016.



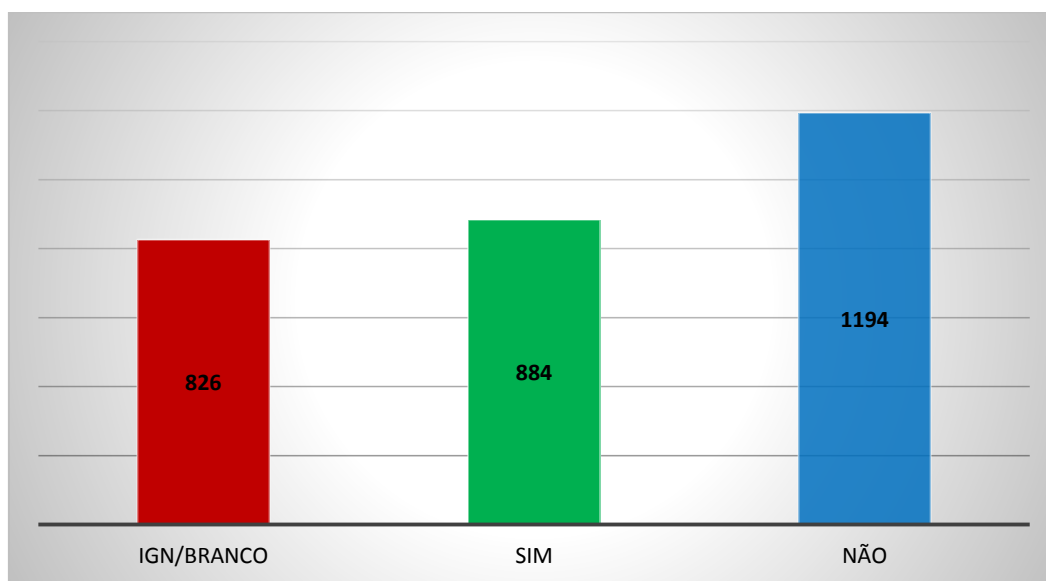
Fonte: SINAN NET/IST, AIDS E HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

Conforme figura abaixo, no ano de 2016, persiste um elevado número de parceiros não tratados concomitantemente à gestante, representando um percentual de 41,1%, contribuindo para possíveis reinfecções. Ressalta-se o expressivo número de preenchimentos na ficha de notificação do SINAN do campo 'ignorado/Branco', configurando inconsistências no banco de dados e comprometendo a qualidade e veracidade das informações registradas/geradas.

Para Santos (2017), no Brasil, é pequeno o número de parceiros de gestantes com Sífilis que comparecem aos serviços para realizar o tratamento. Isto deve-se ao fato de que grande parte da sociedade é preconceituosa e machista, na qual tanto a gravidez e a criação dos filhos são de responsabilidade exclusiva das mulheres, o que contribui para o aumento deste quadro negativo.

Figura 11: Frequência de casos de Sífilis com parceiro tratado concomitantemente à gestante – Minas Gerais, 2016.



Fonte: SINAN NET/IST, AIDS E HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG
*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

IV- SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita (SC) é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que passa da mãe para o feto, devido à gravidade na gestação, e, para criança, é o modo de transmissão de maior impacto para a saúde pública no país. É o resultado da disseminação hematogênica da bactéria da gestante infectada que não tenha recebido tratamento ou que recebeu de forma inadequada para o conceito. A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer período gestacional ou durante o parto .(LOUZADA, 2017).

Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97%. O número de casos notificados dependerá, portanto, da capacidade de intervenção dos serviços para reduzir a transmissão vertical, diagnosticando e tratando adequadamente as gestantes e seus parceiros, mas também da capacidade de identificação e notificação dos casos de sífilis congênita (DOMINGUES, 2017).

Segundo a Nota Informativa nº 2/2017 do MS, os critérios de definição de casos de sífilis congênita foram alterados, a saber:

Situação 1:

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada o tratada de forma não adequada.

Situação 2:

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- ✚ Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;
- ✚ Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- ✚ Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta;
- ✚ Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;
- ✚ Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

Situação 3:

Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

1- EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNDO

A sífilis continua representando um importante problema de saúde global, sendo estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que doze milhões de adultos e mais de um milhão de recém-nascidos, mundialmente, são infectados a cada ano. Em muitas regiões do planeta, fundamentalmente nos países em desenvolvimento, a sífilis é uma das Doenças de Transmissão Sexual

de maior magnitude e transcendência, sendo importante causa de mortalidade perinatal e infantil. (BENZAKEN, 2009).

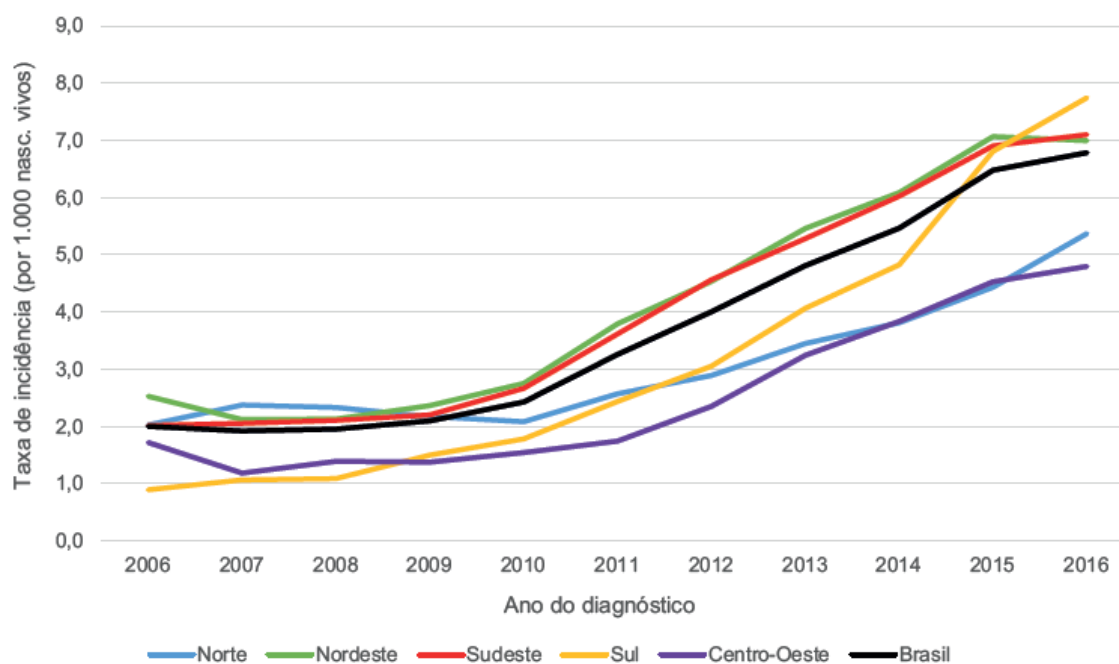
A OMS estima ainda a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. (BRASIL, 2017)

2- EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

A sífilis congênita obteve maior proporção de casos na região sudeste, nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país.

Segundo BRASIL (2017), de 1998 a junho de 2017, foram notificados no SINAN 159.890 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 70.558 (44,1%) eram residentes na Região Sudeste, 49.585 (31,0%) no Nordeste, 17.257 (10,8%) no Sul, 13.625 (8,5%) no Norte e 8.865 (5,5%) no Centro-Oeste, conforme figura abaixo:

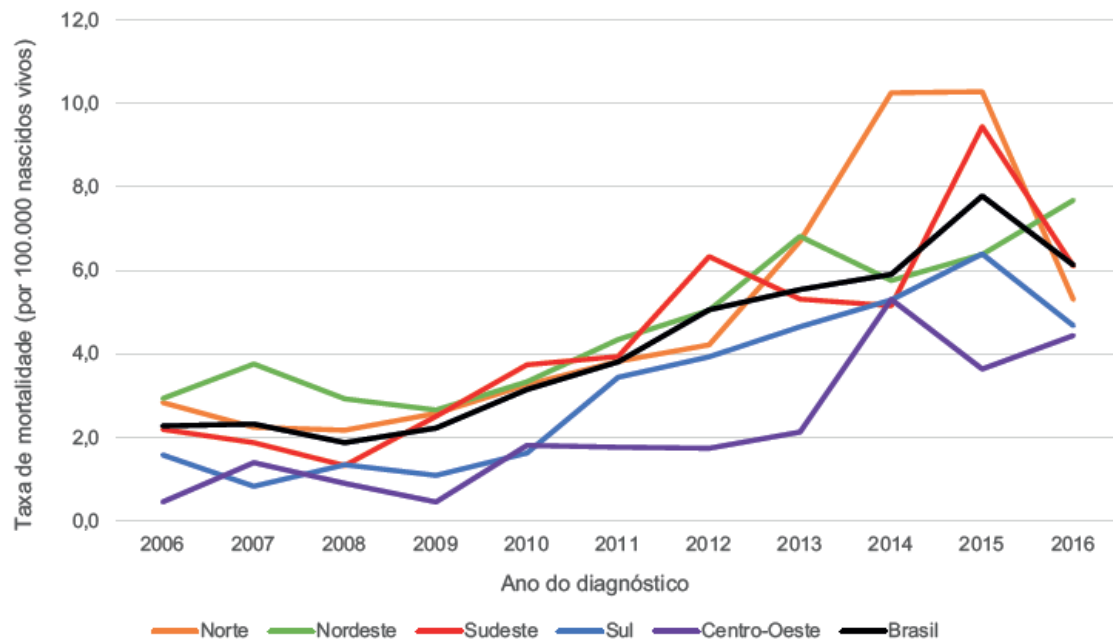
Figura 12: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan; atualizado em: 30/06/2017).

Com relação a mortalidade infantil por sífilis congênita no Brasil, nos últimos dez anos, a mesma passou de 2,3/100 mil nascidos vivos em 2006 para 6,7/100 mil nascidos vivos em 2016, conforme figura abaixo:

Figura 13: Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por mil nascidos vivos) segundo região de residência, Brasil, 2006 a 2016.

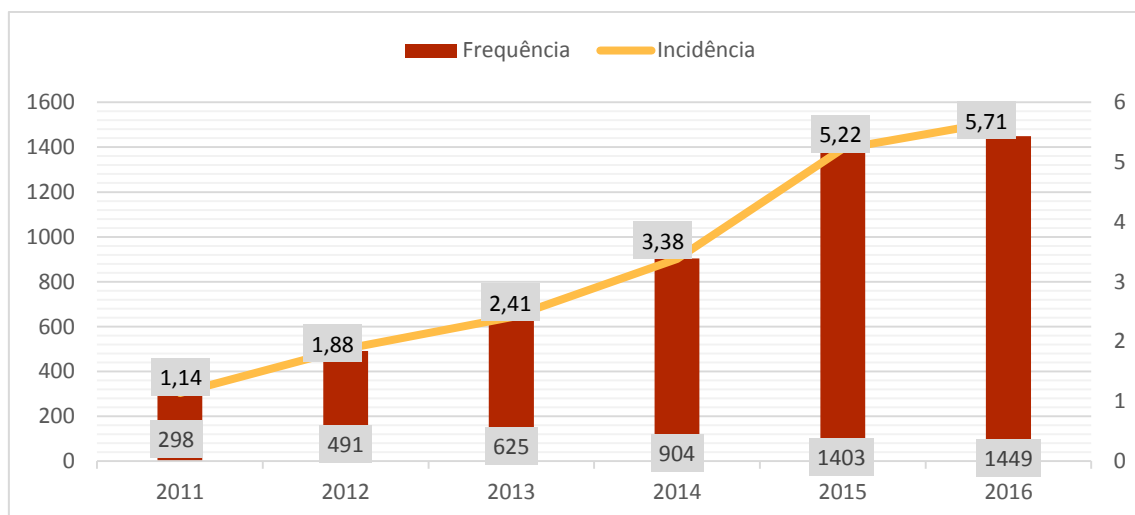


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 31/12/2016.

3- EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MINAS GERAIS

O estado de Minas Gerais, nos últimos 5 anos, segue conforme o MS, com progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, passando de 1,14 casos/1000 nascidos vivos em 2011 para 5,71 casos/1000 nascidos vivos em 2016, conforme demonstra a figura abaixo:

Figura 14: Incidência de casos de sífilis congênita segundo ano. Minas Gerais, 2011-2016.



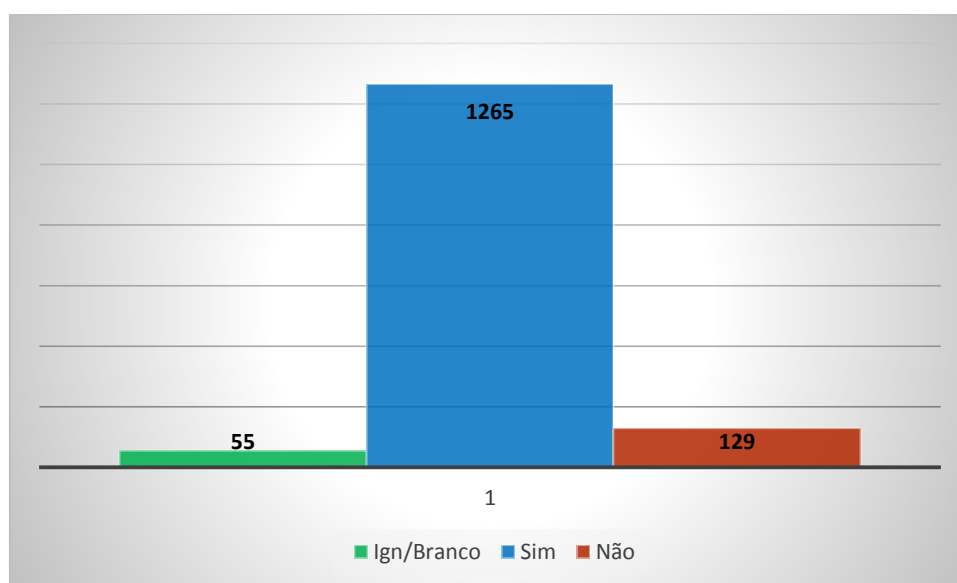
Fonte: SINAN Net/IST, AIDS e HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

A respeito do pré-natal, afirma-se que este é o momento ideal para o acolhimento da mulher, com a finalidade de garantir uma gestação segura a ela e ao feto. Embora esta seja uma estratégia para diagnóstico precoce da sífilis materna e tratamento em tempo oportuno para prevenção da transmissão vertical para o recém-nascido, do total de gestantes (1449 com diagnóstico de sífilis materna em Minas Gerais), permanecem ainda 129 gestantes (8,9%) que não realizaram o pré-natal. Há ainda 55 gestantes (3,8%) registradas como ignoradas/branco. Sendo assim, persiste o desafio de melhorar o pré-natal na

atenção básica, ampliando o diagnóstico e qualificando o sistema de informação, evitando o campo ignorado para preenchimento.

Figura 15: Número de casos de sífilis congênita segundo realização do pré-natal- Minas Gerais, 2016.

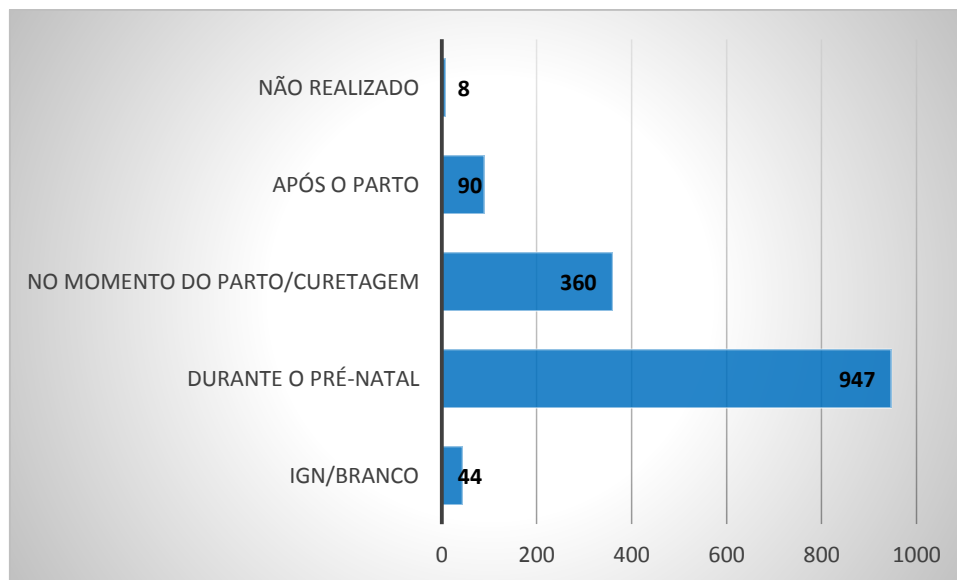


Fonte: SINAN Net/IST, AIDS e HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

Com relação ao momento do diagnóstico de sífilis materna em Minas Gerais (imprescindível durante o pré-natal), das 1449 gestantes, 360 (24,8%) foram diagnosticadas no momento do parto/curetagem, 90 (6,2%) tiveram diagnóstico após o parto, 8 (0,5%) não tiveram diagnóstico e 44 (3%) estão sem informação, conforme mostra a figura 16. Estes números retratam que é preciso avançar na captação dessas gestantes para as consultas de pré-natal, na disponibilização do diagnóstico em tempo hábil e no incremento da informação acerca dos exames diagnósticos existentes na rede básica às gestantes.

Figura 16: Momento do diagnóstico de sífilis materna - Minas Gerais, ano 2016.



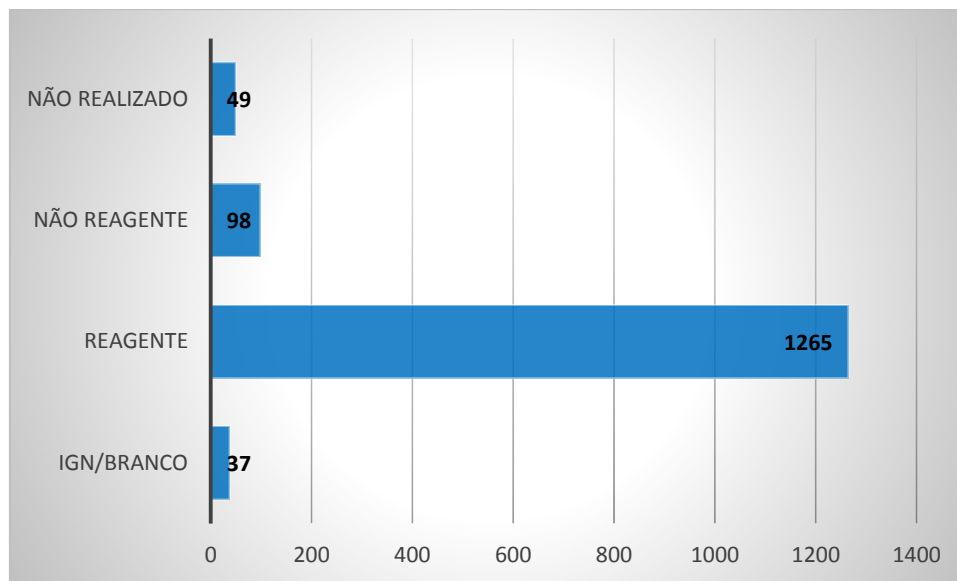
Fonte: SINAN Net/IST, AIDS e HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

O Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica para sífilis, de preferência por meio do teste rápido treponêmico, no primeiro e terceiro trimestres de gestação e na ocasião da internação para o parto ou curetagem. Para as gestantes com resultado reagente, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado através do *Venereal Disease Research Laboratory test* (VDRL), um exame não treponêmico. (SARACENI, 2017)

Sobre a realização do teste não treponêmico, sorologia complementar e relevante ao diagnóstico, além de ser um exame de baixo custo - cujo recurso é disponibilizado através da Programação Pactuada Integrada (PPI) para a grande maioria dos municípios para que o mesmo seja ofertado às gestantes - ainda existem 49 gestantes (3,4%) sem sua realização e outras 37 (2,5%) sem informações de execução do exame não treponêmico, de acordo com a figura abaixo:

Figura 17: Realização do Teste Não Treponêmico de sífilis materna, Minas Gerais, ano 2016.

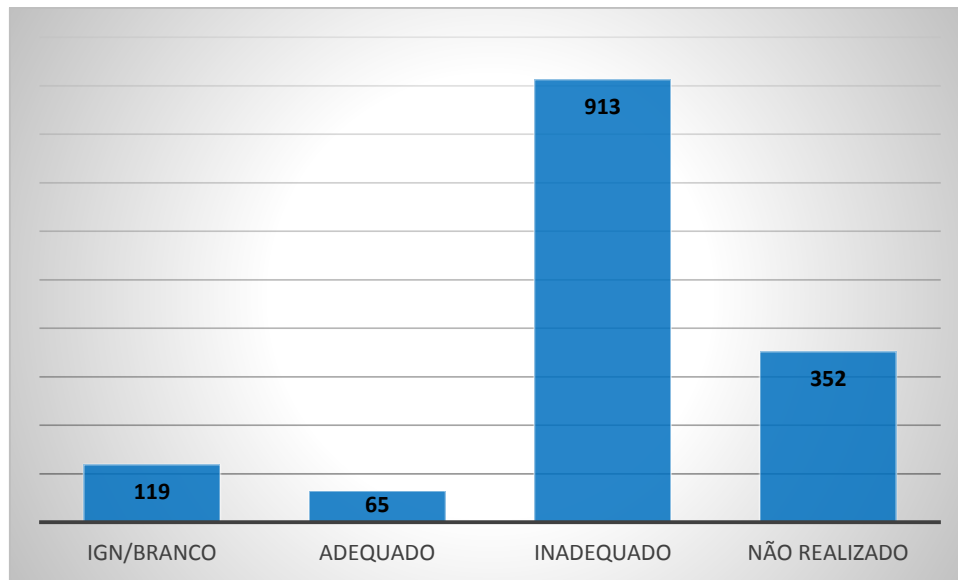


Fonte: SINAN Net/IST, AIDS e HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

Em relação ao tratamento, observa-se na figura 18, que das 1449 gestantes, apenas 65 (4,5%) o realizaram de forma adequada, restando 352 casos (24,3%) sem tratamento, 119 gestantes (8,2%) sem informações de tratamento para sífilis e um total de 913 gestantes (63%) com realização de tratamento, porém inadequado para o agravo, contribuindo para o aumento da taxa de transmissão vertical no País.

Figura 18: Esquema de tratamento de sífilis em gestante - Minas Gerais, 2016.

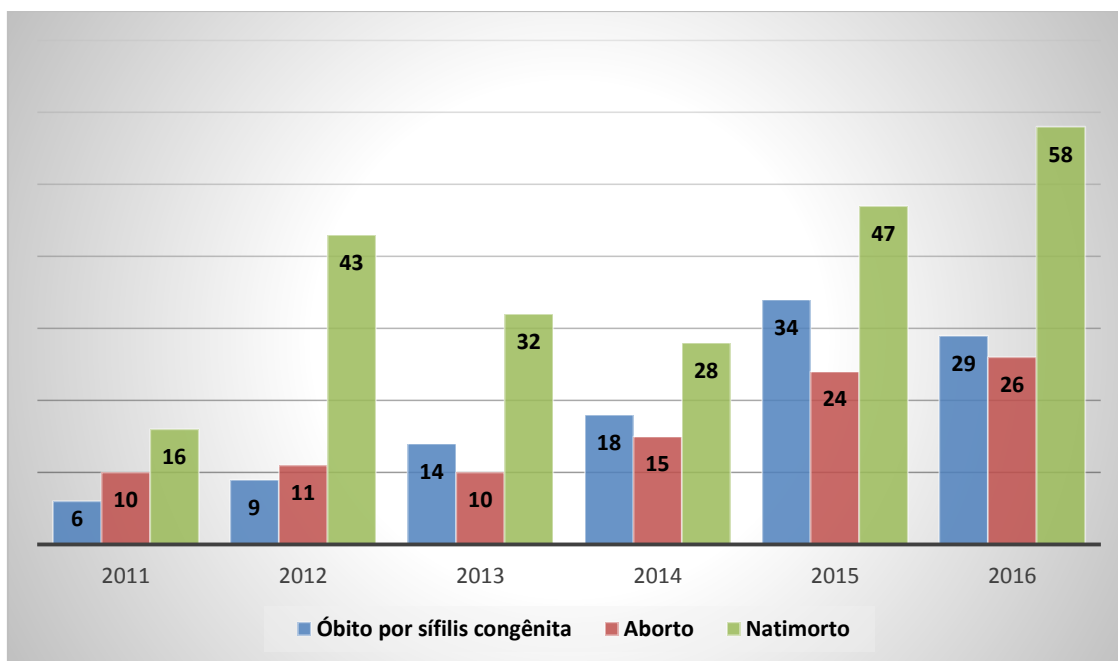


Fonte: SINAN Net/IST, AIDS e HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

Apesar dos inúmeros esforços em controlar as altas taxas, a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública, visto que sua cadeia de transmissão não foi quebrada, por envolver a mãe, parceria sexual, conceito, e depender da mobilização de muitas pessoas. Percebe-se de acordo com a figura abaixo, o crescente aumento de números de óbitos por sífilis congênita durante os anos de 2011 a 2016.

Figura 19: Número de óbitos ocorridos por sífilis congênita segundo ano diagnóstico – Minas Gerais, 2011 – 2016.



Fonte: SINAN Net/IST, AIDS e HV/DVE/SVEAST/SVPS/SES-MG

*Dados parciais sujeitos à alteração e revisão apurados em 14/11/2017

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados apresentados, o estado de Minas Gerais vive um cenário preocupante relacionado à sífilis adquirida, sífilis em gestantes e congênita.

A coordenação IST/HIV/AIDS/HV vem trabalhando no sentido de interromper a cadeia de transmissão das ISTs, com realização de capacitações nas URSs, bem como a elaboração e divulgação de dados relacionados ao agravo através da comunicação social. Além disso, é realizado o monitoramento do banco de dados do SINAN, melhorando a qualidade das informações, bem como incentivando as URS a procederem junto aos municípios mineiros a busca ativa de casos considerados como tratamento inadequado para sífilis em gestantes.

Percebe-se a relevância em buscar capilaridade no processo de implantação do teste rápido nas Unidades básicas de Saúde do Estado, com o intuito de melhorar o diagnóstico precoce, principalmente no pré-natal. Ademais, propor estratégias para minimizar a resistência ao uso da penicilina, único medicamento eficaz no tratamento da sífilis em gestantes, por parte dos profissionais dos serviços de saúde da atenção básica, e propor iniciativas no sentido de desmistificar o uso do medicamento resguardando os profissionais dos riscos inerentes à sua utilização.

É necessário avançar no sentido de formar parcerias com outros atores inter setoriais, com objetivo de fortalecer as ações educativas, preventivas, já em curso, buscando a redução dos casos de sífilis adquirida, gestantes e conseqüentemente a eliminação da transmissão vertical.

VI - REFERÊNCIAS

Avelheira, J. C. R. Sífilis: diagnóstico, tratamento e Controle. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, 2006; 81(2):111-26.

Benzaken, A. S. Detecção de Sífilis Adquirida em comunidades de difícil acesso da região Amazônica: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos. Manaus/AM.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília. DF. V.48.n.36/2017.

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. *Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no 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*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para Redução e Eliminação [Internet]*. Brasília, DF; 2014.

Cavalcante, P. A. M, Pereira, R. B. L, Castro, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Brasília: *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. V.26, n.2, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-6222017000200255&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: out. 2017.

Domingues, R. M. S. M. Leal, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à Trasmissão Vertical da sífilis:dados do estudo *Nascer no Brasil*. *Caderno de saúde pública*. Rio de Janeiro. jun.2016.

Louzada, D. D. Redução da transmissão vertical da sífilis congênita. In: Congresso Capixaba de Medicina de Família e Comunidade- v.1,2017, Castelo, ES, Anais(on-line). Disponível em: <file:///C:/Users/m12048799/Downloads/42-Texto%20do%20artigo-172-1-10-20171002.pdf>> Acesso em 11/12/2017.

Moreira, K. F. A. Oliveira, D. M. Alencar, L. N. Cavalcante, D. F. B. Pinheiro, A. S. Órfão, N. H. Perfil dos casos notificados de Sífilis Congênita; Cogitare Enferm. 22, 2017.

Nonato, M. S. Melo, A. P. S. Guimarães, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte/MG, Brasil, 2010-2013.

Oliveira, L. P. N. Sífilis Adquirida e Congênita. Monografia, Universidade Castelo Branco. Salvador; Bahia; 2011.

Santos, V. C. Anjos, C. F. Sífilis: Uma realidade prevenível, sua erradicação um desafio atual. Revista de Saúde e Pesquisa, V.2, p.257, mai 2009.

Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB).