

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Condições Crônicas
Coordenação IST/AIDS e Hepatites Virais

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MINEIRO - SÍFILIS -

**Análise Epidemiológica de Sífilis
Panorama do ano de 2018**

**Belo Horizonte
2019**

EDITORIAL

Prezados colaboradores,

Esta edição do Boletim Epidemiológico Mineiro de Sífilis, da Coordenação Estadual de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, foi elaborada com o intuito de dar visibilidade ao agravo em questão, através da divulgação do cenário epidemiológico atual, buscando promover estratégias de ação no enfrentamento à doença em todas as esferas.

Apresenta os dados epidemiológicos do estado de Minas Gerais, através do conjunto de informações extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) expondo as variáveis do agravo dentro das suas três classificações, sífilis adquirida, sífilis em gestantes, sífilis congênita, bem como o processo de descentralização da testagem rápida no Estado.

A Coordenação Estadual de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) mantém seu trabalho em consonância com a agenda de ações estratégicas elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), fomentando às suas 28 regionais de saúde, a promover ações voltadas para a redução do agravo.

Em continuidade ao processo de descentralização da testagem rápida, o estado trabalha atualmente em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP), buscando coparticipação de todos os atores envolvidos no processo, capacitando os profissionais de saúde atenção básica.

Desejamos a todos uma ótima leitura e que esse documento seja útil no sentido de sensibilizar a todos da importância de se trabalhar a promoção e prevenção à saúde coletiva.

Boa leitura,

Mayara C. Marques Almeida e Equipe
Coordenação IST/AIDS e Hepatites Virais
Diretoria de Vigilância de Condições Crônicas
SVE/SubVS/SES-MG

Governador do Estado de Minas Gerais
Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva

Subsecretário de Vigilância em Saúde
Dario Brock Ramalho

Superintendente de Vigilância Epidemiológica
Jordana Costa Lima

Diretora de Vigilância de Condições Crônicas
Janaina Passos de Paula

Coordenadora de IST/Aids e Hepatites Virais
Mayara C. Marques Almeida

Equipe Técnica

Adriana Padrão Rocha Miranda
Brayer Souza Rodrigues
Cecília Helena de Oliveira
Davidson Junio Jacovini de Oliveira
Débora de Freitas Santiago
Geraldo Scarabelli Pereira
Maria de Fátima Nonato
Mayara Cristina Marques de Almeida
Renee Silva Carvalho
Silvana Novaes Ferreira
Talane Alcântara de Oliveira

Equipe Editorial

Maria de Fátima Nonato
Talane Alcântara de Oliveira

Revisão de Texto

Mayara C. Marques Almeida

Expediente

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.



“Seja a mudança que você quer ver no mundo”

Dalai Lama

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

I- Introdução.....	12
II- Sífilis Adquirida.....	13
1 - Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida no Brasil	13
2 - Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida em Minas Gerais	19
III- Sífilis em Gestante	22
1- Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante no Brasil.....	23
2-Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante em Minas Gerais	26
IV- Sífilis Congênita.....	32
1- Epidemiologia da Sífilis Congênita no Brasil..	33
2- Epidemiologia da Sífilis Congênita em Minas Gerais.....	35
V- Ações de enfrentamento à sífilis no estado de Minas Gerais.....	42
VI- Considerações Finais.....	46
VII- Referências.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

- BEM: Boletim Epidemiológico Mineiro
- CITV: Comitê de Investigação de Transmissão Vertical
- CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento
- IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS: Ministério da Saúde
- NV: Nascidos Vivos
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
- RN: Recém-nascido
- SAE: Serviço de Atendimento Especializado
- SC: Sífilis Congênita
- SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
- SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SRS: Superintendência Regional de Saúde
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- UDM: Unidade Dispensadora de Medicamentos
- URS: Unidade Regional de Saúde

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 a 2018.....	14
Figura 2: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo UF e capitais, Brasil, 2018.....	15
Figura 3: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária. Brasil, 2010-2018.....	16
Figura 4: Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida e sífilis em gestantes segundo sexo e razão de sexos por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.....	17
Figura 5: Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida segundo raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2018.....	18
Figura 6: Frequência de casos de sífilis adquirida por ano diagnóstico - Minas Gerais, 2014-2018.....	20
Figura 7: Número de casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo - Minas Gerais, 2014 - 2018.....	21
Figura 8: Casos de sífilis adquirida por faixa etária - Minas Gerais, 2018.....	22
Figura 9: Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018.....	24
Figura 10: Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2014 a 2018.....	25

Figura 11: Distribuição proporcional de sífilis em gestantes com tratamento prescrito com penicilina (ao menos uma dose) e prescrito conforme classificação clínica, segundo UF, Brasil, 2018.....	26
Figura 12: Frequência de casos de sífilis em gestantes por ano diagnóstico. Minas Gerais, 2014 – 2018.....	28
Figura 13: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais por URS – 2018.....	29
Figura 14: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais segundo momento do diagnóstico – 2018.....	30
Figura 15: Frequência de casos de sífilis em gestante segundo tratamento da mãe. Minas Gerais, 2018.....	31
Figura 16: Frequência de casos de sífilis em gestantes segundo tratamento concomitante do parceiro. Minas Gerais, 2018.....	32
Figura 17: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018.....	34
Figura 18: Coeficiente mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2008 a 2018.....	35
Figura 19: Incidência de casos de sífilis congênita segundo ano. Minas Gerais, 2014-2018.....	37
Figura 20: Número de casos de sífilis congênita segundo realização do pré-natal. Minas Gerais, 2018.....	38
Figura 21: Casos de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico de sífilis materna. Minas Gerais, 2018.....	39

Figura 22: Realização do teste não treponêmico de sífilis materna, Minas Gerais, 2018.....	40
Figura 23: Esquema de tratamento de sífilis em gestante - Minas Gerais, 2018.....	41
Figura 24: Número de óbitos ocorridos por sífilis congênita segundo ano diagnóstico – Minas Gerais, 2017.....	42
Figura 25: Percentual de implantação da testagem rápida – Municípios / MG, 2019.....	43
Figura 26: Percentual de implantação da testagem rápida – UBSs / MG, 2019.....	44

I- INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença conhecida e curável. Seu agente etiológico – *Treponema pallidum* – foi descoberto em 1905. A transmissão se dá principalmente por contato sexual, podendo ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (BRASIL, 2017).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2019), na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido (RN).

O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da doença. O aumento do número de casos da infecção é preocupantes, e a infecção precisa ser controlada. No estado de Minas Gerais, os esforços tem sido no constante processo de monitoramento do agravo e adoção de estratégias de captação precoce do indivíduo, para identificar, diagnosticar e instituir o tratamento em tempo oportuno e de forma adequada.

A Coordenação IST/Aids/HV busca atualmente parcerias intersetoriais na tentativa de sensibilizar os profissionais da rede básica para desenvolver ações estratégicas de prevenção coletiva do agravo.

Dessa forma, o estado de Minas Gerais por meio da Coordenação IST//Aids/HV permanece no trabalho em conformidade com a Agenda de Ações Estratégicas de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, cujo objetivo é a redução da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil.

II- SÍFILIS ADQUIRIDA

É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (BRASIL, 2019).

Caracterizada por lesões nos órgão 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 (BRASIL, 2017).

É um agravo que vem afetando as mulheres, destacando-se os segmentos mais jovens da população brasileira, sobretudo a faixa etária entre 20 e 29 anos, reforçando a necessidade de intensificar ações de prevenção, e sensibilização deste público para a relevância do agravo.

1- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA NO BRASIL

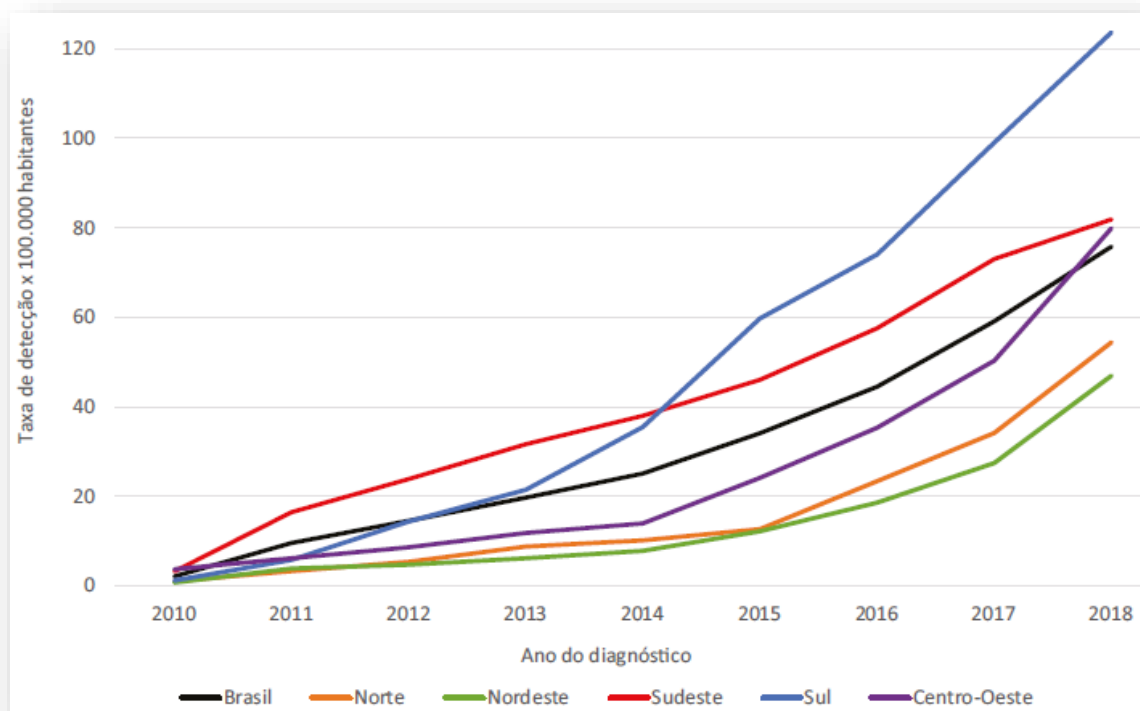
Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no período de 2010 a junho de 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 650.258 casos de sífilis adquirida, dos quais 53,5% ocorreram na Região Sudeste, 22,1% no Sul, 12,9% no Nordeste, 6,5% no Centro-Oeste e 4,9% no Norte.

Em 2018, o número total de casos notificados no Brasil foi de 158.051. Na estratificação por regiões, observaram-se 71.842 (45,5%) casos notificados na Região Sudeste, 36.808 (23,3%) na Região Sul, 26.644 (16,9%) na Região Nordeste, 12.855 (8,1%) na Região Centro-Oeste e 9.890 (6,3%) na Região Norte.

Entre os anos de 2017 e 2018, verificou-se que o Brasil e regiões apresentaram crescimento em suas taxas de detecção de sífilis adquirida. No

país o aumento foi de 28,3% (de 59,1 para 75,8 casos por 100.000 hab.). O incremento foi de 59,3% na Região Norte (de 34,1 para 54,4 casos por 100.000 hab.), 71,1% no Nordeste (de 27,4 para 46,9 casos por 100.000 hab.), 12,2% no Sudeste (de 73,0 para 81,9 casos por 100.000 hab.), 24,9% no Sul (de 99,1 para 123,7 casos por 100.000 hab.) e 58,9% no Centro-Oeste (de 50,3 para 79,9 casos por 100.000 hab.), conforme demonstrado abaixo.

Figura 1: Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência, por ano de diagnóstico - Brasil, 2010 a 2018.

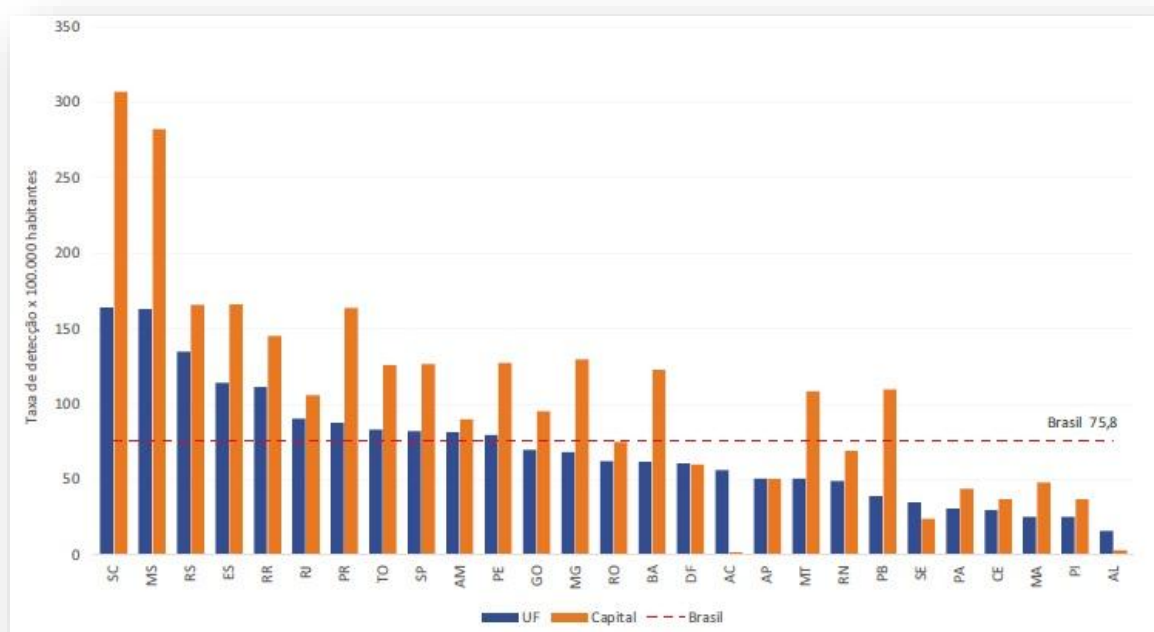


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019

Com relação às capitais, 16 delas apresentaram taxa de detecção mais elevada que a nacional: Florianópolis (307,1 casos/100 mil hab.), Campo Grande (282,4/100 mil hab.), Vitória (166,1/100 mil hab.), Porto Alegre (165,8/100 mil

hab.), Curitiba (163,9/100 mil hab.), Boa Vista (145,2/100 mil hab.), Belo Horizonte (129,8/100 mil hab.), Recife (127,4/100 mil hab.), São Paulo (126,6/100 mil hab.), Palmas (125,7/100 mil hab.), Salvador (122,7/100 mil hab.), João Pessoa (109,8/100 mil hab.), Cuiabá (108,5/100 mil hab.), Rio de Janeiro (105,9/100 mil hab.), Goiânia (95,5/100 mil hab.) e Manaus (89,8/100 mil hab.), conforme Figura 2:

Figura 2: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo UF e capitais, Brasil, 2018.

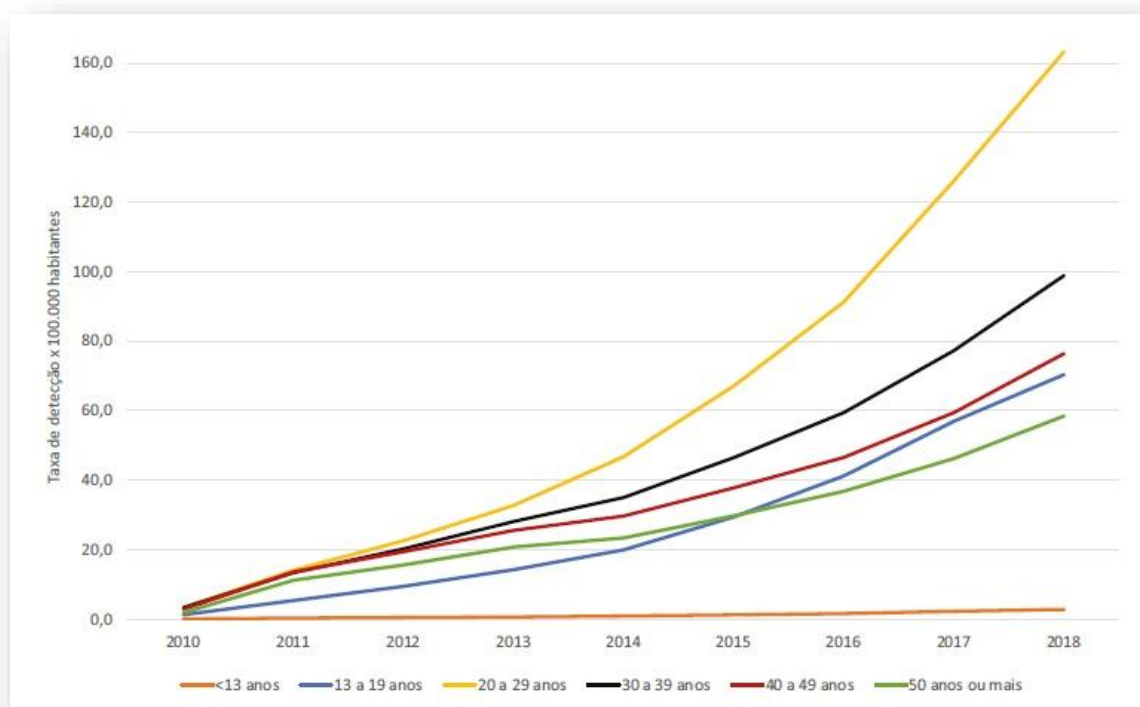


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019

Em 2018, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (35,1%), seguidos por aqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,5%). A Figura 3 apresenta as taxas de detecção de sífilis adquirida segundo faixa etária, no período de 2010 a 2018. Observa-se um

incremento na taxa de detecção para todas as faixas etárias, ressaltando a tendência mais acentuada de aumento na faixa etária de 20 a 29 anos, que em 2018 contabilizou 163,3 casos por 100.000 habitantes.

Figura 3: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária. Brasil, 2010-2018.

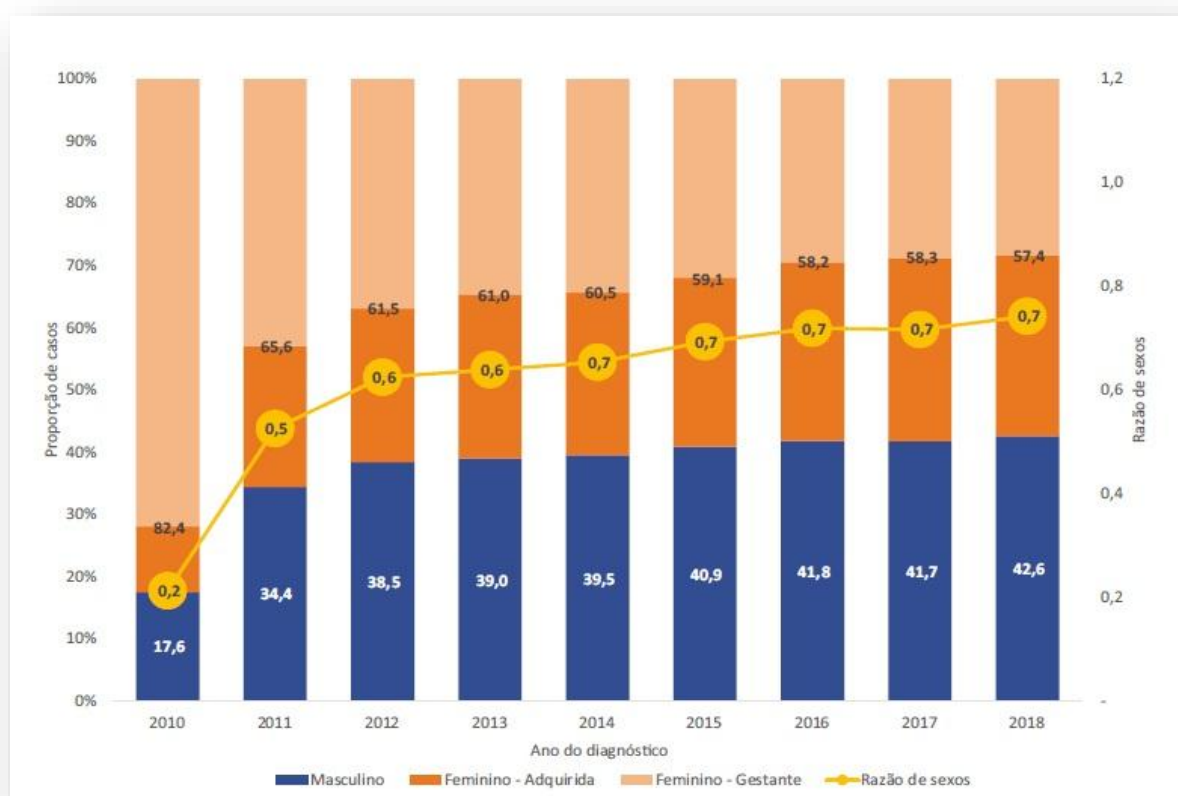


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019

Abaixo, os casos notificados de sífilis adquirida em homens e mulheres, incluindo os casos notificados em gestantes e razão de sexos por ano de diagnóstico no Brasil, de 2010 a 2018. Quando analisada a série histórica de casos notificados de sífilis, observa-se que 3479.064 (40,6%) ocorreram em

homens e 506.873 (59,4%) em mulheres; destas, 235.664 (46,5%) foram notificadas como sífilis adquirida e 271.209 (53,5%) como sífilis em gestantes. Em 2010, a razão de sexos (M:F) era de 0,2 (dois casos em homens para cada dez casos em mulheres); em 2018, foi de 0,7 (sete casos em homens para cada dez casos em mulheres), razão que vem se mantendo estável desde 2014.

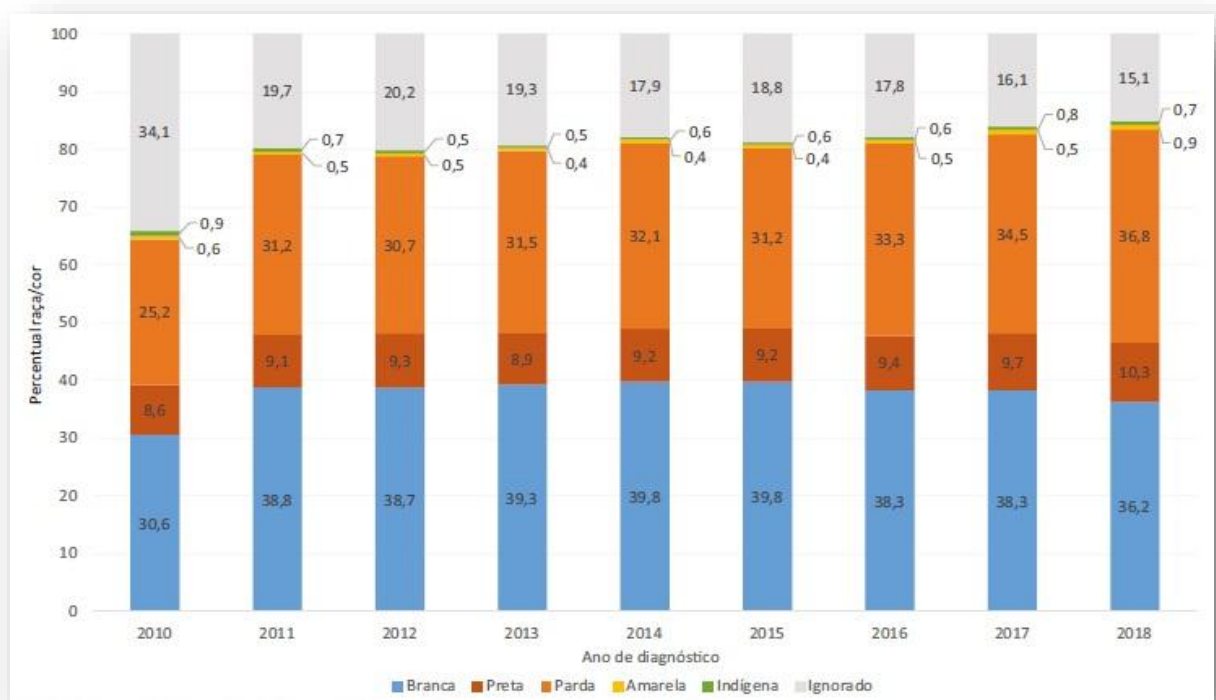
Figura 4: Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida e sífilis em gestantes segundo sexo e razão de sexos por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019

Quanto à informação referente a raça/cor, observou-se uma melhora no preenchimento desta informação: em 2010, 34,0% tinham a informação ignorada, percentual este que foi reduzido para 15,1%, em 2018. Nesse ano, a maior parte das pessoas notificadas eram pardas (36,8%), seguidas de brancas (36,2%) e pretas (10,3%); considerando-se pardos e pretos, o percentual foi de 47,1%. Em toda a série histórica, a notificação de indivíduos de raça/ cor amarela e indígena separadamente não ultrapassou 1% dos casos:

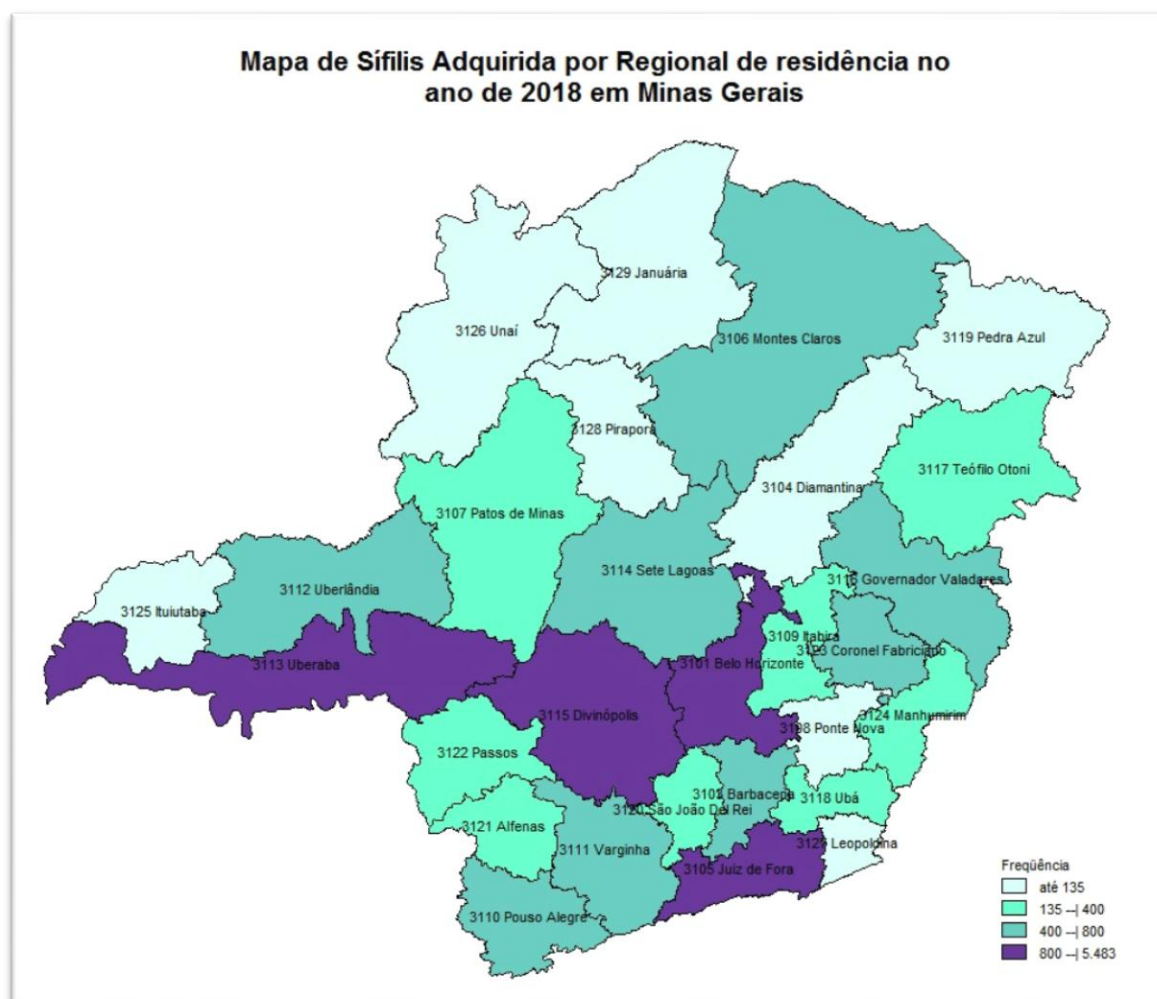
Figura 5: Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida segundo raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019

2- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM MINAS GERAIS

A sífilis adquirida é um agravo de notificação compulsória desde 2010, conforme Portaria de Consolidação N° 4, de 28 de setembro de 2017. No estado de Minas Gerais, as notificações no ano de 2018 mostram maior concentração nas regionais de Belo Horizonte, Divinópolis, Uberaba e Juiz de Fora, conforme figura abaixo. As regionais do norte do estado apresentam menor frequência de casos:



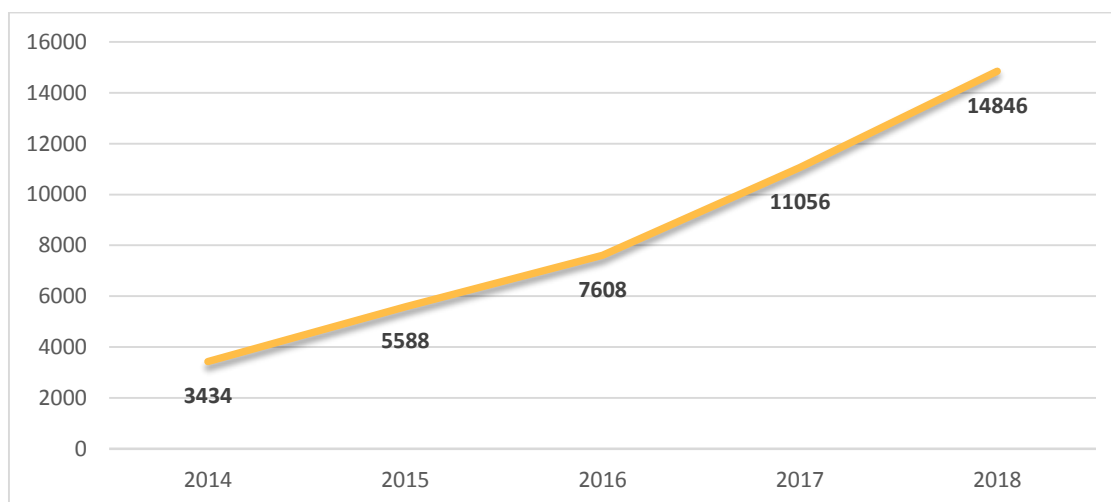
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

A figura abaixo demonstra o número de casos de sífilis adquirida notificados no período de 2014 a 2018. Nos últimos cinco anos, a taxa de sífilis adquirida aumentou 432%.

Destaca-se um aumento expressivo das notificações nos anos de 2017 e 2018, o que pode estar associado à descentralização da testagem rápida para a Atenção Primária, o que torna o diagnóstico mais acessível à população geral.

Figura 6: Frequência de casos de sífilis adquirida por ano diagnóstico - Minas Gerais, 2014-2018.

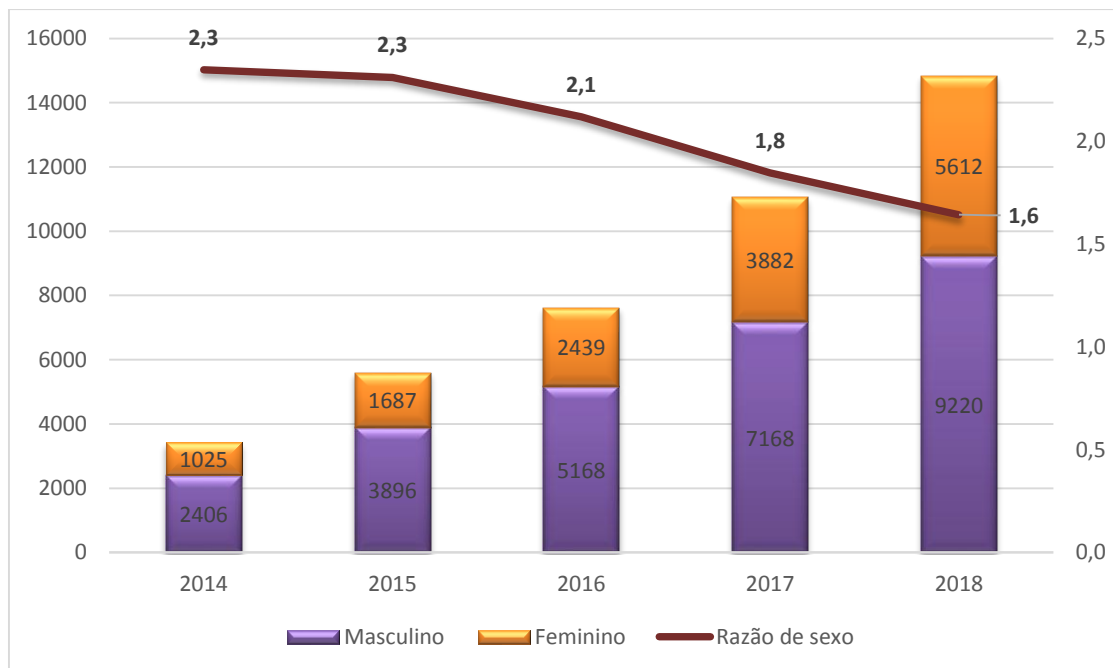


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

Em relação ao número de casos notificados de sífilis adquirida, observa-se que, no período de 2014 a 2018, embora exista um maior número de notificações na população masculina, a razão de sexos vem diminuindo ao longo dos anos, encerrando o ano de 2018 em 1,6 casos em homens para cada 10 mulheres (Figura 8).

Figura 7: Número de casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo - Minas Gerais, 2014 - 2018.

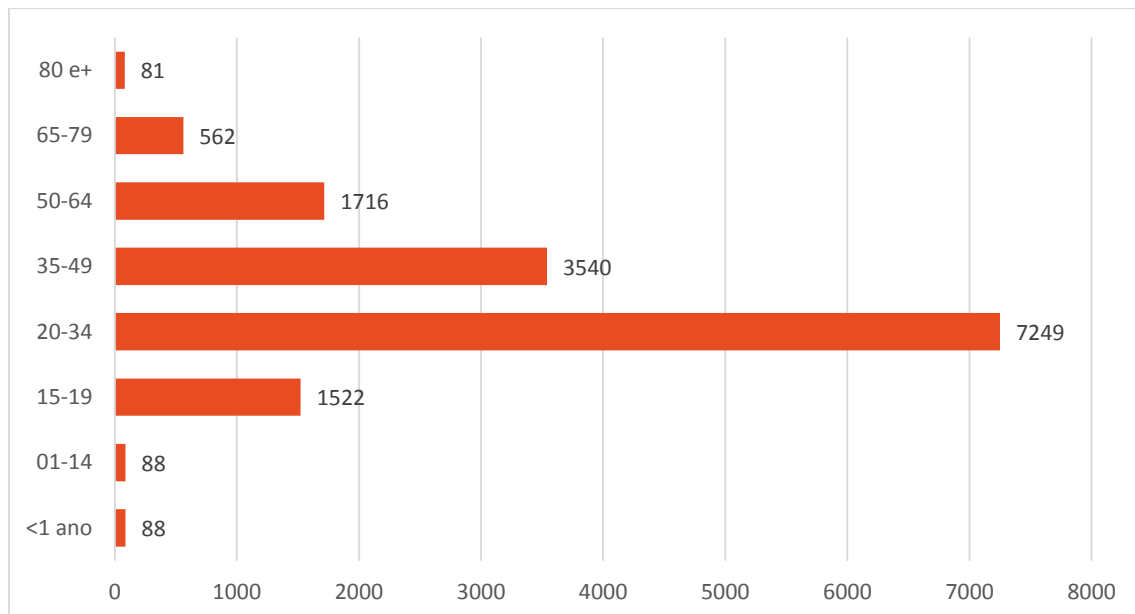


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

Sobre a faixa etária (Figura 8), as notificações de sífilis adquirida ocorridas em 2018 demonstram maior prevalência na população de 20 a 34 anos (7.249), seguida de 35 a 49 anos (3.540). Diante disso, reforça-se a necessidade de ações e intervenções de prevenção para a população sexualmente ativa.

Figura 8: Casos de sífilis adquirida por faixa etária - Minas Gerais, 2018.



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

III- SÍFILIS EM GESTANTE

Na gestante, o agente etiológico pode ser transmitido para o feto, mais frequentemente intraútero, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal de parto (se houver presença de lesão ativa). A transmissão ocorre em torno de 70 a 100% quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária (BRASIL, 2017).

A sífilis gestacional é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis, é tratada adequadamente e em tempo oportuno, bem como sua parceria. Os profissionais devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e a classificar os estágios da sífilis, assim como interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo.

1- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE NO BRASIL

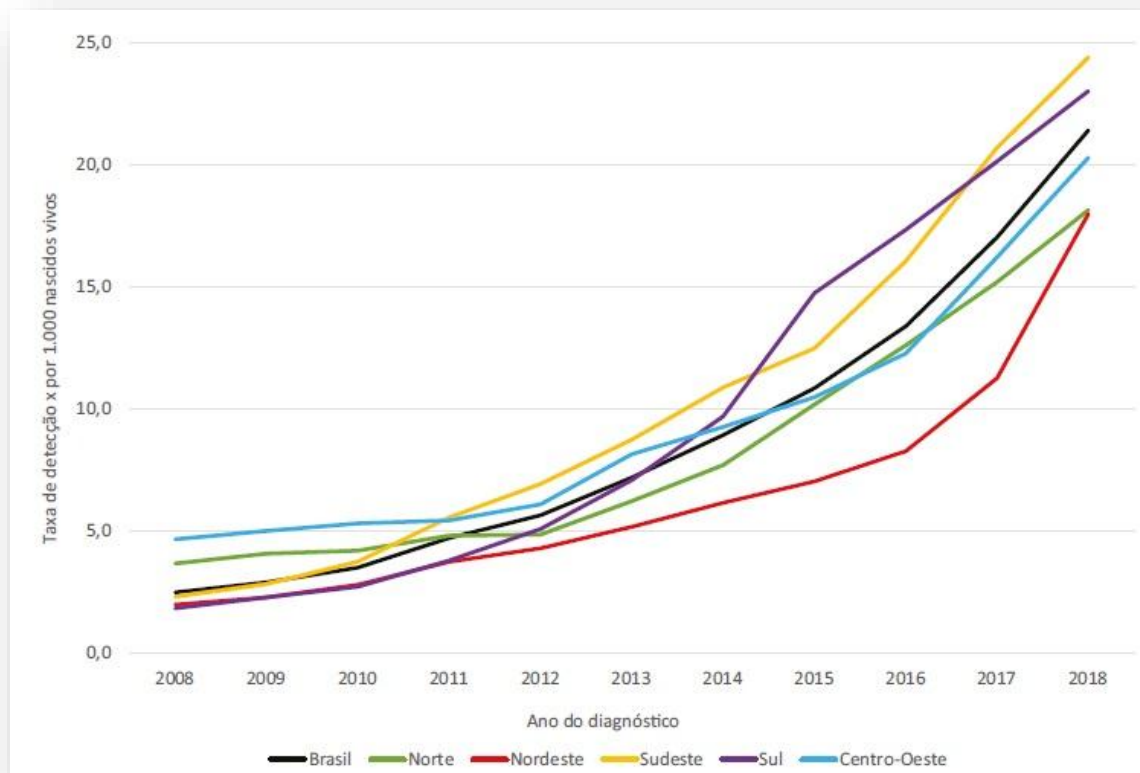
Segundo o boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde, no período de 2005 a junho de 2019, foram notificados no SINAN 324.321 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,0% foram casos residentes na Região Sudeste, 21,0% no Nordeste, 14,7% na Região Sul, 10,4% na Região Norte e 8,9% no Centro-Oeste.

Em 2018, o número total de casos notificados no Brasil foi de 62.599 (25,7% mais casos que no ano anterior), dos quais 28,103 (44,9%) eram residentes no Sudeste, 14.705 (23,5%) no Nordeste, 9.153 (14,6%) no Sul, 5.675 (9,10%) no Norte e 4.953 (7,9%) no Centro-Oeste.

De 2017 para 2018, o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões do Brasil, com destaque para o incremento de 59,6% na Região Nordeste. Este aumento pode ser atribuído à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017.

No Brasil, em 2018, observou-se uma taxa de detecção de 21,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (25,7% superior à taxa observada no ano anterior). As taxas de detecção das regiões Sudeste (24,4/1.000 nascidos vivos) e Sul (23,0/1.000 nascidos vivos), foram superiores à taxa nacional. No último ano, constata-se que as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores aumentos em suas taxas de detecção, e a Região Sul foi a que apresentou o menor incremento, conforme demonstrado abaixo.

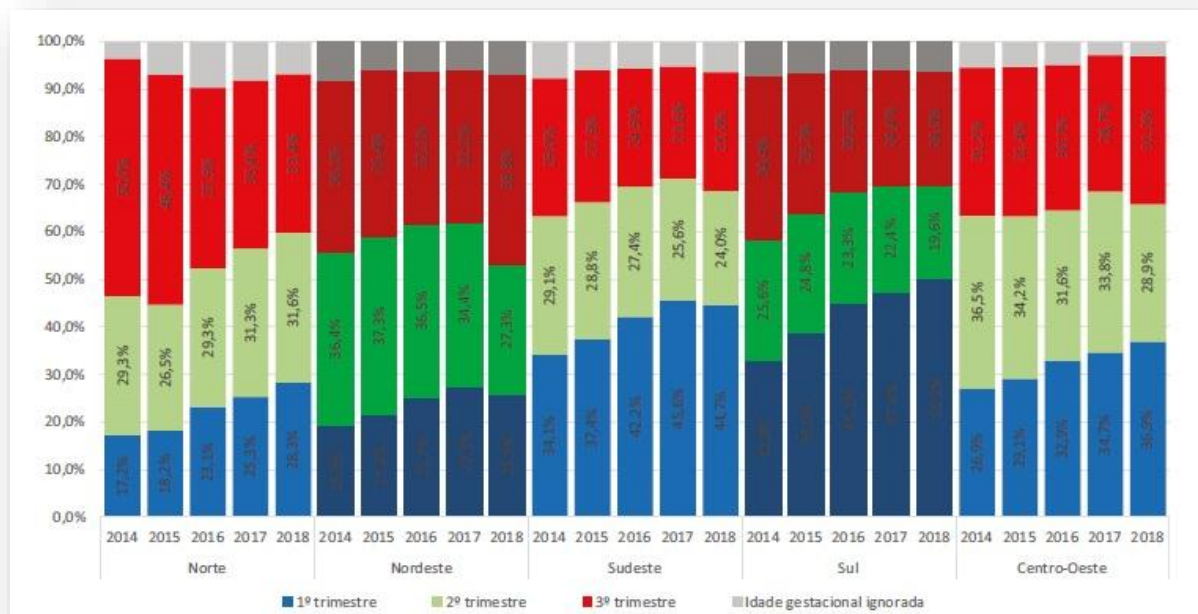
Figura 9: Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2008-2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019.

Para o diagnóstico de sífilis em gestantes, segundo idade gestacional por regiões, no ano de 2018, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorre com maior proporção nas regiões Sul (50,2%) e Sudeste (44,7%), e com menor proporção nas regiões Nordeste (25,9%) e Norte (28,3%). Todas as regiões nos últimos cinco anos vem apresentando aumento do diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre da gestação, conforme Figura 10.

Figura 10: Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019.

Com relação ao tratamento, em 2018, 89,6% das prescrições foram de penicilina benzatina (pelo menos uma dose) e 1,7% referiram-se a outros esquemas. Em 5,2% dos casos não houve tratamento e em 3,5% não constou informação sobre o tratamento ("ignorado"). As proporções de prescrição de penicilina na estratificação por UF variaram de 95,8% no Acre a 79,9% no Distrito Federal, conforme Figura 11.

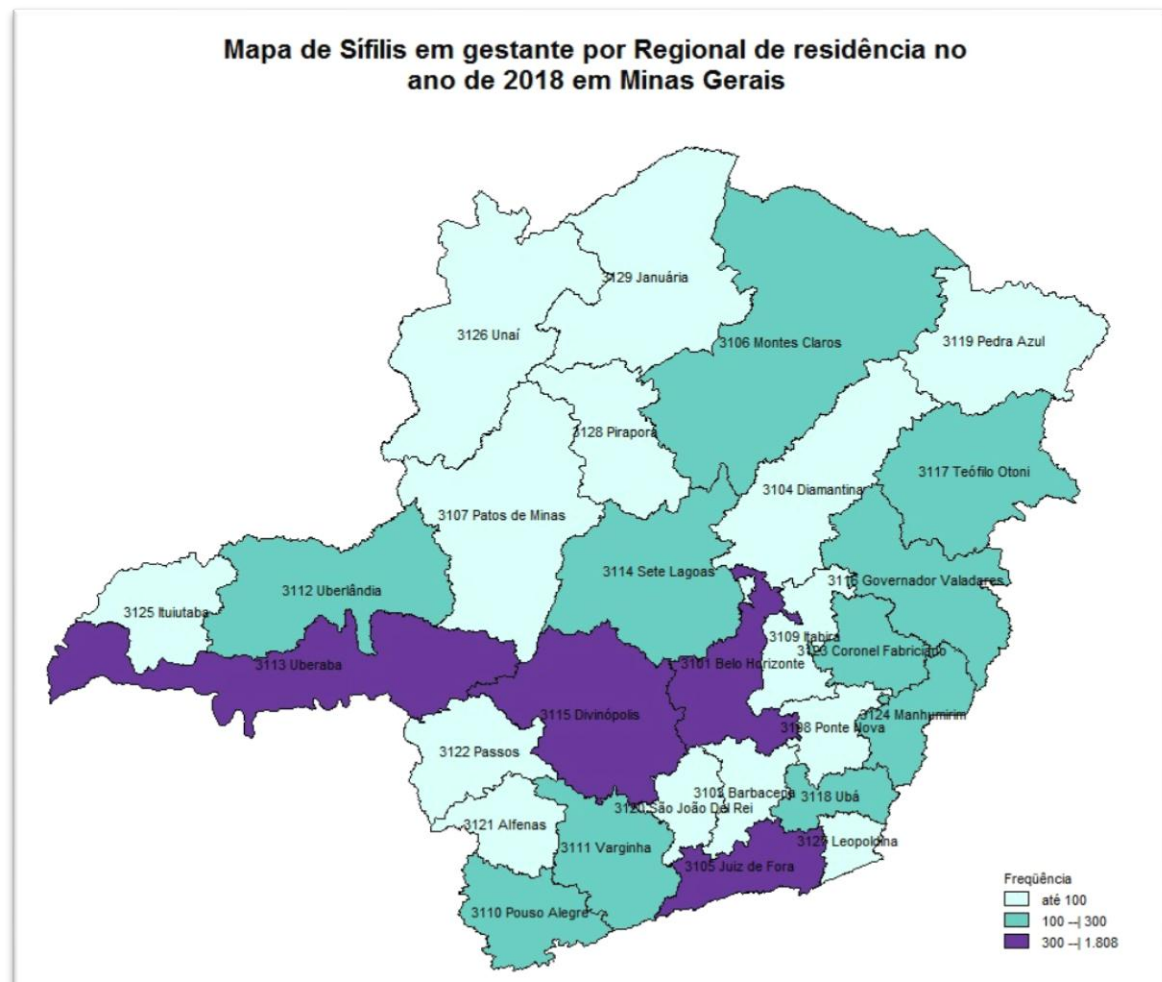
Figura 11: Distribuição proporcional de sífilis em gestantes com tratamento prescrito com penicilina (ao menos uma dose) e prescrito conforme classificação clínica, segundo UF, Brasil, 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2019.

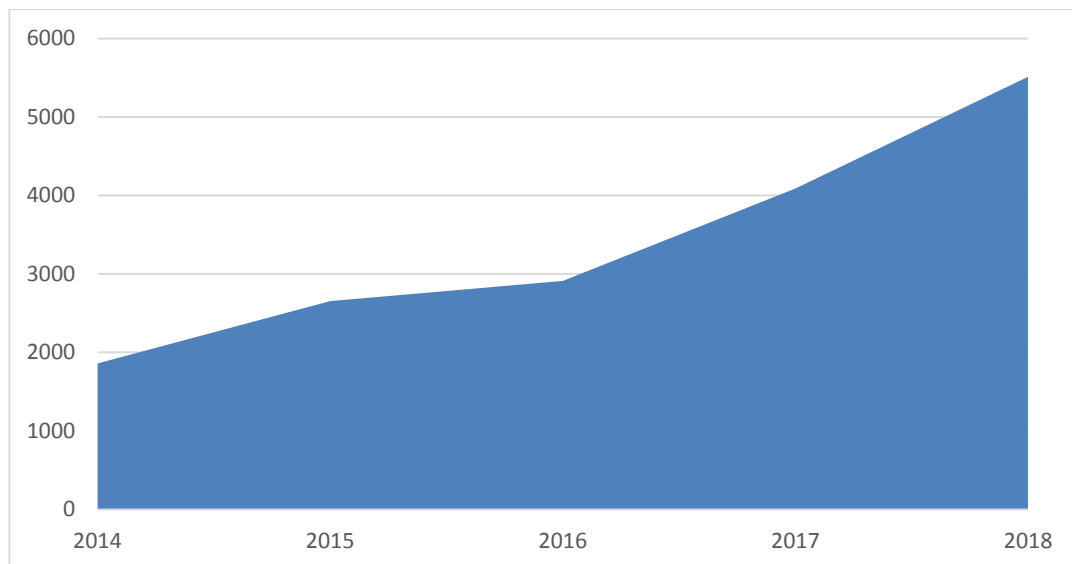
2- SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE EM MINAS GERAIS

A notificação da sífilis na gestação é obrigatória desde o ano de 2005, de acordo com a legislação vigente. Conforme figura abaixo, observa-se que a maior frequência de notificações de casos de sífilis em gestantes ocorre nos grandes centros urbanos. Regionais do Centro, Centro-Oeste, Sudeste e Triângulo do estado apresentam menor frequência de notificações.



Os casos de sífilis em gestantes notificados apresentam aumento progressivo ao longo dos anos em Minas Gerais, com destaque para os anos de 2017 (4.088 casos) e 2018 (5.511 casos). O aprimoramento do sistema de vigilância associado à ampliação da testagem rápida nos serviços de saúde podem justificar esse aumento. A mudança da definição de casos instuída em 2017 pelo Ministério da Saúde também pode ser considerado fator contribuinte para o aumento das notificações.

Figura 12: Frequência de casos de sífilis em gestantes por ano diagnóstico. Minas Gerais, 2014 – 2018.

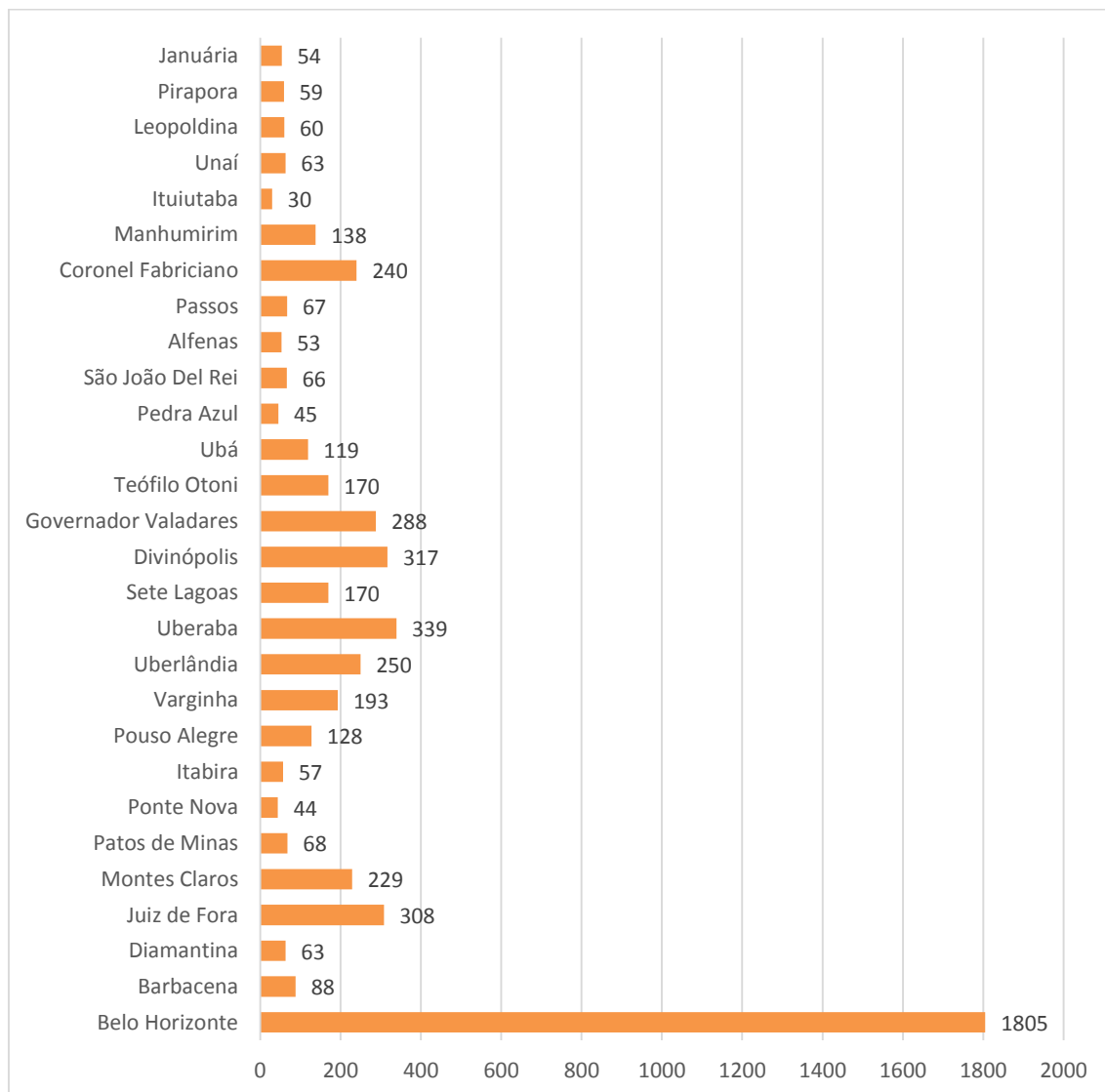


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

O cenário referente aos casos registrados de sífilis em gestantes por regional de saúde permanece com maior frequência nos grandes centros urbanos (figura 13). Observa-se que algumas regionais, consideradas populosas dentre elas, Governador Valadares, Montes Claros e Diamantina, apresentam menor número de casos notificados, o que pode indicar subnotificação do agravo.

Figura 13: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais por URS – 2018.



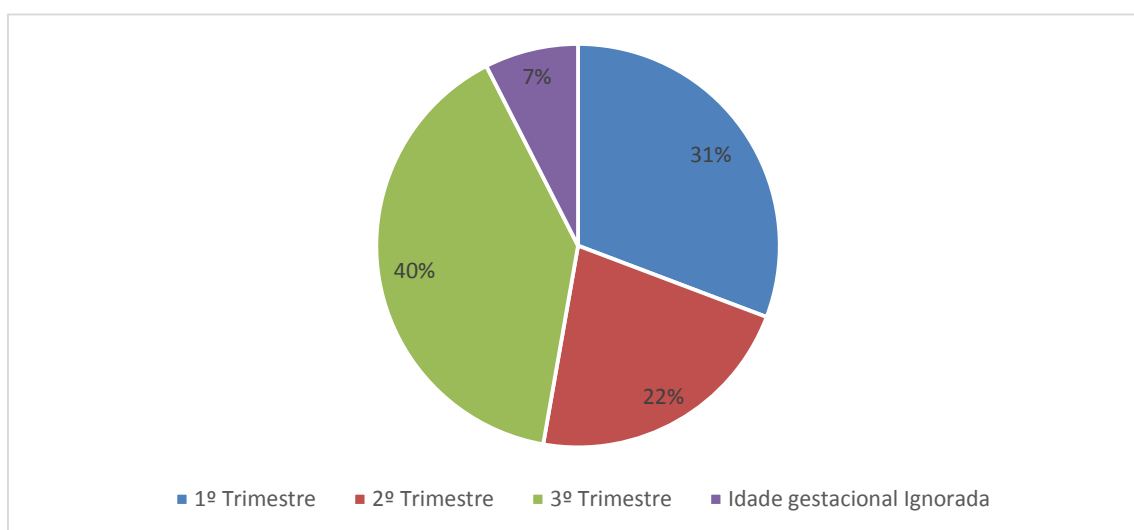
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

Em relação ao momento da gestação em que foi realizado o diagnóstico da sífilis, observa-se, conforme figura abaixo (figura 14), que do total de 5.511 gestantes notificadas em 2018, 40% (2.189) gestantes foram diagnosticadas no terceiro trimestre gestacional e 22% (1.213) gestantes no segundo trimestre da

gestação. Reforça-se que o diagnóstico deve ocorrer no primeiro trimestre da gestação e que ações de captação precoce das gestantes devem ser instituídas, com o objetivo de realizar o tratamento em tempo oportuno e prevenir a transmissão vertical da sífilis. Conforme o PCDT do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2017), a probabilidade de ocorrência da sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na gestante e pela duração da exposição fetal. Observa-se que o preenchimento do campo “ignorado”, representa 7% (414) das notificações.

Figura 14: Frequência de casos de Sífilis em gestante em Minas Gerais segundo momento do diagnóstico – 2018.

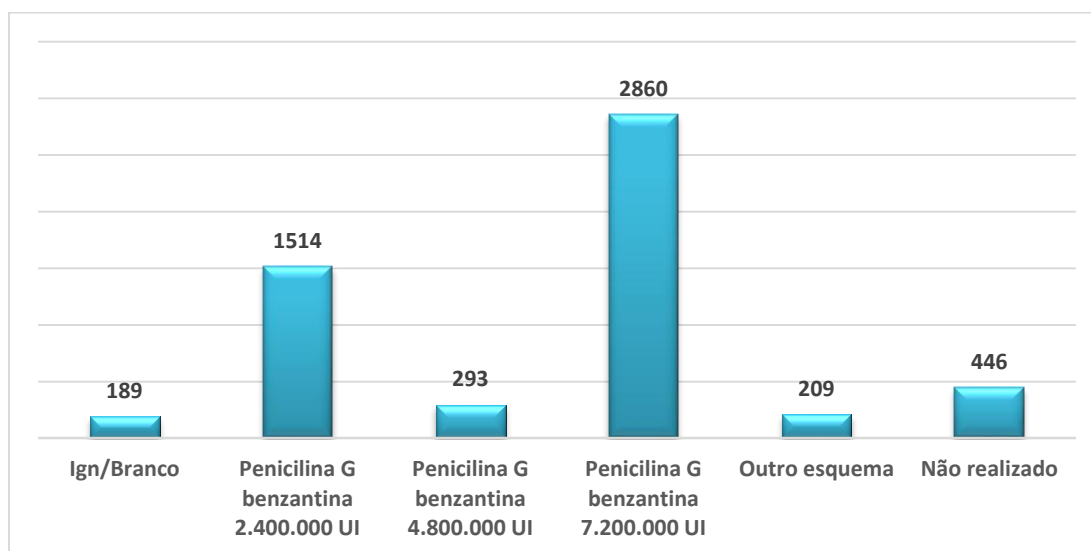


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

Sobre o esquema de tratamento realizado nas gestantes com sífilis (figura 15), observa-se que 79,4% (4.374) realizaram o tratamento nas doses recomendadas pelo Ministério da Saúde. Tratamentos não realizados, ignorados, com outro esquema ou realizados com penicilina benzatina 4.800.000 UI (dose não recomendada), representam 20,6% (1.137) dos casos notificados.

Figura 15: Frequência de casos de sífilis em gestante segundo tratamento da mãe. Minas Gerais, 2018.



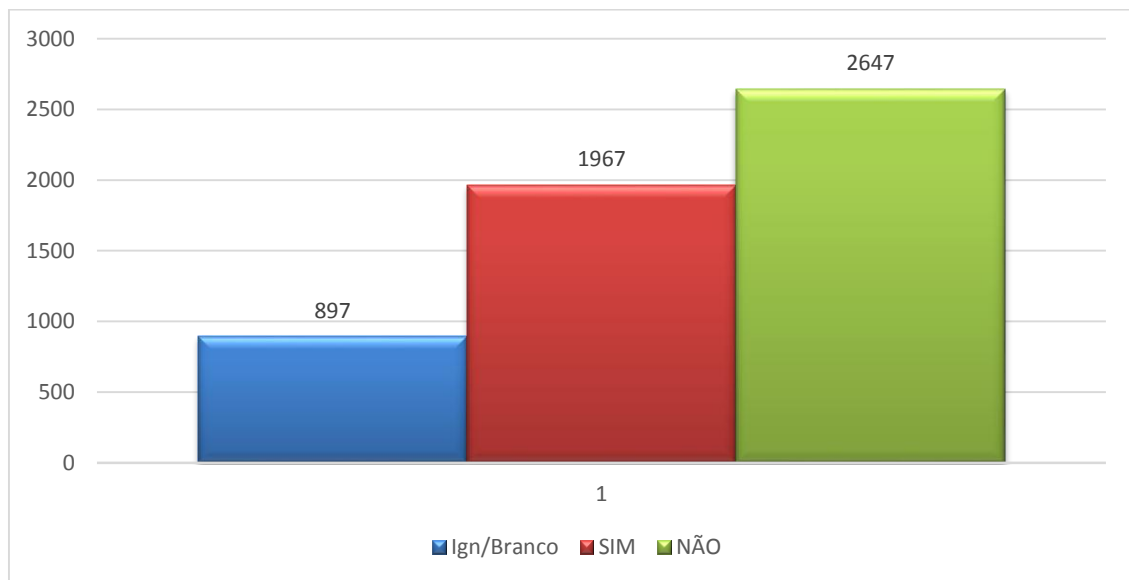
Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

De acordo com o PCDT (2017), as parcerias sexuais das gestantes podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes. Dessa forma, é importante a realização do tratamento presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina (2.400.000 UI/IM). Para os casos reagentes, devem ser seguidas as recomendações de tratamento para sífilis adquirida no adulto.

Em 2018, apenas 1.967 (35,7%) das parcerias foram tratadas de forma concomitante à gestante; 48% das parcerias não foram tratadas (figura 16), o que pode contribuir para reinfecções. O tratamento das parcerias é crucial na interrupção da cadeia de transmissão. Observa-se novamente um relevante número de casos em que a informação de tratamento da parceria é “ignorado/branco”, representando 16,3% das notificações. O preenchimento incompleto da ficha compromete a qualidade e veracidade das informações geradas pelo banco de dados, o que impacta de forma direta no desenvolvimento de ações e estratégias de enfrentamento do agravo.

Figura 16: Frequência de casos de sífilis em gestantes segundo tratamento concomitante do parceiro. Minas Gerais, 2018.



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

IV- SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum*, da corrente sanguínea da gestante infectada para o conceito por via transplacentária ou, ocasionalmente por contato direto com a lesão no momento do parto. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna (BRASIL, 2019).

De acordo com o Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2019), entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo. A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1 a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70 a 100% das gestantes não tratadas.

A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período. É um agravo que compõe a Lista Nacional de Notificação Compulsória instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.

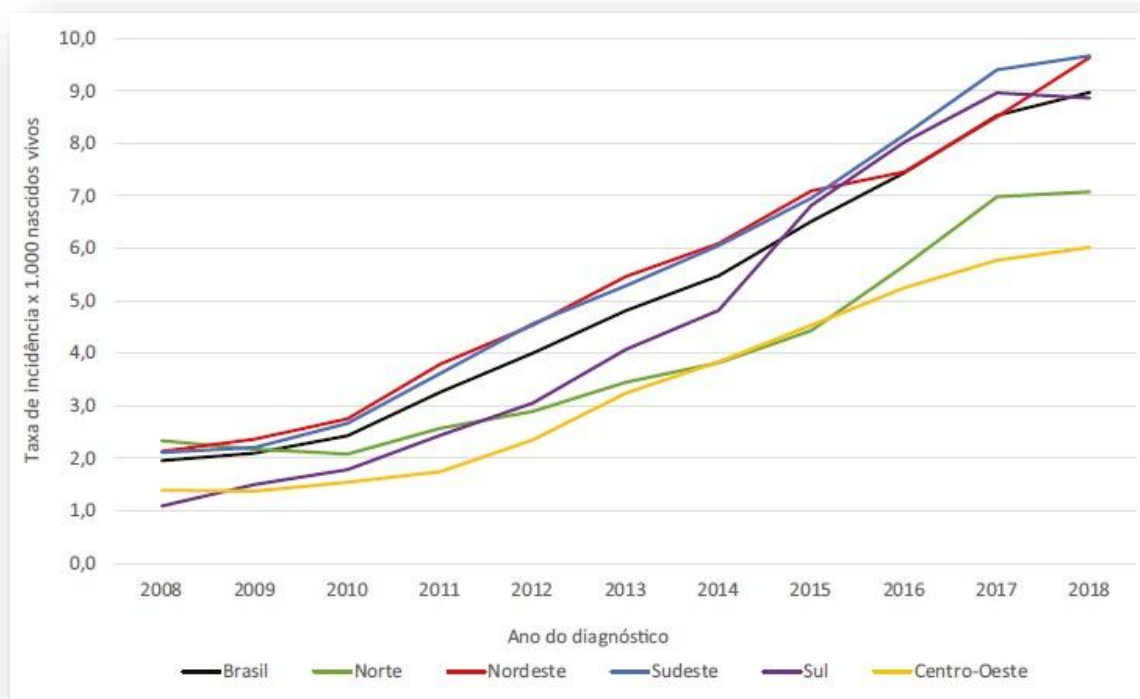
1- EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

De 1998 a junho de 2019, foram notificados no SINAN 214.891 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 95.353 (44,4%) eram residentes na Região Sudeste, 64.991 (30,2%) no Nordeste, 24.343 (11,3%) no Sul, 18.119 (8,5%) no Norte e 11.979 (5,6%) no Centro-Oeste.

Em 2018, foram notificados 26.219 casos, a maioria dos quais (42,5%) residiam na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (30,0%), Sul (13,5%), Norte (8,4%) e Centro-Oeste (5,6%). De 2017 para 2018, houve aumento de 5,2% no número de notificações no Brasil. Com relação as regiões, o maior incremento ocorreu na Região Nordeste (13,3%), seguida das regiões Centro-Oeste (4,3%), Sudeste (2,9%) e Norte (1,4%). A Região Sul foi a única em que houve redução no número de casos notificados em 2018 apresentou 1,1% a menos do que em 2017.

Em 2018 observou-se uma taxa de incidência de 9,0 casos/1.000 nascidos vivos (NV) no Brasil, tendo as Regiões Sudeste (9,7 casos/1.000 nascidos vivos) e Nordeste (9,6 casos/1.000 NV) mostrando as maiores taxas, ambas acima da taxa nacional, de acordo com a figura abaixo:

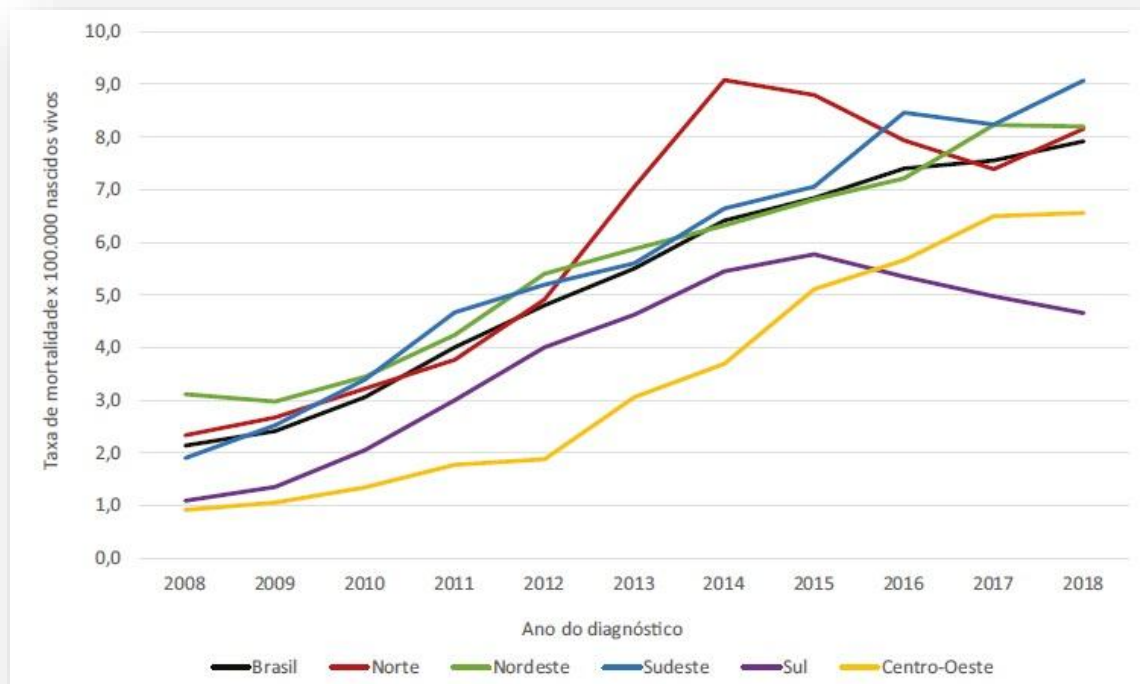
Figura 17: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2019.

Quanto à mortalidade infantil (em menores de um ano de idade) por sífilis congênita, no período de 1998 a 2018, o número de óbitos declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foi 2.575, sendo 1.120 (43,5%) na Região Sudeste (dos quais 732 foram registrados no estado do Rio de Janeiro, o que corresponde a 28,4% do Brasil), 805 (31,3%) no Nordeste, 287 (11,1%) no Norte, 245 (9,5%) no Sul e 118 (4,6%) no Centro-Oeste. Nos últimos dez anos, no Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis passou de 1,9/100 mil nascidos vivos em 2008 para 8,2/100 mil nascidos vivos em 2018. Em 2017, o coeficiente de mortalidade foi de 7,6/100 mil nascidos vivos, o que representa um aumento de 8,5% em relação a 2018, conforme a Figura 18.

Figura 18: Coeficiente mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2008 a 2018.

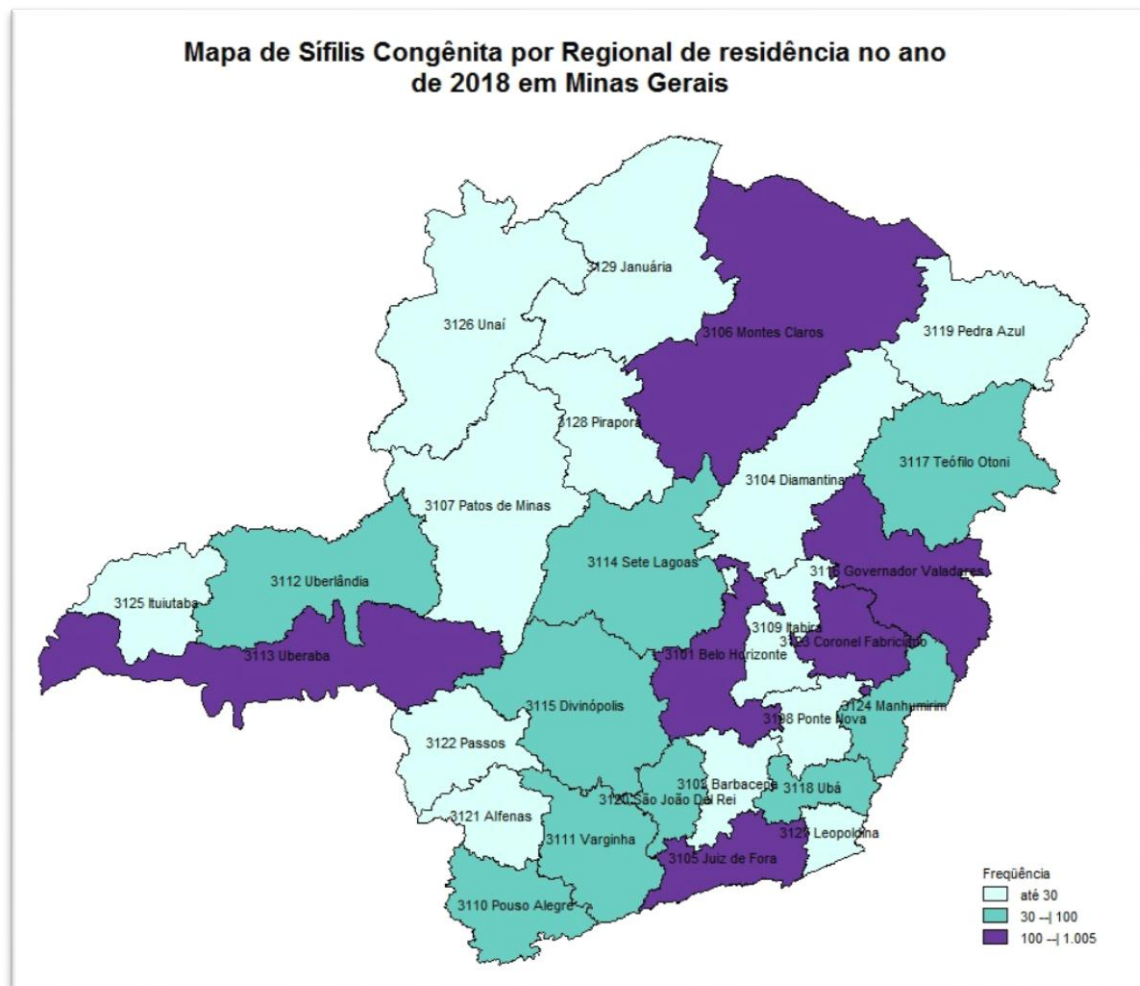


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2019.

2. EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MINAS GERAIS

A sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986. O perfil de notificações ocorridas no Estado em 2018 (mapa abaixo), destaca as regionais de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Governador Valadares, Coronel Fabriciano, Uberaba e Montes Claros com maior número de casos de sífilis congênita no ano analisado. Reforça-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento precoce e oportuno

da gestante e suas parcerias sexuais, com o intuito de prevenir a transmissão vertical da sífilis e outras ISTs.

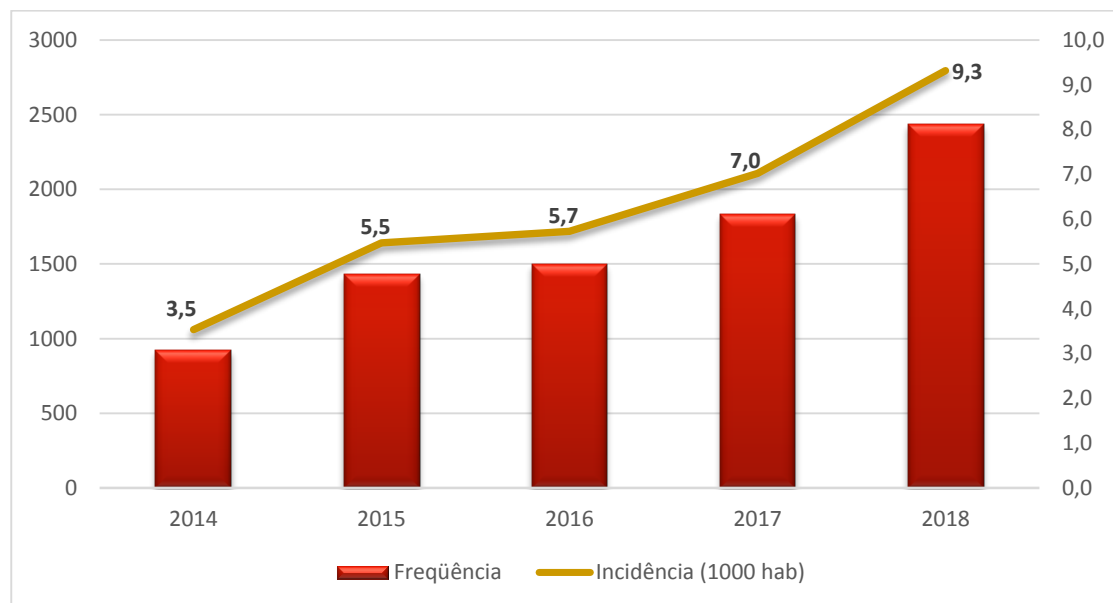


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

De acordo com demonstrado na figura 19, a taxa de incidência de sífilis congênita no estado de Minas Gerais apresenta aumento progressivo ao longo dos anos. Em 2014, a taxa de incidência era de 3,5 casos/1000 nascidos vivos (NV) e passou para 9,3 casos/1000 nascidos vivos em 2018.

Figura 19: Incidência de casos de sífilis congênita segundo ano. Minas Gerais, 2014-2018.

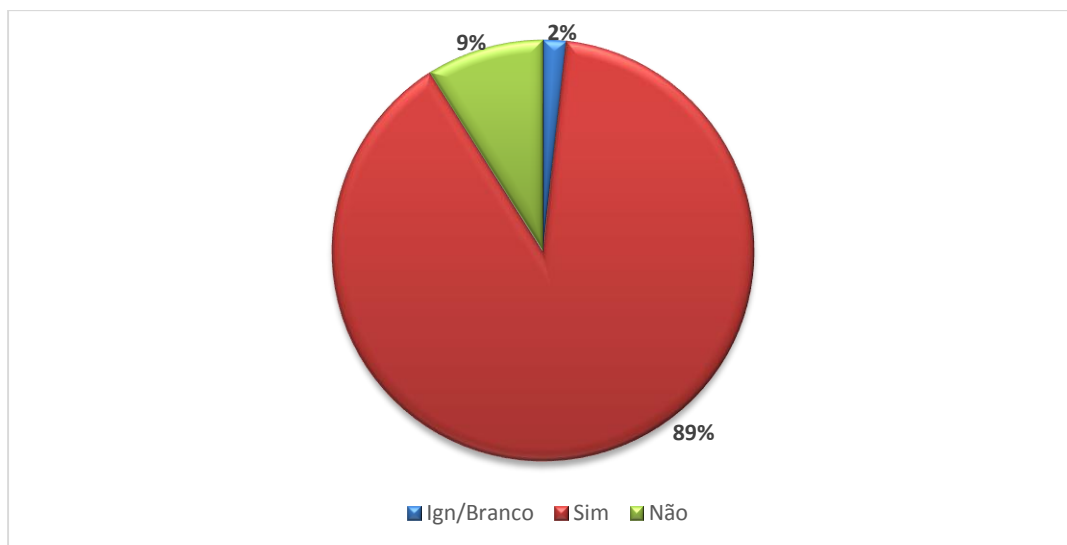


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

Em relação à realização do pré-natal (figura 20), observa-se que embora 2.171 (89%) das gestantes tenha tido diagnóstico de sífilis no pré-natal, 218 casos (9%) não o realizaram. Gestantes que não realizaram pré-natal associados aos registros da opção “ignorado/branco”, representam 11% (261) das notificações. O pré-natal é considerado essencial no monitoramento da gestante, uma vez que tem-se a oportunidade de acompanhar toda e qualquer intercorência com a mãe e o bebê.

Figura 20: Número de casos de sífilis congênita segundo realização do pré-natal. Minas Gerais, 2018.

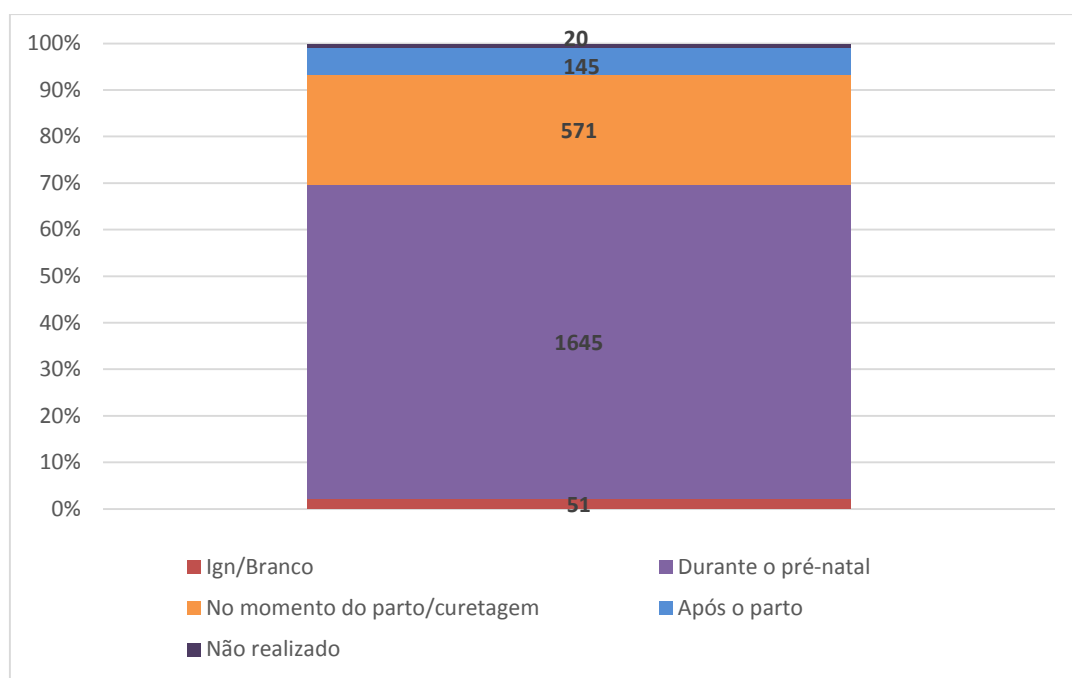


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

De acordo com Ministério da Saúde (2017), a testagem para sífilis deve ser ofertada à gestante na primeira consulta de pré-natal (idealmente no 1º trimestre), no início do 3º trimestre e no momento do parto ou em caso de aborto ou exposição de risco. Do total de 2.432 casos notificados de sífilis congênita (figura 21), observa-se que em 571 casos, o diagnóstico da sífilis materna ocorreu no momento do parto ou curetagem e 145 casos após o parto. Permanece o desafio na adoção de estratégias de captação das gestante e no rastreamento da sífilis em tempo hábil durante as consultas de pré-natal.

Figura 21: Casos de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico de sífilis materna. Minas Gerais, 2018.

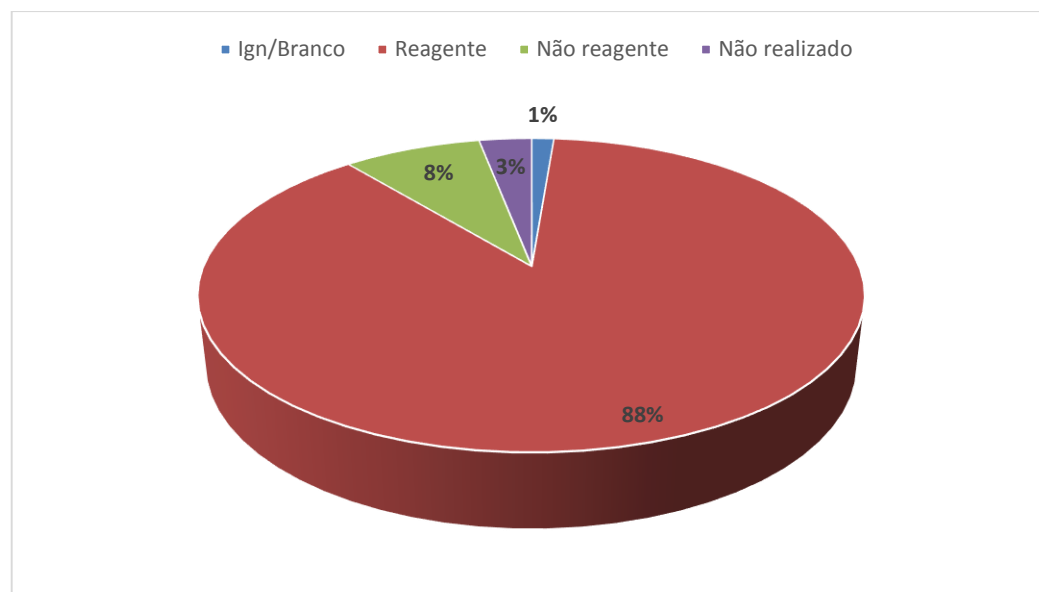


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

A figura 22 demonstra que, embora 96% das gestantes notificadas tenham realizado teste não treponêmico, em 74 (3%) casos, não houve a realização do exame. Destaca-se ainda que em 31 fichas houve o registro da opção “ignorado/branco”.

Figura 22: Realização do teste não treponêmico de sífilis materna, Minas Gerais, 2018.

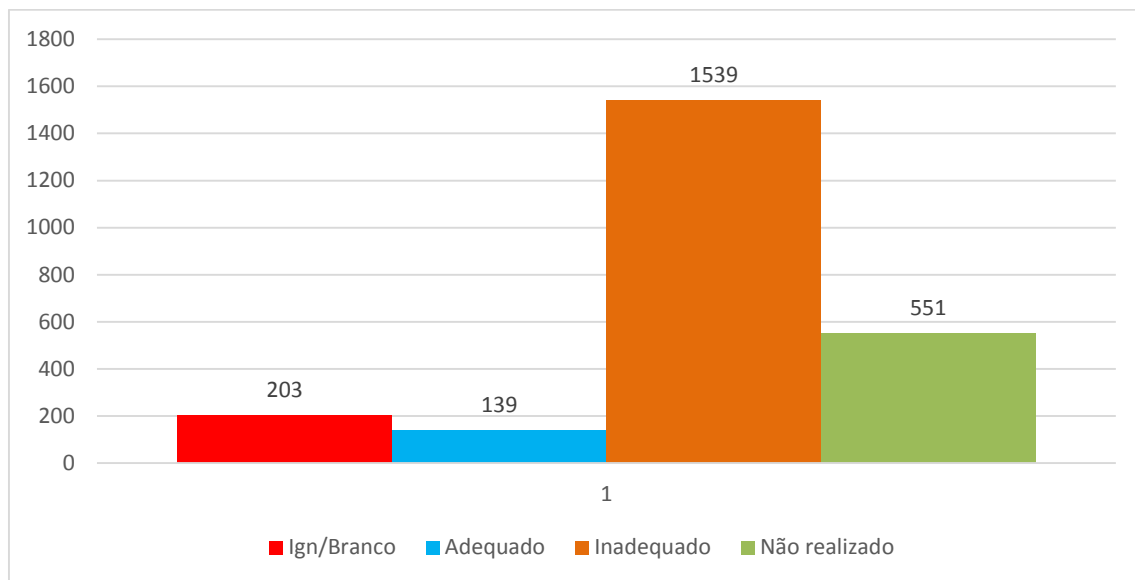


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

Para o tratamento instituído nas gestantes com sífilis materna (figura 23), observa-se que apenas 5,7% (139) o fizeram de forma adequada. Ressalta-se o expressivo número de gestantes que receberam tratamento considerado inadequado para o agravo, representando 63,3% (1.539) casos. Gestantes cujo tratamento não foi realizado, associadas ao número de casos ignorados/ branco, representam 31% das notificações. Segundo o PCDT (2017), 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. Destaca ainda que a penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis.

Figura 23: Esquema de tratamento de sífilis em gestante - Minas Gerais, 2018.

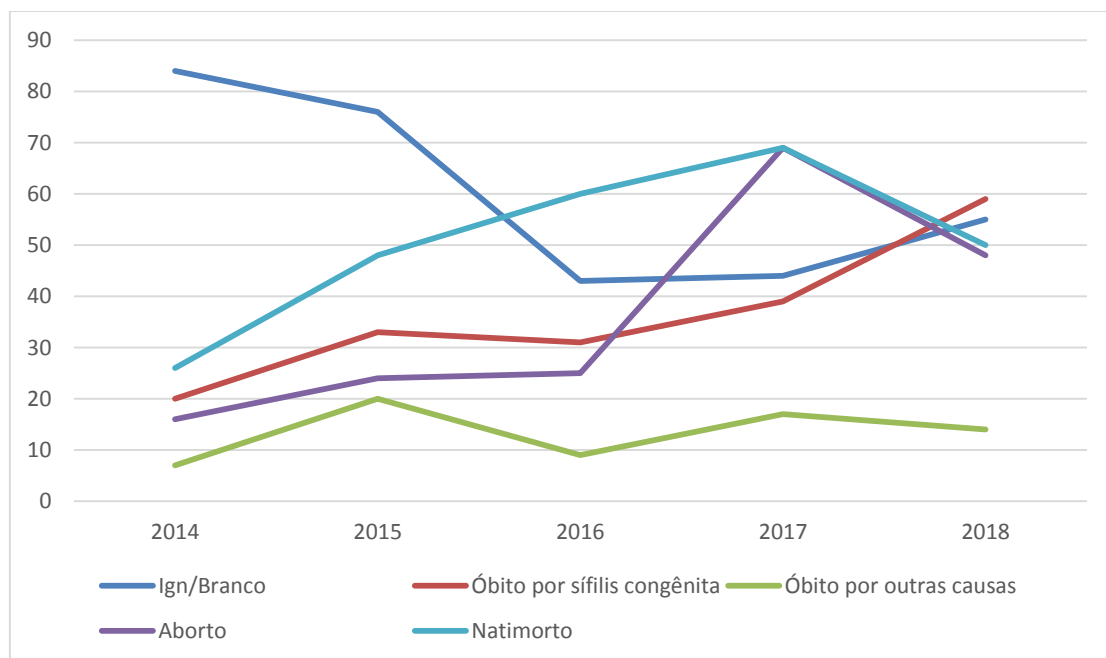


Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

As taxas de óbito infantil por sífilis permanecem como um grave problema de saúde pública. De acordo com a figura 24, dos 986 óbitos notificados, os óbitos por sífilis congênita apresentaram evolução expressiva nos últimos cinco anos, encerrando o ano de 2018 com 59 casos. A taxa de aborto e natimorto alcançou maior número em 2017 (59 casos), com redução expressiva em 2018.

Figura 24: Número de óbitos ocorridos por sífilis congênita segundo ano diagnóstico – Minas Gerais, 2017.



Fonte: SINAN - IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST

*Dados parciais sujeito a alteração e revisão apurados em 04/09/2019

V- AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À SÍFILIS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

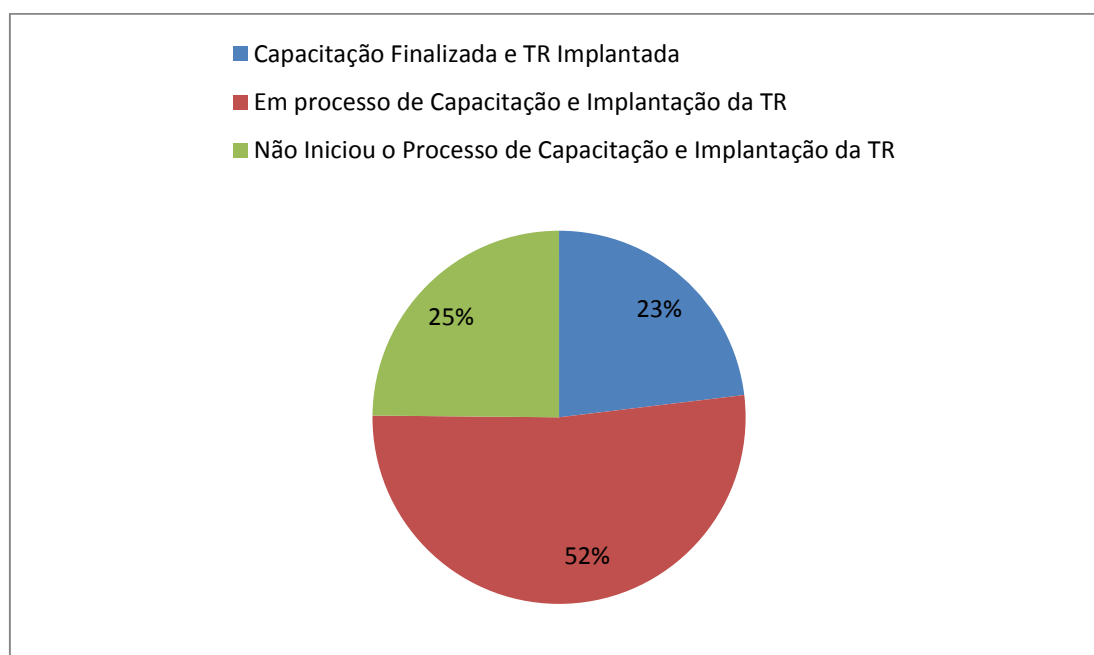
Considerando o cenário atual, o impacto da sífilis na assistência à saúde pública e a necessidade de seu controle, a Coordenação Estadual de IST/aids e Hepatites Virais através da publicação da Nota Conjunta SVEAST/SRAS/SAPS Nº 01 de 08 de março de 2016, reforçou a iniciativa do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis de implantação do teste rápido na atenção primária. Estes são de fácil execução e leitura

simples, o que proporciona o acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno e adequado principalmente às gestantes e parcerias sexuais.

No primeiro momento, pactuou-se todos os municípios que apresentavam Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento/Unidade Dispensadora de Medicamentos (SAE/CTA/UDM). Os pioneiros nesse processo apresentavam maior número de unidades básicas de saúde (UBS), assim como maior taxa de detecção do HIV/aids. Na atualidade, qualquer município do Estado que deseja iniciar a capacitação para a implantação da testagem rápida, deve se manifestar à Superintendência ou Gerência Regional de Saúde (SRS/GRS) no setor de IST/AIDS e HV de sua jurisdição.

De acordo com o monitoramento realizado pela Coordenação Estadual, atualmente, nos 853 municípios do estado, 197 (23%) finalizaram o processo de implantação e 212 (25%) ainda não iniciaram o processo (figura 25):

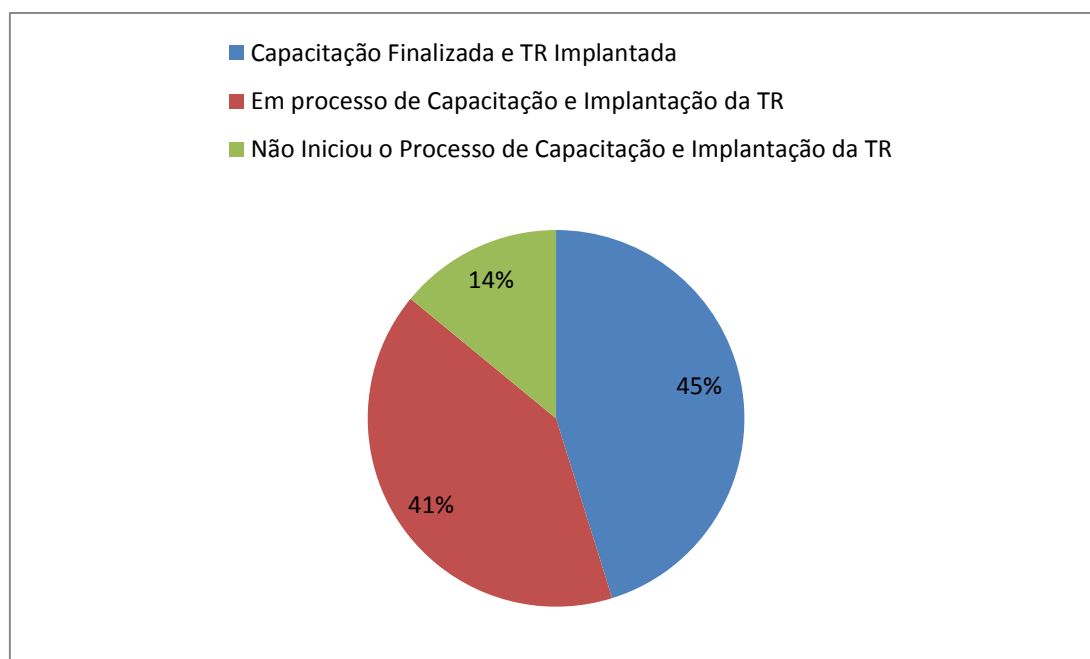
Figura 25: Percentual de implantação da testagem rápida – Municípios / MG, 2019



Fonte: SISLOGLab/ IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST.
*Dados atualizados em 10/10/2019

Em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS), do total de 5.617 Equipes de Saúde da Família do Estado (segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES), 2.538 (45%) UBSs finalizaram o processo de implantação na atenção primária e 789 (14%) ainda não iniciaram o processo (figura 26):

Figura 26: Percentual de implantação da testagem rápida – UBSs / MG, 2019



Fonte: SISLOGLab/ IST-HIVAIDS/SES/SUBVS-SVE-DVCC-CIST.

*Dados atualizados em 10/10/2019

Diante dos dados epidemiológicos do estado de Minas e da necessidade de investigação dos casos, a Coordenação Estadual de IST/Aids e Hepatites Virais a partir da Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.690, implementou e aprovou a instituição o Comitê Estadual, dos 28 Comitês Regionais e 08 Comitês Municipais de Investigação da Transmissão Vertical das ISTs. A implementação dos comitês faz parte da **Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis no Brasil** do Ministério da Saúde e tem o objetivo de propor estratégias



que possam corrigir possíveis falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical das ISTs, além de propor medidas de intervenção.

VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemiologia da sífilis em Minas Gerais segue a tendência do Brasil, com aumento do número de casos ao longo dos últimos anos, conforme apresentado nesta edição do Boletim.

A sífilis adquirida, demonstra um incremento de 432% em sua taxa de detecção nos últimos cinco anos, com um aumento expressivo das notificações nos anos de 2017 e 2018, o que pode estar associado à descentralização da testagem rápida para a Atenção Primária, o que torna o diagnóstico acessível à população geral. A faixa etária mais acometida se mostra na população de 20 a 34 anos, reforçando a necessidade de um trabalho preventivo das IST na população sexualmente ativa.

Com relação a sífilis na gestação, Minas Gerais está entre os estados de maior aumento na taxa de detecção, com destaque importante nos anos de 2017 e 2018, que pode ser atribuído ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da testagem rápida nas UBS. Observa-se também regionais consideradas populosas apresentando menor número de casos, sugerindo subnotificação do agravo, fortalecendo a importância da sensibilização dos profissionais de saúde que realizam a notificação. É necessário avançar acerca do momento do diagnóstico da sífilis na gestação, visto que o Estado ainda possui cerca de 40% de gestantes com diagnóstico no 3º trimestre, considerado tardio, contrapondo o estabelecido em Protocolos, além de aumentar o risco da ocorrência de transmissão vertical. Permanece ainda grandes desafios, como o tratamento adequado (realizado com penicilina benzatina, na dose correta) instituído às gestantes, visto um percentual de 20,6% de registros no Estado com tratamentos realizados com outro fármaco, bem como ignorados, não realizados ou instituídos com doses inadequadas de penicilina e o percentual significativo (48%) de parcerias não tratadas concomitante às gestantes, ação considerada

crucial para a interrupção da cadeia de transmissão, além de evitar a ocorrência das reinfecções do agravo.

Os dados da sífilis congênita permanecem preocupantes, com aumento na taxa de incidência ao longo dos anos, de 3,5 casos/1000 nascidos vivos (NV), em 2014, para 9,3 casos/1000 nascidos vivos em 2018. Torna-se evidente a importância da captação das gestantes no pré-natal, com a realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado e oportuno às mesmas. É importante o enfoque na realização da testagem rápida ser ofertada no pré-natal em sua 1ª consulta, repetindo no 3º trimestre e também na maternidade, no momento do parto, para o controle das altas taxas de óbito infantil por sífilis congênita. Destaca-se também a relevância do tratamento instituído registrados nas notificações, pois dos casos de sífilis congênita, apenas 5,7% o fizeram de forma adequada.

Dessa forma, o estado de Minas Gerais, através da Coordenação IST/Aids/HV permanece em constante monitoramento das ações já em curso, com ênfase num trabalho de sensibilização dos profissionais da rede, de modo a melhorar o diagnóstico precoce, tratamento dos infectados, bem como suas parcerias. O processo de descentralização de teste rápido na atenção primária alcança atualmente cerca de 50% dos municípios mineiros em processo de capacitação, ampliando com isso o acesso da população ao diagnóstico. Ressalta-se ainda a importância de sensibilizar todos os profissionais acerca do seguimento dos protocolos vigentes e das capacitações ofertadas para se obter êxito no tratamento dispensado ao agravo.

VII – REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 766, de 21 de dezembro de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72 p. il. – (Série Manuais 24)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

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. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Brasília. DF. V.49.n.45/2018.

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. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília – DF. 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. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2-SEI/2017. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG Nº2.690, de 20 de março de 2018. Aprova a instituição e a organização do Comitê Estadual, dos 28 Comitês Regionais e 08 Comitês Municipais de Investigação da Transmissão Vertical das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CITV/IST) e dá outras providências. Belo Horizonte, 2018.