

SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
GERÊNCIA DE DST, HIV/ AIDS, SANGUE E HEMODERIVADOS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Sífilis:

Adquirida

Materna e

Congênita

Nº 1/2018

Rio de Janeiro, 25 de outubro de 2018.

© 2017. SVS/SES-RJ

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Gerência de DST, HIV/AIDS, Sangue e Hemoderivados

Expediente

Boletim Epidemiológico – Sífilis Adquirida, Sífilis Materna e Sífilis Congênita

Gerência de DST, HIV/AIDS, Sangue e Hemoderivados

Denise Franqueira Ribeiro Pires

Organização desta edição

Valéria Esteves Belo

Francisco Carlos de Senna

Kátia Regina Valente de Lemos

Elizabeth Borges Lemos

Análise e Elaboração do Conteúdo

Valéria Esteves Belo

Francisco Carlos de Senna

Vigilância das DST-Aids
Rua México, 128 Sala 412 - Castelo – Rio de Janeiro/RJ
Tel: (21) 2333.3843 / 2332.8272
E-mail: dstaids@saude.rj.gov.br

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	6
2.1. Sífilis Adquirida.....	6
2.2. Sífilis em Gestante.....	9
2.3. Sífilis Congênita.....	13
3. RECOMENDAÇÕES.....	18

1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre pela via sexual, vertical e sanguínea. É uma doença exclusiva do ser humano e curável, tendo como principal forma de transmissão a via sexual.

A manifestação inicial da sífilis pode ser na forma de uma ferida indolor, com presença de líquido seroso (cancro duro), podendo se localizar nos órgãos sexuais, lábios, língua e demais áreas do corpo. Esta fase é denominada primária, podendo manifestar-se em até 90 dias após o contato sexual. As características principais da fase seguinte, denominada secundária, aparecem até seis meses após o contato sexual, e suas principais manifestações são manchas nas palmas das mãos e dos pés (roséolas sífilíticas) podendo estender-se para o corpo. Após essas fases, a doença não tratada pode aparentar sinais de cura, mas continua ativa no organismo, passando para outras fases que são: latente recente, latente tardia e a terciária. Os anticorpos produzidos em infecções anteriores não conferem proteção ao indivíduo, que pode adquirir sífilis sempre que for exposto ao *Treponema pallidum*.

Nas gestantes, a sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, pode ser transmitida para o feto, podendo ocorrer em qualquer fase da gestação ou na hora do parto por lesões genitais maternas. A sífilis na gestante pode provocar aborto, natimorto, óbito neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e seus parceiros no pré-natal são fundamentais na redução da morbidade e da mortalidade associada à sífilis congênita.

A sífilis congênita pode ser classificada em precoce, anterior aos dois anos de idade, e sífilis tardia, em crianças com idade superior aos dois anos. O feto e as crianças que sofreram exposição ao *treponema* poderão apresentar lesões deformantes, com destruição de tecido cutâneo-mucoso e ósseo, graves sequelas neurológicas, surdez e cegueira. Aproximadamente 50% das crianças infectadas nascem assintomáticas e nestes casos o diagnóstico deve levar em consideração aspectos epidemiológicos relacionados ao tratamento da mãe e do parceiro, acrescentados de exames laboratoriais e radiológicos.

A sífilis é considerada um agravo com um impacto importante na saúde pública mundial, principalmente a sífilis em gestante e a sífilis congênita. Segundo a Organização Mundial da Saúde¹ a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. A estimativa é que aproximadamente 25% das gestantes infectadas apresentem como desfecho morte fetais ou abortos espontâneos, e 25% dos recém-nascidos apresentem baixo peso ao nascer ou infecção grave.

No Brasil, a sífilis congênita e a sífilis em gestante tornaram-se de notificação compulsória nos anos de 1986 e 2005, respectivamente. No ano de 2010, a sífilis adquirida foi incluída também como agravo de notificação compulsória. O Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde², publicado em 2017, mostrou que nos últimos cinco anos foi observado um aumento significativo no número de casos de sífilis congênita, sífilis em gestante e sífilis adquirida. Mostrou ainda que no Brasil, de 1998 a junho 2017, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 159.890 casos de sífilis congênita; de 2005 a junho de 2017, 200.253 casos de sífilis em gestante e de 2010 a junho 2017, 342.531 casos de sífilis adquirida (o cenário da sífilis adquirida ainda precisa ser analisado com cautela, pois sua implementação como notificação compulsória é recente, podendo não refletir a situação real do agravo). No entanto, segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde³ de 2017, o Brasil é signatário junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) da Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Sífilis na América Latina e Caribe. A Organização Pan-americana de Saúde⁴ tem como meta a eliminação da sífilis congênita nas Américas, definida como a ocorrência de menos de 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos, sendo esta meta adotada pelo Ministério da Saúde.

O Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde de 2017 mostra ainda que, em 2016, a Região Sudeste concentrou os maiores números de casos de sífilis do país, respondendo por 41,5% dos casos de sífilis congênita, 46,9% de sífilis em gestante e 53,5% de sífilis adquirida. No mesmo ano, o Ministério da Saúde reconheceu a sífilis como epidemia. Nessa região, destaca-se o Estado do Rio de Janeiro, que no ano de 2017 apresentou um grande número de casos de sífilis, com elevadas taxas de incidência de sífilis congênita e de taxas de detecção de sífilis em gestante, o que coloca o Estado à frente do ranking nacional nesses dois agravos. O atraso nas notificações de casos e as subnotificações nos Sistemas de Informação são fatores que dificultam a análise do comportamento real desses agravos.

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2.1 - Sífilis Adquirida

No Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2013 a 2017, foram notificados no SINAN, 36.959 casos de sífilis adquirida. Somente em 2017 foram diagnosticados 13.328 casos. Neste mesmo ano houve um aumento significativo do número de casos na maioria das nove regiões do Estado.

Em 2017, as regiões que apresentaram o maior no número de casos foram: Região Metropolitana I com 9.612 casos, seguida da Região Metropolitana II com 1.381 casos e a Região Serrana com 687 casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de casos e Taxa de detecção de Sífilis Adquirida (por 100 mil hab.) segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

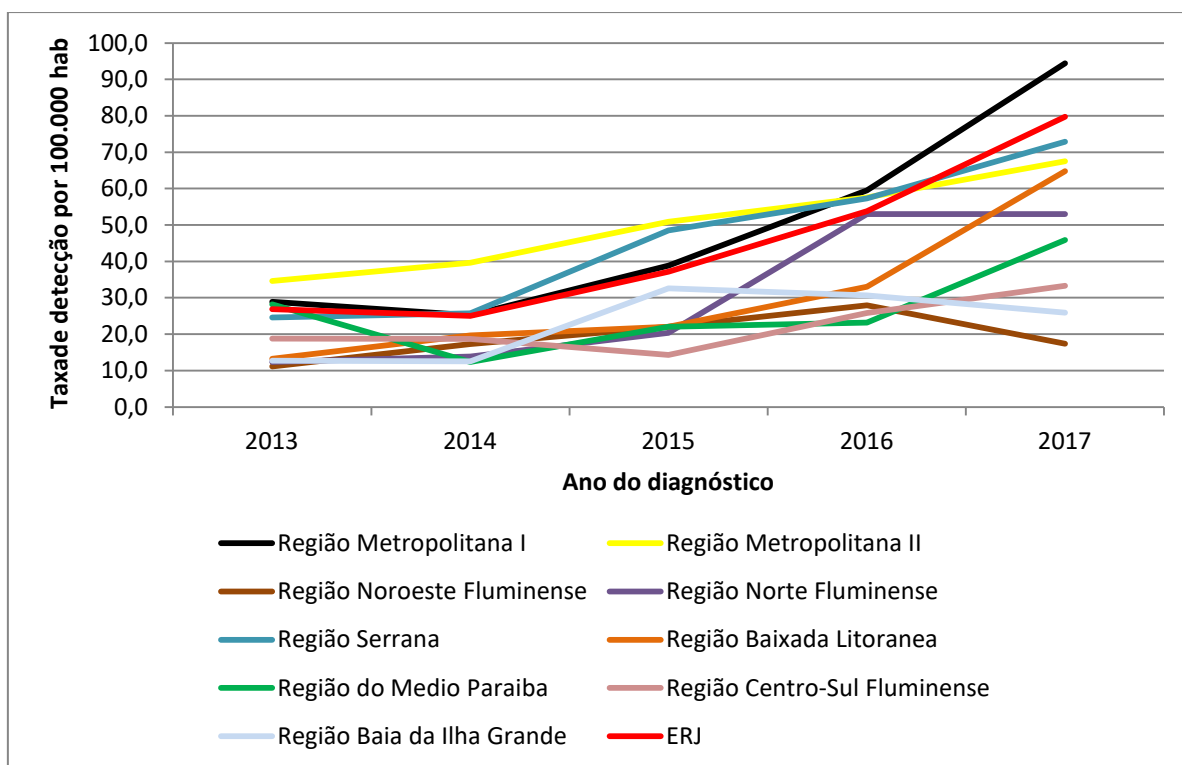
Região de saúde	2013		2014		2015		2016		2017		Total
	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n
Região Metropolitana I	2904	28,9	2543	25,2	3923	38,8	6042	59,5	9612	94,4	25024
Região Metropolitana II	691	34,6	796	39,6	1029	50,9	1171	57,6	1381	67,5	5068
Região Noroeste Fluminense	37	11,1	58	17,3	74	22,0	94,0	27,9	59	17,4	322
Região Norte Fluminense	108	12,4	123	13,9	182	20,4	478	53,0	482	53,0	1373
Região Serrana	228	24,6	240	25,7	454	48,5	538	57,3	687	72,9	2147
Região Baixada Litorânea	97	13,2	148	19,7	169	22,0	259	33,0	518	64,8	1191
Região do Médio Paraíba	246	28,2	109	12,4	193	22,0	205	23,2	407	45,9	1160
Região Centro-Sul Fluminense	61	18,8	61	18,7	47	14,3	85	25,8	110	33,3	364
Região Baía da Ilha Grande	33	12,7	33	12,5	88	32,6	84	30,7	72	25,9	310
ERJ	4405	26,9	4111	25,0	6159	37,2	8956	53,8	13328	79,7	36959

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) / SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

A análise do ano de 2017 evidenciou as maiores taxas de detecção do agravo nas seguintes regiões do Estado: Região Metropolitana I (94,4 casos por 100 mil hab.), seguida da Região Serrana (72,9 casos por 100 mil hab.) e Região Metropolitana II (67,5 casos por 100 mil hab.). A capital do estado apresenta uma taxa de detecção de 97,5 casos por 100 mil hab., acima da taxa da Região Metropolitana I (Tabela 1).

No Gráfico 1 é possível observar a evolução das taxas de detecção da sífilis adquirida nas regiões de saúde do Estado entre os anos de 2013 a 2017.

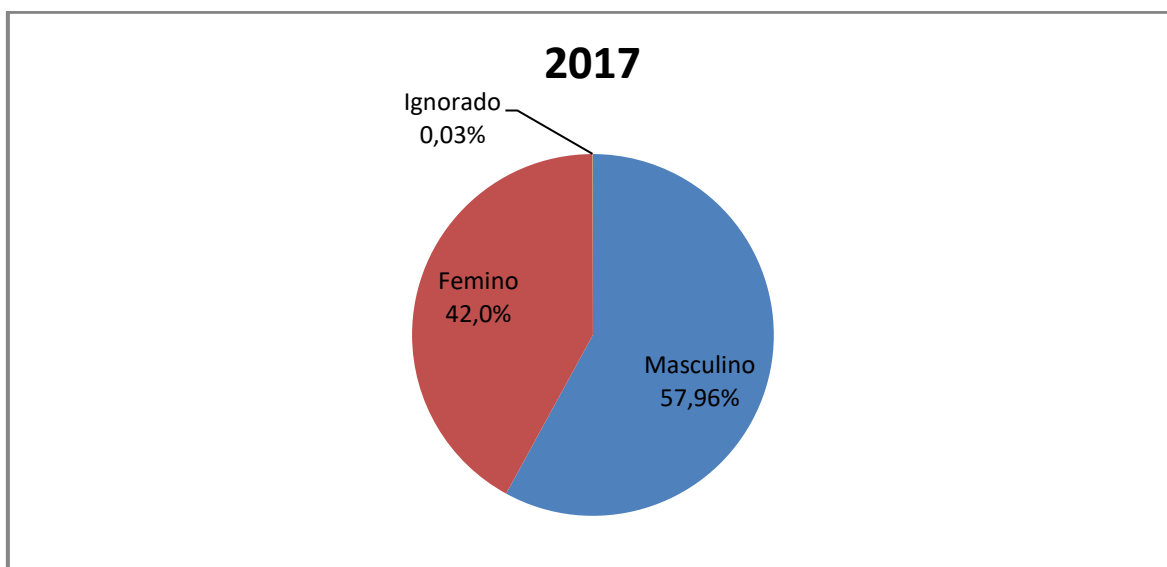
Gráfico 1 – Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de sífilis adquirida segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.



Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

No Estado do Rio de Janeiro, em 2017, as informações obtidas nas fichas de notificação de sífilis adquirida evidenciaram que o número de casos por sexo e ano de diagnóstico apresentou um total de 7.725 casos em homens (58,0%), 5.599 casos em mulheres (42,0%) e 4 foram ignorados e brancos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Proporção de casos de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Entre 2013 e 2017, a faixa etária mais acometida pela sífilis adquirida se encontra entre 20 e 29 anos com um total de 12.908 casos. Nessa faixa etária, o número de casos permanece crescente durante todo esse período.

Em 2014, as faixas etárias de 30 a 39, 40 a 49 e 50 ou mais anos apresentaram uma pequena redução no número de casos. No entanto, a partir de 2015, todas as faixas etárias apresentaram um aumento progressivo de casos. Em 2017 a faixa etária de 20 a 29 anos teve um total de casos de 5.152 casos (38,7%); de 30 a 39 anos, 2.775 casos (20,8%); de 13 a 19 anos, 2.048 (15,4%); de 40 a 49 anos, 1.625 (12,2%); de 50 anos ou mais, 1.607 (12,1%) e 121 ignorados (0,9%) (Tabela 2).

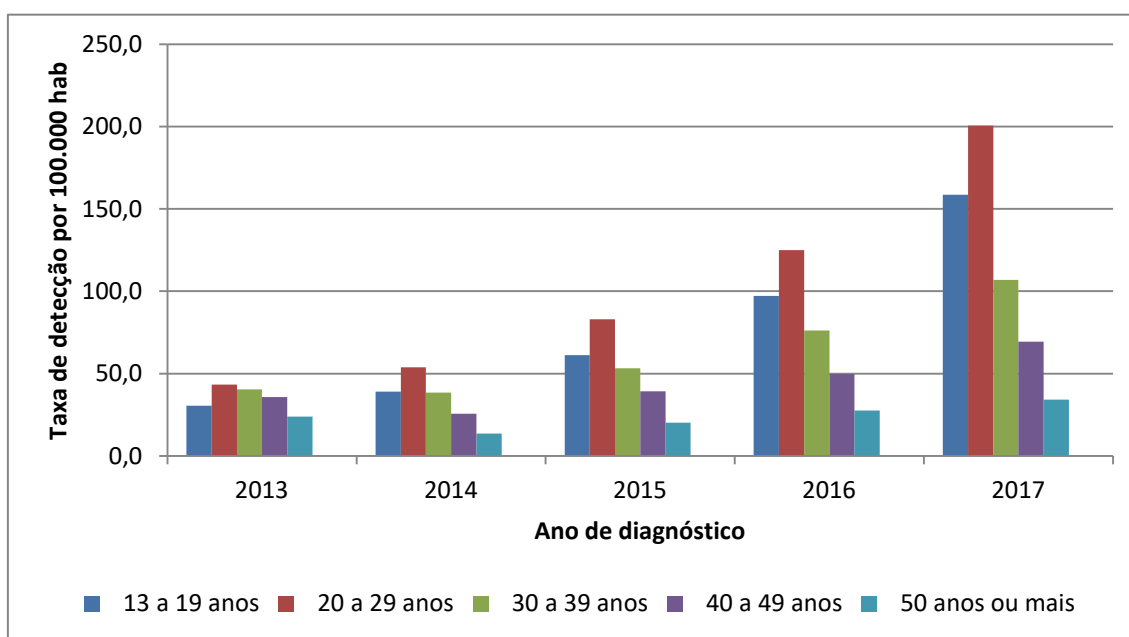
Tabela 2 - Número de casos, proporção e taxa de detecção (por 100 mil hab.) de sífilis adquirida segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Faixa Etária	2013			2014			2015			2016			2017			Total	
	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx	n	n
13 a 19 anos	401	9,1	30,4	518	12,6	39,1	809	13,1	61,1	1273	14,2	97,1	2048	15,4	158,5	5049	
20 a 29 anos	1102	25,0	43,4	1366	33,2	53,9	2105	34,2	82,9	3183	35,5	124,9	5152	38,7	200,6	12908	
30 a 39 anos	1046	23,7	40,5	1001	24,3	38,5	1388	22,5	53,2	1985	22,2	76,1	2775	20,8	106,8	8195	
40 a 49 anos	813	18,5	35,8	586	14,3	25,7	901	14,6	39,2	1154	12,9	49,8	1625	12,2	69,3	5079	
50 anos ou mais	1008	22,9	23,9	594	14,4	13,7	904	14,7	20,3	1266	14,1	27,6	1607	12,1	34,2	5379	
Ignorado	35	0,8	-	46	1,1	-	52	0,8	-	95	1,1	-	121	0,9	-	349	
Total	4405	100	26,9	4111	100	25,0	6159	100	37,2	8956	100	53,8	13328	100	79,7	36959	

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

A faixa etária que apresentou a maior taxa de detecção de sífilis adquirida em 2017, foi a de 20 a 29 anos com o valor de 200,6 casos por 100 mil hab., seguida da faixa de 30 a 39 anos com 106,8 casos por 100 mil hab. (Tabela 2) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de sífilis adquirida por faixa etária e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.



Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

2.2 - Sífilis em Gestante

Entre 2013 e 2017 foram notificados no SINAN do Estado do Rio de Janeiro 28.185 casos de sífilis em gestante. O número de casos no Estado foi aumentando progressivamente nesse período.

A região Metropolitana I apresentou o maior número de casos das nove regiões do Estado em todo o período de 2013 a 2017, totalizando 22.254 casos. A Região Metropolitana II, Região Noroeste Fluminense e a Região Serrana apresentaram uma diminuição do número de casos em 2016, voltando a subir em 2017. A Região da Baixada Litorânea em 2015 e 2016 teve uma redução dos casos, voltando a subir em 2017. A Região Centro-Sul Fluminense teve um declínio dos casos em 2015 voltando a se elevar em 2016 e 2017. A Região da Baía da Ilha Grande teve uma discreta diminuição do número de casos em 2014, tornando a subir nos anos subsequentes (Tabela 3).

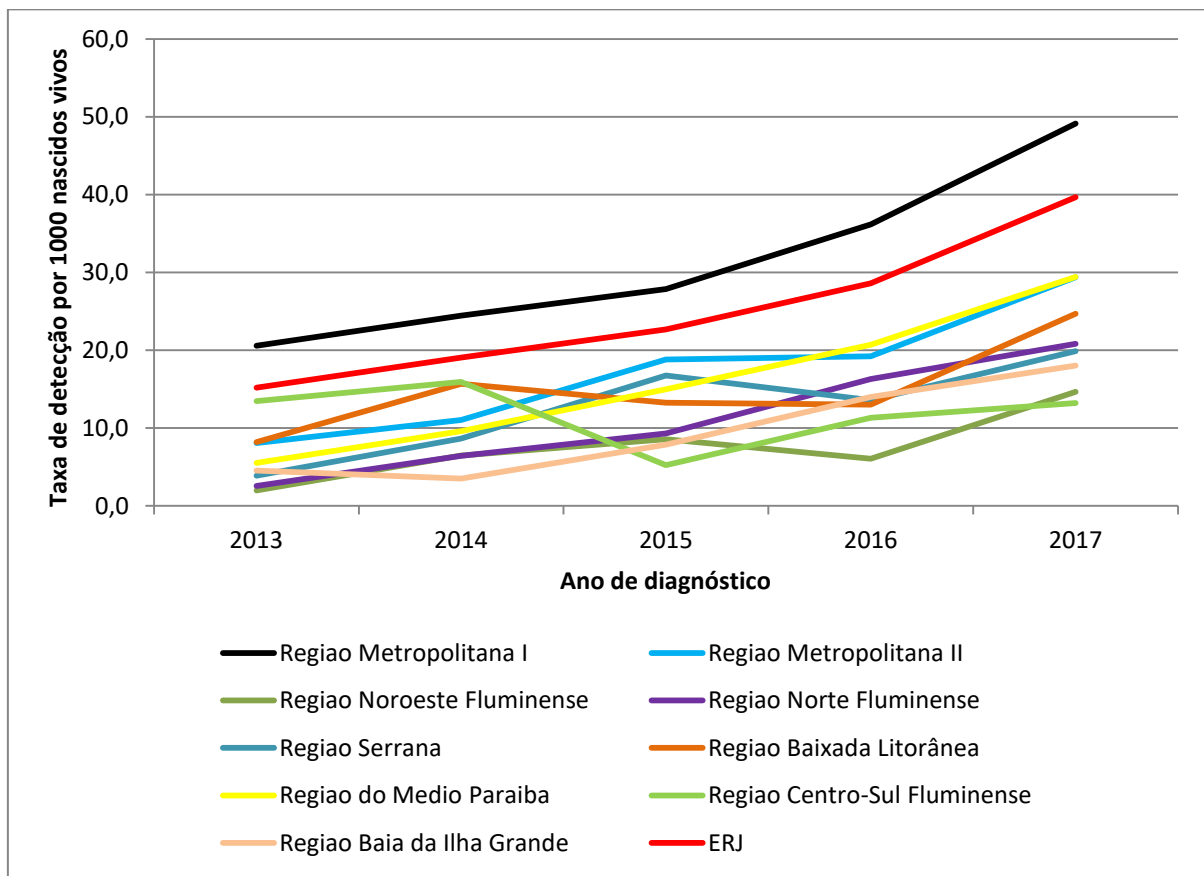
Tabela 3 - Número de casos e taxa de detecção (por 1000 nascidos vivos) de sífilis em gestante segundo região de saúde e ano de diagnóstico, Estado do Rio de Janeiro. 2013 a 2017.

Região de saúde	2013		2014		2015		2016		2017		Total
	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n
Região Metropolitana I	2905	20,6	3567	24,4	4123	27,9	4942	36,2	6717	49,1	22254
Região Metropolitana II	194	8,1	286	11,0	485	18,8	453	19,2	692	29,4	2110
Região Noroeste Fluminense	8	2,0	26	6,5	36	8,6	24	6,1	58	14,6	152
Região Norte Fluminense	35	2,6	93	6,4	139	9,3	219	16,3	280	20,8	766
Região Serrana	46	3,9	104	8,6	206	16,7	158	13,6	231	19,9	745
Região Baixada Litorânea	86	8,2	177	15,7	156	13,3	145	13,0	275	24,7	839
Região do Médio Paraíba	62	5,5	111	9,6	174	15,0	224	20,7	318	29,4	889
Região Centro-Sul Fluminense	53	13,5	70	15,9	23	5,3	47	11,3	55	13,2	248
Região Baía da Ilha Grande	17	4,5	14	3,5	32	7,9	52	14,0	67	18,0	182
ERJ	3406	15,2	4448	19,0	5374	22,7	6264	28,6	8693	39,7	28185

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Entre os anos de 2013 e 2017, a taxa de detecção da sífilis em gestante da Região Metropolitana I foi a maior das nove regiões do Estado. Destaca-se que a Região Noroeste Fluminense apresentou o maior crescimento de taxa de 2016 para 2017 passando de 6,1 por 1000 nascidos vivos para 14,6 por 1000 mil nascidos vivos, o que representa um crescimento de 139% (Tabela 3)(Gráfico 4).

Gráfico 4 - Taxa de detecção (por 1000 nascidos vivos) de sífilis em gestante segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.



Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Ao se avaliar a idade gestacional na qual a gestante foi diagnosticada com sífilis, observou-se que de 2013 a 2017, o número de diagnósticos realizados no primeiro trimestre de gestação aumentou, demonstrando uma ampliação do diagnóstico precoce durante o pré-natal. Em 2013 e 2014, o maior número de diagnósticos foi realizado no terceiro trimestre de gestação com 1.291 diagnósticos (37,9%) e 1.477 diagnósticos (33,2%), respectivamente. Já no período de 2015 a 2017, o maior número encontra-se no primeiro trimestre, acima dos 35,6% de diagnósticos realizados. No período de 2013 e 2017, o total dos diagnósticos realizados no primeiro trimestre representam 36,0% com 10.149 diagnósticos, no segundo trimestre 24,5% com 6.902 diagnósticos e no terceiro trimestre 30,1% com 8.486 diagnósticos. Nesse mesmo período 2.648 (9,4%) das gestantes não tiveram o período gestacional registrado, o que aponta para a necessidade de aprimorar a qualidade da informação. Em 2017, o total de diagnósticos da sífilis em gestante, no primeiro trimestre de gestação, foi de 3.735 (43,0%), no segundo de 2.005 (23,1%), no terceiro de 2.247 (25,8%), idade gestacional ignorada 706 (8,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Caso de Sífilis em Gestante segundo idade gestacional e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Idade gestacional	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º Trimestre	736	21,6	1243	27,9	1912	35,6	2523	40,3	3735	43,0	10149	36,0
2º Trimestre	931	27,3	1128	25,4	1343	25,0	1495	23,9	2005	23,1	6902	24,5
3º Trimestre	1291	37,9	1477	33,2	1728	32,2	1743	27,8	2247	25,8	8486	30,1
Idade gestacional Ignorada	448	13,2	600	13,5	391	7,2	503	8,0	706	8,1	2648	9,4
Total	3406	100	4448	100	5374	100	6264	100	8693	100	28185	100

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Analisando o tratamento das gestantes diagnosticadas com sífilis, no período de 2013 a 2017, pode-se observar que de um total de 28.185 gestantes, 25.723 tiveram prescrição de penicilina benzatina para o tratamento (91,3%) e 245 tiveram outros esquemas prescritos (0,9%). Cerca de 1.028 gestantes (3,6%) não realizaram tratamento e 1.189 gestantes (4,2%) não tinham informações sobre o tratamento. Em 2017, 8.109 gestantes (93,3%) foram tratadas com penicilina benzatina, 66 gestantes (0,8%) tiveram outro esquema de tratamento, 262 gestantes (3,0%) não realizaram tratamento e 256 gestantes (2,9%) não tinham informações sobre tratamento (Tabela 5). O ano de 2017 apresenta uma pequena melhora na qualidade do pré-natal e no preenchimento das fichas de notificações.

Tabela 5 - Casos de sífilis em gestante segundo esquema de tratamento e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Esquema de Tratamento	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Penicilina benzatina	2979	87,5	3873	87,1	4920	91,6	5842	93,3	8109	93,3	25723	91,3
Outro esquema	38	1,1	52	1,2	42	0,8	47	0,8	66	0,8	245	0,9
Não realizado	196	5,8	243	5,5	176	3,3	151	2,4	262	3,0	1028	3,6
Ignorado	193	5,7	280	6,3	236	4,4	224	3,6	256	2,9	1189	4,2
Total	3406	100	4448	100	5374	100	6264	100	8693	100	28185	100

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

2.3 - Sífilis Congênita

De 2013 a 2017, foram notificados no SINAN do Estado do Rio de Janeiro, 16.582 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Fazendo uma análise dos dados da tabela abaixo, observa-se um aumento no total do número de casos do Estado nesse mesmo período. A Região Metropolitana I apresentou o maior número de casos durante os cinco anos, 12.768 casos, seguidos de Região Metropolitana II com 2.407 casos e Médio Paraíba com 430 casos. As três regiões com os maiores números de casos em 2017 foram: Região Metropolitana I com 3.024 casos, Região Metropolitana II com 635 casos, Região do Médio Paraíba com 147 casos (Tabela 6).

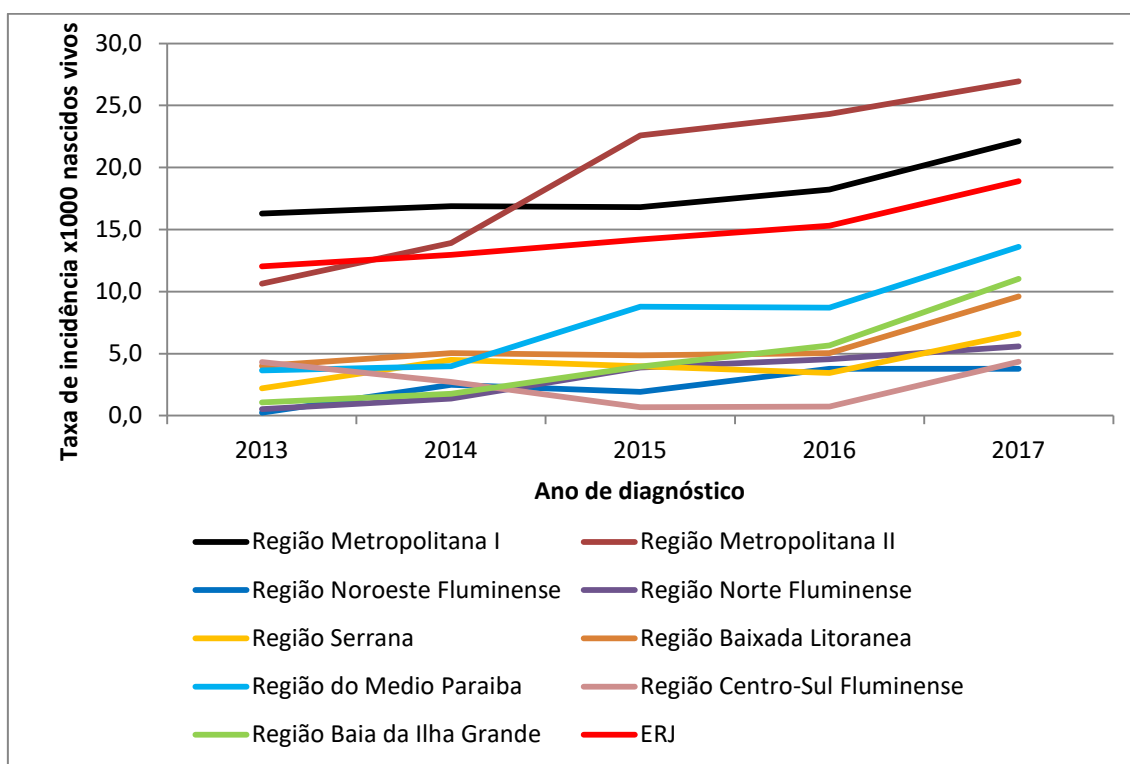
Tabela 6 – Número de casos e taxa de incidência (por 1000 nascidos vivos) de sífilis congênita segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Região de saúde	2013		2014		2015		2016		2017		Total
	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n	tx	n
Região Metropolitana I	2301	16,3	2462	16,9	2488	16,8	2493	18,2	3024	22,1	12768
Região Metropolitana II	256	10,6	361	13,9	582	22,6	573	24,3	635	26,9	2407
Região Noroeste Fluminense	1	0,3	10	2,5	8	1,9	15	3,8	15	3,8	49
Região Norte Fluminense	7	0,5	20	1,4	58	3,9	61	4,5	75	5,6	221
Região Serrana	26	2,2	54	4,5	49	4,0	40	3,4	77	6,6	246
Região Baixada Litorânea	42	4,0	57	5,1	57	4,9	56	5,0	107	9,6	319
Região do Médio Paraíba	41	3,7	46	4,0	102	8,8	94	8,7	147	13,6	430
Região Centro-Sul Fluminense	17	4,3	12	2,7	3	0,7	3	0,7	18	4,3	53
Região Baía da Ilha Grande	4	1,1	7	1,8	16	3,9	21	5,6	41	11,0	89
ERJ	2695	12,0	3029	13,0	3363	14,2	3356	15,3	4139	18,9	16582

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Em 2013 e 2014 as maiores taxas de incidência da sífilis congênita ocorreram na Região Metropolitana I com 16,3 e 16,9 casos por 1000 nascidos vivos, respectivamente. Entre os anos de 2015 e 2017 as maiores taxas de incidência ocorreram na Região Metropolitana II, com 22,6 casos (por 1000 nascidos vivos) em 2015, 24,6 casos (por 1000 nascidos vivos) em 2016 e 26,9 casos (por 1000 nascidos vivos) em 2017. Em 2017, a taxa de incidência de sífilis congênita no Estado do Rio de Janeiro foi de 18,9 casos por mil nascidos vivos. Nesse mesmo ano as taxas de incidência das Regiões Metropolitana I (22,1 por 1000 nascidos vivos) e Região Metropolitana II (26,9 por 1000 nascidos vivos) ultrapassaram as taxas do Estado (Tabela 6) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos) segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.



Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Entre os anos de 2013 e 2017, um total de 13.147 (79,0%) das mães das crianças com sífilis congênita realizaram o pré-natal, enquanto 2.332 (14,0%) não realizaram e 1.154 (6,9%) não apresentaram essa informação. Nesse período houve um aumento do número de gestantes que tiveram acesso ao pré-natal. Em 2017, 3.286 gestantes (79,1%) tiveram acesso ao pré-natal, 566 não realizaram pré-natal (13,6%) e 300 não apresentaram essa informação (7,2%) (Tabela 7).

O número de informações como ignorados/brancos ainda são altos.

Tabela 7 - Casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Realização de Pré-natal	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	2011	74,5	2358	77,6	2701	80,1	2791	82,8	3286	79,1	13147	79,0
Não	451	16,7	467	15,4	444	13,2	404	12,0	566	13,6	2332	14,0
Ign/Branco	238	8,8	215	7,1	225	6,7	176	5,2	300	7,2	1154	6,9
Total	2700	100	3040	100	3370	100	3371	100	4152	100	16633	100

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Os maiores números de casos de sífilis congênita entre os anos de 2013 e 2017 ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos, um total de 8.728 mães (52,5%), seguida da faixa etária de 15 a 19 anos com 4.584 mães (27,6%) e da faixa etária de 30 a 39 anos com 2.364 mães (14,2%). Em 2017 a faixa etária com maior número de mães foi a de 20 a 29 anos com 2.241 mães (54,0%), seguida da de 15 a 19 anos com 1.156 mães (27,8%) e da de 30 a 39 com 519 mães (12,5%). As outras faixas etárias apresentaram os seguintes números: de 10 a 14 anos 43 mães (1,0%), 40 anos ou mais 47 mães (1,1%) e 146 ignorados (3,5%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Faixa etária da mãe	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10-14 anos	37	1,4	24	0,8	29	0,9	31	0,9	43	1,0	164	1,0
15-19 anos	757	28,0	835	27,5	931	27,6	905	26,8	1156	27,8	4584	27,6
20-29 anos	1339	49,6	1529	50,3	1809	53,7	1810	53,7	2241	54,0	8728	52,5
30 a 39 anos	434	16,1	471	15,5	461	13,7	479	14,2	519	12,5	2364	14,2
40 anos ou mais	44	1,6	40	1,3	44	1,3	47	1,4	47	1,1	222	1,3
Ignorado	89	3,3	141	4,6	96	2,8	99	2,9	146	3,5	571	3,4
Total	2700	100	3040	100	3370	100	3371	100	4152	100	16633	100

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

Em relação ao momento do diagnóstico, entre 2013 e 2017, um total de 8.250 gestantes (62,8%) tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 3.618 (27,5%) no momento do parto/curetagem, 642 (4,9%) após o parto, 47 (0,4%) não tiveram diagnóstico e 590 (4,5%) foram de ignorados/brancos. Em 2017, 2.253 gestantes (68,6%) tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 810 (24,7%) no momento do parto/curetagem, 113 (3,4%) após o parto, 8 (0,2%) não tiveram diagnóstico e 102 (3,1%) foram de ignorados/brancos (Tabela 9). Mesmo o maior número de diagnóstico de sífilis em gestantes sendo realizado durante o pré-natal ainda é grande o número de crianças com diagnóstico de sífilis congênita.

Tabela 9 - Casos de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico da gestante e ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Momento do diagnóstico	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Durante o pré-natal	1078	53,6	1306	55,4	1647	61,0	1966	70,4	2253	68,6	8250	62,8
No parto/curetagem	636	31,6	787	33,4	751	27,8	634	22,7	810	24,7	3618	27,5
Após o parto	121	6,0	167	7,1	139	5,1	102	3,7	113	3,4	642	4,9
Não realizado o diagnóstico	10	0,5	10	0,4	17	0,6	2	0,1	8	0,2	47	0,4
Ign/Branco	166	8,3	88	3,7	147	5,4	87	3,1	102	3,1	590	4,5
Total	2011	100	2358	100	2701	100	2791	100	3286	100	13147	100

. Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados suieitos à revisão).

Quanto ao tratamento dos parceiros das mães das crianças com diagnóstico de sífilis congênita, entre os anos de 2013 e 2017, um número total de 1.960 (14,9%) parceiros receberam tratamento para sífilis, 7.526 (57,2%) não foram tratados, 3.661 (27,8%) a informação era ignorado/branco. Em 2017, 517 (15,7%) parceiros receberam o tratamento, 1.948 (59,3%) não foram tratados, 821 (25,0%) a informação era ignorado/branco (Tabela 10). A parceria sexual da gestante com sífilis não faz parte da definição de caso de sífilis congênita. Todavia, o risco de reinfecção da sífilis deve ser acompanhado em todo período do pré-natal.

Tabela 10 - Tratamento do parceiro dentre as gestantes que realizaram pré-natal segundo ano de diagnóstico. Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2017.

Parceiro tratado	2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	271	13,5	347	14,7	401	14,8	424	15,2	517	15,7	1960	14,9
Não	1047	52,1	1302	55,2	1554	57,5	1675	60,0	1948	59,3	7526	57,2
Ign/Branco	693	34,5	709	30,1	746	27,6	692	24,8	821	25,0	3661	27,8
Total	2011	100	2358	100	2701	100	2791	100	3286	100	13147	100

Fonte: SINAN/SES – RJ, atualizado em 30/06/18 (dados sujeitos à revisão).

3. CONSIDERAÇÕES

A falta de conhecimento sobre a sífilis faz com que ela se torne uma doença banalizada e desconsiderada pela população. No entanto, trata-se de um agravo de grande magnitude causando grande preocupação aos profissionais de saúde e que requer ações de impacto que possam interferir na cadeia de transmissão sexual e vertical do *Treponema Pallidum*.

Considerada uma doença secular, a sífilis é passível de cura, pois o seu diagnóstico e tratamento são de baixo custo. Mas para que estas ações aconteçam é necessário o compromisso de gestores e profissionais de saúde na busca de soluções para o problema.

É de extrema importância o envolvimento da sociedade civil neste processo. O acesso as informações possibilita ao usuário a busca espontânea do cuidado e a redução do estigma em relação às infecções sexualmente transmissíveis. É de fundamental importância que os municípios desenvolvam campanhas de esclarecimentos sobre o agravo, com oferta de teste ao usuário do SUS, garantindo acesso ao diagnóstico, tratamento e o controle de cura.

A sífilis congênita pode ser vista também como um sério problema de saúde pública. Na linha de cuidado da gestante fica estabelecido a realização de dois testes para sífilis durante o pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre respectivamente. Mas apesar de constatar-se elevação no número de consultas de pré-natal, muitas gestantes têm o seu diagnóstico realizado na hora do parto, momento menos oportuno para este acontecimento.

O Ministério da Saúde vêm apoiando as ações de enfrentamento da sífilis ofertando aos Estados e Municípios a penicilina benzatina para o tratamento de toda a população diagnosticada com sífilis. Foram contratados profissionais de saúde denominados “apoiadores regionais para sífilis”, que estarão atuando em alguns municípios das regiões metropolitanas.

A Secretaria Estadual de Saúde, através da Gerência Estadual de DST/AIDS/Sangue e Hemoderivados, PAISMCA (Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente), Superintendências de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Unidades Próprias, SAFIE (Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos), vem fomentando várias agendas simultaneamente que envolvem profissionais, gestores municipais, entidades representativas de seguimentos da saúde, Universidades e etc na busca de soluções para o enfrentamento da sífilis no Estado do Rio de Janeiro.

Para o mês de outubro e novembro de 2018, foram programadas seis oficinas regionais para investigação de óbitos por sífilis congênita. Esta ação tem como objetivo trabalhar os municípios de ocorrência e residência onde aconteceram os óbitos, desencadeando uma ação de avaliação regressiva da linha de cuidado, identificando as possíveis causas para os desfechos trágicos. Outra ação de extrema importância apresentada como informe na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) do mês de outubro, foi o documento enviado pela Gerência Estadual de DST, HIV/AIDS, Sangue e

Hemoderivados aos municípios, orientando o processo de organização das campanhas de testagem. O documento aborda as etapas relacionadas à testagem rápida, continuidade do diagnóstico via laboratório, tratamento e controle de cura do usuário. Detalha também o processo de aconselhamento individual e coletivo, além de orientar sobre a tabulação dos números referentes à campanha.

Ações que podem contribuir significativamente para a redução da cadeia de transmissão sexual e vertical da sífilis:

- descentralização da penicilina para a atenção básica;
- descentralização de testes rápidos para sífilis para atenção básica;
- garantia da continuidade da testagem pela rede laboratorial do município;
- agenda de testagem aberta a toda população;
- inserção da gestante precocemente ao pré-natal com a participação de seu parceiro;
- educação em saúde;
- oferta de preservativos de forma irrestrita.

Todas as estratégias e ações citadas acima vêm sendo utilizadas com o propósito de reduzir significativamente a sífilis adquirida e em gestante e conseqüentemente eliminar a sífilis congênita.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Sífilis 2017 [Internet]. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde; 2017 [citado 19 de setembro de 2017] p. 12;16 Report No.: 1. Available at:<http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde vol. 2 - 1ª edição atualizada - Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
4. PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO, 2017 .