



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO PARANÁ

SÍFILIS 2018

CURITIBA, OUTUBRO DE 2018

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Antônio Carlos Nardi

DIRETOR GERAL
Sezifredo Paulo Alves Paz

SUPERINTENDENTE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Júlia Valéria Ferreira Cordellini

DIRETOR DO CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA
João Luis Crivellaro

CHEFE DA DIVISÃO DST/AIDS/HV/TB
Francisco Carlos dos Santos

ELABORAÇÃO

Mara Carmen Ribeiro Franzoloso

COLABORADORES

Elaine Cristina Vieira de Oliveira
Joanilda Leskiewicz
Juliana Taques Pessoa da Silveira
Merari Gomes
Sandra Aparecida Martins Grochovski
Simoni Pimenta de Oliveira

REVISÃO TÉCNICA

Dra. Élide Sardellotto Mariano da Costa

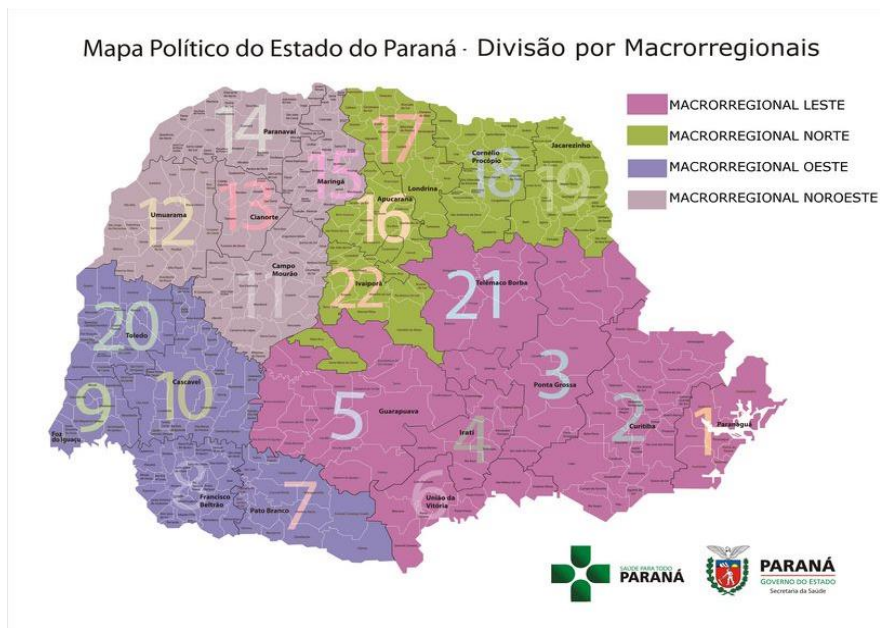
APRESENTAÇÃO

Esta publicação da Divisão DST/Aids/HV/TB da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, apresenta dados dos casos de sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita. Foi escolhido trabalhar com a série histórica a partir do ano de 2010, (ano que iniciou a notificação da sífilis adquirida), até dados do ano de 2017 (sujeitos a alteração). Os dados estão expressos em taxas, números absolutos e percentuais, as variáveis foram categorizadas, segundo: sexo, escolaridade, raça/cor, local de residência (socio demográficas) e momento do diagnóstico da sífilis em gestante, diagnóstico final da sífilis congênita (clínicas epidemiológicas), distribuídas por Regionais de Saúde e por ano de diagnóstico. A sífilis é um agravo de notificação compulsória (Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública).

As fontes de dados foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a população de Nascidos Vivos obtida pelo Tabnet (SINASC) com atualização em setembro de 2018. E a população geral do IBGE 2012.

Os Critérios de definição de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita foram revistos pela Nota Informativa Nº2-SEI/2017- DIAHV/SVS/MS, (em anexo). Como esta Nota Informativa entrou em vigor em outubro de 2017, as análises realizadas neste documento foram realizadas com as definições de caso vigentes até esta data da publicação da Nota.

Este Boletim objetiva possibilitar uma visão da situação da sífilis no Estado do Paraná, promovendo a educomunicação por meio de informações para a tomada de decisões e planejamento dos gestores da saúde pública para o enfrentamento da sífilis, que ainda é considerada um desafio para a saúde pública.



INTRODUÇÃO

De acordo com o Boletim Epidemiológico de sífilis do Ministério da Saúde (MS), 2017, estima-se que mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis ocorre diariamente no mundo. A sífilis é a causa de uma das maiores procuras aos serviços de saúde.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de carácter sistêmico, exclusiva do ser humano, de transmissão é sexual, sanguínea e vertical (de mãe para filho). Estima-se que a sífilis afete 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 (BRASIL,2017). Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente.

Nos últimos anos, em todo o Brasil, houve um aumento considerável do número de casos de sífilis congênita, sífilis gestacional e sífilis adquirida. No que se refere à detecção destes casos, além da preocupação intensa com o descuido no uso de preservativos, com o desabastecimento mundial da

penicilina, observa-se também um aprimoramento da vigilância, um aumento das notificações dos casos, e o aumento da cobertura dos testes rápidos.

O Brasil é signatário da proposta conjunta adotada pela Organização Pan Americana para a Saúde (OPAS), estabelecida para a América Latina e Caribe, através da utilização dos indicadores de impacto e de processo para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Como indicadores de impacto estabelecidos para a habilitação de seus municípios ao processo de certificação nacional temos:

- a taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$, a taxa de incidência de até 0,3 caso/1.000 nascidos vivos;
- a taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/1.000 nascidos vivos nos últimos três anos.

Diante do cenário epidemiológico do aumento expressivo dos casos de sífilis, o Brasil não iniciou ainda o processo de certificação da eliminação vertical da sífilis. Com relação à eliminação da transmissão vertical do HIV, o Paraná foi pioneiro em todo o Brasil, tendo a cidade de Curitiba como o primeiro município do Brasil a receber a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV. Para a Certificação da Eliminação da transmissão vertical do HIV, além dos indicadores de impacto para cada um dos agravos, devem ser levados em consideração pelos municípios os seguintes indicadores de processo, quando da solicitação de habilitação:

- cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
- cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestante $\geq 95\%$;
- cobertura de tratamento com antirretrovirais (ARV) gestante HIV+ $\geq 95\%$;
- cobertura de tratamento com penicilina gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

Considerando a sífilis como um desafio de saúde pública, especialmente a sífilis congênita (por se tratar de um agravo evitável, de diagnóstico e tratamento gratuito), o Estado do Paraná elegeu esse agravo como prioritário e

muitas ações estão sendo desenvolvidas, seguindo a linha do Ministério da Saúde contido na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil (BRASIL,2016).

Com a criação do Grupo Técnico Estadual de ISTs do Paraná (GTEIST/PR), pela Resolução nº 332/2017, várias ações passaram a ser intensificadas, como a identificação da necessidade de qualificar da atenção à saúde, com a padronização de condutas, compartilhamento de conhecimentos e distribuição de responsabilidades. O marco inicial estabelecido foi a data de abril de 2017, através da formação de multiplicadores com ênfase para a sífilis e sua transmissão vertical, que ocorreu no primeiro momento nas quatro macro regiões de saúde, e na sequencia atingiu os 399 municípios do Paraná. Também houve o incremento e fortalecimento dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Além de reforçado pela criação da Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde (RRARSI), enfatizando a proposta da “Sífilis- Teste- Trate e Cure” com a ampliação das campanhas pontuais e de rotina de testes rápidos, tendo em vista o diagnóstico precoce e oportuno.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO BRASIL

De acordo com o Boletim Epidemiológico do ano de 2017 do MS, o Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos (conforme a figura 1). A elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis gestacional, por mil nascidos vivos, aumentaram cerca de três vezes nesse período (passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente). A sífilis adquirida (que teve sua notificação compulsória implantada em 2010) apresenta taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010, para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. No ano de 2016 no Brasil foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis gestacional e 20.474 casos de sífilis congênita (destes, estão presentes 185 óbitos). Observando as taxas,

individualmente para cada Estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis gestacional encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Em relação à sífilis congênita, sendo os Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco. No ranking dos 100 municípios com as maiores taxas de sífilis congênita, o município de Porto Alegre no Rio Grande do Sul é o primeiro da lista.

Figura 1. Taxas de detecção de sífilis por 100.000 habitantes, discriminadas por adquirida, gestacional e congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.



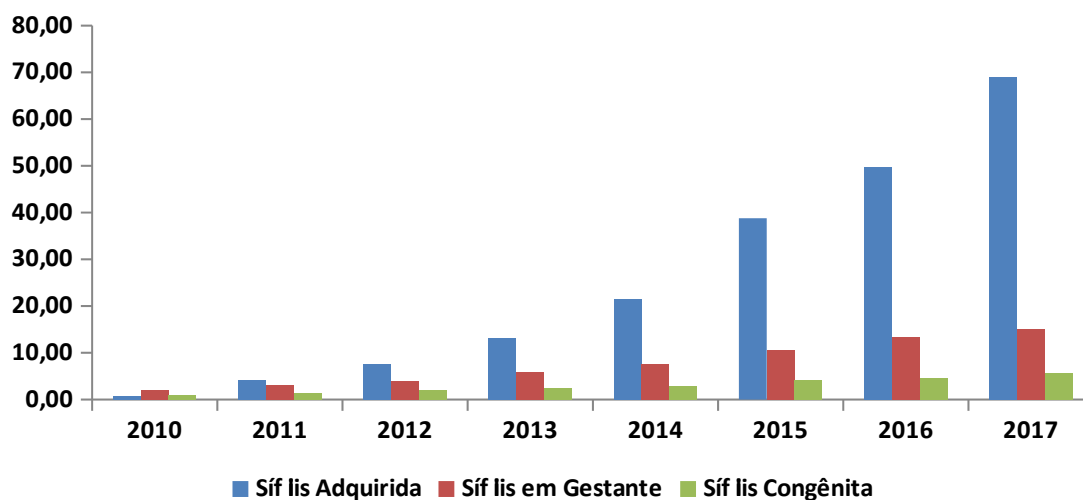
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO PARANÁ

O Estado do Paraná (acompanhando o cenário nacional) vem apresentando elevação do número de casos de sífilis (conforme a figura 2). Com a notificação estabelecida pela portaria nº 542 MS de 22/12/1986, a sífilis congênita apresentou uma elevação nas suas taxas de incidência, sendo que no ano de 2010 com a taxa de 1 para cada mil nascidos vivos, passou para 5,7/1.000NV

no ano de 2017. A sífilis em gestante, de notificação compulsória desde 14/07/2005 pela Portaria nº 33 MS. Teve sua taxa de detecção ampliada de 1,9 no ano de 2010 para 14,9 por mil nascidos vivos no ano de 2017. Com a Portaria 2472 do MS no ano 2010, a sífilis adquirida foi incluída na lista de agravos compulsórios, e sua taxa de detecção que era de 2 casos para cada 100.000 habitantes, teve sua elevação para 69 no ano de 2017. Seguindo o mesmo ano de avaliação citado na situação epidemiológica do Brasil, no Paraná em 2016 foram notificados 5.561 casos de sífilis adquirida, 2.064 casos de sífilis gestacional e 725 casos de sífilis congênita (destes, ocorreram 30 casos cujos diagnósticos finais estão registrados como casos de aborto e natimorto).

Figura 2. Taxas de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis em gestante e (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2017.



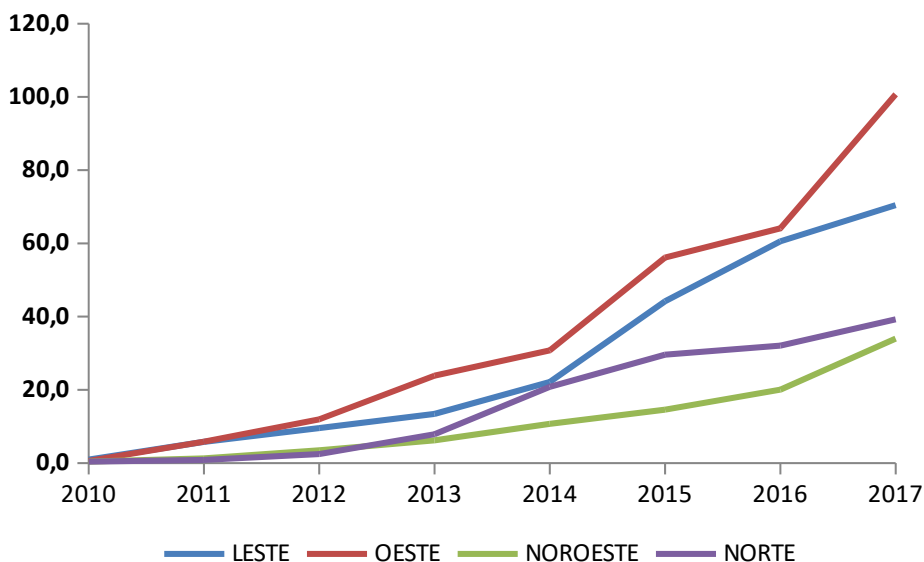
Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 20/08/2018

SÍFILIS ADQUIRIDA NO PARANÁ

No período de 2010 a junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 22.189 casos de sífilis adquirida. Em 2016, o número total de casos notificados no Paraná foi de 8

5.561 casos. Na estratificação por macro regiões, observaram-se 3.297 (59,28%) casos notificados na Macro Região Leste, 1.258 (22,62%) na Macro Região Oeste, 634 (11,42%) na Macro Região Norte, 372 (6,68%) na Macro Região Noroeste. Ainda em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,5 casos de sífilis adquirida/100 mil habitantes, enquanto que no Estado do Paraná, a taxa alcançou o valor 49,5 para cada 100.000 habitantes (conforme a figura 3).

Figura 3. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, por macro região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2017.

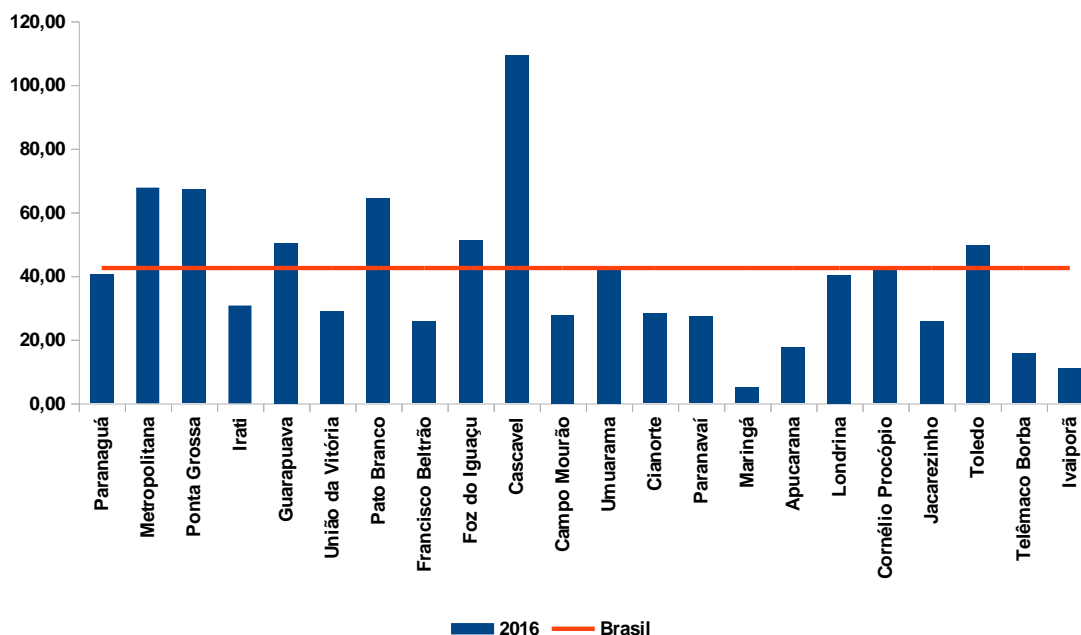


Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 20/08/2018

Quanto às Regionais de Saúde (RS), as taxas de detecção mais elevadas, no ano de 2016 (superiores à taxa média nacional) foram observadas: na RS de Cascavel (109,2/100.000 habitantes); RS Metropolitana (67,7/100.000); RS Ponta Grossa (67,2/100.000); RS Pato Branco (64,4/100.000); RS Foz do Iguaçu (51,1/100.000); RS Guarapuava (50,4/100.000); RS Toledo (49,6/100.000); RS Umuarama (42,8/100.000) e RS Cornélio Procópio (42,6/100.000) (conforme a figura 4). Importante ressaltar que o uso dessas informações deve ser feito com cautela, considerando que a notificação da

sífilis adquirida iniciou apenas em 2010, e que a sua detecção sugere uma boa sensibilidade dos serviços e o incremento das notificações do agravo, resultado de sensibilização dos profissionais e qualificação dos bancos de dados.

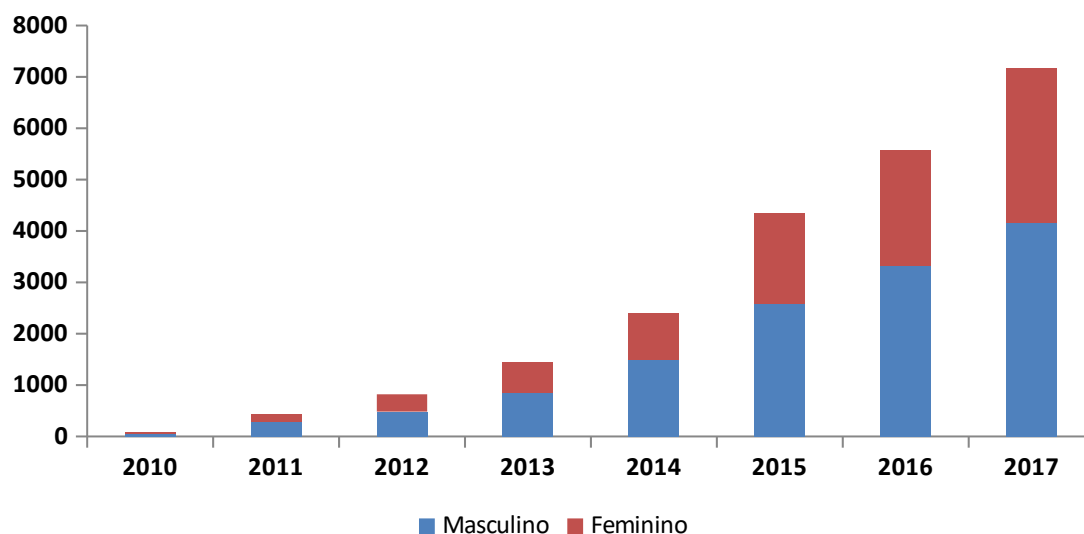
Figura 4. Taxa de detecção por 100.000 habitantes de sífilis adquirida, por região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná, 2016.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 20/08/2018

Quando analisada a série histórica dos casos notificados de sífilis adquirida, no período de 2010 a 2017, observa-se que, dos 22.420 casos notificados no SINAN, 59,4% ocorreram no sexo masculino com a razão de sexos de 1,46 homens para cada mulheres (conforme a figura 5).

Figura 5. Casos de sífilis adquirida segundo sexo, por ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2017.

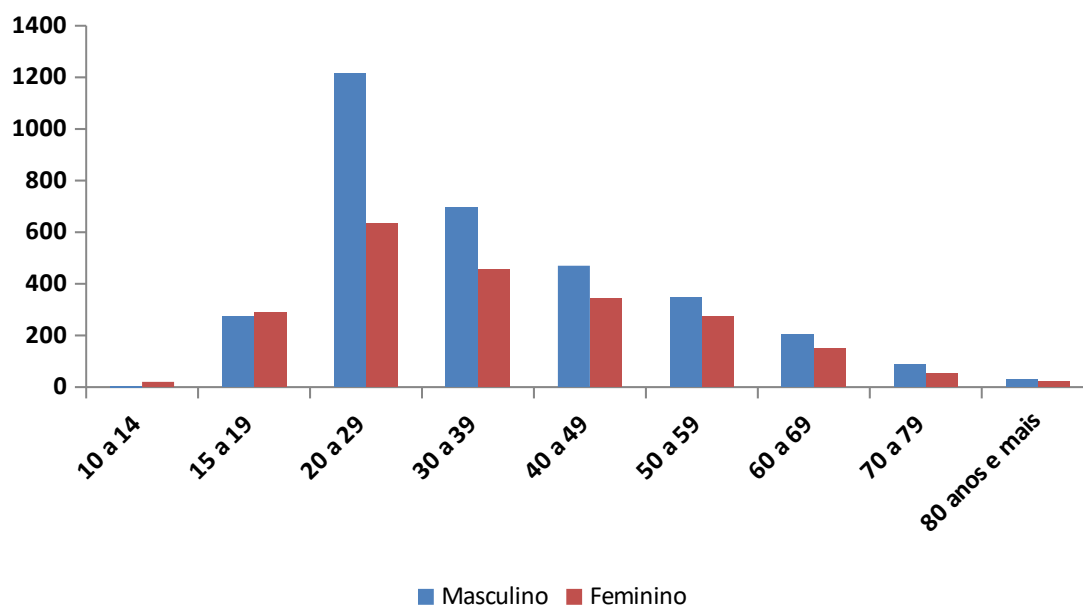


Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 20/08/2018

Ao analisar a razão de sexos categorizadas pelas faixas etárias, no ano de 2016, observa-se que a razão de sexos na faixa etária de 20 a 29 anos assume um comportamento diferenciado, chegando a 1,92 homens para cada mulher.

Neste mesmo ano, a maior concentração de casos notificados no SINAN, encontra-se nesta faixa etária de 20 a 29 anos (33,1%), junto com a faixa etária de 30 a 39 anos (20,%) somam mais da metade dos casos de sífilis adquirida na população geral (conforme a figura 6).

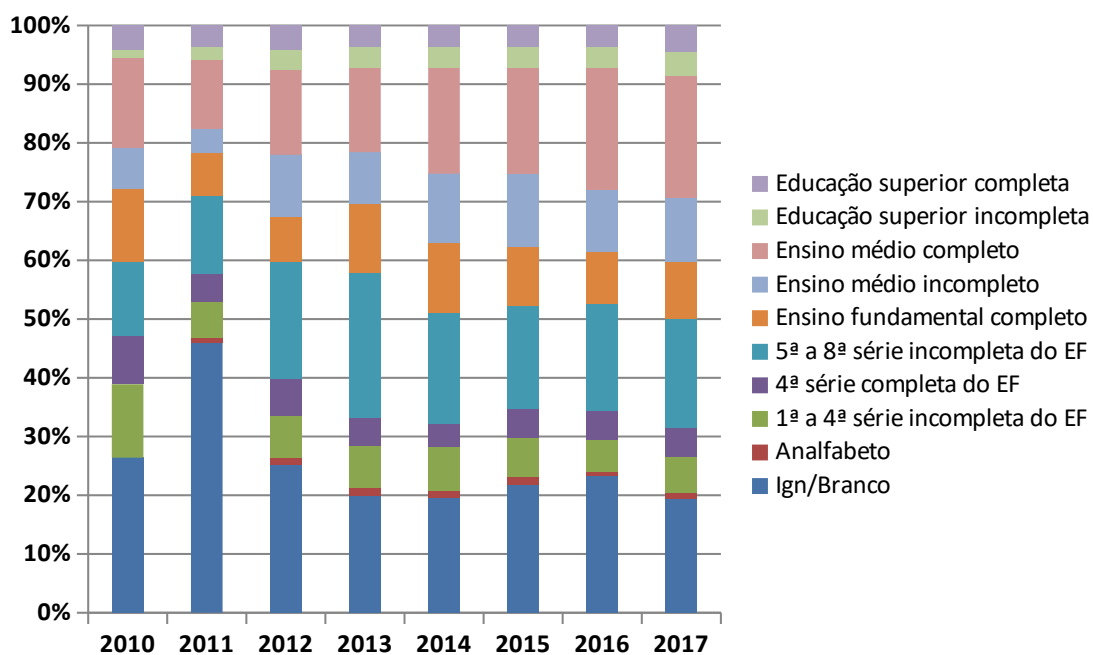
Figura 6. Casos de sífilis adquirida por faixa etária, segundo sexo. Paraná, 2016.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 20/08/2018.

Quando analisamos a escolaridade, observa-se que os maiores percentuais encontram-se nas séries escolares de 5^a a 8^a série do ensino fundamental incompleto (18,5%) e ensino médio completo (19%). Ao longo dos anos observa-se uma diminuição dos ignorados/branco, quando comparado ao ano de 2011, que significou quase a metade dos casos notificados (45,3%) (Figura 7).

Figura 7. Percentual de sífilis adquirida, segundo escolaridade. Paraná, 2010 a 2017.

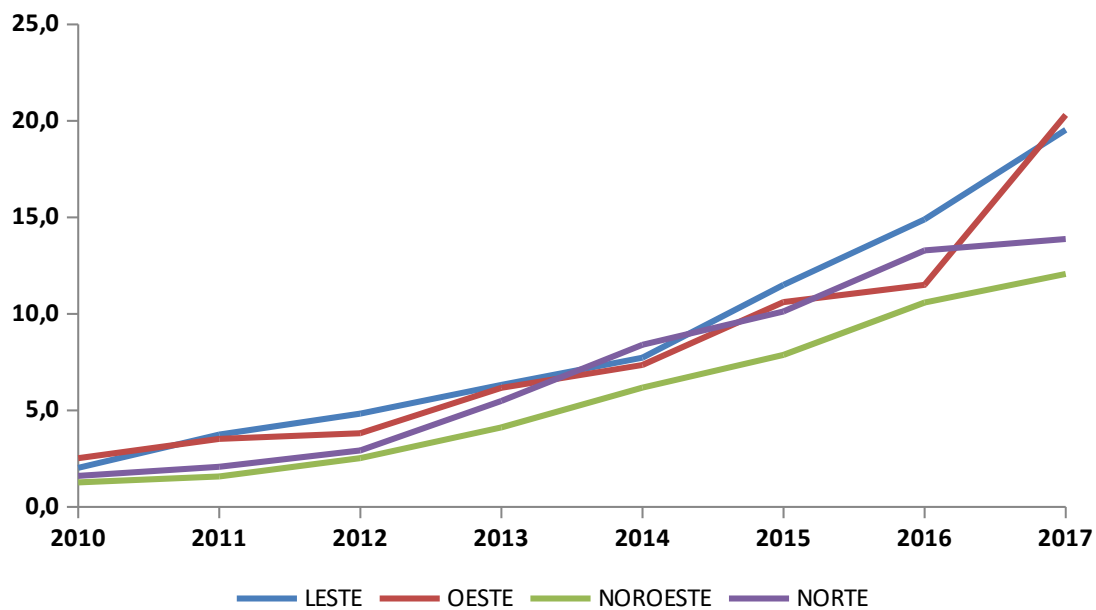


Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 20/08/2018

SÍFILIS EM GESTANTES

No período de 2010 a 2017, foram notificados no SINAN um total de 10.545 casos de sífilis gestacional. Em 2016, o número total de casos notificados no Paraná foi de 2.071 casos. Na estratificação por macro regiões, foram observados 1.146 (55,5%) casos notificados na Macro Região Leste; 328 (15,9%) na Macro Região Oeste; 333 (16,1%) na Macro Região Norte; 257 (12,5%) na Macro Região Noroeste (conforme a figura 8). Ainda em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 12,4 casos de sífilis em gestante, para cada 1.000 nascidos vivos (NV), enquanto que no Estado do Paraná como um todo, a taxa alcançou o valor 13,4/1.000NV (conforme a figura 3). No ano de 2016 a taxa de detecção de sífilis em gestante foi de 13,4 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

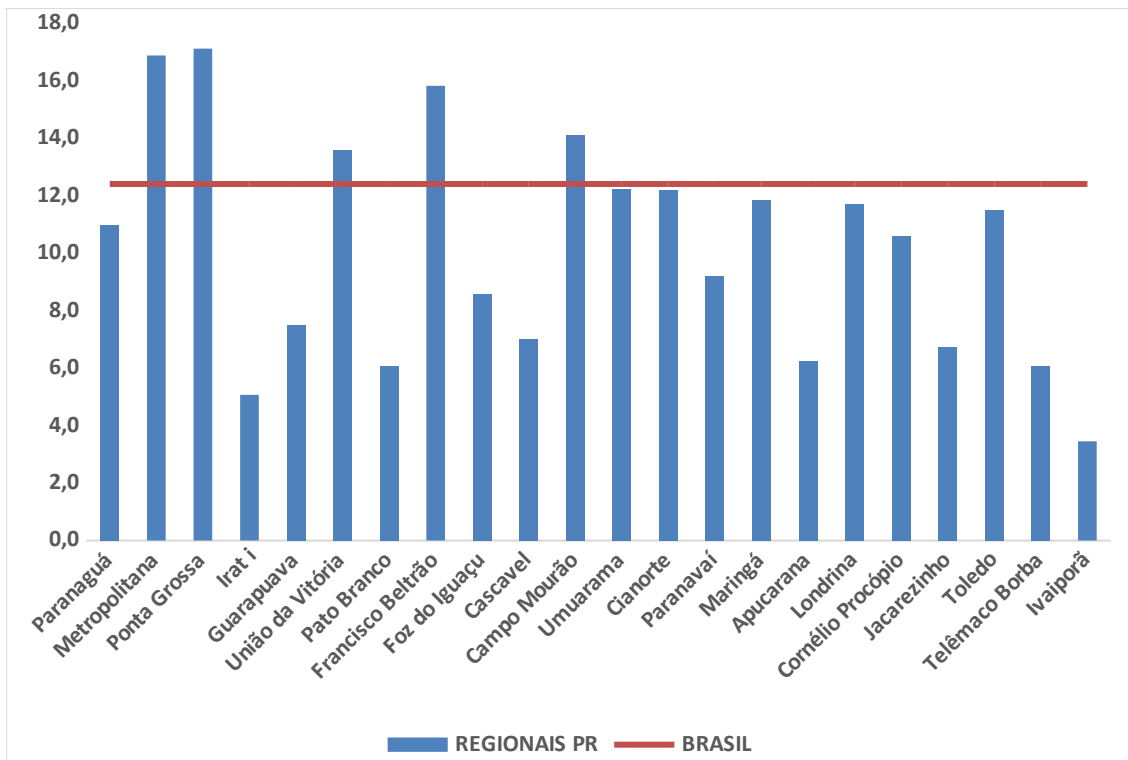
Figura 8. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), por macro região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná 2010 a 2017.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

As regionais que apresentaram taxas de sífilis em gestante acima de 10 casos para mil nascidos vivos foram as regionais de saúde: RS Ponta Grossa, RS Metropolitana, RS Francisco Beltrão, RS Campo Mourão, RS União da Vitória, RS Umuarama, RS Cianorte, RS Maringá, RS Londrina, RS Toledo, RS Paranaguá e RS Cornélio Procópio (conforme a figura 9).

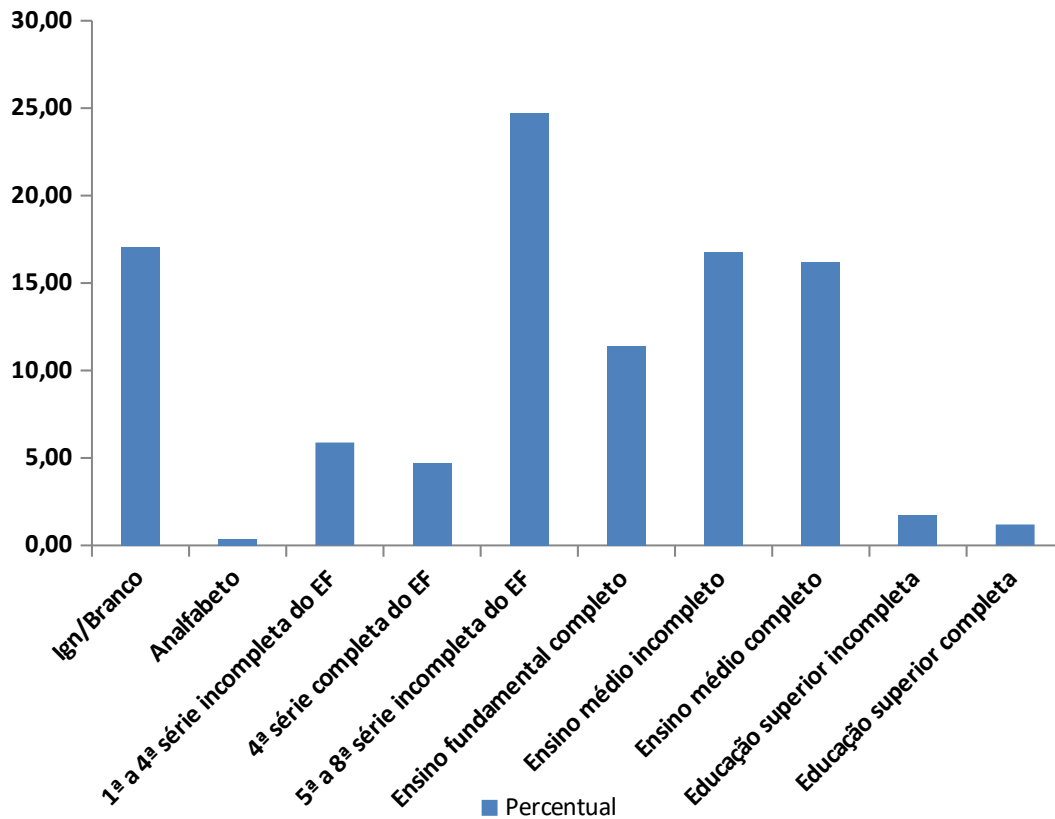
Figura 9. Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos), por região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná, 2016.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

Quanto à escolaridade, observa-se um percentual maior no grau de escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental, seguido pelo ensino médio incompleto. Há um percentual considerável de ignorado ou em branco, comprometendo a informação demonstrada na figura 10.

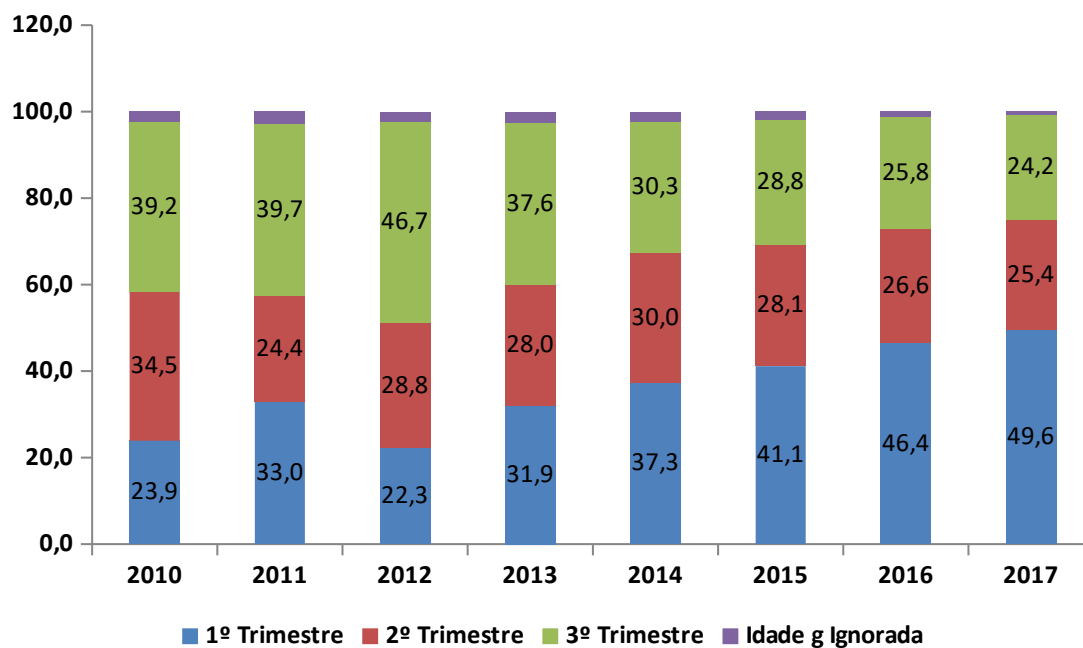
Figura 10. Percentual de sífilis em gestante, segundo escolaridade. Paraná, 2010 a 2017.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

Quando se avalia a taxa de detecção da sífilis em gestante, os números elevados podem demonstrar uma maior sensibilidade no diagnóstico dos casos e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (conforme a figura 9). O mesmo ocorre quando temos um percentual maior de captação das gestantes no primeiro trimestre do pré-natal, representando no gráfico uma ampliação no percentual de 23,9 no ano de 2010, para 49,6 no ano de 2017. Na série histórica é possível observar que a completude aumentou em relação ano de 2010, com o percentual de 2,4 para a idade gestacional ignorada passando para o percentual de 0,7 no ano de 2017 (conforme a figura 11).

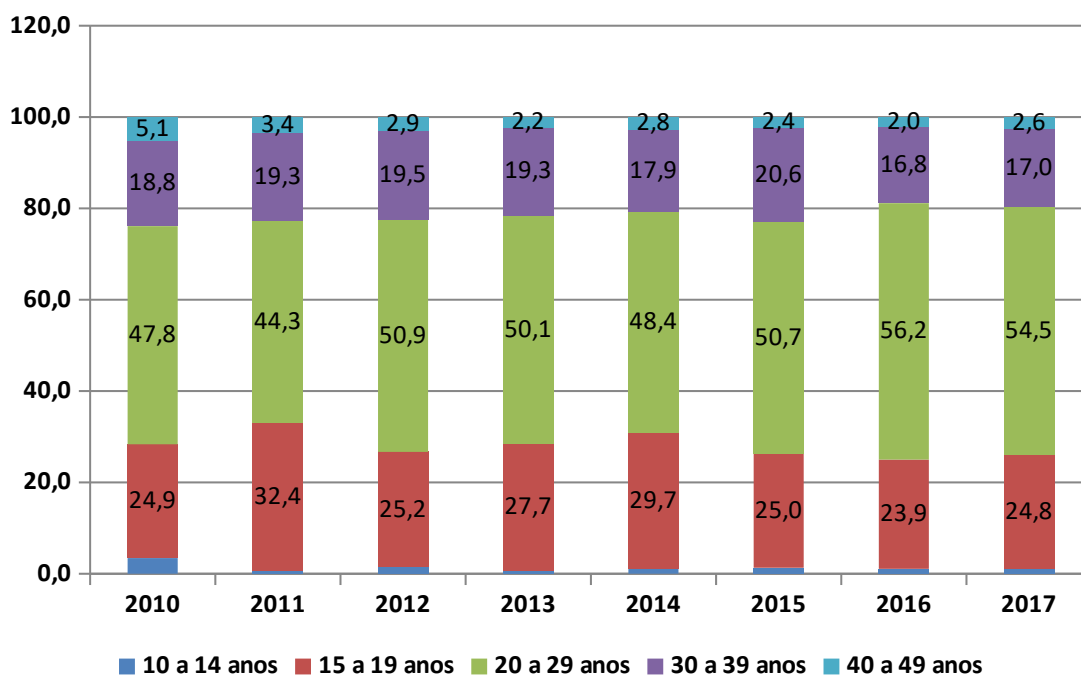
Figura 11. Percentual de sífilis em gestante, segundo idade gestacional, por ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2017.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

Quanto a faixa etária, observou-se que a maior proporção dos casos das gestantes com sífilis encontram-se na faixa etária de 20 a 29 anos (52,1) seguido da faixa etária de 15 a 19 anos (25,9) (conforme a figura 11). Na categorização por raça/cor auto-declarada, no período de 2010 a 2017, a maior concentração de casos está na raça branca, com um percentual de 67,9%, a raça parda o percentual é de 22,1% e na raça negra 6% dos casos.

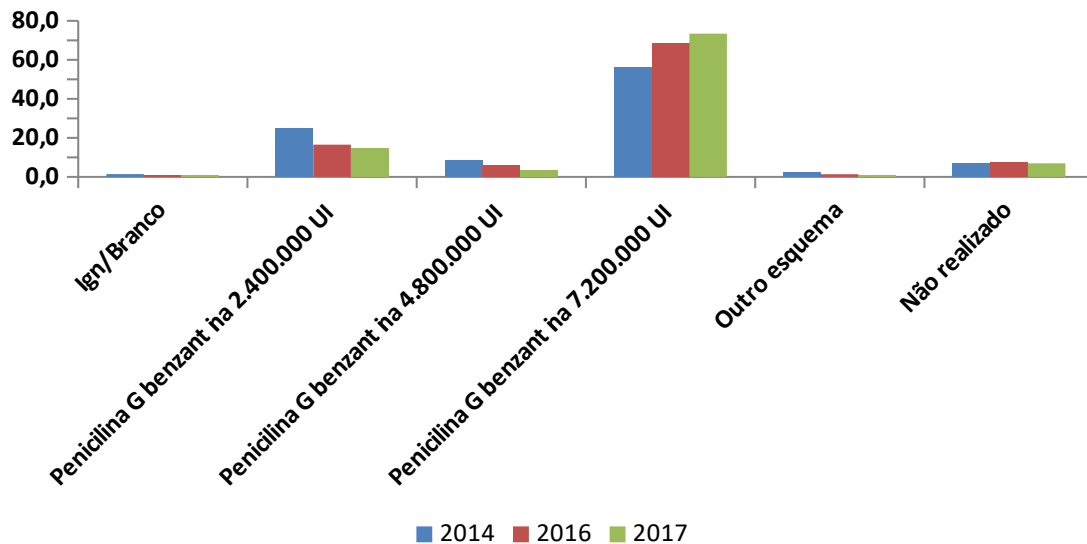
Figura 12. Percentual de sífilis em gestante, segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2017.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

Com referência ao tratamento, conforme figura 12, observa-se que o tratamento tornou-se mais aprimorado, quando comparamos o ano de 2014 com o de 2017, visto que no ano de 2017, há um aumento das três doses de penicilina (recomendado para a gestante), e diminuição acentuada na utilização de outra droga que não seja a Penicilina G Benzatina.

Figura 13. Percentual de tratamento da sífilis na gestação. Paraná, nos anos de 2014, 2016 e 2017.

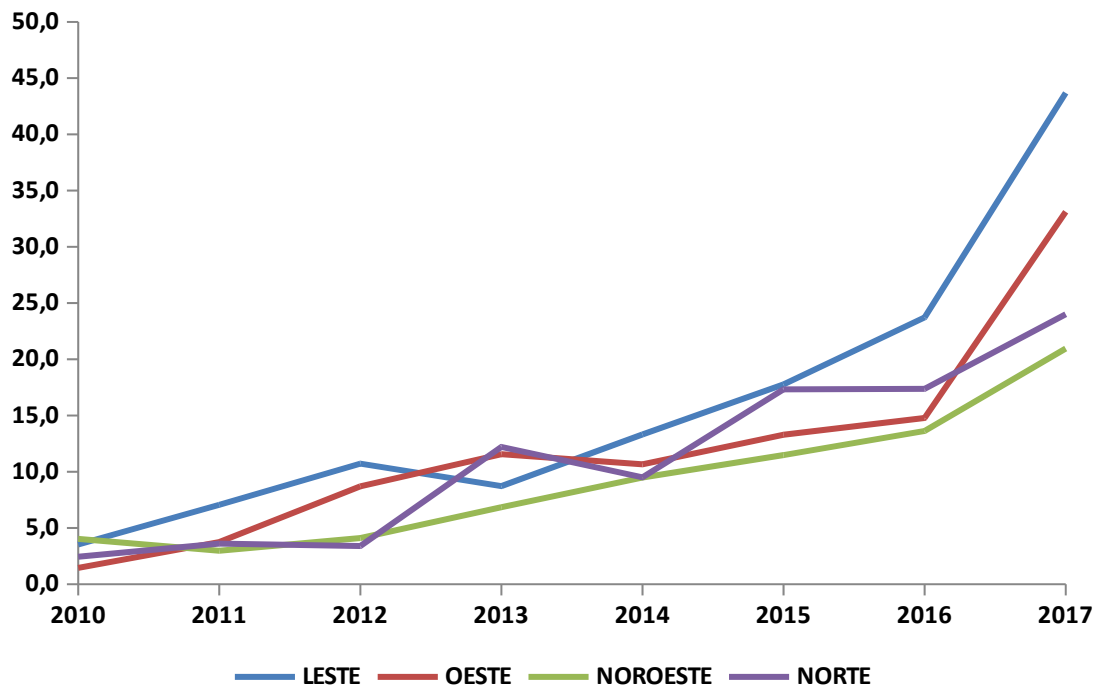


Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

SÍFILIS CONGÊNITA

No período de 2010 a 2017, notificou-se no SINAN um total de 3.776 casos de sífilis congênita. Em 2016, o número total de casos notificados no Paraná foi de 725 casos. Quando estratificado por macro regiões a distribuição de casos apresenta-se da seguinte forma: Macro Região Leste, 390 casos de sífilis congênita (23,7/1.000NV); Macro Região Oeste 82 casos (16,2/1.000NV); Macro Região Norte 117 (17,4/1.000NV); Macro Região Noroeste 80 (13,6%) conforme a figura 13. Ainda em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 6,8 casos de sífilis congênita, para cada 1.000 nascidos vivos (NV), enquanto que no Estado do Paraná como um todo, a taxa alcançou o valor 4,7/1.000NV (Figura 14).

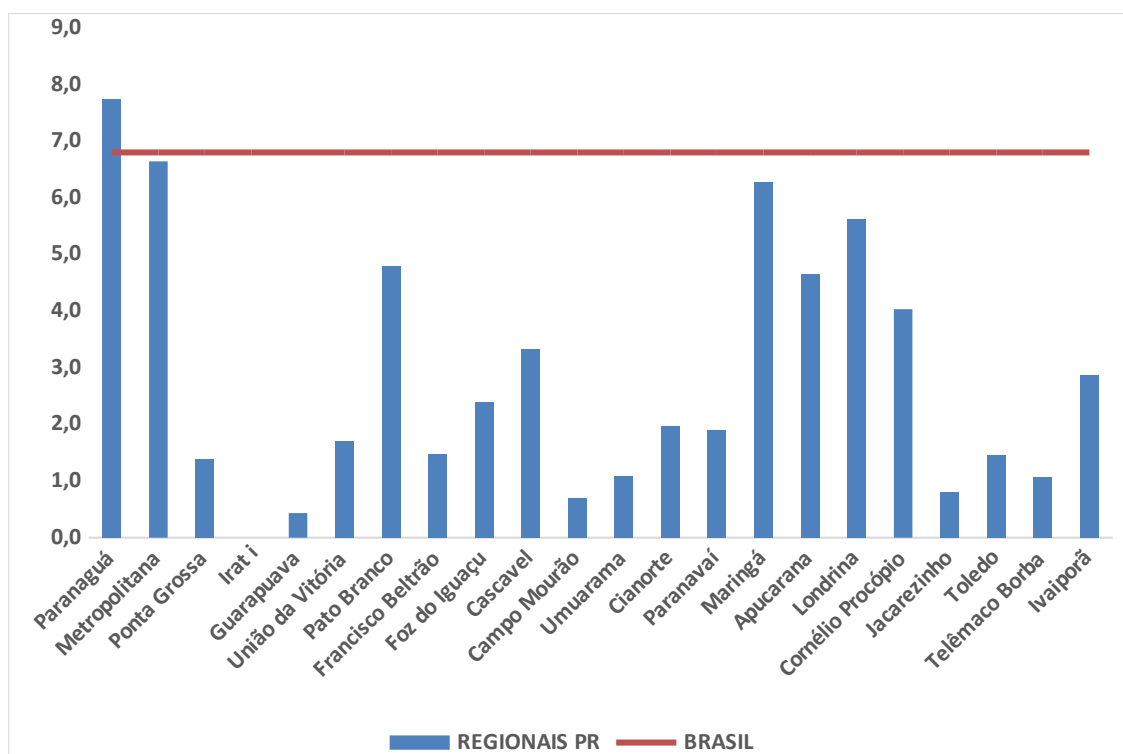
Figura 14. Taxa de detecção sífilis congênita em menores de 01 ano (por 1.000 Nascidos Vivos), por macro região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná 2010 a 2017.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

No Estado do Paraná, a partir de 2010, houve um aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. No ano de 2010 a taxa era de 1 para 1.000 nascidos vivos, tendo um aumento de quase 6 vezes, o ano de 2017 teve a taxa de incidência em 5,7/1.000NV. A regional de saúde que está com sua taxa de incidência acima da média nacional, no ano de 2016 (6,8/1.000NV) é a regional de saúde Metropolitana. As demais estão com as taxas abaixo da média nacional.

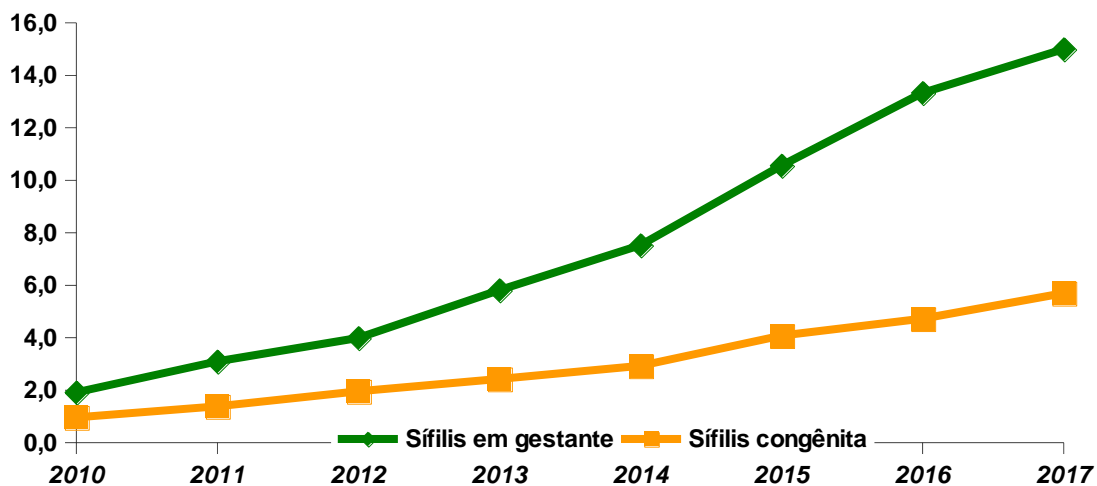
Figura 15. Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de 01 ano, por região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná, 2016.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

Quando comparamos as taxas de detecção em gestantes, com as taxas de incidência da sífilis congênita, observa-se que mesmo com um aumento na sensibilidade e acesso para diagnosticar a sífilis em gestantes, as taxas da sífilis congênita ainda estão elevadas, pois a partir da detecção da sífilis na gestação, o tratamento é acessível, gratuito em toda a rede pública do Estado, fazendo com que a transmissão da mãe para o bebê seja um agravo 100% evitável, com a instituição do tratamento adequado.

Figura 16. Taxa de detecção (por 1.000NV) de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000NV), por região de saúde, segundo ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2017.



Fonte: DST/Aids/HV/TB/CEPI/SVS/SESA, SinanNet, 02/10/2018

No Estado, os casos de sífilis congênita no ano de 2016, em relação com o diagnóstico final foram 95,9% notificados com sífilis congênita recente, 1,8% notificados como aborto e 2,3% como natimorto. Com referência ao pré-natal, 90,9% das mães, realizaram o pré-natal e 8,7% não realizaram. A informação do parceiro tratado concomitantemente, mesmo não sendo mais considerada para fins de notificação como tratamento adequado, conforme Nota Informativa nº2 SEI/2017- DIAHV/SVS/MS, ainda é muito importante acompanhar, pois no ano de 2016, apenas 22,7% dos parceiros haviam se submetido ao tratamento, com a informação 11,5 de ignorado ou em branco e 65,8% de não tratados. Com referência a faixa etária das mães cujas crianças forma notificadas como sífilis congênita, 66,6% tinham sua idade entre 20 a 34 anos e 68,1% eram brancas sendo 58,9 do total com escolaridade fundamental incompleta.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília 2017

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Divisão DST/Aids/HIV. **Guia Prático Estadual para Multiplicadores- Prevenção, Controle e Redução da Sífilis**, 2017.



DEPTO VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DO HIV/AIDS DAS
SRTVN 701 Bloco D - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719040
Site

NOTA INFORMATIVA Nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS

Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita.

1. INTRODUÇÃO

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional inclui a notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, conforme Portaria vigente do Ministério da Saúde.

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diante da necessidade de diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, define-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** devem ser notificados como **sífilis em gestantes** e não como sífilis adquirida.

Com a finalidade de atualizar a definição de caso de sífilis congênita para fins de vigilância e visando o alinhamento com as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde[1] e da Organização Mundial da Saúde[2], deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta. **Para fins de vigilância epidemiológica, não se considera como critério de definição de caso de sífilis congênita, o tratamento da parceria sexual da mãe.**

Destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST e USR) e testes treponêmicos para sífilis (teste rápido, FTA-ABS, ELISA, EQL, TPHA, TPPA, MHA-TP) incorporados na sua lista de procedimentos, e que o Ministério da Saúde adquire e fornece testes rápidos para sífilis aos serviços de saúde.

2. RECOMENDAÇÕES

2.1. Das definições de casos

Diante do exposto, o Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde atualiza os critérios de definição de casos de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita:

SÍFILIS ADQUIRIDA

Situação 1

Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente **e sem registro de tratamento prévio.**

Situação 2

Indivíduo sintomático^a para sífilis, com pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

SÍFILIS EM GESTANTES

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

^b Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

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.**

*Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados

SÍFILIS CONGÊNITA

Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^c não tratada ou tratada de forma não adequada^{d,e}.

^c Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3)

^d Tratamento adequado: 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.

^e Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2^f

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

- Manifestação clínica, alteração liquórica 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^g;
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

^f Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual

^g Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

Situação 3

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

^h Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

2.2. Do preenchimento das fichas de notificação

Para **notificação dos casos de sífilis adquirida**, deve ser utilizada a ficha de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que contém atributos comuns a todos os agravos.

As fichas de notificação/investigação dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita continuam sendo as vigentes no Sinan até a atualização das novas fichas no sistema.

Ressalta-se que, **na ficha de notificação/investigação de sífilis em gestante**, para o preenchimento dos campos 37 a 40, referentes aos resultados dos exames, devem ser consideradas as informações do pré-natal, parto e/ou puerpério. Todos os casos de mulheres diagnosticadas com

sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestantes e não notificadas como sífilis adquirida.

Quanto à ficha de **notificação/investigação de sífilis congênita**, a nova definição de caso considera como tratamento adequado - o tratamento completo para estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto, desconsiderando a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes. Portanto, para não gerar inconsistência no Sinan, torna-se provisória a inserção da informação “**1-SIM**” no **campo 46** (parceiro tratado concomitantemente com a gestante), independente da informação coletada.

[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] 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 .

Brasília, 19 de setembro de 2017.

Gerson Fernando Mendes Pereira

Diretor Substituto do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais

Adeilson Loureiro Cavalcante

Secretário de Vigilância em Saúde - SVS

Aprovo a Nota Técnica

Em 19/09/2017

[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] 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 .



Documento assinado eletronicamente por **Gerson Fernando Mendes Pereira, Diretor(a) do Departamento de Vigilância, Prev. e Cont. IST, HIV/AIDS e Hep.Virais, Substituto(a)**, em 13/10/2017, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Adeilson Loureiro Cavalcante, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 17/10/2017, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0882971** e o código CRC **6FCC7B64**.

Brasília, 13 de outubro de 2017.