



Apresentação

A sífilis é uma **infecção sexualmente transmissível** (IST), cujo agente etiológico é o *Treponema Pallidum*. A apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, cardiovascular, respiratório e sistema gastrointestinal.

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano. Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. A transmissão por transfusão sanguínea, embora possível, é raríssima, devido à triagem rigorosa das bolsas de sangue quanto à presença de agentes infecciosos. (BRASIL, 2015).

É uma doença que ainda se constitui um problema de Saúde Pública no Distrito Federal e no Brasil, tanto pelo grande número de casos quanto pelas suas complicações.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento.

É preciso estimular ainda mais o diagnóstico precoce da infecção, para garantir o tratamento oportuno, com a consequente redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical e melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas.

O Boletim Epidemiológico de Sífilis do Distrito Federal é um documento que tem como objetivo realizar uma análise descritiva e atualizar as informações sobre o cenário epidemiológico da sífilis no Distrito Federal. A fonte de dados apresentada são as notificações compulsórias dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita obtida por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Elaboração Técnica

Ludmila Amábele Syrio e O. Herrmann
Rosangela Maria Magalhães Ribeiro
Gisele Hentzy Moraes
Dalva Nagamine Motta

Revisão Técnica

Sergio d'Ávila – Gerente-Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis – GEVIST
Maria Beatriz Ruy – Diretora – Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP
Marcus Vinícius Quito – Subsecretário-Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS

Endereço

Estádio Nacional de Brasília Mané Garrincha
SRPN – Asa Norte
Entrada Portão 5 – Nível A – salas 5 e 6
CEP: 70.070-701 -Brasília/DF

Frente ao expressivo aumento de casos no Distrito Federal, como se observa no Brasil como um todo, a sífilis continua sendo um grande desafio para a saúde pública, assim como a diminuição e/ ou eliminação da transmissão vertical desta infecção sexualmente transmissível.

Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida no Brasil

A notificação compulsória da sífilis adquirida em todo território nacional foi instituída pela Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Essa notificação é realizada com o preenchimento da ficha de notificação e investigação epidemiológica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pelo profissional de saúde no exercício de sua função.

Segundo a Nota Informativa nº 02/2017-DIAHV/SVS/MS e a Nota Técnica SEI-GDF nº 7/2018 – SES/SVS/DIVEP/GEDST, existem duas situações para a sífilis adquirida, considerados critérios para definição de casos, a saber:

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

O Ministério da Saúde divulgou o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2017) no qual abrange a série histórica de sífilis adquirida, no período de 2010 a junho de 2017. No SINAN foram notificados um total de 342.531 casos, dos quais 59,2% ocorreram na Região Sudeste, 21,2% no Sul, 10,4% no Nordeste, 5,3% no Centro-Oeste e 3,9% no Norte. No ano de 2016, o número total de casos notificados no Brasil foi de 87.593. Na estratificação por regiões, observaram-se 46.898 (53,5%) casos notificados na Região Sudeste, 21.204 (24,2%) na Região Sul, 10.178 (11,6%) na Região Nordeste, 5.344 (6,1%) na Região Centro-Oeste e 3.969 (4,5%) na Região Norte. (BRASIL,2017).

Situação Epidemiológica da Sífilis Adquirida no Distrito Federal

Para análise da situação epidemiológica foram considerados casos notificados de sífilis adquirida àqueles codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10- A53.

No Distrito Federal, no período (de 2012 a 2017) foram notificados no SINAN 6.322 casos de sífilis adquirida, alcançando em 2017 um coeficiente de 54,2 casos detectados a cada grupo de 100.000 habitantes. Embora atualmente exista maior sensibilidade por parte dos profissionais em relação à doença, bem como ampliação do acesso ao diagnóstico, tratamento e aperfeiçoamento do sistema de vigilância, os dados apontaram o crescimento do número de casos de sífilis na população. (Tabela 1).

Tabela 1- Número de casos e coeficiente de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), por ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

Ano da Notificação	Número	Coeficiente de detecção
2012	598	22,6
2013	709	25,4
2014	906	31,8
2015	1132	38,8
2016	1389	46,7
2017	1588	54,2
Total	6322	36,7

Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Série Histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53. 0 e A53.9, utilizados para a notificação de Sífilis no SINAN.

O perfil sociodemográfico dos casos notificados de sífilis adquirida do período analisado foi obtido pelos dados relativos à escolaridade, sexo, faixa etária, raça/cor e ano de notificação. A distribuição dos casos notificados segundo sexo e ano de notificação apresentaram crescimento para ambos os sexos, mantendo estável uma razão de cerca de dois casos masculinos para um caso feminino. A razão entre os sexos ficou estável entre os anos de 2012 até 2015. (Tabela 2).

Tabela 2- Número de casos notificados, razão e coeficiente de detecção de sífilis adquirida, segundo sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

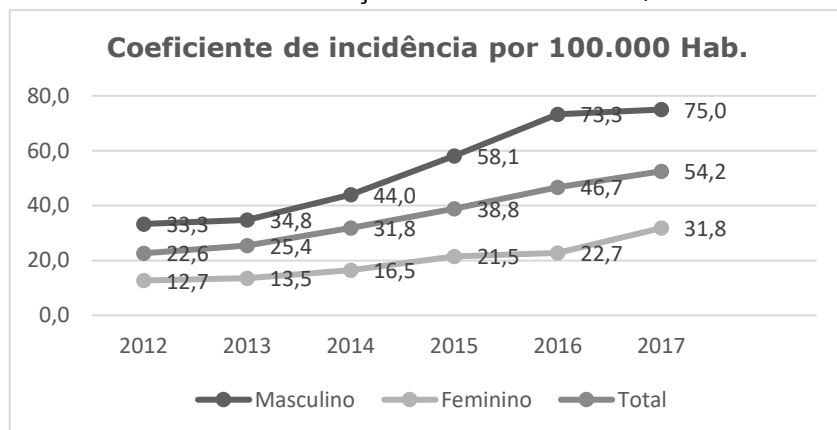
Ano	Número			Razão	Coeficiente de Detecção		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
2012	422	176	598	2,4	33,3	12,7	22,6
2013	498	211	709	2,4	34,8	13,5	23,7
2014	642	264	906	2,4	44,0	16,5	29,6
2015	803	329	1132	2,4	58,1	21,5	38,8
2016	1033	356	1389	2,9	73,3	22,7	46,7
2017	1078	510	1588	2,1	75,0	31,8	54,2
Total	4476	1846	6322	2,4	53,4	20,0	36,9

Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Série Histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53. 0 e A53.9, utilizados para a notificação de sífilis no SINAN.

Nos últimos seis anos pôde-se verificar que o coeficiente de detecção de casos por 100.000 habitantes aumentou progressivamente como demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Coeficiente de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.



Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Série Histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53.0 e A53.9, utilizados para a notificação de sífilis no SINAN

Com relação à faixa etária, identificou-se o maior número de casos detectados na população de 20 a 39 anos. Perfazendo um total de 46,6% dos casos notificados. No entanto, observou-se um crescimento importante no número de casos totais na faixa etária de 15 a 19 anos, passando de 42 casos detectados em 2012 para 145 em 2017, com taxa de crescimento de 245% no período. Nas pessoas maiores de 60 anos também houve aumento no número dos casos, pois em 2012 haviam 24 casos notificados no SINAN e em 2017, 89 casos, mostrando uma taxa de crescimento de 270%. (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 – Número de casos notificados de sífilis adquirida, segundo faixa etária, sexo e ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Masculina							
Até 14 anos	8	7	1	2	2	12	32
15 a 19 anos	28	44	66	69	88	78	373
20 a 29 anos	149	198	257	301	421	454	1780
30 a 39 anos	143	129	161	192	268	255	1148
40 a 49 anos	58	72	77	132	132	147	618
50 a 59 anos	22	33	52	60	72	74	313
60 a 69 anos	8	9	20	28	33	40	138
70 a 79 anos	5	3	4	13	13	15	53
80 anos e mais	1	3	4	6	4	3	21
Total	422	498	642	803	1033	1078	4476
Feminina							
Até 14 anos	8	3	3	7	8	14	43
15 a 19 anos	14	16	28	37	54	67	216
20 a 29 anos	55	61	75	78	125	168	562
30 a 39 anos	55	55	74	91	73	112	460
40 a 49 anos	17	39	36	57	50	62	261
50 a 59 anos	17	22	33	42	28	56	198
60 a 69 anos	6	12	9	10	11	17	65
70 a 79 anos	2	1	3	7	5	10	28
80 anos e mais	2	2	3	0	2	4	13
Total	176	211	264	329	356	510	1846
Total							
Até 14 anos	16	10	4	9	10	26	75
15 a 19 anos	42	60	94	106	142	145	589
20 a 29 anos	203	259	332	379	546	622	2341
30 a 39 anos	198	184	235	283	341	367	1608
40 a 49 anos	76	111	113	189	182	209	880
50 a 59 anos	39	55	85	102	100	130	511
60 a 69 anos	14	21	29	38	44	57	203
70 a 79 anos	7	4	7	20	18	25	81
80 anos e mais	3	5	7	6	6	7	34
Total	598	709	906	1132	1389	1588	6322

Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Série Histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53.0 e A53.9, utilizados para a notificação de Sífilis no SINAN.

Tabela 4 - Coeficiente de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Masculino						
Até 14 anos	2,5	1,7	0,2	0,6	0,6	2,8
15 a 19 anos	25,0	35,8	52,8	54,6	69,5	61,9
20 a 29 anos	58,3	76,5	97,9	113,0	155,4	164,3
30 a 39 anos	63,5	53,2	64,6	75,3	103,1	96,8
40 a 49 anos	34,9	42,2	43,6	72,2	72,2	69,7
50 a 59 anos	21,6	29,4	44,6	49,6	57,3	56,7
60 a 69 anos	14,9	14,5	30,3	40,0	44,7	51,6
70 a 79 anos	19,7	10,2	12,8	39,1	36,8	40,1
80 anos e mais	11,7	30,3	36,9	50,4	30,5	20,8
Total	33,3	34,8	44,0	58,1	73,3	75,0
Feminino						
Até 14 anos	2,6	2,2	0,7	2,3	2,6	3,4
15 a 19 anos	12,1	12,6	21,9	29,1	42,7	53,5
20 a 29 anos	20,0	22,1	26,9	27,6	43,6	57,6
30 a 39 anos	21,6	20,3	26,7	32,2	25,4	38,5
40 a 49 anos	9,0	18,8	16,7	25,5	21,5	25,7
50 a 59 anos	13,8	16,0	22,9	27,8	17,6	33,7
60 a 69 anos	8,8	14,7	10,3	14,3	11,2	16,5
70 a 79 anos	6,0	2,5	7,0	15,2	10,1	18,9
80 anos e mais	13,5	11,8	16,3	0,0	9,1	16,7
Total	12,7	13,5	16,5	21,5	22,7	31,8
Total						
Até 14 anos	2,6	1,2	0,5	1,4	4,2	3,1
15 a 19 anos	18,5	24,0	37,2	41,8	57,3	57,7
20 a 29 anos	38,3	48,4	61,3	69,0	111,5	109,5
30 a 39 anos	41,3	35,9	44,6	52,6	67,0	66,2
40 a 49 anos	21,4	29,3	28,8	46,5	49,5	47,8
50 a 59 anos	17,3	22,0	32,6	37,5	45,7	43,8
60 a 69 anos	11,5	14,6	18,9	23,4	33,2	31,5
70 a 79 anos	11,9	5,8	9,4	25,2	29,5	27,6
80 anos e mais	12,9	18,6	23,9	18,8	20,0	18,2
Total	22,6	23,7	29,6	38,8	46,7	54,2

Fonte: SINAN e SINASC. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Série Histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53.0 e A53.9, utilizados para a notificação de sífilis no SINAN.

As Regiões de Saúde do Distrito Federal com maior número de casos detectados em 2017 foram Sudoeste, Oeste e Centro Sul, essas 03 regiões correspondem 59,8% dos casos notificados. Ao considerar o coeficiente de detecção a cada grupo de 100.000 habitantes, observaram-se os maiores índices nas Regiões Centro Sul, Sul, Leste, respectivamente. (Tabela 5).

Tabela 5- Número e coeficiente de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo Região de Saúde, Região Administrativa e ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

Região de Saúde	Número de casos							Coeficiente de detecção						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
CENTRAL	54	33	49	32	42	86	296	14,5	8,3	12,0	7,6	9,7	30,4	
Asa Norte	31	21	19	17	25	52	165	24,9	15,8	13,9	12,1	17,4	36,5	
Asa Sul	21	11	22	23	29	40	146	24,1	11,7	22,7	23,0	28,1	39,1	
Cruzeiro	9	4	16	7	12	14	62	25,1	10,5	40,9	17,4	29,1	34,4	
Lago Norte	4	3	7	2	3	9	28	12,1	8,5	19,2	5,3	7,8	23,5	
Lago Sul	1	2	4	0	4	4	15	3,3	6,1	11,9	0,0	11,1	11,2	
Sudoeste/Octogonal	6	3	1	6	1	9	26	11,7	5,5	1,8	10,5	1,7	15,5	
Varjão do Torto	4	2	6	0	1	2	15	41,5	19,9	58,7	0,0	9,5	19,4	
CENTRO-SUL	83	95	106	136	150	211	781	29,7	32,2	35,1	44,1	47,6	53,7	
Candangolândia	2	6	8	11	4	6	37	12,2	34,7	45,2	60,8	21,6	33,0	
Guará	34	32	25	30	43	63	227	31,0	27,4	20,8	24,4	34,1	50,6	
Núcleo Bandeirante	9	9	7	25	12	18	80	35,6	33,6	25,6	89,2	41,8	63,7	
Park Way	1	1	4	5	3	4	18	5,1	4,8	18,5	22,5	13,2	17,7	
Riacho Fundo I	9	12	18	16	22	43	120	24,4	30,8	45,3	39,4	53,0	105,4	
Riacho Fundo II	4	9	10	17	22	18	80	10,8	23,2	25,3	42,2	53,7	44,7	
SCIA (Estrutural)	1	13	8	9	11	15	57	3,2	40,0	24,2	26,9	32,4	45,1	
SIA	1	0	0	0	0	0	1	39,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
LESTE	48	47	113	116	121	132	577	22,7	21,2	50,1	50,5	51,8	57,7	
Itapoã	14	3	39	29	21	21	127	29,9	6,2	78,9	57,8	41,3	42,2	
Jardim Botânico	0	1	1	1	1	6	10	0,0	4,6	4,5	4,4	4,3	26,1	
Paranoá	11	21	40	43	44	55	214	19,4	35,3	65,9	69,5	69,8	89,0	
São Sebastião	23	22	33	43	55	50	226	26,2	24,0	35,4	45,3	57,0	53,0	
NORTE	67	74	101	151	147	177	717	19,7	20,7	27,7	40,5	387,0	47,3	
Fercal	0	1	0	0	1	0	2	0,0	10,4	0,0	0,0	9,8	0,0	
Planaltina	46	58	76	122	123	139	564	26,1	31,3	40,2	63,3	62,7	72,1	
Sobradinho	11	12	20	22	18	27	110	13,9	14,4	23,4	25,1	20,1	30,5	
Sobradinho II	10	3	5	7	5	11	41	13,3	3,8	6,2	8,5	6,0	13,3	
OESTE	127	189	155	207	286	266	1230	26,8	37,9	30,5	39,9	54,0	51,1	
Brazlândia	18	22	11	18	20	21	110	30,4	35,3	17,3	27,8	30,3	32,3	
Ceilândia	109	167	144	189	266	245	1120	26,3	38,3	32,4	41,6	57,4	53,8	
SUDOESTE	148	195	266	308	418	436	1771	20,9	26,1	34,9	39,5	52,5	55,7	
Águas Claras	8	12	20	22	32	43	137	7,6	10,8	17,7	19,0	27,1	37,0	
Recanto das Emas	17	26	57	51	74	72	297	13,2	19,3	41,5	36,4	51,9	51,5	
Samambaia	61	86	105	103	122	127	604	29,7	39,9	47,8	46,0	53,5	56,7	
Taguatinga	58	66	79	117	162	161	643	27,7	29,8	34,7	50,2	67,9	68,4	
Vicente Pires	4	5	5	15	28	33	90	6,6	7,8	7,7	22,5	41,1	49,0	
SUL	49	64	58	106	130	175	582	18,9	23,4	20,8	37,2	49,3	61,1	
Gama	35	51	38	73	77	100	374	11,5	10,2	15,4	24,9	39,3	65,0	
Santa Maria	14	13	20	33	53	75	208	11,5	10,2	15,4	24,9	39,3	56,6	
Em Branco	22	12	58	76	95	105	368	*	*	*	*	*		
Total	598	709	906	1132	1389	1588	6322	22,6	25,4	31,8	38,8	46,7	54,2	

Fonte: SINAN e SINASC. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Ao analisar a distribuição dos casos segundo escolaridade e raça/cor, observa-se alto percentual de informações ignoradas, devido à falta de preenchimento desse campo (49,6% e 37,3% respectivamente), o que compromete a análise dessas variáveis. No entanto, observa-se alto percentual dos notificados com até ensino fundamental completo (28,8%% dos casos) e aqueles que se autodeclararam pardos (36,7%). (Tabela 6).

Tabela 6- Número de casos e percentual de sífilis adquirida segundo escolaridade, raça/cor e ano de notificação. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
Escolaridade	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	0	0,0	1	0,1	2	0,2	2	0,2	2	0,1	0	0,0	7	0,1
1ª a 4ª incomp. do EF	7	1,2	12	1,7	10	1,1	20	1,8	27	1,9	29	1,8	105	1,7
4ª série comp.do EF	15	2,5	18	2,5	28	3,1	18	1,6	26	1,9	38	2,4	143	2,3
5ª a 8ª incompleta do EF	65	10,9	69	9,7	68	7,5	130	11,5	180	13,0	153	9,6	665	10,5
Ensino fund. Completo	88	14,7	88	12,4	120	13,2	188	16,6	199	14,3	215	13,5	898	14,2
Ensino médio incompleto	55	9,2	74	10,4	85	9,4	163	14,4	259	18,6	168	10,6	804	12,7
Ensino médio completo	10	1,7	25	3,5	17	1,9	62	5,5	71	5,1	139	8,8	324	5,1
Ensino sup. Incompleto	1	0,2	12	1,7	3	0,3	21	1,9	27	1,9	26	1,6	90	1,4
Ensino sup. Completo	2	0,3	5	0,7	2	0,2	12	1,1	37	2,7	92	5,8	150	2,4
Ignorado/Branco	355	59,4	405	57,1	571	63,0	516	45,6	561	40,4	728	45,8	3136	49,6
Total	598	100	709	100	906	100	1132	100	1389	100	1588	100	6322	100
Raça/cor														
Branca	100	16,7	118	16,6	105	11,6	185	16,3	256	18,4	276	17,4	1040	16,5
Preta	32	5,4	47	6,6	52	5,7	99	8,7	137	9,9	139	8,8	506	8,0
Amarela	5	0,8	8	1,1	7	0,8	14	1,2	14	1,0	20	1,3	68	1,1
Parda	170	28,4	206	29,1	257	28,4	417	36,8	571	41,1	700	44,1	2321	36,7
Indígena	3	0,5	2	0,3	6	0,7	9	0,8	8	0,6	2	0,1	30	0,5
Ignorado/Branco	288	48,2	328	46,3	479	52,9	408	36,0	403	29,0	451	28,4	2357	37,3
	598	100	709	100	906	100	1132	100	1389	100	1588	100	6322	100

Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Sífilis em Gestante

Os microrganismos responsáveis pela infecção (*T. Pallidum*) presentes no sangue de uma mulher grávida podem ser transmitidos ao feto, especialmente na fase recente da infecção (denominada sífilis recente). A maioria das mulheres com infecção de sífilis inferior a um ano, transmitirão a infecção ao feto. Embora a infecção possa ser transmitida a partir de nove semanas de gestação, a transmissão tem normalmente lugar entre a 16ª e a 28ª semana de gravidez.

Na sífilis materna recente a proporção da transmissão da mãe para o feto pode chegar a 80%, enquanto na sífilis tardia a infectividade diminui. A concentração de espiroquetas no sangue é mais alta durante os dois primeiros anos após a infecção e depois diminui lentamente devido à imunidade adquirida. Assim, o risco de infectar parceiros sexuais é maior durante os dois primeiros anos, depois cessa virtualmente embora continue a existir o risco de transmissão materno-fetal.

O desenrolar da infecção materna não parece ser alterado pela gravidez. Como pode levar 10 a 45 dias para a infecção da sífilis ser detectada por meio de análises de sangue, um teste negativo inicial não garante ausência de infecção. As mulheres grávidas cujo primeiro teste é negativo devem ser sujeitas a novo teste mais tarde na gravidez ou no parto.

A prevenção da transmissão da sífilis é uma prioridade do Ministério da Saúde (MS), alinhada com a Organização Mundial de Saúde, e representa um desafio para a saúde pública, quando se observa o aumento da detecção de sífilis em gestantes e da incidência de sífilis congênita nos últimos anos.

Segundo a Nota Informativa nº 02/2017-DIAHV/SVS/MS e a Nota Técnica SEI-GDF nº 6/2018 – SES/SVS/DIVEP/GEDST, foram definidas três situações para a sífilis em gestantes, considerando critérios para definição de casos, a saber:

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

Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante no Brasil

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, houve um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes notificados entre o ano de 2005 a junho de 2017, sendo que destes, 4,7% dos casos são residentes na Região Centro Oeste do Brasil. Somente no ano de 2016 foram 37.436 casos notificados, sendo 2.816 (7,5%) residentes na referida região. A taxa de detecção dos casos de sífilis

na Região Centro Oeste (11,4%) ficou próxima a taxa do Brasil, com 12,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos.

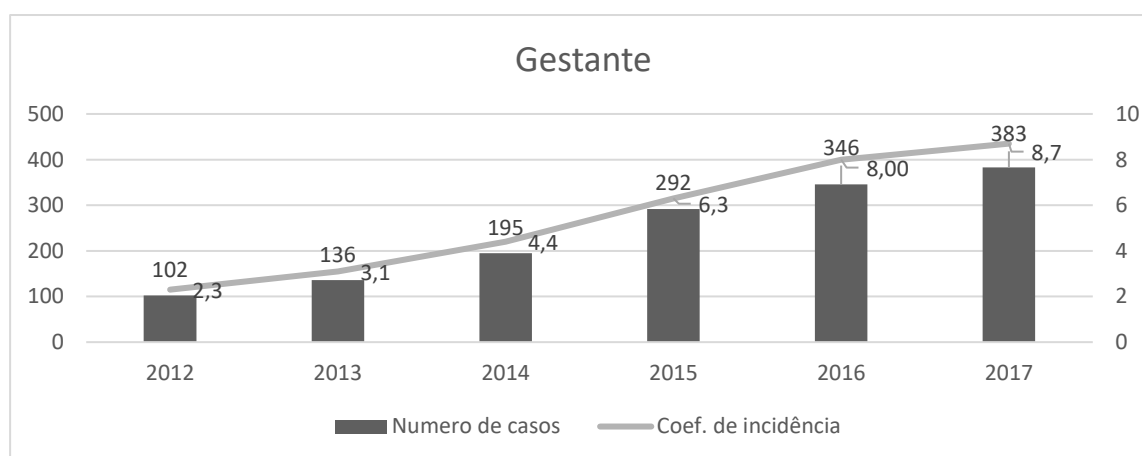
Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante no Distrito Federal

A notificação da sífilis em gestantes é obrigatória, devendo, porém, ser realizada pelos serviços de saúde, como forma de possibilitar o controle da doença. Quanto maior o número de detecções de sífilis, tratamento e notificação em gestantes, maiores são as chances de reduzir as taxas de sífilis congênita.

O tratamento da sífilis em gestantes com o intuito também de prevenir a sua transmissão para o recém-nascido é eficaz mediante a administração de penicilina benzatina, medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto.¹

No Distrito Federal, no período analisado, foram notificados 1.454 casos de sífilis em gestantes. A análise das notificações de sífilis em gestantes demonstrou que o coeficiente de detecção apresentou tanto um aumento do número de casos quanto no coeficiente de detecção (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Casos de sífilis em gestantes notificados (número, coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017.



Fonte: SINAN e SINASC. Dados provisórios digitados até 23/072018*.

Conforme os dados informados no Sistema de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal, as Regiões de Saúde em 2017 com os maiores coeficientes de detecção de Sífilis em gestante, foram em ordem decrescente: Oeste, Norte, Sudoeste (Tabela 7).

Tabela 7- Número de casos e coeficiente de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo localidade de residência e ano diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

Região de Saúde	Número de casos							Coeficiente de incidência						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
CENTRAL	1	4	1	8	7	2	23	0,4	1,4	0,3	2,6	2,4	0,7	
Asa Norte	0	1	1	5	4	2	13	0,0	0,8	0,7	3,3	2,9	1,5	
Asa Sul	0	2	0	2	4	0	8	0,0	2,3	0,0	1,9	3,8	0,0	
Cruzeiro	1	1	0	0	2	0	4	2,5	2,6	0,0	0,0	5,3	0,0	
Lago Norte	0	1	0	2	1	0	4	0,0	3,0	0,0	5,2	2,8	0,0	
Lago Sul	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sudoeste/Oct	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Varjão do Torto	0	1	0	1	0	0	2	0,0	6,4	0,0	5,4	0,0	0,0	
CENTRO-SUL	16	17	22	33	36	28	152	2,8	2,9	3,6	5,0	5,9	4,5	
Candangolândia	2	1	5	1	2	1	12	7,1	3,5	20,8	3,5	7,6	3,6	
Guará	1	3	8	7	12	10	41	0,6	1,9	4,6	3,6	6,9	5,6	
Núcleo Bandeirante	0	1	0	3	1	2	7	0,0	2,3	0,0	7,0	2,8	5,2	
Park Way	2	1	0	2	0	0	5	9,0	5,0	0,0	8,9	0,0	0,0	
Riacho Fundo I	4	1	0	4	3	4	16	5,9	1,4	0,0	4,9	3,7	5,1	
Riacho Fundo II	4	4	4	4	5	6	27	6,7	5,7	6,7	6,0	7,5	8,4	
SCIA (Estrutural)	3	4	5	10	9	5	36	4,6	5,9	6,9	12,0	12,6	6,6	
SIA	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
LESTE	7	14	33	40	32	34	160	1,7	3,3	7,4	8,3	6,9	7,9	
Itapoã	0	8	15	9	7	5	44	0,0	7,4	13,7	7,7	7,0	5,1	
Jardim Botânico	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Paranoá	2	4	17	22	7	9	61	1,8	3,4	14,0	17,4	5,7	7,8	
São Sebastião	5	2	1	9	18	20	55	2,9	1,1	0,5	4,3	8,6	10,7	
NORTE	23	21	35	44	50	60	233	4,0	3,6	5,9	7,4	9,2	10,9	
Fercal	1	0	1	2	2	0	6	4,7	0,0	6,0	9,2	10,7	0,0	
Planaltina	14	13	22	25	33	46	153	4,5	4,1	6,8	7,9	11,0	15,5	
Sobradinho	5	6	8	10	8	9	46	4,0	4,7	6,0	7,2	6,9	7,0	
Sobradinho II	3	2	4	7	7	5	28	2,4	1,6	3,3	5,9	6,3	4,7	
OESTE	30	22	24	64	97	91	328	3,7	2,7	2,9	7,9	12,6	12,2	
Brazlândia	4	8	1	5	8	10	36	3,7	7,7	0,9	4,5	7,9	9,7	
Ceilândia	26	14	23	59	89	81	292	3,7	1,9	3,2	8,5	13,3	12,6	
SUDOESTE	21	41	56	73	70	124	385	1,7	3,2	4,6	5,7	5,8	10,1	
Águas Claras	3	2	3	5	2	5	20	1,5	0,9	1,3	2,0	0,8	2,0	
Recanto das Emas	6	6	11	25	13	21	82	2,9	2,7	5,0	10,9	6,1	10,3	
Samambaia	4	19	23	19	32	63	160	1,0	4,8	5,9	4,8	8,7	16,3	
Taguatinga	8	14	18	21	16	27	104	2,2	3,9	5,7	6,8	5,4	8,9	
Vicente Pires	0	0	1	3	7	8	19	0,0	0,0	1,3	3,3	8,6	9,2	
SUL	4	17	22	29	43	32	147	0,9	3,9	4,8	6,1	10,1	8,5	
Gama	1	3	6	10	11	12	43	0,5	1,4	2,7	4,4	5,4	6,3	
Santa Maria	3	14	16	19	32	20	104	1,5	6,3	6,8	7,7	14,4	10,2	
Em Branco	0	0	2	1	11	12	26	*	*	*	*	*	*	
Total	102	136	195	292	346	383	1454	2,3	3,1	4,4	6,3	8,0	8,7	

Fonte: SINAN e SINASC. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Na Tabela 8 pôde-se observar que, no total das 1.454 gestantes com sífilis entre 2012 a 2017, a faixa etária mais acometida foi entre 20 a 29 anos, perfazendo um total de 51,2% e a de 30 a 39 anos com 23,5% dos casos. As gestantes que se auto declararam pardas representaram a maior parte dos casos no total de casos (44,7%). Do total, 13,3% das gestantes possuíam o ensino fundamental completo, porém 43,3% das notificações apresentaram escolaridade ignorada.

Tabela 8- Número de casos e percentual de sífilis em gestantes, segundo faixa etária, escolaridade, raça/cor e ano diagnóstico. Distrito Federal, 2011 a 2017*.

Faixa Etária	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 a 14 anos	3	2,9	2	1,5	1	0,5	2	0,7	4	1,2	0	0	12	0,8
15 a 19 anos	11	10,8	28	20,6	33	16,9	52	17,8	77	22,3	99	25,8	300	20,6
20 a 29 anos	55	53,9	63	46,3	100	51,3	145	49,7	177	51,2	205	53,5	745	51,2
30 a 39 anos	30	29,4	36	26,5	54	27,7	83	28,4	71	20,5	67	17,5	341	23,5
40 a 49 anos	3	2,9	7	5,1	7	3,6	10	3,4	17	4,9	12	3,1	56	3,9
Total	102	100	136	100	195	100	292	100	346	100	383	100	1454	100

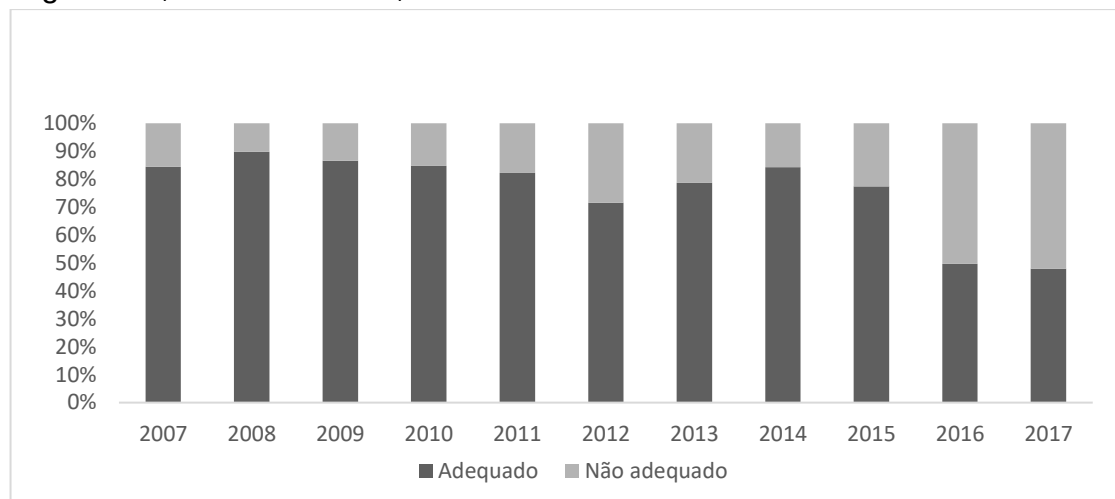
Escolaridade	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	2	0,7	4	1,2	0	0	6	0,4
1ª a 4ª incom. do EF	8	7,8	5	3,7	7	3,6	10	3,4	11	3,2	9	2,3	50	3,4
4ª série comp.do EF	4	3,9	3	2,2	11	5,6	12	4,1	14	4	10	2,6	54	3,7
5ª a 8ª incompleta do EF	13	12,7	24	17,6	21	10,8	34	11,6	52	15	47	12,3	191	13,1
Ensino fund. Completo	12	11,8	7	5,1	13	6,7	28	9,6	27	7,8	26	6,8	113	7,8
Ensino médio incompleto	8	7,8	15	11	21	10,8	32	11	39	11,3	52	13,6	167	11,5
Ensino médio completo	18	17,6	16	11,8	28	14,4	37	12,7	43	12,4	51	13,3	193	13,3
Ensino sup. Incompleto	0	0	5	3,7	4	2,1	4	1,4	7	2	8	2,1	28	1,9
Ensino sup. Completo	2	2	0	0	7	3,6	3	1	6	1,7	5	1,3	23	1,6
Ignorado/Branco	37	36,3	61	44,9	83	42,6	130	44,5	143	41,3	175	45,7	629	43,3
Total	102	100	136	100	195	100	292	100	346	100	383	100	1454	100

Raça / Cor	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	21	20,6	30	22,1	39	20	51	17,5	68	19,7	71	18,5	280	19,3
Preta	13	12,7	11	8,1	16	8,2	29	9,9	28	8,1	27	7	124	8,5
Amarela	1	1	1	0,7	2	1	2	0,7	3	0,9	3	0,8	12	0,8
Parda	49	48	57	41,9	91	46,7	120	41,1	159	46	174	45,4	650	44,7
Indígena	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	1	0,3	2	0,1
Ign/Branco	18	17,6	37	27,2	47	24,1	89	30,5	88	25,4	107	27,9	386	26,5
Total	102	100	136	100	195	100	292	100	346	100	383	100	1454	100

Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

No Gráfico 3, ao analisar o tratamento da gestante com sífilis, observou-se uma redução no número de tratamentos adequados, segundo esquema terapêutico e o estágio clínico da sífilis. No ano de 2016 apenas 49,7% das gestantes com sífilis foram tratadas adequadamente e, 47,9% em 2017.

Gráfico 3 – Taxas de gestante com sífilis tratadas adequadamente por ano de diagnóstico, Distrito Federal, 2007 a 2017*.**



Fonte: SINAN. Dados de 2017 provisórios digitados até 23/07/2018*.

(**) Para o tratamento de 2016 e 2017 foram considerados os esquemas terapêuticos para os estágios clínicos da sífilis, segundo os critérios definidos no protocolo atualizado em 2015. Para os anos 2007 a 2015 utilizou-se o protocolo de 2006.

Na tabela 9, pôde-se visualizar a situação das gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo as variáveis realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna e tratamento do parceiro. Embora em média 79,1% das gestantes terem realizado o pré-natal, apenas 59,8% teve o diagnóstico naquele momento e em 16,7% dos casos o parceiro realizou o tratamento.

Tabela 9 - Casos de sífilis em gestantes, segundo realização de pré-natal, momento de diagnóstico da mãe, tratamento do parceiro e ano de diagnóstico. Distrito Federal 2012 – 2017*.

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
Distrito Federal	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Realizou pré-Natal														
Sim	100	76,9	117	77,0	125	71,8	162	79,8	188	83,6	224	81,8	916	79,1
Não	28	21,5	30	19,7	35	20,1	32	15,8	27	12,0	32	11,7	184	15,9
Ign/Branco	2	1,5	5	3,3	14	8,0	9	4,4	10	4,4	19	6,9	58	5,0
Total	130	100,0	152	100,0	174	100,0	203	100,0	225	100,0	274	100,0	1158	100,0
Momento do diagnóstico da sífilis materna														
Durante o pré-natal	60	46,2	85	55,9	86	49,4	123	60,6	146	64,9	192	70,1	692	59,8
No momento do parto/curetagem	49	37,7	44	28,9	60	34,5	47	23,2	53	23,6	57	20,8	310	26,8
Após o parto	15	11,5	16	10,5	19	10,9	19	9,4	12	5,3	8	2,9	89	7,7
Não realizado	1	0,8	2	1,3	1	0,6	1	0,5	1	0,4	2	0,7	8	0,7
Ign/Branco	5	3,8	5	3,3	8	4,6	13	6,4	13	5,8	15	5,5	59	5,1
Total	130	100,0	152	100,0	174	100,0	203	100,0	225	100,0	274	100,0	1158	100,0
Tratamento do parceiro														
Sim	21	16,2	25	16,4	25	14,4	35	17,2	38	16,9	49	17,9	193	16,7
Não	96	73,8	104	68,4	112	64,4	143	70,4	156	69,3	177	64,6	788	68,0
Ign/Branco	13	10,0	23	15,1	37	21,3	25	12,3	31	13,8	48	17,5	177	15,3
Total	130	100,0	152	100,0	174	100,0	203	100,0	225	100,0	274	100,0	1158	100,0

Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Sífilis Congênita

A sífilis congênita é uma infecção de múltiplos sistemas, também causada pelo *Treponema Pallidum* e transmitida pela mãe ao feto via transplacentária. Os sinais precoces são lesão de pele característica, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, incapacidade de ganhar peso, secreção nasal sanguinolenta, fissura perioral, meningite, coroidite, hidrocefalia, convulsões, retardo mental, osteocondrite e pseudoparalisia (atrofia de Parrot do recém-nascido). Os sinais tardios são úlcera gomosa, lesões periostais, paresias, tabes, atrofia óptica, queratite intersticial, surdez sensorineural e deformidades dentárias. O diagnóstico é clínico e confirmado por microscopia ou sorologia. O tratamento é feito com penicilina.

A sífilis congênita ocorre por meio da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária. A sífilis congênita é previsível quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais. ¹

Segundo a Nota Informativa nº 02/2017-DIAHV/SVS/MS e Nota Técnica SEI-GDF nº 5/2018 – SES/SVS/DIVEP/GEDST, os critérios de definição de casos de sífilis congênita foram alterados, a saber:

- Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada **OU** tratada de forma não adequada.
- Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:
 1. Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita **E** teste não treponêmico reagente;
 2. 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;
 3. Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta;
 4. Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;
 5. Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.
- Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

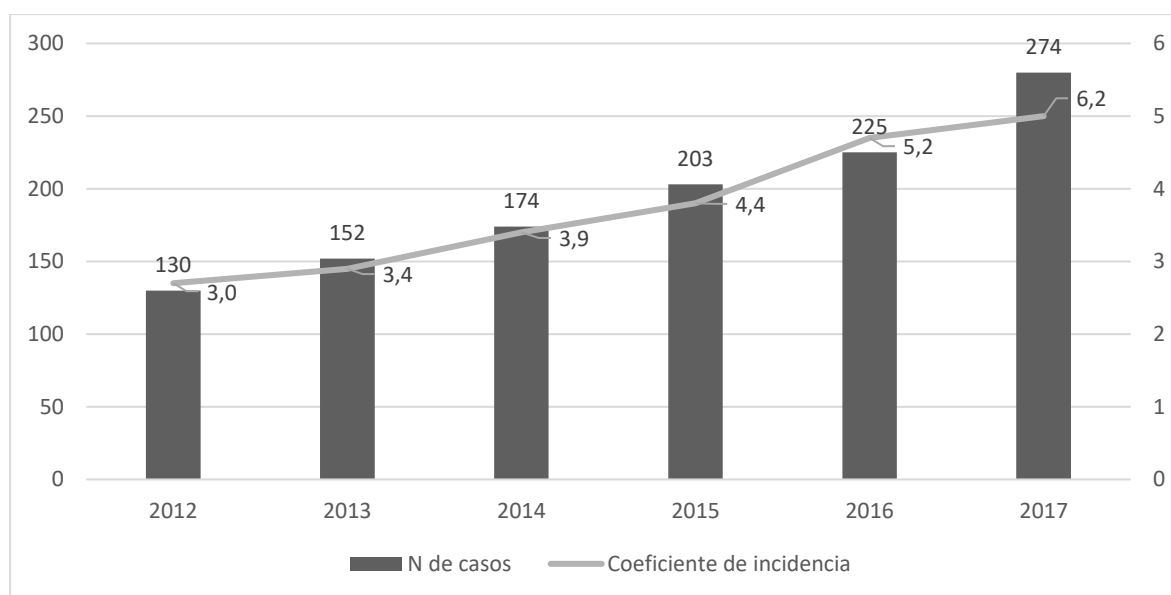
Diante da suspeita de sífilis congênita, o ideal é a realização de testes sorológicos. Para o diagnóstico da sífilis congênita, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos testes, incluindo os exames radiológicos.

A notificação da sífilis congênita é compulsória e regular, sendo notificada e registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Congênita, disponível em www.saude.gov.br/SINANweb, que deve ser preenchida pelo profissional de saúde no exercício de sua função. Essa notificação possibilita: monitorar o perfil epidemiológico da sífilis congênita e suas tendências; identificar os casos de sífilis congênita para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal e; acompanhar e avaliar as ações para a eliminação da sífilis congênita.

A notificação, a investigação de casos, o tratamento adequado e a implementação de medidas para a prevenção de novos casos de sífilis congênita contribuirão para a redução dos casos rumo à eliminação da sífilis congênita. O acompanhamento da criança é realizado pela atenção primária e rede cegonha.

No Distrito Federal, no período analisado, foram notificados 1.158 casos de sífilis congênita. A análise das notificações de sífilis congênita demonstrou que o coeficiente de detecção apresentou tanto um aumento do número de casos quanto no coeficiente de detecção. (Gráfico 4)

Gráfico 4 – Número de casos e coeficiente de detecção de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017*.



Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Na tabela 10, pôde-se verificar que as Regiões de Saúde em 2017 com os maiores coeficientes de detecção de sífilis congênita foram Sul, Norte e Sudoeste.

Tabela 10- Número de casos e coeficiente de detecção de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo localidade de residência e ano diagnóstico. Distrito Federal, 2012 a 2017*.

Região de Saúde	Número de casos							Coeficiente de detecção					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CENTRO	3	4	10	6	7	5	35	1,1	1,4	3,4	1,9	2,4	1,7
Asa Norte	0	0	6	4	2	3	15	0,0	0,0	4,3	2,6	1,4	2,2
Asa Sul	0	1	1	0	2	0	4	0,0	1,2	1,0	0,0	1,9	0,0
Cruzeiro	3	0	1	1	2	0	7	7,6	0,0	2,6	2,4	5,3	0,0
Lago Norte	0	1	0	1	0	0	2	0,0	3,0	0,0	2,6	0,0	0,0
Lago Sul	0	1	0	0	0	0	1	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Sudoeste/Octogonal	0	0	0	0	1	1	2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,8
Varjão do Torto	0	1	2	0	0	1	4	0,0	6,4	10,8	0,0	0,0	4,6
CENTRO-SUL	11	10	11	21	22	38	113	1,9	1,7	1,8	3,2	3,6	6,2
Candangolândia	1	3	0	2	1	0	7	3,6	10,4	0,0	7,1	3,8	0,0
Guará	3	2	6	5	4	12	32	1,9	1,2	3,4	2,6	2,3	6,7
Núcleo Bandeirante	1	0	1	1	1	2	6	2,1	0,0	2,3	2,3	2,8	5,2
Park Way	0	0	0	1	1	0	2	0,0	0,0	0,0	4,5	6,0	0,0
Riacho Fundo I	3	1	2	2	6	3	17	4,5	1,4	2,6	2,4	7,4	3,8
Riacho Fundo II	3	0	2	3	1	6	15	5,0	0,0	3,4	4,5	1,5	8,4
SCIA (Estrutural)	0	3	0	7	8	15	33	0,0	4,5	0,0	8,4	11,2	19,9
SIA	0	1	0	0	0	0	1	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
LESTE	11	28	27	31	21	25	143	2,7	6,5	6,1	6,5	4,6	5,8
Itapoã	2	7	9	9	8	3	38	2,0	6,5	8,2	7,7	8,0	3,0
Jardim Botânico	1	0	0	0	0	0	1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Paranoá	5	10	14	12	5	6	52	4,4	8,5	11,6	9,5	4,0	5,2
São Sebastião	3	11	4	10	8	16	52	1,7	6,3	2,1	4,8	3,8	8,5
NORTE	21	11	21	19	41	49	162	3,6	1,9	3,5	3,2	7,5	8,9
Fercal	0	0	0	2	0	0	2	0,0	0,0	0,0	9,2	0,0	0,0
Planaltina	14	10	15	14	31	37	121	4,5	3,1	4,6	4,4	10,3	12,5
Sobradinho	2	1	3	3	8	10	27	1,6	0,8	2,2	2,2	6,9	7,8
Sobradinho II	5	0	3	0	2	2	12	4,1	0,0	2,5	0,0	1,8	1,9
OESTE	47	31	32	42	36	56	244	5,9	3,7	3,8	5,2	4,7	7,5
Brazlândia	2	3	7	8	6	10	36	1,9	2,9	6,3	7,2	5,9	9,7
Ceilândia	45	28	25	34	30	46	208	6,5	3,9	3,5	4,9	4,5	7,1
SUDOESTE	24	38	49	59	66	81	317	1,9	3,0	4,0	4,6	5,4	6,6
Águas Claras	3	2	4	4	3	2	18	1,5	0,9	1,8	1,6	1,2	0,8
Recanto das Emas	4	6	6	18	13	14	61	1,9	2,7	2,7	7,9	6,1	6,9
Samambaia	9	12	11	13	20	22	87	2,3	3,0	2,8	3,3	5,4	5,7
Taguatinga	8	18	28	22	24	38	138	2,2	5,0	8,9	7,1	8,1	12,5
Vicente Pires	0	0	0	2	6	5	13	0,0	0,0	0,0	2,2	7,4	5,7
SUL	13	30	24	24	27	18	136	3,0	6,9	5,2	5,1	6,3	4,8
Gama	7	20	13	17	12	5	74	3,2	9,3	5,7	7,5	5,8	2,6
Santa Maria	6	10	11	7	15	13	62	2,9	4,5	4,7	2,9	6,8	6,6
Em Branco	0	0	0	1	5	2	8	*	*	*	*	*	*
Total	130	152	174	203	225	274	1158	3,0	3,4	3,9	4,4	5,2	6,2

Fonte: SINAN e SINASC. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Em relação às características dos casos de sífilis congênita notificados no período de 2012 a 2017, observou-se que a maior proporção dos casos diagnosticados no Distrito Federal ocorreu nos recém-nascidos com menos de sete dias de vida (98,2% dos casos). Esse dado epidemiológico indicou que o diagnóstico está sendo realizado oportunamente nas maternidades. (Tabela 11).

Tabela 11 – Número de casos e percentual de sífilis congênita, segundo faixa etária do diagnóstico, tratamento, evolução do caso e ano de ocorrência. Distrito Federal 2012 a 2017*.

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária														
< 7 dias	129	99,2	148	97,4	169	97,1	201	99	220	97,8	270	98,5	1139	98,4
7 a 27 dias	1	0,8	1	0,7	2	1,1	0	0	2	0,9	2	0,7	8	0,7
28 a 364 dias	0	0	2	1,3	0	0	1	0,5	2	0,9	2	0,7	7	0,6
1 ano	0	0	1	0,7	1	0,6	0	0	0	0	0	0	3	0,3
2 a 4 anos	0	0	0	0	2	1,1	1	0,5	1	0,4	0	0	1	0,1
Total	130	100	152	100	174	100	203	100	225	100	274	100	1158	100
Tratamento da criança														
Pen. Cristalina 100.000 a 150.000 UI Kg/dia/10dd	89	68,5	101	66,4	101	58	90	44,3	79	35,1	116	42,3	576	49,7
Pen. Procaína 50.000 UI Kg/dia/10dd	6	4,6	10	6,6	9	5,2	18	8,9	33	14,7	24	8,8	100	8,6
Pen. Benzatina 50.000 UI Kg/dia dose única	7	5,4	6	3,9	11	6,3	11	5,4	18	8	29	10,6	82	7,1
Outro esquema	8	6,2	10	6,6	23	13,2	45	22,2	56	24,9	66	24,1	208	18
Tratamento não realizado	14	10,8	18	11,8	15	8,6	27	13,3	28	12,4	21	7,7	123	10,6
Ign/Branco	6	4,6	7	4,6	15	8,6	12	5,9	11	4,9	18	6,6	69	6
Total	130	100	152	100	174	100	203	100	225	100	274	100	1158	100
Evolução do Caso														
Vivo	116	89,2	130	85,5	152	87,4	170	83,7	186	82,7	237	86,5	991	85,6
Óbito por sífilis congênita	2	1,5	1	0,7	1	0,6	4	2	8	3,6	6	2,2	22	1,9
Óbito por outras causas	1	0,8	2	1,3	2	1,1	0	0	2	0,9	2	0,7	9	0,8
Aborto	5	3,8	8	5,3	4	2,3	12	5,9	9	4	16	5,8	54	4,7
Natimorto	4	3,1	8	5,3	10	5,7	8	3,9	6	2,7	4	1,5	40	3,5
Ign/Branco	2	1,5	3	2	5	2,9	9	4,4	14	6,2	9	3,3	42	3,6
Total	130	100	152	100	174	100	203	100	225	100	274	100	1158	100

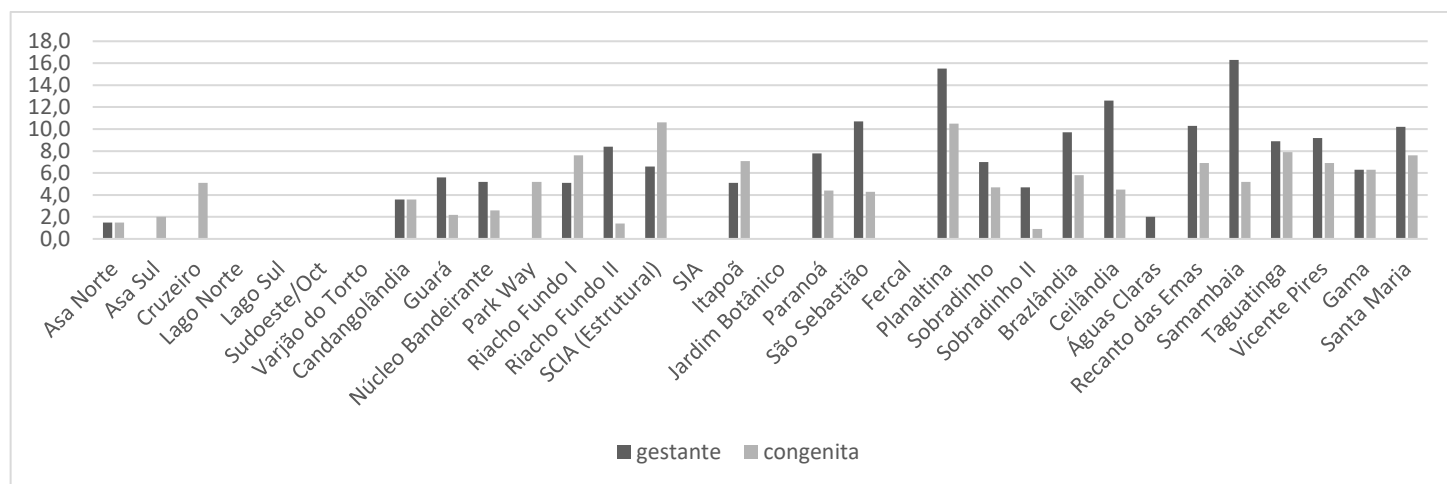
Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

Pelas notificações registradas no SINAN, a maioria das Regiões de Saúde apresentaram taxas de detecção da sífilis em gestante e detecção de sífilis congênita muito próximas. No entanto, ao analisar por Região Administrativa, não observou-se essa homogeneidade. (Gráfico 5).

As Regiões Administrativas que apresentaram taxas de detecção de sífilis congênita superiores as taxas de detecção de sífilis em gestante são: Cruzeiro, Riacho Fundo I, SCIA (Estrutural) e Itapoã. Nota-se que essas regiões administrativas apresentaram no ano de 2017 lacunas na vigilância epidemiológica e na atenção primária à saúde, constatando um maior número de crianças notificadas com sífilis congênita do que sífilis em gestante.

Nas Regiões Administrativas do Guarará, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo II, Paranoá, Sobradinho, Samambaia, Brazlândia, Ceilândia, Recanto das Emas, Planaltina, Taguatinga, Vicente Pires e Santa Maria observou-se um maior coeficiente de detecção de sífilis em gestante, o que pôde demonstrar um maior monitoramento do sistema de vigilância epidemiológica e um atendimento pré-natal com uma maior resolutividade.

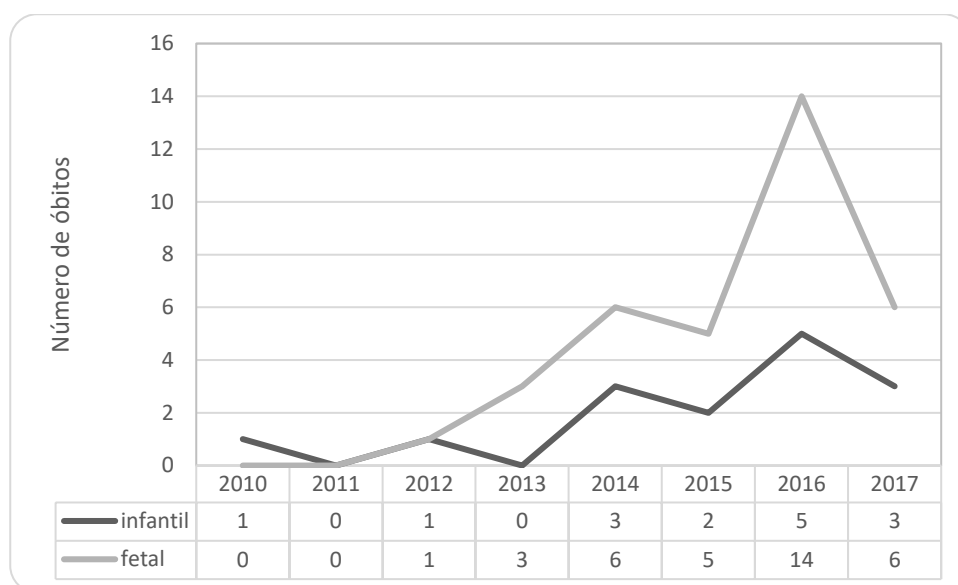
Gráfico 5 – Taxa de detecção de sífilis em gestante e de sífilis congênita (por mil nascidos vivos), segundo Região Administrativa. Distrito Federal, 2017*.



Fonte: SINAN. Dados provisórios digitados até 23/07/2018*.

O número de óbitos infantis e fetais registrados no SIM – Sistema de informação sobre mortalidade – nos últimos 8 anos por sífilis congênita, mostrou que houve uma tendência a aumento, que culminou em 2016 com 14 óbitos fetais e 5 óbitos infantis. (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Número de óbitos infantis e fetais por sífilis congênita por ano de ocorrência em residentes no Distrito Federal, 2010 a 2017*.



Fonte: SIM

*Dados de 2017 provisórios

Considerações finais e recomendações

A atuação da vigilância em saúde não está somente na produção e análise de informações epidemiológicas (que exige constante aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação para análise e divulgação de dados), mas também na efetiva elaboração de normas e procedimentos a serem implementados na rede de saúde, no monitoramento das informações que possibilitam orientar para o adequado tratamento das pessoas com sífilis e, por fim, na execução de intervenções que alterem o atual quadro de vulnerabilidade da população para efetiva redução da cadeia de transmissão e controle da doença.

As análises das informações sobre a sífilis no Distrito Federal podem ser afetadas pela quantidade e qualidade dos dados produzidos em diferentes regiões de saúde e pelas limitações na compreensão da dinâmica desse agravo.

A epidemiologia local pode ser influenciada também pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente dos seguimentos populacionais mais vulneráveis, as limitações das estratégias de diagnóstico e tratamento, além da qualidade do processo de notificação dos casos.

Nesse contexto, ainda se faz necessário aprimorar a qualidade das notificações e da investigação dos casos. A expressiva quantidade de fichas de notificação com campos de informações ignorados ou mesmo não preenchidos podem comprometer o planejamento e execução das políticas públicas.

A percepção de que o número elevado de casos registrados de sífilis deve-se a ampliação do diagnóstico, pode explicar em parte, a epidemia nos últimos anos, mas não invalida a constatação de que se apresenta um quadro grave de saúde pública que exige uma resposta rápida por parte do estado.

Os dados analisados nesse boletim contribuíram no apontamento de aspectos importantes e necessários para se aprimorar as estratégias de enfrentamento da sífilis. Dentre eles, destaca-se o crescimento de casos de sífilis adquirida nas faixas etárias mais jovens e em pessoas acima de 60 anos, principalmente homens, na proporção de 2,4 homens com sífilis para cada mulher.

Fatores sociais, biológicos e comportamentais, tais como: a precocidade com que se iniciam as relações sexuais, a multiplicidade de parceiros o uso inconsistente de preservativo, bem como a baixa cobertura de atendimento da população masculina e jovem contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às IST.

Nesse sentido, mostra-se importante a realização das ações preventivas e educativas de promoção à saúde e prevenção de IST junto à esta população, além da ampliação, na atenção primária em saúde, da oferta de diagnóstico precoce a fim de garantir tratamento oportuno e adequado.

Os dados também mostraram um crescimento de casos detectados de sífilis em gestante no Distrito Federal, especialmente na faixa etária em torno de 20 anos. Há de se destacar que 40% das gestantes com sífilis tiveram o diagnóstico tardio. Esse cenário, impacta diretamente no aumento de casos de sífilis congênita. Ainda, apenas 17% dos parceiros foram tratados concomitantemente no total da série histórica. Além disso, importantíssimo pontuar o aumento de tratamentos inadequados da sífilis em gestante nos últimos dois anos, impactando na elevação do número de casos de sífilis congênita.

Desta forma, alguns aspectos devem ser fortalecidos pelas equipes de saúde, tais como: a necessidade da ampliação do diagnóstico oportuno da sífilis na gestante, a regular disponibilização do tratamento com penicilina benzatina conforme o protocolo clínico e a realização de testagem e tratamento oportuno de seu parceiro sexual.

Na outra parte, a sífilis congênita é o desfecho desfavorável da sífilis em gestante. É um indicador direto da qualidade do pré-natal e, portanto, pode ser prevenida, considerando o diagnóstico e tratamento adequado das gestantes.

Os dados analisados mostraram aumento de sífilis congênita no Distrito Federal, dobrando a taxa de detecção nos últimos cinco anos e culminando no aumento de abortos, natimortos e óbitos fetais e infantis. Nesse aspecto, considera-se importante verificar, na dimensão técnico-assistencial, se os profissionais atuantes no território da saúde da família incorporaram no cotidiano ações no âmbito coletivo no sentido de serem capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações de saúde que respondam às necessidades epidemiológicas apontadas.

A atualização dos profissionais de saúde nos protocolos clínicos e a investigação de cada caso de sífilis congênita torna-se fundamental para seguimento adequado das crianças. Além disso, para todas as crianças expostas à sífilis, excluída ou confirmada a doença numa avaliação inicial, é essencial garantir o seguimento clínico e laboratorial na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação na maternidade. Nesse sentido, é necessário fortalecer as equipes de saúde não só para a etapa do pré-natal, mas também no puerpério e no acompanhamento da criança, especialmente nos 2 primeiros anos de vida.

Embora sejam simples e baratos os testes para diagnóstico e o tratamento da sífilis, ainda hoje as estratégias para eliminação desse agravo no Distrito Federal não alcançaram o sucesso esperado. É necessário assegurar empenho político e promoção da saúde sustentáveis, aumentar o acesso e a qualidade de serviços de as gestantes e seus parceiros sexuais e qualificar as informações de vigilância epidemiológicas.

Compreende-se, portanto, a relevância ampliar a implantação do teste rápido nas unidades básicas de saúde, com o intuito de melhorar o diagnóstico precoce, principalmente no pré-natal. É recomendada a testagem de sífilis em todos os trimestres da gestação e no momento do parto. Ademais, propor estratégias para ampliar o uso da penicilina, medicamento mais eficaz no tratamento da sífilis, por

parte dos profissionais de saúde, no sentido de desmistificar seu uso pelos profissionais da atenção básica. O fortalecimento técnico das equipes de vigilância e da rede de atenção à saúde, principalmente no âmbito da atenção primária em saúde, com investigação epidemiológica e abastecimento regular de insumos de diagnóstico e de tratamento também são medidas fundamentais.

Por fim, é necessário avançar no sentido de formar parcerias intersetoriais, especialmente a sociedade civil organizada, os setores de educação e a comunicação em saúde, com objetivo de fortalecer as ações educativas e preventivas, buscando a redução dos casos de sífilis adquirida e em gestantes e, conseqüentemente, a eliminação da transmissão vertical da sífilis.

Referências Bibliográficas

1 - AVELEIRA, J. C. R. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, 2006; 81(2):111-26.

2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 120p. Brasília, 2015.

3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e hepatites Virais. Boletim Epidemiológico. Volume 48. 42 p. Brasília, 2017.

4 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno de boas práticas. O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil. 96 pag. Brasília, 2015.

5 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Coleção DST e Aids. Série Manuais de Bolso. Brasília, 2006.

5 - BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2/2017: Altera a definição de casos para a notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, 2017.

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

7 - OLIVEIRA, L. P. N. Sífilis adquirida e congênita. Monografia, Universidade Castelo Branco. Salvador; Bahia; 2011.

8 - BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação

compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

9 - Nota Técnica SEI-GDF nº 7/2018 – SES/SVS/DIVEP/GEDST que trata sobre o diagnóstico, as condutas clínicas e os critérios para notificação da sífilis adquirida no Distrito Federal. Processo SEI 00060-00123885/2018-38.

10 - Nota Técnica SEI-GDF nº 6/2018 – SES/SVS/DIVEP/GEDST que trata sobre o diagnóstico, as condutas clínicas e os critérios para notificação da sífilis em gestantes no Distrito Federal. Processo SEI 00060-00123815/2018-80.

11 - Nota Técnica SEI-GDF nº 5/2018 – SES/SVS/DIVEP/GEDST que trata sobre o diagnóstico, as condutas clínicas e os critérios para notificação da sífilis congênita no Distrito Federal. Processo SEI 00060-00123744/2018-15.

Anexo 1
Oportunidades estratégicas para o controle da sífilis congênita e suas complicações.

Período de atuação	Anterior à gestação	Gestação	Parto ou curetagem
Objetivos gerais	Prevenir IST em mulheres em idade fértil e parceiros	Evitar transmissão para o conceito	Reduzir índice de morbimortalidade
Grupos-alvos	População em geral	Gestantes no pré-natal e parceiros sexuais	Recém-nascido
Principais atividades	Diagnóstico e tratamento precoce da sífilis; incentivo ao uso regular de preservativos	Teste rápido no início do pré-natal e repetidos nos 2 e 3 trimestres; tratamento da gestante e parceiro	Teste rápido em parturientes; se positivo, investigar recém-nascido; tratamento do recém-nascido