

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA



SUANNE DE CASTRO GRILO

SÍFILIS: UM DESAFIO À SAÚDE PÚBLICA

Rio de Janeiro

Dezembro – 2022

SUANNE DE CASTRO GRILO

SÍFILIS: UM DESAFIO À SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de conclusão do curso de Residência Médica em Infectologia do Hospital Naval Marcílio Dias, correspondente à turma formanda em 2022, solicitado pela Escola de Saúde da Marinha.

Orientação CMG(RM1-Md) De Lorenzi

Rio de Janeiro

Dezembro – 2022

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
3. PROBLEMA	15
4. OBJETIVO	16
5. METODOLOGIA	16
6. CONCLUSÃO	19
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

RESUMO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. É transmitida por vias sexuais, materno-fetais e sanguíneas com evolução crônica e com períodos de latência. A via sexual é o principal meio de transmissão. Em gestantes infectadas, a sífilis é transmitida da placentária para o feto, podendo causar consequências como aborto espontâneo, óbito fetal, prematuridade e diversas deficiências. Diante disso, este trabalho tem como objetivo definir, com clareza, a importância do manejo clínico da Sífilis Adquirida e Gestacional, salientando a quantidade de casos que apontam a atual situação das gestantes portadoras da moléstia e dos recém-nascidos, além de fornecer orientações sobre a doença, o diagnóstico e o tratamento oferecidos pelo Sistema Único de Saúde às gestantes, uma vez que a infecção, durante a gestação, vem aumentando em todo país.

Palavras-chaves: Sífilis adquirida, Sífilis, gestantes, *Treponema pallidum*.

ABSTRACT

Syphilis is an IST (Sexually Transmitted Infection) caused by the spirochete *Treponema pallidum*. It is transmitted sexually, maternal-fetal and blood, with chronic evolution and periods of latency. Sexual transmission is the main means of transmission. In infected pregnant women, syphilis is transmitted through the placenta to the fetus, which can cause consequences such as prematurity, miscarriage, fetal death and disability. This study aims to clearly define the importance of clinical management of Gestational Syphilis and Syphilis, highlighting the number of cases that indicate the current situation of pregnant women with the disease and newborns, in addition to providing guidance to pregnant women about the disease, diagnosis and treatment offered by the Unified Health System, since infection during pregnancy has been increasing throughout the country.

Keywords: Congenital syphilis, Syphilis, pregnant women, *Treponema pallidum*.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistêmica infectocontagiosa de transmissão sexual, vertical, da mulher para o feto, e sanguínea, com erupções cutâneas transitórias. Causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, é passível de prevenção. O contágio feito por transfusão sanguínea é incomum na atualidade. A eliminação da transmissão vertical é possível desde que a mulher infectada seja tratada antes e durante a gestação. É uma doença associada a alterações na pele e nas mucosas, considerada uma das pragas de ocorrência mundial a partir do século XV, segundo Avelleira et al [1].

Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) é um exame de flocação, não-treponêmico, feito através da pesquisa de anticorpos (reagininas) no soro, no plasma ou no líquido cefalorraquidiano. É muito utilizado, uma vez que possui técnica simples e valor, relativamente, mais acessível do que outros exames com a mesma função. Para a realização desse exame, embora não obrigatório, é recomendado jejum de 4 horas. Sendo um teste de apoio para diagnóstico de sífilis, é indicado, conforme Avelleira et al [1], para pessoas que já estão em tratamento da doença, antes de engravidar e, principalmente, em cada trimestre da gravidez.

Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa iniciativa, foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos. No entanto, no Brasil, foram registrados, em 2005, 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano, refletindo incidência média de 1,9 casos para cada mil nascidos vivos, variando entre as regiões de residência [2].

Todas as IST's no país não são, por obrigatoriedade, eventos de notificações compulsórias, tendo como exceção a Sífilis adquirida, a Sífilis Gestacional e a Sífilis

Congênita, salientando que a Sífilis Gestacional vem de pouco tempo, sendo notificada (portaria nº33, de 14 de Julho de 2005), e a Sífilis Congênita, desde 1986. Ambas as notificações têm fichas de notificação própria [3].

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. AGENTE ETIOLÓGICO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida pela via sexual e causada pela bactéria do filo espiroqueta *Treponema pallidum* da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. Conforme Avelleira e Bottino [4], O gênero apresenta, no mínimo, seis espécies não patogênicas e quatro causadoras de patologia, sendo elas: o *Treponema pallidum subsp pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou da framboesia. O bejel ou a sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum subsp endemicum*.

Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. Essa doença, de acordo com Rivitti [5], é um mal silencioso, uma vez que, após a infecção inicial, a bactéria pode permanecer no corpo da pessoa por décadas para só depois manifestar-se novamente, fazendo com que o portador acredite que já está curando e/ou seja imperceptível.

A infecção da sífilis adquirida ocorre por meio da relação sexual devido à penetração do agente em pequenas lesões decorrentes da relação sexual, na região genitoanal, na quase totalidade dos casos. Na sífilis congênita, a infecção fetal ocorre em qualquer estágio gestacional ou no período clínico da afecção materna, porém, dependendo do estágio da doença, as consequências da patologia podem variar. O treponema atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e em exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação

sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão.

A imunidade humoral, no entanto, não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos [6].

2.2. SÍFILIS PRIMÁRIA

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e o monitoramento, conforme segue: Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução; Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais um ano de evolução. [7]

O tempo de incubação é de dez a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente, única e indolor, com borda bem definida e regular, com base endurecida e com fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”. A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração pode variar muito, em geral, de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos, a lesão primária pode ser múltipla [8].

2.3. SÍFILIS SECUNDÁRIA

Ocorre, em média, entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um período de até dois anos. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância

com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria.

Inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente, no tronco e no raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como as lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral, não pruriginosa.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente, na área anogenital. Essas são lesões úmidas e vegetantes, frequentemente, confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, têm-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente, uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão.

Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos

pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante um a dois anos da infecção [8].

2.4. SÍFILIS TERCIÁRIA

Ocorre, aproximadamente, em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 2 e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis, nesse estágio, provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência à liquefação) na pele, nas mucosas, nos ossos ou em quaisquer tecidos. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte [8].

2.5. TRANSMISSÃO

A transmissão pode ocorrer pela via sexual (sífilis adquirida) e pela placenta da mãe para o feto verticalmente (sífilis congênita). Cerca de 95% dos casos de sífilis acontecem pela via sexual através do contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias). A transmissão pela via indireta (fômites, tatuagem) são mais raras e com menor interesse epidemiológico. Na transfusão sanguínea, o risco de contágio, conforme Dilley et al [9], varia de 10% a 60%.

2.6. TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença, sexualmente, transmissível que pode também ser transmitida de mãe para filho. Sua prevenção pode ser feita com medidas simples, de baixo custo e muito

eficientes. Uma vez confirmado seu diagnóstico, o tratamento deve ser feito, imediatamente, pela mãe e pelo(s) parceiro(s) sexual/sexuais a fim de se evitar a transmissão para o feto [10]

Quando presente no sangue da mãe, o *T. Pallidum* atravessa a barreira placentária, atingindo o feto. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação. O risco pode variar de acordo com a carga treponêmica circulante na mãe fase ou da doença. As principais consequências da sífilis na gestação são: abortamento espontâneo, óbito fetal, parto prematuro, podendo também haver recém-nascidos sintomáticos e assintomáticos. A ausência de manifestações clássicas pode levar ao atraso de diagnóstico, uma vez que essas crianças se apresentarão aparentemente saudáveis, podendo apresentar manifestações irreversíveis na forma tardia da doença [10].

A sífilis congênita é dividida em dois estágios que são: precoce, quando a criança apresenta manifestações clínicas e são diagnosticadas até o segundo ano de vida, ou tardia, após este período. O controle da sífilis congênita ocorre por meio de medidas de prevenção da sífilis adquirida na população feminina em geral: em período anterior à gestação, no diagnóstico e no tratamento precoce em gestantes e em seus parceiros, além do acompanhamento laboratorial durante a gestação, uma vez que essa mulher, com vida sexual ativa, pode se reinfectar, a qualquer momento, e transmitir a doença para seu filho (BRASIL, 2006).

2.7. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

De acordo com Anvisa [11], a sífilis adquirida, quando não tratada, pode apresentar diversas manifestações e isso vai de acordo com a fase da infecção. A sífilis será diagnosticada através da visualização das ulcerações que surgem em geral, apresentam forma redonda ou oval com 3 (três) mm a 20 (vinte) mm. É necessário pesquisa para a confirmação a partir de amostras do material coletado de lesão cutâneo-mucosa, de testes sorológicos, de

biópsia ou de necropsia, assim como de placenta e de cordão umbilical. Na ausência de sintomas clínicos, segundo Camargo [12], a identificação baseia-se na descoberta de anticorpos por observação microscópica direta, ou em campo escuro, e por imunofluorescência. Na sífilis recente, existe um período de incubação. Nesse período, o *T. Pallidum* tem considerável atividade biológica e é após 6 (seis) semanas que, geralmente, começam a aparecer ulcerações genitais e, em uma pequena parte dos infectados, ulcerações nos dedos, nos lábios, nas amídalas, no ânus e em demais partes do corpo [12]. O Manual oferecido pelo Ministério da Saúde: Diagnóstico da Sífilis do curso TELELAB diagnóstico e monitoramento [13], de 2014, aborda sobre testes treponêmicos e não treponêmicos, afirmando que são testes que detectam anticorpos contra antígenos do *T. Pallidum*. Esses testes são qualitativos e definem a presença ou a ausência de anticorpos na amostra.

2.8. TESTES SOROLÓGICOS

Os testes sorológicos consistem no estudo do soro, com o objetivo de pesquisar o agente causador de doenças transmitidas pelo sangue. De uma forma geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. São divididos em testes não treponêmicos e treponêmicos [14].

2.9. TESTES NÃO TREPONÊMICOS

São testes que detectam anticorpos e são nomeados não treponêmicos, anteriormente denominados anticardiolipínicos, reagínicos ou lipoídicos. Esses anticorpos não são específicos para *T. Pallidum*, porém estão presentes na sífilis. Os testes não treponêmicos podem ser: qualitativos – rotineiramente utilizados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não; quantitativos – são utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e para o

monitoramento da resposta ao tratamento. O título é indicado pela última diluição da amostra que ainda apresenta reatividade ou floculação visível.

A principal distinção entre os testes é que os não treponêmicos identificam anticorpos que não são específicos contra *T. pallidum*, os testes treponêmicos, por sua vez, identificam anticorpos específicos para antígenos de *T. pallidum*. Há possibilidade de configurar resultados falso-positivos, em diferentes situações, tendendo a apresentar títulos baixos nos testes não treponêmicos [15].

O VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) é um método usado para triagem com finalidade de descobrimento de reaginas da sífilis. É aplicado, na maioria das vezes, em gestantes e na sífilis adquirida, tendo em vista a sua elevada sensibilidade, a possibilidade de titulação, que facilita o acompanhamento sistemático do tratamento [16].

Segundo o Ministério da Saúde [16], as principais desvantagens referem-se aos resultados de falso-positivos e falso-negativos. Os resultados falso-positivos possíveis podem ser explicados pelo acontecimento de reações cruzadas com outras infecções treponêmicas ou com demais doenças, tais como lúpus, artrite reumatóide e hanseníase.

Os resultados falso-negativos ocorrem quando a quantidade de anticorpos presente na amostra de soro puro é desproporcional em relação à quantidade de antígeno do teste, fenômeno conhecido como efeito prozona. Associação de lecitina, de colesterol e de cardiolipina retrata uma afinidade imunológica com antígenos do *Treponema pallidum*, consistindo em um antígeno não treponêmico. A associação das reaginas da amostra com este antígeno gera floculação, que pode ser observada através do microscópio óptico [4].

A técnica do teste de VDRL com soro consiste: em uma placa escavada. pipetar: 50µl da amostra e 20µl do reagente Nº 1. Deve-se agitar, manualmente, com movimentos circulares ou em um agitador por 4 minutos a 180 rpm. Em seguida, deve-se examinar, no microscópio, no aumento 100 X. Além da amostra sem diluição, é recomendado um teste com uma diluição

de 1:8 com NaCl 0,85% (para todas as amostras), a fim de evitar o efeito prozona. Na cavidade Nº1, pipetar 50µl da amostra a ser titulado, homogeneizar; transferir 50 µl da cavidade Nº1 para a Nº2 e, assim, sucessivamente, até a diluição desejada, desprezar os 50 µl em excesso da última cavidade, em seguida adicionar em cada cavidade, 20 µl do Reagente Nº1, agitar manualmente com movimentos circulares ou em um agitador rotativo por 4 minutos a 180 rpm em seguida, examinar no microscópio no aumento 100 X, logo após a agitação. O título corresponde à maior diluição da amostra em que ocorreu a floculação [17].

Resultado Reativo: Ocorre floculação com formação de grumos de estrutura diversas. Nesse caso, ocorre a diluição da amostra e realizar a prova semi-quantitativa. Não Reativo: inexistência de floculação, suspensão de aspecto homogêneo [18].

2.10. TESTES TREPONÊMICOS

Os testes treponêmicos são denominados como testes qualitativos e se aplicam detectando um complexo antígeno-anticorpo, tornando-se, assim, altamente sensível e específico para o *T. pallidum* [19] Segundo Hunter [20] , o FTA-Abs é uma técnica de imunofluorescência indireta. O FTA-ABS é um método usado para confirmar o diagnóstico de sífilis. Tem alta sensibilidade e especificidade e o uso tem com orientação a técnica confirmatória, em investigações de testes não específicos como o VDRL. A metodologia do teste é formado por dois tipos de respostas. Na primeira reação, o soro do paciente é colocado juntamente com o substrato antigênico. Se os anticorpos estiverem presentes no soro, se ligam ao antígeno, formando um complexo antígeno-anticorpo. No caso de o soro testado não conter anticorpos dirigidos contra esse antígeno em particular, não se formará o complexo antígeno-anticorpo. Na segunda reação, adiciona-se uma antigamaglobulina humana marcada com isotiocianato de fluoresceína. Se o complexo antígeno-anticorpo se formou na primeira etapa, a antigamaglobulina marcada fluoresceína adere-se a ele. Nesse caso, poderá ser observada

uma reação positiva, com fluorescência verde maçã brilhante, através de um microscópio de fluorescência. O TPI (prova de imobilização de treponemas) foi o primeiro teste treponêmico criado e é o único teste em que a ação biológica do anticorpo sérico pode ser decretado prontamente por microscópio conforme Guthe [21].

O Exame de Líquor é feito por punção lombar, efetuado em ambiente hospitalar, e auxilia outros exames para o diagnóstico da sífilis latente, porém assegura também o resultado dos exames em outras fases da infecção [21].

O *T. pallidum* pode ser mais bem percebido quando está vivo através do exame de microscópio em campo escuro. O material para esse teste é o líquido tecidual e das lesões. O material deve ser observado sobre a luz. Além disso, deve-se ter cautela na leitura, pois o treponema se assemelha às espiroquetas que habitam, normalmente, a genitália [21].

2.11. TRATAMENTO PARA SIFILIS E CONTROLE DE CURA

A análise clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. A penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações de sífilis. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga [2].

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPEUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Trimestral
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4h ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV ao dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Se a paciente apresentar elevação de duas diluições acima do último título do VDRL, justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas, sendo assim considerada a possibilidade de reinfecção [2]. Gestantes com histórico de alergia à penicilina podem ser tratadas com Ceftriaxona 1g intravenosa ou intramuscular 1 vez ao dia por 10 a 14 dias nos casos de sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia, e sífilis terciária [8]. Nestes casos, a gestante não será considerada, adequadamente, tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e necessário o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

Reação Febril de Jarish-Herxheimer: Após a dose terapêutica inicial, em alguns casos de sífilis secundária, poderá surgir reação febril de Jarish-Herxheimer, com aparecimento de lesões cutâneas, de febre artralgiás e de cefaleia. Não é necessária a interrupção do tratamento, pois não significa hipersensibilidade à droga. Medicações sintomáticas podem ser necessárias [2].

3. PROBLEMA

No Brasil, com a disponibilidade gratuita de assistência ao cidadão, oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é inaceitável o aumento significativo de indivíduos com sorologia reativa para a sífilis, visto que são oferecidas estratégias de prevenção à saúde e fornecido tratamento 100% eficaz e seguro pelo programa. Sabemos diagnosticar precocemente a sífilis? Médicos que realizam pré-natal estão, devidamente, qualificados e treinados para o diagnóstico da sífilis na gestação? Seria importante administrar políticas de educação sexual para o público em geral? É notório, para as gestantes, que a sífilis é uma doença grave que pode ser passada de mãe para filho com graves consequências, podendo levar inclusive a óbito.

4. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho atribui-se à necessidade de orientar as mulheres e a seus parceiros, em especial gestantes, sobre esta IST (Infecção Sexualmente Transmissível), que hoje está relacionada a grandes problemas de saúde pública no país, diante de tamanha contaminação.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa documental descritiva que, a partir da revisão de literatura acerca do assunto de Sífilis, Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita, visou selecionar casos notificados na cidade do Rio de Janeiro. Foram consultados dados utilizados, a partir de boletins epidemiológicos, cedidos: (i) pela Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, como o número de casos e a taxa de detecção (por 1000 nascidos vivos) de sífilis em gestante, segundo região de saúde e ano de diagnóstico do Rio de Janeiro; (ii) casos de sífilis em gestante segundo esquema de tratamento e ano de diagnóstico no estado do Rio de Janeiro; (iii) consulta no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) referentes às notificações da rede pública do estado anual de 2013 a 2017. [22]

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, no período de 2013 a 2017, totalizando 22.254 casos. A Região Metropolitana II, a 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 em 2016, teve 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 em 2017. A Região da

Baia da Ilha Grande teve uma discreta diminuição do número de casos em 2014, tornando a subir nos anos subsequentes (Tabela 1).

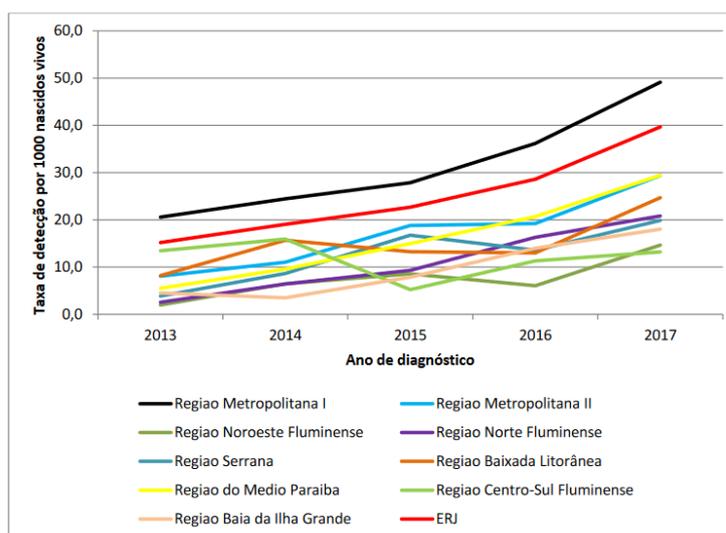
Tabela 1 - Número de casos e taxa de detecção (por 1000 nascidos vivos) de sífilis em gestante segundo região de saúde e ano de diagnóstico, Estado do Rio de Janeiro. 2013 a 2017.

Região de saúde	2013		2014		2015		2016		2017		Total n
	n	tx									
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 Medio Paraiba	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 Baia 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, 30/06/18

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 1 e Gráfico 1).

Gráfico 1 -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, 30/06/18

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. O ano de 2017 apresenta uma pequena melhora na qualidade do pré-natal e no preenchimento das fichas de notificações.

Tabela 2 - 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, 30/06/18

Em razão da Pandemia de COVID-19, novos dados epidemiológicos tiveram um tempo maior para publicação e em outubro de 2022, foi publicado o Boletim Epidemiológico de Sífilis[23] . Dados mostram que o número de casos de sífilis em gestantes, no Rio de Janeiro, vem aumentando ao longo dos anos, com grande incremento entre 2016 e 2017, sustentando uma estabilidade de casos entre 2017 e 2019, seguido de um aumento expressivo dos casos em 2020, com 7.005 casos, 2.397 casos a mais que o ano anterior, configurando o maior número registrado na série. O ano de 2021 apresentou discreta queda, mas ainda em altos patamares, e, até o mês de agosto, o ano de 2022 já superou o número anual de casos do período de 2012 a 2016.

6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo indicou um aumento no número de casos de sífilis na cidade do Rio de Janeiro. A questão de maior relevância é que, mesmo com o tratamento disponível, gratuitamente, na rede pública de saúde, o público não adere ao tratamento ou, simplesmente, não o faz de forma adequada, o que resulta em aumento dos casos de sífilis, tendo grande impacto no público das gestantes e, conseqüentemente, aumento do número de recém natos com sífilis congênita. Devemos levar em conta que ocorre, por parte da população, um receio pela exposição ao descobrir não somente a Sífilis, mas toda e qualquer infecção sexualmente transmissível. Somado a isso, é preciso considerar que muitos tratamentos não concluídos de forma eficaz assim se configuram, porque não há adesão ao tratamento por parte do parceiro, levando a um ciclo vicioso de reinfecção da patologia.

Por muito tempo, a Sífilis foi negligenciada em relação a sua proporção devido à falta de informação e/ou falta de vigilância adequada. A Sífilis Congênita e a Sífilis Gestacional deveriam ser patologias de maior cuidado e de maior controle por parte dos gestores, uma vez que seu desfecho pode causar graves conseqüências. Desse modo, são necessárias melhorias no âmbito da atenção básica de saúde, de forma a estabelecer estratégias para um maior controle em relação a gestantes de risco.

Propõe-se o uso de boletins epidemiológicos locais, nos quais a população pode se beneficiar com informações em relação à doença e a suas conseqüências. Em relação à Sífilis Gestacional, são necessárias melhorias na assistência do pré-natal e no aconselhamento por parte dos profissionais de saúde para que as gestantes e/ou seus parceiros não abandonem o tratamento e o façam de forma correta, a fim de evitar novas notificações de Sífilis Congênita, sendo considerada cada nova notificação como uma falha na atenção básica e um obstáculo a ser ultrapassado para sua eliminação nos índices municipais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Referência Avelleira et al

[2] Brasil, Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. Ed. Brasília/DF, 2010.

[3] Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica n-18. **HIV/aids, Hepatites e Outras DST's**. Brasília – DF, 2006.

[4] Avelleira, João Carlos Regazzi; Bottino, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Educação Médica Continuada. Rio de Janeiro, n., p.111-126, 2006.

[5] Referência Rivitti

[6] Brasil. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 5. ed. amp, – Brasília: da Saúde, 2005. 320 p.

[7] **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis 2022**- Ministério da Saúde

[8] **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2018** - Ministério da Saúde

[9] Referência Dilley et al

[10] Referência BRASIL 2006

[11] Referência ANVISA

[12] Referência CAMARGO, 1996

[13] Telelab. Ministério da Saúde. Manual: **Diagnóstico da Sífilis**. Disponível em: <
http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22192/mod_resource/content/2/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf. Santa Catarina: 2014. Acesso em: 08 de Março de 2017.

[14] Referência ANVISA

[15] Brasil. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 4. ed. Brasília, 2014.

[16] Referência Ministério da Saúde 2006

[17] Referência BIOCLIN, 2015.

[18] Referência ANVISA 2019

[19] Referência Brasil 2014

[20] Referência Hunter

[21] Referência Guthe

[22] Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, subsecretaria de vigilância em saúde, superintendência de vigilância epidemiológica e ambiental, gerencia de DST, HIV/ AIDS, SANGUE E HEMODERIVADOS – Boletim Epidemiológico - Sífilis Adquirida Materna e Congênita número 1 /2018.

[23] Boletim Epidemiológico de Sífilis - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) / Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE)