

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO **SÍFILIS**

Nº

06

Gerência

Gerência Executiva de Vigilância em Saúde

Gerência operacional

Gerência Operacional de
Condições Crônicas e ISTS

Núcleo

Núcleo IST/Aids

Assunto: Atualização Epidemiológica da Sífilis na Paraíba.

Sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, passível de cura e exclusiva do ser humano, não tratada evolui para estágios de gravidade, podendo acometer diversos órgãos e sistema do corpo humano. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. Em essência, o conteúdo do Boletim Epidemiológico busca trazer uma análise para reflexão sobre algumas das principais características da epidemiologia da sífilis no estado, com destaque para as pessoas acometidas pela doença nas regiões de saúde do estado.

DEFINIÇÃO DE CASO

Sífilis Adquirida:

Situação 1: Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Situação 2: Indivíduos sintomáticos para sífilis, com pelo menos um teste reagente-treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

Sífilis em Gestante:

Situação 1: Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente-treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2: Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente-treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3: Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente teste não treponêmico e teste treponêmico reagente, independente da sintomatologia da sífilis e sem história de tratamento prévio.

Sífilis Congênita:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente; - Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que o da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletas simultaneamente no momento do parto; - Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta; - 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.

Tratamento adequado:

Tratamento completo para o 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 inadequada. Para fins de definição de caso, não considera tratamento da parceria sexual da mãe. Com base em evidências e protocolos internacionais em julho com o Ministério da Saúde atualizou a recomendação quanto ao intervalo entre as doses de penicilina para o tratamento das gestantes,” o ideal é que as doses sejam aplicadas a cada sete dias, conforme apontado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais de 2020. Todavia, há evidências suficiente sobre o intervalo de nove dias com a mesma eficácia para o tratamento. Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas ultrapasse os nove dias, o esquema deve ser reiniciado”.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Na Paraíba, até o mês junho de 2025, foram 1.246 notificações de sífilis adquirida (taxa (30,7/100.000 habitantes); 459 casos de sífilis em gestante (taxa 21,4/1.000 nascidos vivos) e 94 casos de sífilis congênita (taxa de 4,4/1.000 nascidos vivos).

Tabela 1: Casos de Sífilis em Gestante, Congênita e Adquirida, por ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.

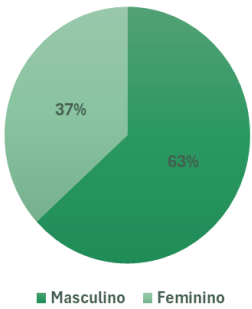
Casos de Sífilis em Gestante, Congênita e Adquirida por ano de diagnóstico no Estado da Paraíba			
SÍFILIS	Gestante	Congênita	Adquirida
Casos	459	94	1246
Taxas	21,4	4,4	30,7

Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

Sífilis Adquirida

Quanto à distribuição percentual por sexo nos casos notificados de sífilis adquirida, mostra a predominância do sexo masculino no período analisado (Figura 1).

Figura 1: Distribuição percentual de casos notificados de sífilis adquirida por sexo, segundo ano da notificação. Paraíba, 2025*.

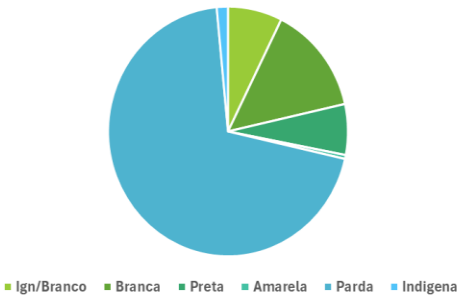


Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

Sífilis em Gestante

No quesito raça/cor, observou-se que o maior percentual está entre pessoas pardas com 68,2%, seguidas de pessoas brancas 14,8% e pretas com 6,5% registradas. (Figura 2).

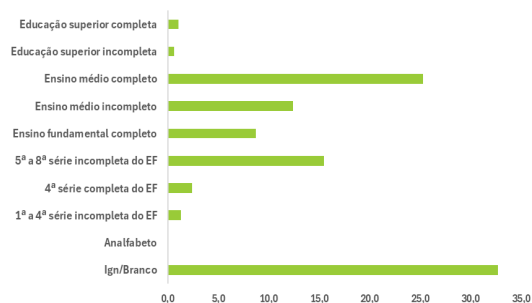
Figura 2: Percentual de sífilis em gestantes segundo raça, por ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.



Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

Em relação à escolaridade observa-se que 32,7% dos registros foram ignorados/branco, inviabilizando a análise dos dados. Ensino médio completo foi o primeiro maior percentual, sendo 25,3% dos casos, seguido de 5ª a 8ª série incompleta com 15,5% notificados com sífilis em gestante. (Figura 3).

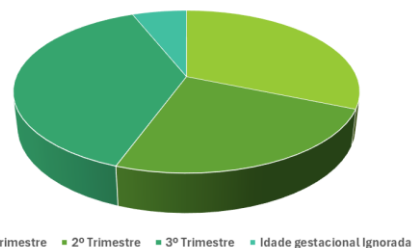
Figura 3: Percentual de sífilis em gestantes segundo escolaridade, por ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.



Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

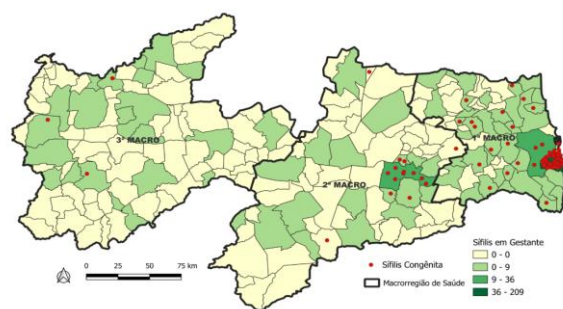
Na figura 4, quando analisada a idade gestacional no momento do diagnóstico da sífilis na gestação, ressaltamos que os maiores percentuais de diagnóstico estavam no terceiro trimestre de gestação, o que afeta diretamente a conduta satisfatória para evitar a transmissão vertical. A triagem faz parte do exame pré-natal e deve ser realizada no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta e de novo no início do 3º trimestre, como também é recomendada durante a internação hospitalar por parto ou aborto.

Figura 4: Distribuição de sífilis em gestante por idade gestacional, por ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.



Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

Distribuição geográfica dos casos de sífilis em gestante e congênita por ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.



Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

Sífilis Congênita

Distribuição geográfica dos casos de sífilis congênita por ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.

Aborto: 7 casos
Natimorto: 10 casos

Na **1ª Região de Saúde** registrou-se 68,1% dos casos de Sífilis Congênita do Estado sendo, portanto a região com o maior percentual de casos destacando: João Pessoa (48 casos) o que corresponde 51,1% dos casos do Estado, Bayeux (8) 8,5%, Santa Rita (3) 3,2% Caaporã, Cabedelo, Cruz do Espírito Santo, Mari, Sapé (1) 1,1%.

2ª Região de Saúde Guarabira (2) 2,1%, Belém, Pilõesinhos (1) 1,1%.

3ª Região de Saúde Alagoa Grande (1) 1,1%.

4ª Região de Saúde Nova Floresta (1) 1,1%.

5ª Região de Saúde Caraúbas (1) 1,1%.

7ª Região de Saúde Itaporanga (1) 1,1%.

10ª Região de Saúde Santa Cruz (1) 1,1%.

12ª Região de Saúde Gurinhém, Itabaiana, São Miguel de Taipu (1) 1,1%.

14ª Região de Saúde Capim, Itapororoca, Mamanguape, Marcação, Rio Tinto (1) 1,1%.

15ª Região de Saúde Caturité, Queimadas (1) 1,1%.

16ª Região de Saúde Campina Grande (8) 8,5% e Taperoá (2) 2,1%.

O percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestante, na população residente em determinado espaço geográfico é um indicador que objetiva analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos de sífilis congênita em gestantes, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença. Este indicador está inserido no PQAVS a partir do ano de 2023 e irá demonstrar a capacidade de detecção de casos em gestantes no momento adequado. Na avaliação desse indicador em 2024 o percentual de casos de sífilis congênita em relação a sífilis em gestante na Paraíba foi de 20,5% (tabela 2). Espera-se que a cada ano no Estado reduza em 1% desse valor.

Tabela 2: Transmissibilidade da sífilis da gestante infectada para criança

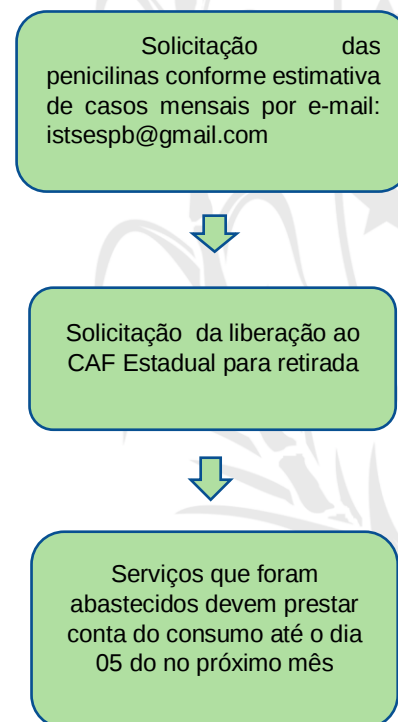
segundo ano de diagnóstico. Paraíba, 2025*.

Sífilis	Gestante	Congênita	Transmissibilidade
Casos	459	94	20,5

Fonte: SinanNet, atualizado em 25/06/2025.

LOGÍSTICA DE PENICILINA

O Departamento de Condições Crônicas e IST abastece todos os Estados mensalmente com doses de penicilina Benzatina para o tratamento de sífilis adquirida e Potássica para o tratamento do RN exposto. Essas ampolas são distribuídas pelo Núcleo Estadual de IST conforme fluxo abaixo:



Reforçamos que solicitação e vinculação do serviço a rotina de logística de ressuprimento é de extrema importância, visto que as doses são enviadas mediante consumo mensal. As solicitações devem ser feitas por e-mail

(istsespb@gmail.com) via ofício de acordo com a estimativa mensal de casos de sífilis até o dia 05 do mês subsequente, que baseando-se pelo protocolo de tratamento disponível no PCDT das IST é de 6 (seis) ampolas para cada tratamento individual quando não se sabe o período clínico da infecção.

Tabela 3: Distribuição de Penicilina para o tratamento de sífilis na Paraíba até Maio de 2025*.

Distribuição da Penicilina Benzatina para o tratamento da sífilis na Paraíba até Maio de 2025	
SMS Campina Grande	200
1ª Gerência de Saúde	800
3ª Gerência de Saúde	100
7ª Gerência de Saúde	50
8ª Gerência de Saúde	50
9ª Gerência de Saúde	50
10ª Gerência de Saúde	50
GEMAF João Pessoa	2.200
Hospital Clementino Fraga	1.150
Maternidade Frei Damião	150
Total	4.800

RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES MUNICIPAIS E REDE ASSISTENCIAL

- Fortalecer o diagnóstico das gestantes com sífilis na 1ª consulta pré-natal;
- Iniciar o tratamento com penicilina na UBS logo após teste rápido;
- Garantir a realização do VDRL quantitativo mensal;
- Notificar o agravo em sistema oficial SINAN de toda gestante com exame reagente;
- Vincular o parceiro ao pré-natal e tratá-lo concomitantemente;
- Registrar todas as informações do cuidado a sífilis no cartão da gestante;
- Investigar todos os casos notificados de sífilis congênita;
- Realizar o seguimento do RN exposto a sífilis na atenção básica.

ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA SÍFILIS E CONTROLE DE CURA

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa ^a	Seguimento (teste não treponêmico-VDRL ou RPR)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano) Gestante: mensal
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano) Gestante: mensal
Neurossífilis	Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona ^d 1g, IV, 1 x/dia, por 10 a 14 dias	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização

Nota:

a- Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clinicamente e laboratorialmente. As situações de tratamento inadequado da gestante com sífilis, para fins de notificação da sífilis congênita.

b- Embora não exista evidência científica que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

c- Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível retratamento caso haja elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

d- O seguimento do caso deve ocorrer em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

5 de Agosto

**A Equipe do Núcleo Estadual de IST/Aids se coloca à disposição
para qualquer orientação e outros esclarecimentos.**

ÁREA TÉCNICA – NÚCLEO IST/AIDS

Ivoneide Lucena

Gerente Operacional Condições Crônicas e IST

Joanna Angélica

Chefe do Núcleo/IST - AIDS

Mailza Gomes

Assistente Social (logística de insumos de prevenção, fórmula infantil e teste rápido)

Nelize Assis

Farmacêutica (logística antirretrovirais)

Renata Candido

Enfermeira (Vigilância Epidemiológica)

E-mail: istsespb@gmail.com

Telefone: (83) 3211-9022

5 de Agosto