

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

ANNA LAURA KÖCHERT

**REINFECÇÃO POR SÍFILIS ADQUIRIDA:
ANÁLISE DOS CASOS DE PORTO ALEGRE - 2013 A 2017**

Prof. Orientador: Daniel Umpierre de Moraes

Coorientadora: Fernanda Vaz Dorneles

PORTO ALEGRE - RS

2018

ANNA LAURA KÖCHERT

**REINFECÇÃO POR SÍFILIS ADQUIRIDA:
ANÁLISE DOS CASOS DE PORTO ALEGRE - 2013 A 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à Colação de Grau no Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Umpierre de Moraes

Coorientadora: Esp. Fernanda Vaz Dorneles

PORTO ALEGRE - RS

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Köchert, Anna Laura

Reinfecção por Sífilis Adquirida: análise dos casos de Porto Alegre - 2013 a 2017 / Anna Laura Köchert. -- 2018.

34 f.

Orientador: Daniel Umpierre de Moraes.

Coorientadora: Fernanda Vaz Dorneles.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Sífilis. 2. Reinfecção. 3. Infecções Sexualmente Transmissíveis. I. Moraes, Daniel Umpierre de, orient. II. Dorneles, Fernanda Vaz, coorient. III. Título.

RESUMO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) considerada um problema de saúde pública no Brasil; no período de 2010 a junho de 2017, foram diagnosticados e notificados mais de 340 mil casos da doença no país. Mesmo sendo uma doença curável, com tratamento fácil e de baixo custo, uma parcela dos casos não se resolve após o tratamento, havendo reinfecção mesmo após a cura. Não há estudos específicos sobre a incidência da reinfecção de sífilis adquirida, o que dificulta o planejamento e o direcionamento de ações de promoção, educação e prevenção em saúde relacionadas a esses casos. O presente estudo transversal e descritivo se propôs a identificar e mensurar o fenômeno da reinfecção por sífilis adquirida em Porto Alegre. A população em estudo foi composta de todas as pessoas diagnosticadas mais de uma vez com sífilis adquirida, nos anos de 2013 a 2017, residentes do município de Porto Alegre, com casos notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis analisadas foram o número de notificações registradas por pessoa no período estudado, com estratificações para as variáveis de idade, sexo, raça/cor e escolaridade. Identificou-se que ocorreram 355 casos de reinfecção por sífilis adquirida em Porto Alegre de 2013 a 2017, compondo 4,4% de todos os casos de sífilis adquirida durante o período estudado. A maioria ocorreu em homens (70,9%), pessoas brancas (39,4%), com ensino médio completo (13,8%) e em jovens adultos, com idades entre 20 e 39 anos (52,9%).

Palavras-chave: Sífilis. Reinfecção. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Syphilis is a Sexually Transmitted Infection (STI) considered a public health problem in Brazil; between 2010 and June 2017, more than 340,000 cases were diagnosed and reported in the country. Although syphilis is a curable disease that may be intervened with a quite accessible treatment, a portion of the cases is not resolved after treatment, and reinfection occurs even after healing. There are no specific studies on the incidence of reinfection of acquired syphilis, which makes it difficult to plan and target health promotion, education and prevention actions related to these cases. This cross-sectional and descriptive study aimed to describe the epidemiology of acquired syphilis reinfection in Porto Alegre. The study population was composed of all the people diagnosed with acquired syphilis more than once between the years of 2013 and 2017, residents in the city of Porto Alegre, whose cases were reported and recorded in the Information System for Disease Notification (SINAN). The variables analyzed in this study were the number of notifications recorded per person throughout the period of assessment, with stratified presentation by age, sex, race/color and schooling. 355 cases of acquired syphilis reinfection were identified in Porto Alegre between 2013 and 2017, accounting for 4.4% of all cases of acquired syphilis during the studied period. Most cases occurred in men (70.9%), white people (39.4%), people with high school education (13.8%) and young adults, between the ages of 20 and 39 years (52.9%).

Keywords: Syphilis. Reinfection. Sexually Transmitted Infections.

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1. Estratificação das notificações de Sífilis Adquirida em Porto Alegre, 2013 - 2017.</i>	21
<i>Tabela 2. Estratificação dos casos confirmados de reinfecção por Sífilis Adquirida em Porto Alegre, 2013 – 2017.</i>	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 ASPECTOS HISTÓRICO-CULTURAIS	9
1.2 ASPECTOS CLÍNICOS	11
1.2.1 Manifestações clínicas	11
1.2.2 Diagnóstico	11
1.2.3 Definição de casos para notificação	12
1.2.4 Tratamento	13
1.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	14
1.3.1 Ocorrência	14
1.3.2 Estratégias de prevenção	15
1.3.3 O fenômeno da reinfecção	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 O problema e perspectivas	26
6 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO – Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Adquirida	33

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é um problema de saúde pública no Brasil atualmente, assim como já foi em muitos outros países no passado. É transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, por via sexual, caracterizando-se na sífilis adquirida, por transfusão sanguínea em casos mais raros, ou por via vertical, no caso da sífilis congênita (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010). Tal condição afeta pessoas de todos os sexos, idades, identidades de gênero, raças/cores, escolaridades e classes sociais.

Mesmo sendo uma doença curável, com tratamento fácil e de baixo custo, uma boa parte dos casos ainda não se resolve completamente após a cura, havendo reinfecção mesmo após o tratamento. A reinfecção acontece quando a pessoa, após a cura, tem relações sexuais com uma parceria sexual infectada sem preservativos, seja por falta de informação sobre a doença, as formas de tratamento e sua prevenção, por impossibilidade de negociação da utilização de preservativos ou simplesmente pela preferência pelo sexo sem camisinha.

Há uma escassez de estudos que tenham explorado os casos de reinfecção por sífilis adquirida no país. Neste sentido, a importância do presente estudo concentra-se no levantamento de informações que permitam aos gestores, aos profissionais da saúde e à população em geral compreender melhor este fenômeno e que subsidiem a criação de estratégias para a redução desse fenômeno.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICO-CULTURAIS

Há diversas hipóteses sobre o surgimento da sífilis no mundo. Uma das principais considera a América como continente de origem da doença, pautada em indícios de alterações ósseas sífilíticas em fósseis da era pré-colombiana, enquanto o início das epidemias na Europa data do século XV. Outra aponta a Ásia como continente onde surgiu a sífilis, pautada em achados de uma descrição característica de sífilis escrita por um médico chinês em 2.637 a.C. A última hipótese considera que a doença pode ter sido introduzida na Europa entre 450 e 1.405 d.C. (GRIEBELER, 2009).

A ideia prevalente é de que a sífilis tenha sido levada das Américas para a Europa e de lá para outros continentes com expedições de desbravamento na região no final do século XV, com o contato entre os nativos e os colonizadores. Registros sugerem que os primeiros surtos da doença em solo europeu ocorreram após a volta das embarcações ao seu continente de origem. O contágio começou em cidades portuárias, em marinheiros, viajantes e prostitutas (GRIEBELER, 2009). Ao passo que a doença foi se espalhando, ela foi sendo associada com as relações sexuais e sendo vista com preconceito, como um mal pecaminoso e motivo de vergonha.

No Brasil, a colonização trouxe a disseminação de inúmeras doenças aos povos que aqui residiam e que aqui se instauraram. Navios negreiros vindos do continente africano eram um ambiente propício para a disseminação da doença, ideia que criou uma concepção que perdurou durante muito tempo, de que a sífilis era relacionada a questões sociais e raciais. A concepção da medicina higienista que começou a partir do século XIX modificou a ideia de que a doença era um mal relacionado a determinada raça ou condições sociais, mas que pode contagiar qualquer pessoa por via sexual, independentemente de cor, sexo e classe social. Passa a se ter uma concepção de que a disseminação e o contágio dependem do comportamento sexual (GRIEBELER, 2009).

Em meados do século XIX, a epidemia de sífilis ressurgiu no país, ocasionando pânico na sociedade da época, envolto de preconceitos e superstições. A doença era tratada com substâncias como o sal de mercúrio durante décadas, antes da descoberta da penicilina.

A partir do século XX, a evolução científica permitiu isolar a bactéria causadora da doença em 1905, e em 1928 Alexander Fleming descobriu a penicilina, antibiótico capaz de curar a doença. Porém, assim como ainda acontece hoje, a descoberta da cura da doença não foi o suficiente para combater a epidemia da sífilis, pois é também essencial a compreensão e o enfrentamento dos aspectos culturais e sociais associados à epidemia. O preconceito e a rejeição social dificultavam a procura por auxílio profissional e a identificação e o tratamento da doença. Houve um movimento da classe médica no sentido de desfazer preconceitos e a discriminação social, com campanhas de conscientização. Porém, o preconceito e a discriminação perduram até os dias de hoje, tanto em relação à sífilis quanto a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (GRIEBELER, 2009).

1.2 ASPECTOS CLÍNICOS

1.2.1 Manifestações clínicas

A sífilis adquirida possui diversas fases de desenvolvimento. Na sua fase primária, de dez dias até seis semanas após a infecção, é caracterizada por lesões chamadas de cancro duro na genitália, que desaparecem sem deixar cicatrizes. A fase secundária, em que os treponemas se disseminam pelo organismo, é caracterizada por lesões papulosas em outras partes do corpo, como mãos e rosto, placas mucosas e condilomas, que acontecem logo após o desaparecimento das lesões primárias e duram entre quatro e doze semanas, desaparecendo independentemente de tratamento. Na sífilis latente recente, que ocorre no primeiro ano da infecção, e na latente tardia, após o primeiro ano de infecção, não há manifestações clínicas visíveis, e o diagnóstico é feito somente por exame sorológico (BRASIL, 2017c).

Depois de muito tempo de infecção, de dois a quarenta anos ou mais após o contágio, podem surgir lesões e manifestações de Sífilis Terciária em diversos órgãos e tecidos. Podem ser lesões cutâneas ou mucosas, ou manifestações mais graves de doenças neurológicas, cardiovasculares, ósseas e articulares (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2016).

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais, devido à ausência ou escassez de sintomas, dependendo do estágio da infecção. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

1.2.2 Diagnóstico

Os testes mais utilizados para o diagnóstico da sífilis são os testes imunológicos, que se dividem em treponêmicos e não treponêmicos. Nos estágios primário ou secundário, a sífilis pode também ser diagnosticada usando microscopia de campo escuro, em que uma amostra de líquido é obtida de uma ulceração da pele e é examinada usando um microscópio.

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum* e são os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem

positivos, mesmo após o tratamento e cura, pelo resto da vida do paciente, o que caracteriza a chamada cicatriz sorológica. A pessoa pode ter tido sífilis há dez anos, estar curada e ainda apresentar os anticorpos no organismo. Por isso, esse teste não é utilizado para monitorar a resposta ao tratamento, e não deve ser utilizado sozinho. Exemplo dos testes treponêmicos são os testes rápidos (imunocromatográficos ou de aglutinação), que são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos.

Já os testes não treponêmicos são utilizados para monitorar a resposta ao tratamento, além de fazer o diagnóstico. Eles detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Podem ser qualitativos, que indicam a presença ou ausência de anticorpos na amostra e servem apenas como diagnóstico, ou quantitativos, que permitem a titulação de anticorpos, podendo monitorar a resposta ao tratamento, em que a queda ou diminuição da titulação indica sucesso terapêutico. O teste não treponêmico mais utilizado é o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*) (BRASIL, 2016).

1.2.3 Definição de casos para notificação

O ideal é utilizar ambos os testes, treponêmico e não treponêmico, para poder fazer um diagnóstico correto e monitorar a resposta do paciente ao tratamento. O critério diagnóstico para a notificação do agravo, até setembro de 2017, era ter ambos os testes treponêmico e não treponêmico reagentes (BRASIL, 2016), mas isso foi modificado com a publicação da Nota Informativa nº 02-SEI/2017 do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, que altera os critérios de definição de casos de sífilis (BRASIL, 2017d).

Atualmente, quando se tem os sintomas e um teste treponêmico reagente, já deve-se fazer o tratamento e a notificação compulsória. Assim, o caso pode ser notificado quando se faz o teste rápido e se tem um resultado positivo, no serviço em que o teste foi feito. Apenas os casos assintomáticos continuam seguindo o critério anterior (BRASIL, 2017d). Isso vem para intervir na realidade de subnotificação de casos, quando pessoas faziam o teste rápido e, após o resultado positivo, eram encaminhadas, mas não davam continuidade ao procedimento, para fazer o teste não

treponêmico que confirmaria a titulação e o diagnóstico, impossibilitando a realização da notificação compulsória.

Importante ressaltar que essas mudanças passaram a vigorar na data de publicação da Nota Técnica, portanto, as notificações de casos de sífilis adquirida realizadas até 19 de setembro de 2017 analisadas neste trabalho foram feitas considerando os critérios antigos.

Segundo o Ministério da Saúde (2016), considera-se caso de reinfecção quando há aumento da titulação dos testes não treponêmicos em duas ou mais diluições (por exemplo, de 1:16 para 1:64) após o tratamento completo e adequado, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério (BRASIL, 2016). Quando a titulação diminui ou continua igual em comparação aos exames anteriores, é descartada a possibilidade de reinfecção.

1.2.4 Tratamento

O tratamento da sífilis é simples e barato, com uma, duas ou três doses de Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular como medicamento de escolha, dependendo da fase de desenvolvimento da doença. A alternativa à Penicilina, em caso de falta do medicamento na rede de saúde ou de alergia à substância é o tratamento com Doxiciclina via oral ou Ceftriaxona intravenoso ou intramuscular (BRASIL, 2017c). A dificuldade maior no tratamento é que, além de ser feito até o final, deve ser feito também na parceria sexual da pessoa infectada, para evitar os casos de reinfecção, que são muito mais comuns do que se imagina.

Recomenda-se a realização de testes não treponêmicos quantitativos a cada três meses primeiro ano de tratamento, e a cada seis meses no segundo ano, para monitorar e avaliar a eficácia do tratamento (BRASIL, 2016). Se, ao longo do período de monitoramento, ao invés de diminuir, a titulação aumentar em dois ou mais títulos, deve ser considerada a hipótese de uma reinfecção (BRASIL, 2016).

1.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.3.1 Ocorrência

A Organização Mundial da Saúde (2013) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia, mundialmente. No período de 2010 a junho de 2017, foram diagnosticados e notificados mais de 340 mil casos da doença no país, sendo que a maior proporção de casos é observada na região Sudeste (46.898 casos - 53,5%) e Sul (21.204 casos - 24,2%). Quanto aos estados, a taxa de detecção mais elevada em 2016 foi observada no Rio Grande do Sul (93,7 casos/100.000hab), mais que o dobro da média nacional, que foi de 42,3 casos/100.000hab.

Em 2016, Porto Alegre estava entre as cinco capitais com maior taxa de detecção, com 120 casos a cada 100.000 habitantes, quase três vezes a média nacional (BRASIL, 2017b). Estes números vêm aumentando muito nos últimos anos, devido a ampliação no acesso à testagem rápida e devido a instituição da Portaria Ministerial Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que define a sífilis adquirida como doença de notificação compulsória. No período de 2010 a 2015 foram notificados pelo SINAN 22.851 novos casos de sífilis adquirida no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Dados divulgados recentemente mostram que Porto Alegre teve 8.852 casos notificados de sífilis adquirida de 2010 até o primeiro semestre de 2017, dos quais 58% eram homens, e a faixa etária que concentra o maior número de notificações está entre 20 e 29 anos, com 2.858 casos (PORTO ALEGRE, 2017). Só no ano de 2017, foram 1.502 casos de sífilis adquirida notificados no SINAN, destes, 50,5% do sexo masculino e 49,5% do sexo feminino (PORTO ALEGRE, 2018).

Alguns estudos internacionais foram desenvolvidos e apontaram a ocorrência de reinfecção em casos específicos. Em estudo de um período de um ano, 20% dos casos de sífilis em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) de Baltimore (EUA) eram de reinfecção (CDC, 2013), e na Califórnia, em um período de 5 anos, a taxa foi de 5,9% nessa população (HURTADO *et al*, 2011). Em estudo na Dinamarca, 14,8% da população com sífilis teve mais de um episódio em um período de cinco anos (SALADO-RASMUSSEN *et al*, 2013), e em outro em São Francisco (EUA), 6,7% dos

indivíduos com sífilis apresentaram novos episódios dentro de um período de um ano (PHIPPS *et al*, 2009).

No Brasil, um estudo feito em Serviços de Atendimento Especializado para HIV/AIDS e outras IST em Campinas de 2004 a 2012 observou que 13,6% dos indivíduos diagnosticados com sífilis no período tiveram mais de uma infecção, dos quais 90,8% eram do sexo masculino, 71,8% tinham mais de 11 anos de estudo e 57,4% eram homossexuais ou bissexuais, e 2,7% tiveram três episódios ou mais da doença. Apenas 9,1% dos indivíduos disseram que usavam preservativos regularmente, 11,9% já tiveram outras IST além de HIV e sífilis e 69,3% dos indivíduos eram assintomáticos no momento do diagnóstico, ou seja, eram casos de sífilis latente (ALMEIDA, 2017). Outro estudo, de prevalência da co-infecção de HIV/Aids e sífilis realizado num hospital universitário do Rio de Janeiro em 2005, relatou que, de um total de 830 pacientes, 22 tinham sífilis no momento da pesquisa. Destes, dois terços dos casos eram de reinfecção (SIGNORINI *et al*, 2007).

Nos últimos cinco anos, foi observado aumento constante no número de casos de sífilis adquirida, congênita e em gestantes no Brasil. A este aumento, podem ser atribuídos fatores como aumento da cobertura da testagem, através do aumento do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, e a recente implantação da notificação compulsória dos casos de sífilis adquirida no Brasil, que começou em 2010 (BRASIL, 2017b). Porém, ainda se tem uma realidade de subnotificação, de tratamento inadequado e de falta de informação por parte dos usuários, que são alguns dos possíveis motivos da ocorrência de casos de reinfecção.

1.3.2 Estratégias de prevenção

Apesar de pouco utilizados por muitas pessoas, o uso de preservativos durante as relações sexuais é a forma mais eficaz de prevenção da sífilis, assim como de outras IST. Como grande parte dos casos de sífilis é assintomática, isso aumenta muito as chances de infectar outras pessoas, pois, mesmo com a ausência dos sintomas, a doença ainda pode ser transmitida por via sexual.

Mesmo depois do tratamento, o indivíduo ainda pode ser reinfestado, se sua parceria sexual tiver a doença e não usar preservativos durante a relação sexual. A

reinfecção pode ocorrer diversas vezes, por isso é extremamente importante aconselhar o paciente a usar preservativos como forma de prevenção após o diagnóstico e o tratamento.

1.3.3 O fenômeno da reinfecção

A reinfecção por sífilis é caracterizada pela ocorrência de uma ou mais infecções após a infecção primária e consequente tratamento e cura. O fenômeno da reinfecção pode estar relacionado a diversos fatores, podendo estes serem socioculturais, individuais ou ligados à gestão e aos serviços de saúde (SORTICA, 2017). No âmbito individual, podem estar diretamente associados à reinfecção: as práticas sexuais desprotegidas, que, por sua vez, podem estar relacionadas à falta de informação sobre a doença, as formas de tratamento e sua prevenção, a preferência pelo sexo sem camisinha, ou a impossibilidade de negociação da utilização de preservativos com o parceiro, a falha ou abandono do tratamento por parte do usuário, seja por falta de informação sobre a importância do tratamento completo ou por falha no acompanhamento dos casos e do cuidado pelas equipes e profissionais de saúde; e a falha no tratamento dos parceiros sexuais dos pacientes, os quais podem reinfecá-los por meio do sexo desprotegido, seja por incapacidade da Atenção Básica de atingir essas pessoas ou por impossibilidade de negociação de realização do tratamento com o parceiro.

Além disso, é difícil conduzir o monitoramento de indicadores epidemiológicos relacionados à reinfecção no âmbito da gestão, por não haver variável específica nos Sistemas de Informação. Os casos de reinfecção são notificados individualmente como casos novos, podendo uma pessoa ter diversas fichas de notificação diferentes, sem ter registrada a informação de que se trata de um caso de reinfecção. Apesar da ficha de notificação do SINAN utilizada atualmente ser relativamente completa, com campos para preenchimento de informações referentes a questões socioeconômicas, demográficas, culturais, comportamentais e de vulnerabilidades, o SINANnet não contempla nenhuma dessas informações, impossibilitando uma análise e uma compreensão mais aprofundada do fenômeno.

Nesse sentido, o levantamento, organização, e análise de informações relacionadas com a reinfecção por sífilis adquirida faz-se necessário para aprofundamento na exploração deste problema de saúde pública.

2 JUSTIFICATIVA

A doença deve ser considerada como prioridade de pesquisa, pelas consequências que ela pode causar e pela alta incidência, mesmo sendo uma doença curável, com tratamento fácil e de baixo custo. É de extrema importância entender o fenômeno da reinfecção, e para isso, precisa-se mensurá-lo.

Nos últimos anos, os esforços para controlar a sífilis no Brasil estão focados na sífilis congênita, embora as ações de monitoramento e prevenção também devam ser focadas nas outras formas da doença, visto que cada gestante infectada está, possivelmente, associada a um parceiro também infectado e muitos dos casos de sífilis congênita provavelmente eram casos de sífilis adquirida que não foram diagnosticados e tratados anteriormente à gravidez - portanto, o foco maior na prevenção da sífilis adquirida também influenciaria na diminuição dos casos da doença congênita.

São necessárias informações que subsidiem a criação de estratégias para a redução desse fenômeno, que pode ter como possíveis causas a não realização do tratamento ou tratamento incompleto, o não tratamento concomitante da parceria sexual, prescrição de tratamento inadequada ou dificuldade na comunicação entre profissional de saúde e usuário. Logo, a proposta deste trabalho foi justamente produzir informações que permitam aos gestores, aos profissionais da saúde e à população em geral compreender melhor esse fenômeno.

Para obter os dados sobre a reinfecção por sífilis no município de Porto Alegre, foi necessário contar o número de notificações existentes para cada pessoa diagnosticada, pois não há variável específica que informe infecções anteriores na ficha de notificação de sífilis adquirida.

Este estudo se justifica pela magnitude do tema no contexto da saúde coletiva, pela necessidade de ações estratégicas a partir do conhecimento do perfil epidemiológico dos casos de reinfecção de sífilis adquirida e pelo campo de estudo (Porto Alegre) apresentar a alta taxa de detecção de sífilis adquirida, razão esta que motivou a realização desta pesquisa como forma de fortalecimento da vigilância em saúde e subsídio de ações de educação em saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o perfil epidemiológico de casos de reinfecção por sífilis adquirida, diagnosticados no município de Porto Alegre entre 2013 e 2017 e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a prevalência dos casos de reinfecção de sífilis adquirida de 2013 a 2017 no município de Porto Alegre
- Analisar o perfil epidemiológico de indivíduos reinfecados por sífilis adquirida, considerando o número de notificações registradas e as variáveis idade, sexo, raça/cor e escolaridade;

4 METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo quantitativo transversal descritivo com dados secundários (MENEGHEL, 2015), cuja população estudada foi composta de todas as pessoas diagnosticadas mais de uma vez com sífilis adquirida, nos anos de 2013 a 2017, residentes do município de Porto Alegre, com casos notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram coletados através da Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) de Porto Alegre, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa deste Município. Foi utilizado banco de dados disponibilizado pela CGVS, contendo informações de todas as fichas de notificação de casos confirmados de sífilis adquirida de 2013 a 2017 notificados no SINAN, para análise e mensuração dos casos de reinfecção por sífilis, agrupando-os pelo número de registros por indivíduo no banco de dados.

As variáveis analisadas foram o número de notificações registradas por pessoa no período estudado, idade, sexo, raça/cor e escolaridade.

Os critérios utilizados para definição de casos de reinfecção foram os seguintes:

- i) Indivíduos com mais de uma notificação registrada em seu nome no SINAN dentro do período estudado, de 2013 a 2017;

e

- ii) Completude do tratamento indicado

e

- iii) Aumento da titulação dos testes não treponêmicos em duas ou mais diluições após o tratamento, segundo critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Os critérios utilizados para não-classificação como casos/episódios de reinfecção foram:

- i) Incompletude do tratamento; ou
- ii) Completude do tratamento, porém sem aumento da titulação dos testes não treponêmicos.

A análise dos dados foi feita utilizando o Microsoft Excel 2013 para o agrupamento e organização dos dados, e o programa *Statistical Package for the Social Sciences* 18 (SPSS), para análise descritiva das variáveis.

Foram cumpridas todas as diretrizes e as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer nº 2.780.523, de 23/07/2018) e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 2.832.502, de 21/08/2018).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 7.929 notificações encontradas no banco de dados do SINAN, observou-se que 7.047 (88,9%) eram notificações individuais, ou seja, cujo nome do indivíduo apareceu apenas uma vez no banco, e 882 (11,1%) eram notificações em que os nomes se repetiram uma ou mais vezes no banco de dados (tabela 1). Essa repetição pode ser devido a uma reinfecção ou a casos de notificações de uma mesma infecção mais de uma vez no sistema. Portanto, realizou-se uma investigação dos casos junto à equipe das Doenças Transmissíveis da CGVS para confirmar os reais casos de reinfecção e eliminar registros duplicados por outras causas.

Após a análise e investigação dos 882 casos com nomes repetidos no banco de dados, foi constatado que 745 (84,5%) estavam relacionados à reinfecção (contendo a primeira infecção dentro desse período de cinco anos e os episódios de reinfecção decorrentes dela) e 137 (15,5%) não estavam, ou seja, eram apenas notificações duplicadas (tabela 1).

De 2013 a 2017, em Porto Alegre, houve um total de 355 episódios de reinfecção (decorrentes da primeira infecção no período), ou seja, 4,4% do total de infecções por sífilis adquirida. Desse total, 334 (94,1%) foram casos de apenas um episódio de reinfecção durante o período e 21 (5,9%) foram de dois episódios desses cinco anos (tabela 1).

Tabela 1. Estratificação das notificações de Sífilis Adquirida em Porto Alegre, 2013 - 2017.

Variáveis	N	% (IC 95%)
Casos totais	7.929	
Registros únicos	7.047	88,9 (88,2 - 89,5)
Dois ou mais registros	882	11,1 (10,4 - 11,8)
Dois ou mais registros	882	
Notificações relacionados a reinfecções confirmadas	745	84,5 (81,9 - 86,7)
Sem enquadramento como reinfecção	137	15,5 (13,3 - 18,1)
Casos de reinfecção confirmada	355	

Indivíduos com 1 episódio de reinfecção	334	94,1 (91,1 - 96,1)
Indivíduos com 2 episódios de reinfecção	21	5,9 (3,9 - 8,9)

Do total de casos de reinfecção no período, 103 (29%) ocorreram no sexo feminino e 252 (70,9%) no sexo masculino, e a razão de sexos (com arredondamento) foi de 5 homens reinfecados para cada 2 mulheres reinfecadas (tabela 2).

A discrepância entre os dados referentes ao sexo do presente estudo e dos boletins epidemiológicos sobre sífilis de 2017 e 2018 da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre é grande (PORTO ALEGRE, 2017, 2018). De acordo com os dados apresentados nos documentos, do total de casos registrados de sífilis adquirida de 2013 a 2017, 57,8% dos indivíduos eram homens e 42,2% eram mulheres, com uma razão de sexos de 2,7 homens para cada 2 mulheres infectadas, ou seja, era uma taxa mais equilibrada.

Em relação à raça/cor declarada, 39,4% das pessoas que tiveram casos de reinfecção por sífilis adquirida eram brancas, 12,4% eram pretas, 6,8% eram pardas, 0,3% eram amarelas, 0,3% eram indígenas e em 40,8% das notificações essa informação não foi preenchida (tabela 2).

Nesse indicador, o boletim de 2018 da CGVS (PORTO ALEGRE, 2018) apresenta dados apenas do ano de 2017, com maioria dos infectados brancos (49%), seguidos de pretos (21%) e pardos (10%). O quadro de raça/cor é similar, quando comparados os dados do estudo e os da CGVS.

Em fevereiro de 2017 tornou-se obrigatória aos profissionais da saúde a coleta e o preenchimento do campo de raça/cor conforme a autodeclaração do usuário, segundo Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), e foi evidenciada uma melhora expressiva no número de notificações com o campo não preenchido - apenas 18% no ano de 2017, contra uma média de 40,84% de informação faltante no período de 2013 a 2017. Isso mostra que ações como esta funcionam e devem ser realizadas para melhorar a completude e a qualidade dos dados para o monitoramento e a vigilância dos agravos.

Em relação à escolaridade, a maioria das pessoas tinha ensino médio completo (13,8% do total), enquanto 11,8% tinham ensino fundamental incompleto, 7,9% tinham educação superior completa, 7,6% tinham ensino fundamental completo e em 52,4% das notificações esse campo não havia sido preenchido (tabela 2).

Os dados do boletim epidemiológico mais recente (PORTO ALEGRE, 2018) são referentes apenas ao ano de 2017, em que mais da metade das notificações teve o campo raça/cor ignorado e a maioria das pessoas tinha o ensino médio completo (12%), seguida do fundamental completo (11%), 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompletas (9%) e ensino médio incompleto (5%).

Em relação à faixa etária dos casos de reinfecção notificados em Porto Alegre entre 2013 e 2017, a maioria dos casos foi registrada em jovens adultos, entre 20 e 39 anos (52,9% do total), depois em indivíduos entre 40 e 59 anos (34,1%), seguidos dos idosos com mais de 60 anos (9,3%) e de jovens de 10 a 19 anos (3,7%) (tabela 2).

No período de 2013 a 2017, do total de casos de infecção por sífilis adquirida em Porto Alegre, segundo dados de boletins da CGVS (PORTO ALEGRE, 2017, 2018), 56,8% dos que foram notificados tinham idade entre 20 e 39 anos, 24,2% tinham entre 40 e 59 anos, 11,3% tinham de 10 a 19 anos e 7,7% tinham mais de 60 anos. Evidencia-se, em ambos os casos, uma população predominante de jovens adultos sendo acometida pela doença.

Tabela 2. Estratificação dos casos confirmados de reinfecção por Sífilis Adquirida em Porto Alegre, 2013 – 2017.

Variáveis	Total		Masculinos		Femininos	
	N	%(IC 95%)	N	%(IC 95%)	N	%(IC 95%)
Total	355	100	252	70,9 (66,0 – 75,5)	103	29,0 (24,5 – 33,9)
Raça/cor						
Branca	140	39,4 (34,4 – 44,6)	105	41,7 (35,7 – 47,9)	35	34,0 (25,4 – 43,8)
Preta	44	12,4 (9,3 – 16,3)	32	12,7 (9,1 – 17,4)	12	11,6 (6,7 – 19,6)
Amarela	1	0,3 (0,04 – 1,9)	1	0,4 (0,05 – 2,8)	0	0
Parda	24	6,8 (4,6 – 9,9)	12	4,8 (2,7 – 8,2)	12	11,6 (6,7 – 19,6)
Indígena	1	0,3 (0,04 – 1,9)	1	0,4 (0,05 – 2,8)	0	0
Ignorada	145	40,8 (35,8 – 46,1)	101	40,1 (34,2 – 46,3)	44	42,7 (33,4 – 52,6)
Nível de escolaridade						
Ensino Fundamental incompleto	42	11,8 (8,8 – 15,6)	22	8,7 (5,8 – 12,9)	20	19,4 (12,8 – 28,4)
Ensino Fundamental completo	27	7,6 (5,2 – 10,9)	16	6,3 (3,9 – 10,1)	11	10,7 (5,9 – 18,4)

Ensino Médio incompleto	13	3,7 (2,1 – 6,2)	8	3,2 (1,6 – 6,2)	5	4,8 (2,0 – 11,3)
Ensino Médio completo	49	13,8 (10,6 – 17,8)	40	15,9 (11,8 – 20,9)	9	8,7 (4,5 – 16,1)
Educação Superior incompleta	10	2,8 (1,5 – 5,2)	10	3,9 (2,1 – 7,2)	0	0
Educação Superior completa	28	7,9 (5,5 – 11,2)	27	10,7 (7,4 – 15,2)	1	0,9 (0,1 – 6,8)
Ignorado	186	52,4 (47,2 – 57,6)	129	51,2 (44,9 – 57,3)	57	55,3 (45,5 – 64,8)
Faixa etária (anos)						
10-19	13	3,7 (2,1 – 6,2)	6	2,4 (1,1 – 5,2)	7	6,8 (3,2 – 13,7)
20-39	188	52,9 (47,7 – 58,1)	124	49,2 (43,0 – 55,4)	64	62,1 (52,2 – 71,1)
40-59	121	34,1 (29,3 – 39,2)	99	39,3 (33,4 – 45,5)	22	21,3 (14,4 – 30,5)
60+	33	9,3 (6,7 – 12,8)	23	9,1 (6,1- 13,4)	10	9,7 (5,2 – 17,3)

Nos casos de reinfecção no sexo masculino, no quesito raça/cor, a maioria dos casos foram registrados entre os autodeclarados brancos (41,7%), pretos (12,7%) e pardos (4,8%). A porcentagem de notificações sem preenchimento do campo de raça/cor nesses casos foi de 40,1% (tabela 2).

O nível de escolaridade mais predominante entre os casos de reinfecção por sífilis adquirida em homens foi o ensino médio completo (com 15,9% dos casos), seguido de educação superior completa (com 10,7%) e ensino fundamental incompleto (8,7%), levando-se em conta que em 51,2% dos casos a informação não foi preenchida na notificação (tabela 2).

A faixa etária mais predominante nesses casos foi a dos 20 aos 39 anos, com 49,2% do total de casos, seguida pela faixa dos 40 aos 59 anos, com 39,3%, dos 60 anos ou mais, com 9,1%, e dos 10 aos 19 anos, com 2,4% dos casos (tabela 2).

Já em relação aos casos confirmados de reinfecção no sexo feminino, no quesito raça/cor, a maior parte dos casos foram registrados entre as autodeclaradas brancas (34,0%), seguida pelas pretas e pelas pardas (ambas com 11,6% do total), não houve nenhum registro de amarelas e indígenas, e em 42,7% das notificações esse campo não foi preenchido (tabela 2).

Ainda nos casos do sexo feminino, os níveis de escolaridade mais prevalentes foram ensino fundamental incompleto (com 19,4% do total de casos), ensino fundamental completo (com 10,7% do total), e ensino médio completo (8,7%). 55,3% das notificações não tiveram o campo preenchido (tabela 2).

Em relação à faixa etária, a maioria se encontrava na faixa dos 20 aos 39 anos (62,1%), seguido dos 40 aos 59 (21,3%), 60 anos ou mais (9,7%) e dos 10 aos 19 anos (6,8%) (tabela 2).

5.1 O problema e perspectivas

Uma pesquisa qualitativa feita com profissionais da saúde do município de Esteio sobre sua percepção do problema da sífilis, suas possíveis causas e as possibilidades de educação em saúde como forma de enfrentamento do problema mostra que as causas do fenômeno da sífilis podem ser diversas, assim como da reinfecção. Essas foram divididas em três dimensões: a técnica/de gestão, a social e a individual. Falta de acolhimento e vinculação dos pacientes por parte das equipes

de saúde, falhas no atendimento e monitoramento dos casos e na comunicação e orientação dos pacientes pela equipe, com falta de informação sobre a doença e a importância do tratamento correto, estão dentro da dimensão técnica e da gestão. Já na dimensão social, há preconceito e falta de diálogo sobre as IST, alcoolismo e uso de drogas, cultura de machismo e violência de gênero e falta de consideração e apoio da família e da sociedade. Na dimensão individual, foram citados relações instáveis e infidelidade e falha no tratamento das parcerias sexuais por dificuldade de comunicação e negociação como possíveis causas do problema da sífilis (SORTICA, 2017).

Há também a importante questão da Educação em Saúde, que enfrenta diversos problemas, como profissionais que não possuem domínio do tema para orientar os pacientes, a necessidade de inovação nas formas de educação e a dificuldade de trabalhar a temática da sexualidade e das IST nas escolas. Para melhorar essas questões, pode-se pensar em estratégias de promoção do autocuidado e protagonismo dos jovens em relação à própria sexualidade, fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde com a escola, sensibilização dos profissionais para orientar os pacientes de forma clara, com alteridade e que se encaixe em seus contextos e realidades, oferta de capacitações, atualizações e ações de educação permanente, e preparo os profissionais para lidar com situações e assuntos referentes à sexualidade, a acolher e orientar os pacientes (SORTICA, 2017).

Estudo de intervenção educativa sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, congênita e adquirida com profissionais de saúde da Atenção Básica de Londrina, no Paraná, mostrou que a melhora no nível de conhecimento dos profissionais sobre a doença, ocasionando na possibilidade de melhor orientação dos pacientes, interferiu na melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional e acarretou a redução da taxa de transmissão vertical, bem como pode ter contribuído para eliminação da mortalidade específica por sífilis em menores de um ano em 2014 e 2015 (LAZARINI, 2017).

Revelou-se também um grande problema relacionado à falta de preenchimento de campos importantes, referentes à raça/cor e escolaridade, por exemplo, na qual essas informações haviam sido ignoradas em grande parte das notificações. Muitas vezes os profissionais veem o preenchimento das notificações como uma tarefa

meramente burocrática, que não traz resultados ou benefícios diretos para o seu trabalho ou a saúde da população.

Com isso, é preciso reforçar as ações de educação permanente e monitoramento do preenchimento correto e completo das notificações, permitindo que profissionais dos serviços da rede de atenção estejam capacitados para a realização desta tarefa. No âmbito da Vigilância em Saúde, essas notificações são processadas, qualificadas e inseridas no sistema de informação, possibilitando a vigilância e o monitoramento das doenças, e a produção de dados e informações para fundamentar ações e estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde da população. Sem o preenchimento completo e fidedigno dos instrumentos de notificação, é difícil mensurar e fazer um diagnóstico adequado da situação epidemiológica de determinada doença ou agravo (BRASIL, 2010).

Outra dificuldade em relação às notificações é o fato de que nem todas as informações presentes na ficha de notificação de agravos são inseridas no SINANnet, pois no sistema só há os campos para informações pessoais, referentes ao agravo e à notificação, e de sexo, raça/cor, escolaridade e idade, por esse motivo foram essas as únicas variáveis estudadas no presente trabalho. É necessário que haja uma atualização do sistema para comportar os campos de todas as informações presentes na ficha de notificação, que é bastante completa (ANEXO), o que possibilitaria uma análise mais profunda de questões socioeconômicas, culturais e comportamentais e uma compreensão mais abrangente do fenômeno.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa revelou que ocorreram 355 casos de reinfecção por sífilis adquirida em Porto Alegre de 2013 a 2017, que compõe 4,4% de todos os casos de infecção por sífilis adquirida durante o período estudado. Destes, a maioria ocorreu em homens, pessoas brancas, com ensino médio completo e em jovens adultos, com idades entre 20 e 39 anos, ainda que com significativa incompletude dos quesitos raça/cor e escolaridade.

Revelaram-se também dificuldades em relação ao preenchimento de notificações e ao sistema de notificação de agravos, o qual não permite a inserção dos dados de muitos dos campos das notificações. Portanto, é necessário que haja mudança na abrangência do sistema e capacitação para os profissionais sobre a importância do preenchimento para o planejamento e execução de ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde da população.

Os estudos sobre reinfecção de sífilis adquirida são escassos, e é necessário aprofundamento do conhecimento científico sobre as questões socioeconômicas, culturais e comportamentais relacionadas à sífilis, assim como a todas as outras IST, promovendo uma compreensão mais abrangente do fenômeno.

O enfrentamento da epidemia de sífilis e de outras IST não depende apenas dos esforços do setor da saúde, como também é necessária uma mudança de valores culturais e sociais para que, desse modo, haja mudanças na dimensão individual das causas do problema. Mas é de extrema importância a atuação ampliada da Vigilância em Saúde, com ações de monitoramento e produção de indicadores que possam subsidiar programas voltados à implementação de estratégias para ações de transformação social e redução de desigualdades, ações de prevenção, educação e promoção de saúde. Neste contexto, as ações da gestão podem ser desenvolvidas para o planejamento, execução e/ou controle de ações na atenção básica, com atendimento, diagnóstico, tratamento e orientação para a população, bem como educação permanente para possibilitar que os profissionais desempenhem seus papéis de forma plena e integral. Por fim, é necessário que se invista em ações e estratégias de enfrentamento a esse problema de saúde pública e que possam modificar o cenário preocupante que se evidencia atualmente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.C.; DONALISIO, M.R.; CORDEIRO, R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 51, n.64, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100247> Acesso em: 13 nov. 2018.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, vol. 81, n. 2, p. 111-26, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>> Acesso em: 9 nov. 2017.

BEGOSSI, J.A. **Sífilis Gestacional: análise temporal da incidência no município de Porto Alegre/RS no período de 2007 a 2015**. 2017. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/169581/001049847.pdf?sequence=1>> Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 04 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html> Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 48 N°36 - 2017 - Sífilis. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>> Acesso em: 21 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: Volume 2**. 1. ed. atual. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf> Acesso em: 29 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. 444 p. Brasília, 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf> Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de

casos para a notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf> Acesso em: 05 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2. Ed. rev. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>> Acesso em: 04 abr. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. U.S. Department of Health and Human Services. Notes from the Field: Repeat Syphilis Infection and HIV Coinfection Among Men Who Have Sex With Men — Baltimore, Maryland, 2010–2011. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**. Atlanta, v.62, n. 32, 2013. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6232a4.htm>> Acesso em: 13 nov. 2018.

FONTELLES, M.J. *et al.* Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v.23, n.3, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Informe Epidemiológico Outubro/2016**. Porto Alegre, 2016. Disponível em <www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/21122217-6-2-informe-sifilis.pdf> Acesso em: 03 dez. 2017.

GRIEBELER, A.P.D. **A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**. 2009. 71 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/17934>> Acesso em: 23 ago. 2018.

HURTADO, I. *et al.* Increased syphilis trend among patients in an AIDS information and prevention center. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, vol. 25, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.gacetasanitaria.org/es-increased-syphilis-trend-among-patients-articulo-S021391111001464>> Acesso em: 13 nov. 2018.

LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D.A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, vol. 25, n. 2845, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf> Acesso em: 13 nov. 2018.

MENEGHEL, S.N. **Epidemiologia**: exercícios indisciplinados. Tomo Editorial, Porto Alegre, 2015. 232 p. Disponível em:

<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/epidemiologia-exercicios-indisciplinados-pdf/view>> Acesso em: 27 nov. 2018.

PHIPPS, W. *et al.* Risk Factors for Repeat Syphilis in Men Who Have Sex With Men, San Francisco. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 36, n. 6, 2009. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007435-200906000-00001>> Acesso em: 13 nov. 2018.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Nov/2017** - Edição Especial Sífilis. Nº 67. Porto Alegre, 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim67_sifilis.pdf> Acesso em: 04 abr. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Maio/2018**. Nº 69. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletimepidemiologico-cgvs-sms-pmpa-69.pdf> Acesso em: 26 out. 2018.

SALADO-RASMUSSEN, K.A. *et al.* Risk of HIV or second syphilis infection in Danish men with newly acquired syphilis in the period 2000–2010. **Sexually Transmitted Infections**, v. 89, n. 5., 2013. Disponível em: <https://sti.bmj.com/content/89/5/372>> Acesso em: 13 nov. 2018.

SIGNORINI, D.J.H.P *et al.* Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, vol.40, no.3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000300006> Acesso em: 08 abr. 2018.

SORTICA, A.C. **Rede de Atenção à Saúde, Sífilis e Educação em Saúde, a intersecção necessária: um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no município de esteio**. 2017. 123 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/158184>> Acesso em: 13 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html> Acesso em: 05 dez. 2018.

ANEXO – Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Adquirida

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA

Nº

CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, **OU** indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença SÍFILIS ADQUIRIDA		Código (CID10) A53.9	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 6 - Não se aplica		6 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª e 8ª séries incompletas do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes epidemiológicos	31 Ocupação					
	32 Comportamentos e vulnerabilidades 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Usuário(a) de drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Usuário(a) de drogas não injetáveis	<input type="checkbox"/> Profissional do sexo			
<input type="checkbox"/> Relações sexuais com homens	<input type="checkbox"/> Relações sexuais com mulheres	<input type="checkbox"/> Múltiplas parcerias sexuais				
<input type="checkbox"/> Situação de rua	<input type="checkbox"/> Privado(a) de liberdade	<input type="checkbox"/> Hemofílico				
<input type="checkbox"/> Outros _____						
33 Identidade de gênero 1-Travesti 2-Mulher transexual 3-Homem transexual 4-Não se aplica 9-Ignorado						
Dados clínicos e laboratoriais	34 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Assintomática 9 - Ignorado			35 HIV/AIDS 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	36 Título 1 - 1/1 2 - 1/2 3 - 1/4 4 - 1/8 5 - 1/16 6 - 1/32 7 - 1/64 8 - 1/128 9 - 1/256 ou mais		37 Data do teste não treponêmico reagente		38 Data do teste treponêmico reagente	

