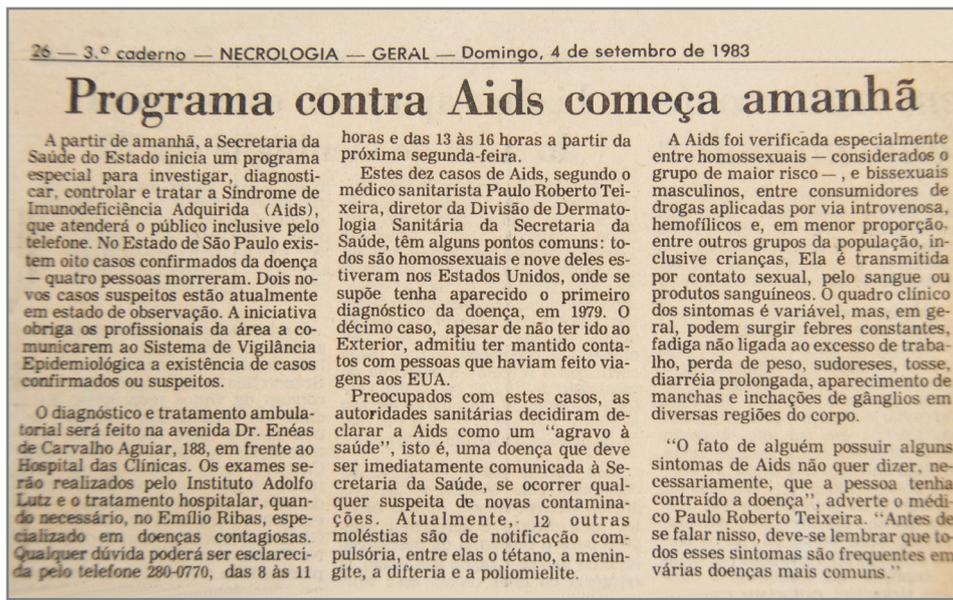


Cenário Epidemiológico das IST e HIV no Estado de São Paulo - A epidemia ontem e hoje



Acervo do CRT DST/Aids-SP

HIV/AIDS

Os primeiros casos de aids no país foram descritos no início da década de 80, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis (UDI), em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão

da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

Os padrões de transmissão foram distintos nas diversas regiões do Estado de São Paulo e a partir de final da década de 90 houve um predomínio de casos de aids com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo, com um incremento importante nas mulheres e um declínio de casos UDI. Atualmente a epidemia está concentrada principalmente em HSH jovens.

Apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por

aids vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 após à introdução dos antirretrovirais (ARV) na rede pública, associada à descentralização do atendimento, ao diagnóstico precoce, a intervenção adequada sobre o manejo das infecções oportunistas, das comorbidades e das coinfeções.

Como reflexo destas políticas no estado de São Paulo, no período 1980 a 30 de junho de 2017 foram registrados 260.396 casos de

aids. A taxa de incidência (TI) da aids no ESP foi reduzida em 26,2% nos últimos dez anos, de 21,2, em 2007 para 15,7 casos por 100 mil habitantes-ano em 2016 (24,1 casos para cada 100 mil homens e 7,7 casos para cada 100 mil mulheres) *(Figura 1). A queda da incidência de aids de 2007 para 2016 em mulheres foi bem maior que entre os homens, 48,1% e 13,9%, respectivamente. A razão de sexo (homem/mulher), que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a crescer a partir de 2007, indo de 1,8 para 3,0 em 2016.

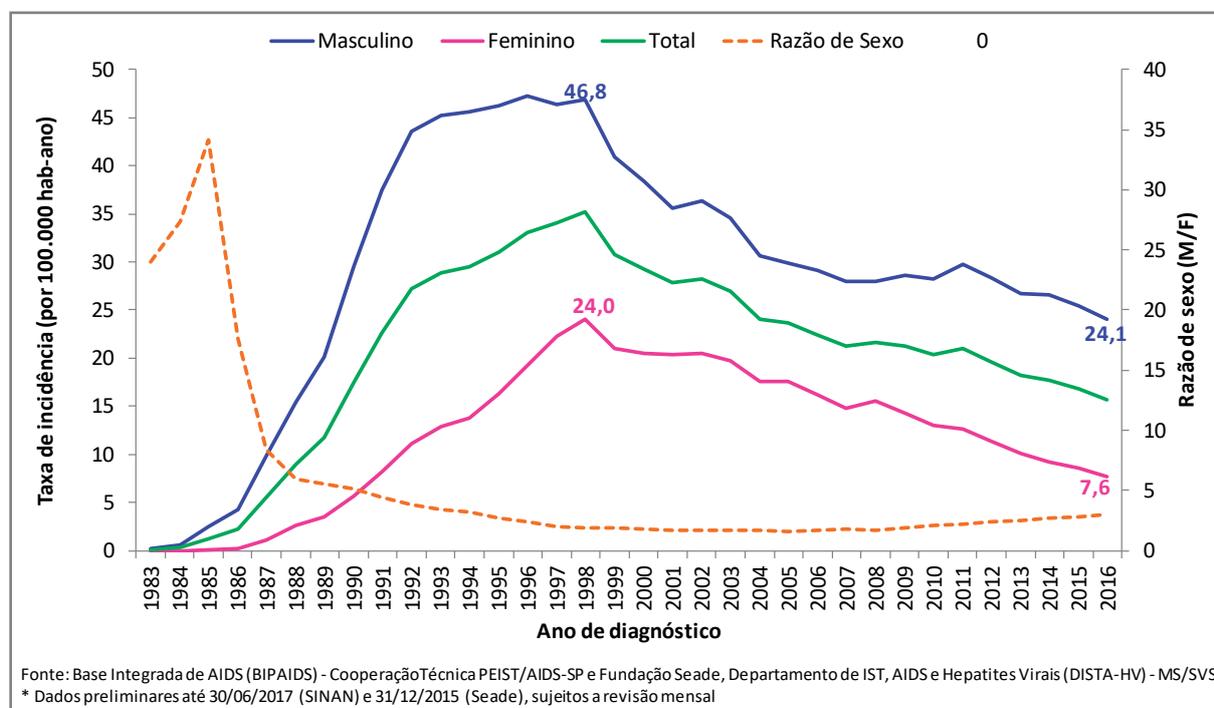


Figura 1. Taxa de incidência de aids por 100 mil habitantes-ano* (TI), segundo ano de diagnóstico, sexo e razão de sexo (masculino/feminino), estado de São Paulo, 1983 a 2016*.

Entre jovens de 15 a 19 e de 20 a 24 anos de idade, a incidência de aids aumentou de 2007 para 2016, 51,8% e 40,7% respectivamente (Figura 2). Este aumento foi devido à participação três vezes maior dos homens adolescentes e duas vezes maior dos homens adultos jovens nas notificações de casos novos de aids. Nestes últimos 10 anos (2007 a 2017*) 8.015 jovens de ambos os

sexos adoeceram pela aids no ESP, mostrando a gravidade do curso da infecção nesta faixa de idade e necessidade de implementar as ações de prevenção da infecção pelo HIV, particularmente para o público com idade inferior a 15 anos, assim como a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e ampliação da testagem para o HIV (Figura 2).

Apesar da redução de 43,7% do número de casos no sexo feminino de 2007 para 2016, observa-se um pequeno aumento na proporção (3,1%) de casos de raça/cor preta entre as mulheres. Chama atenção a notificação de caso de aids em 109 indígenas

no Estado nos últimos 10 anos, sendo importante focalizar regiões e municípios com ocorrência de casos nesta população para implementação de ações de prevenção e rede de cuidados.

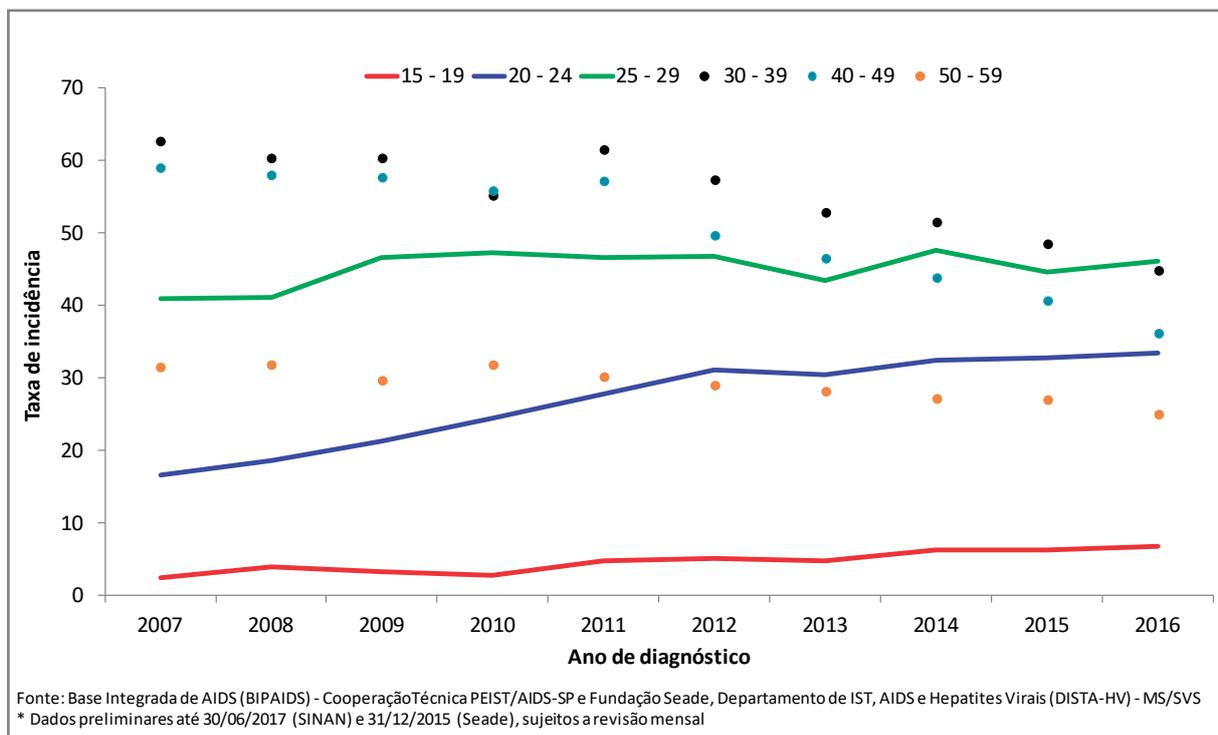


Figura 2. Taxa de incidência de aids em homens por 100 mil homens-ano, segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2016*.

Entre os casos do sexo masculino observa-se um número mais elevado de anos de estudo e, quanto maior a escolaridade, mais expressiva torna-se essa diferença entre os sexos; 17,1% dos homens versus 6,0% das mulheres com nível superior completo/incompleto. Apesar da pequena proporção (13,8%) de casos entre analfabetos ou com até o 4º ano do fundamental, o registro de 8.950 indivíduos com aids nesse grupo, de 2007 a 2017, aponta a necessidade de adequação das vias e formas de comunicação de prevenção às IST para esta população com menor instrução.

Para a análise das categorias de exposição informadas nas notificações de casos de aids, foram selecionados os 226.168 (89,1%) de indivíduos com 13 anos e mais de idade que possuem investigação e notificação, do total de 253.439 casos notificados no Sinan (Figura 3). Essa análise mostra que a ocorrência de casos de aids por exposição ao uso de drogas injetáveis (UDI) continua caindo. Enquanto na década de 1990 eram em média 2.717 casos notificados/ano, nos anos 2000 foram 913 e nesta última década apenas 251 casos notificados (Figura 3).

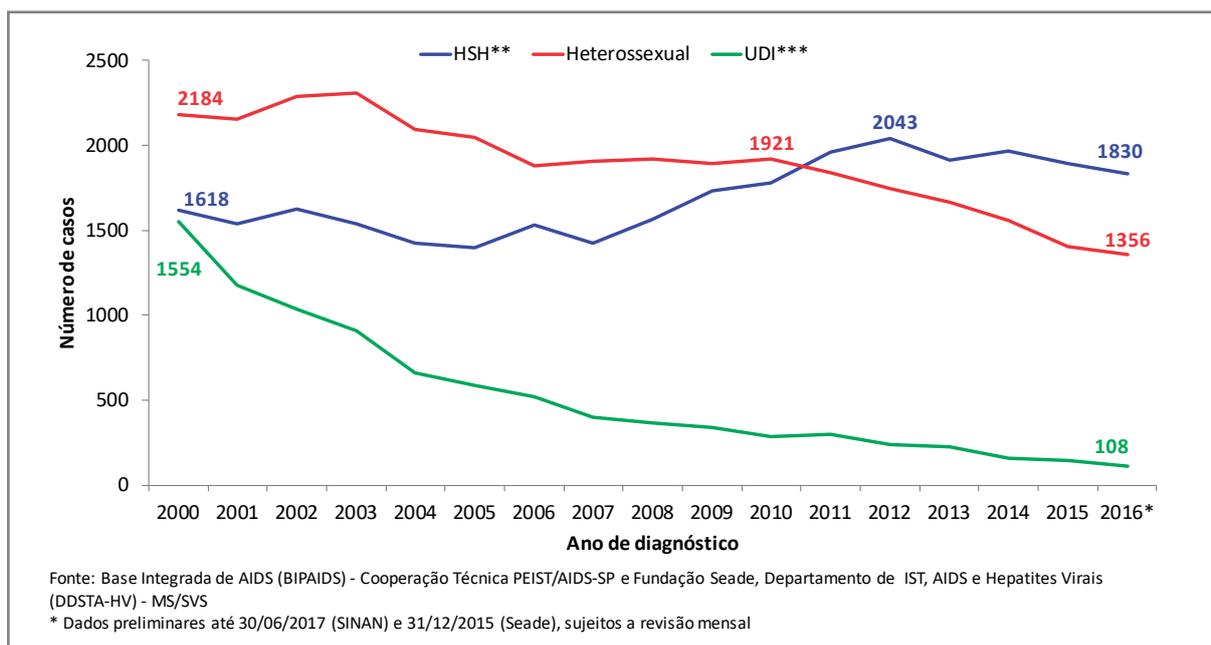


Figura 3. Casos notificados de aids em homens maiores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 2000 a 2016*.

Apesar da redução de 16,3% no número total de casos notificados, de 2007 para 2016, verifica-se aumento de 29,3% dos casos com a categoria de exposição sexual de homens que fazem sexo com homens (HSH) e decréscimo de 28,8% entre homens heterossexuais nestes anos específicos.

A análise de tendência dos casos notificados de aids em homens no período de 2012 à 2016 revela tendência de queda para as três categorias: HSH (com velocidade de 43 casos/ano), heterossexual com velocidade de 104 casos/ano e UDI (com velocidade de 34 casos/ano) (Figura 4).

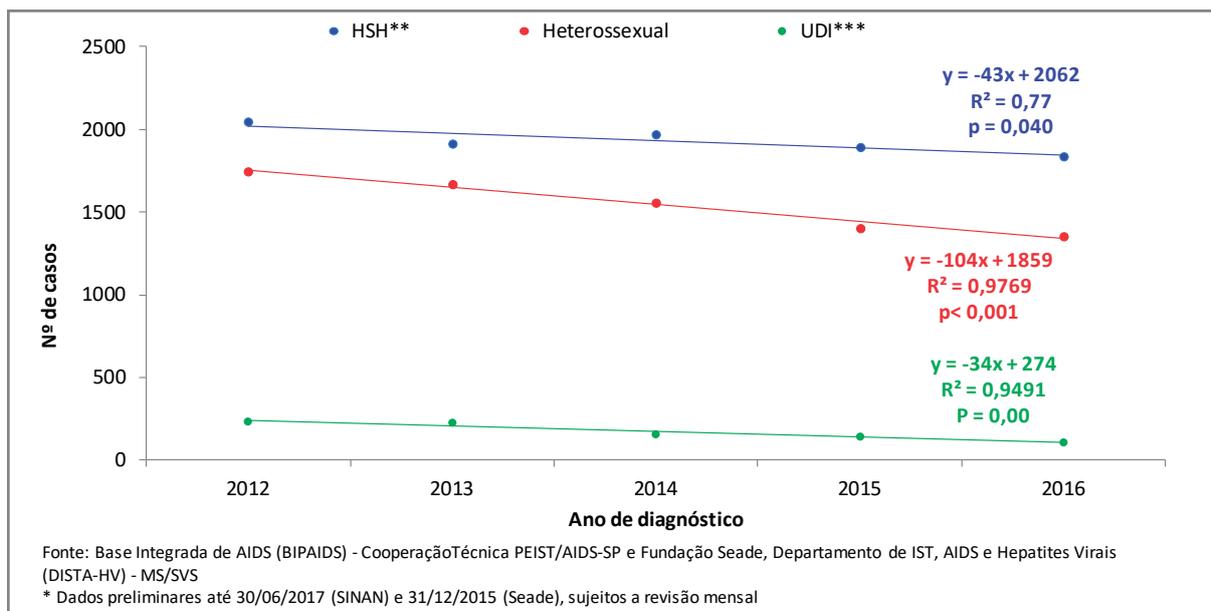


Figura 4. Tendência dos casos notificados de aids em homens que fazem sexo com homens (HSH) segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição, estado de São Paulo, 2007 - 2016*.

A questão da raça/cor também se mostra associada a esse recrudescimento da epidemia entre HSH, uma vez que a análise de tendência revela crescimento dos casos

entre pardos e secundariamente entre pretos, enquanto se observa tendência decrescente entre brancos a partir de 2012 (Figura 5).

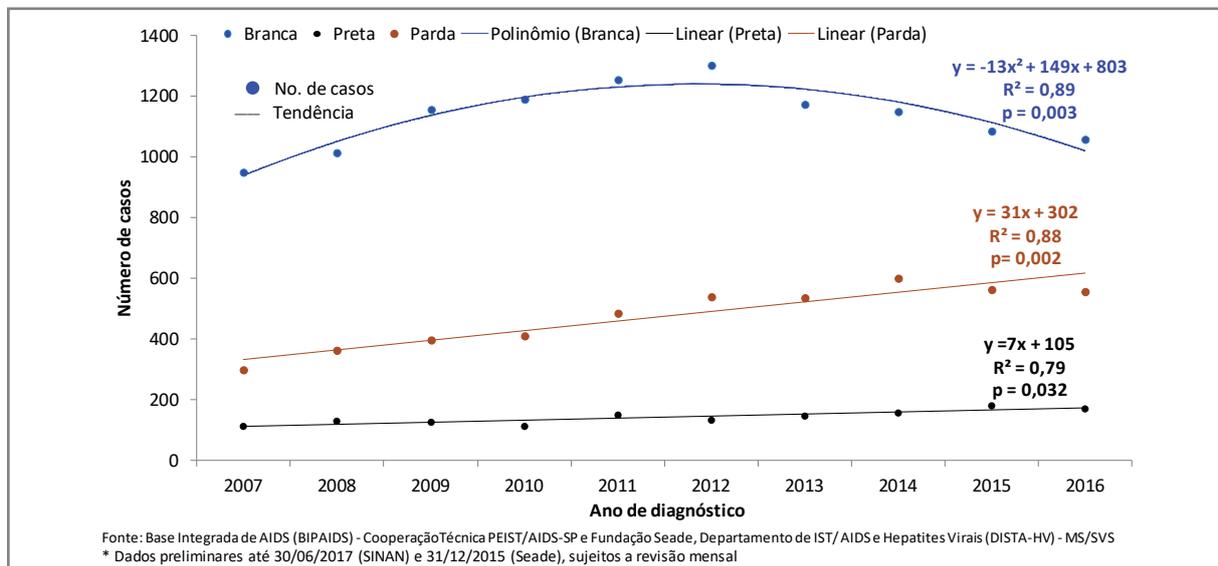


Figura 5. Tendência dos casos notificados de aids em HSH segundo ano de diagnóstico e raça-cor, estado de São Paulo, 2007 a 2016.

Desde 1985, foram a óbito por aids 113.901 pessoas no estado de São Paulo, segundo o Sistema de Óbitos da Fundação Seade. Comparando-se 2007 e 2016, a taxa de mortalidade por aids (TM) passou de 8,2 para 5,8 óbitos por 100 mil habitantes-ano, respectivamente, o que significou uma

redução de 29,1%, sendo 30,7% de redução para o sexo masculino e 25,5% para o feminino. O número absoluto de óbitos caiu 3,6%, cerca de 97 em média de um ano para outro, no último triênio. Em 2016, ocorreram 2.508 óbitos por aids, ou seja, uma média de sete óbitos por dia (Figura 6).

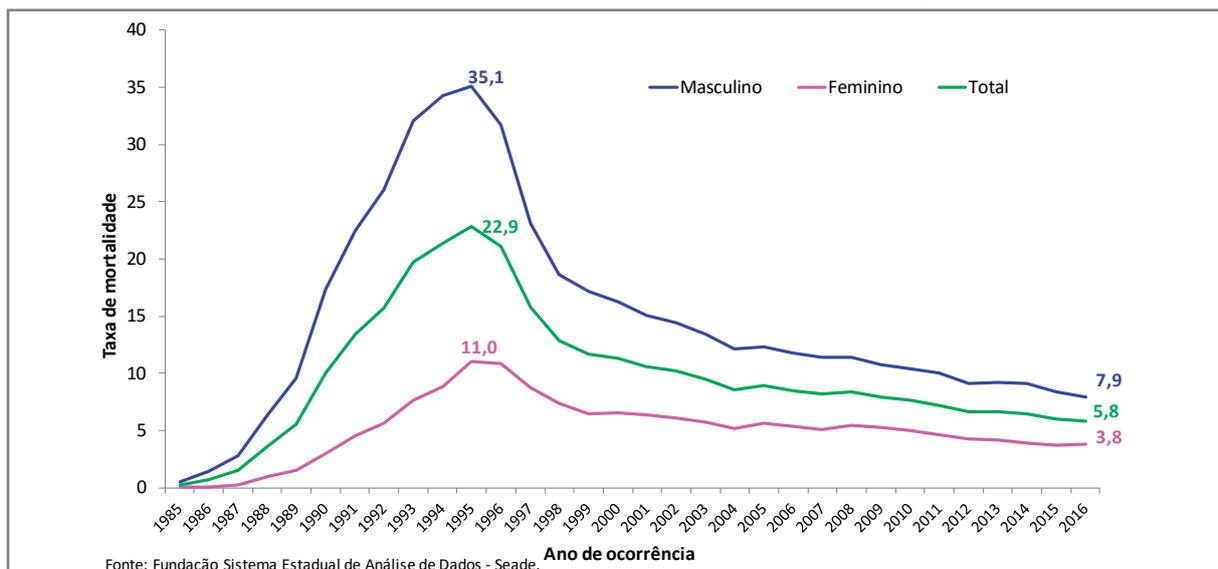


Figura 6. Taxa de mortalidade por aids por 100 mil habitantes-ano* (TM), segundo sexo e ano de diagnóstico e razão de sexo (masculino/feminino), estado de São Paulo, 1983 a 2016*.

O maior número de óbitos e a TM por aids mais alta ocorreram na faixa etária de 40 a 49 anos em 2016, (12,6 óbitos por 100 mil habitantes-ano).

Entre os indivíduos com 13 anos e mais, a maior redução da TM, nos últimos dez anos, foi observada no grupo de 30 a 39 anos de idade (55,3%). No mesmo período, a TM aumentou 35,4% entre aqueles com 70 anos e mais, sendo maior no sexo feminino (72,4%) do que no masculino (14,4%). Essa elevação das TM nas idades mais avançadas pode ser devida à maior sobrevivência dos pacientes, uma vez que o mesmo aumento não se observa na taxa de incidência neste grupo etário, estável nos últimos dez anos.

Diagnóstico Tardio

Sabe-se que a redução da mortalidade, hoje, encontra-se intimamente ligada ao diagnóstico precoce e à adesão aos serviços. Nesse sentido, um importante indicador do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP)/Sispacto, a primeira contagem de células T-CD4 realizada pelos portadores do HIV permite acompanhar a situação do diagnóstico precoce na série histórica. Quase metade dos portadores de HIV do estado de São Paulo (42%) chegou aos serviços, entre 2003 e 2006, com a contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³, o que revela acesso tardio aos serviços de saúde. Esta taxa, em 2008, foi de 30,5% e no ano de 2017, até o segundo quadrimestre, foi de 21,0%, revelando, portanto uma queda de 1,4 vezes (Figura 7).

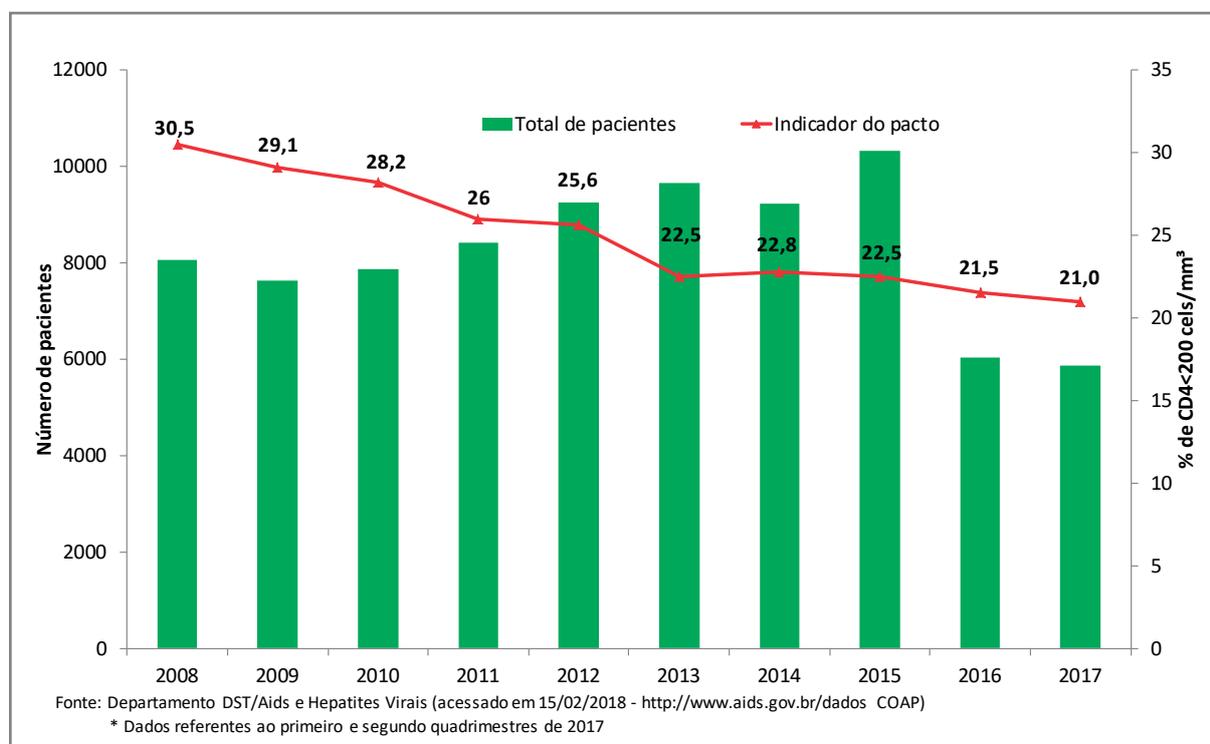


Figura 7. Total de soropositivos para o HIV com 15 anos e mais de idade segundo realização de contagem de CD4 e CD4 menor que 200 células/mm³ - indicador do Sispacto, estado de São Paulo, 2008 a 2017*.

Um dos mais importantes resultados da constituição da base integrada paulista de aids (Bip aids) é o conhecimento do número de pessoas vivendo com aids a cada ano ao atualizar a situação de vida dos casos notificados, a partir da subtração do total de casos de aids de cada ano, pelo respectivo número de óbitos do ano adicionando-se o resíduo de casos vivos do ano anterior. Obteve-se, portanto, a estimativa de 127,069 pessoas vivendo com aids até 30/06/2017.

O impacto da introdução dos antirretrovirais tem aumentado sobremaneira a prevalência de pessoas vivendo com aids e trazido novos desafios, que merecem políticas públicas específicas. Destes, adolescentes e adultos jovens que adquiriram a infecção por transmissão vertical necessitam abordagem quanto à revelação diagnóstica, saúde reprodutiva e sexualidade. Aqueles que estão envelhecendo com aids, necessitam de serviços que acolham suas demandas de saúde, associadas ou não à aids. Portanto, é necessária a readequação dos serviços, diante do número crescente de pessoas sobre seus cuidados e a complexidade desses novos problemas. Os primeiros casos de aids no país foram descritos no início da década de 80, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em

transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

Os padrões de transmissão foram distintos nas diversas regiões do Estado de São Paulo e a partir de final da década de 90 houve um predomínio de casos de aids com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo, com um incremento importante nas mulheres e um declínio de casos UDI. Atualmente a epidemia está concentrada principalmente em homens que fazem sexo com homens (HSH) jovens.

Atualmente, apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por aids vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 após a introdução dos antirretrovirais na rede pública, associada à descentralização do atendimento, ao diagnóstico precoce, a intervenção adequada sobre o manejo das infecções oportunistas, das comorbidades e das coinfeções.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS

O Brasil aderiu à iniciativa regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (Opas) para eliminação da sífilis congênita (SC) e da transmissão vertical do HIV (TVHIV) na América Latina e Caribe. As recomendações da OMS/Opas para certificação de eliminação destes agravos se constituem em atingir metas de impacto e processo, com os seguintes

indicadores: taxa de incidência (TI) de SC de 0,5 caso/1000 nascidos vivos (NV); TI de casos de infecção por TVHIV $\leq 0,3/1000$ NV; taxa de transmissão vertical $<2\%$; cobertura de pré-natal (PN) (≥ 4 consultas) $\geq 95\%$; cobertura da testagem HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; cobertura de tratamento antirretroviral em gestantes HIV positivo e de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

O número de casos de aids em crianças menores de 13 anos de idade reduziu 68% nos últimos dez anos, de 124 casos em 2007, para 40 em 2016; e a taxa de incidência (TI) diminuiu três vezes, de 1,5 casos em 2007, para 0,5 por 100 mil crianças menores de 13 anos de idade-ano, em 2016.

Um dos indicadores do SISPACTO é o número de casos novos de aids em crianças menores de cinco anos de idade e este indicador apresentou queda de duas vezes, de 67 casos em 2007, para 31 em 2016. A variação média no último triênio (2014, 2015 e 2016) foi de menos 2 casos ao ano, enquanto que no anterior foi de menos 9 casos de aids em menores de 5 anos de idade.

De 1984 a 2017 (até 30/06/2017), foram registrados 6.718 casos de aids em menores de 13 anos de idade. Deste total, 6.020 (90%) casos foram notificados no Sinan, o que possibilitou identificar a categoria de exposição destas crianças, e 698 (10%) captados através de outros sistemas de informação, laboratorial (Siscel) e Mortalidade (SIM). A categoria de transmissão vertical representou 89% (N=5.361) dos casos em menores de 13 anos de idade. As crianças menores de

cinco anos de idade representaram 75% (N=5.051) dos casos registrados.

A ocorrência da doença em menores de cinco anos, tem sido tratada como proxy da TVHIV, portanto, ações de prevenção durante a gestação e parto e o cuidado prestado à criança nesta fase da vida, assim como, a redução do número de casos, têm sido pactuados e monitorados em todos os municípios brasileiros, como uma das medidas com vistas à eliminação de casos por esta forma de transmissão.

Os indicadores referentes à TVHIV possuem resultados próximos da eliminação, no entanto, os da sífilis necessitam de maiores esforços para o seu alcance. Apesar das medidas de intervenção para evitar a SC estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, vários fatores sociais, políticos, econômicos e individuais parecem dificultar o acesso desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência destes casos, em populações mais vulneráveis. Ampliação do acesso e melhoria do PN, oferta de testes para diagnóstico precoce e início oportuno de tratamento/profilaxia das gestantes são ações importantes para eliminação destes dois agravos.

Transmissão vertical do HIV

A transmissão vertical do HIV (TVHIV) acontece pela passagem do vírus da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação (inclusive aleitamento materno cruzado).

A cobertura mundial de gestantes com acesso aos antirretrovirais para prevenção

da TVHIV aumentou significativamente. Em 2016, cerca de 76% das mulheres grávidas vivendo com HIV tiveram acesso a terapia antirretroviral (TARV); como resultado, as novas infecções por HIV em crianças diminuiram¹.

É muito importante que seja oferecido o teste do HIV para todas as gestantes, durante o pré-natal e no momento do parto. As gestantes devem ser esclarecidas sobre os benefícios do diagnóstico precoce do HIV e, nesse sentido, os serviços de pré-natal devem disponibilizar o acesso ao teste e promover ações de aconselhamento. A precocidade na introdução da TARV combinada é fundamental para reduzir a carga viral na gestação, considerada um dos fatores associados mais importante para o aumento do risco de TVHIV.

No Brasil, a redução dos casos de TVHIV, de modo importante, podendo chegar a níveis inferiores a 2%, devido à adoção de medidas eficazes de prevenção, permitiu que o Ministério da Saúde, em 2017, lançasse a estratégia de **Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical** do HIV para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia visa aprimorar ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das gestantes, parcerias sexuais e crianças, além de qualificar a vigilância epidemiológica, os sistemas de informação, o monitoramento e a avaliação contínua das políticas públicas voltadas à eliminação da TVHIV no Brasil.

A certificação será concedida a municípios com uma população de 100.000 habitantes ou mais, que tenham atingido os critérios e

os indicadores estabelecidos para eliminar a TVHIV, em conformidade com as diretrizes da OMS/Opas.

No estado de São Paulo, no período de 2007 a 2017 (30/06/2017), foram notificadas 13.598 gestantes/parturiente/puérperas infectadas pelo HIV. Em 2016, a taxa de detecção (TD) foi de 2,2 gestantes por mil NV e vem se mantendo estável em torno de 2,0 gestantes soropositivas para cada mil NV, nos últimos seis anos.

Nas características sociodemográficas destas mulheres, destacam-se os dados da raça/cor da pele. Comparando os anos 2011 e 2016, nota-se que a raça/cor branca apresentou declínio de 7,4% (passou de 646 para 598 casos), enquanto que a parda aumentou 25% (passou de 375 para 469 casos) e a preta se manteve estável.

Apesar de 95% das gestantes terem realizado o diagnóstico do HIV antes ou durante o pré-natal, a cobertura de terapia antirretroviral foi de aproximadamente 87% no PN.

Em relação às crianças expostas ao risco de TVHIV, 22.703 casos foram notificados no estado de São Paulo, no período de 2000 a 2017 (até 30/06/2017). Deste total, 18.473 (81%) crianças possuíam informação de seguimento no sistema de informação da vigilância epidemiológica do Programa Estadual de IST/HIV/Aids de São Paulo e, destas, 13.953 (75%) foram encerradas com definição do status sorológico e 198 (1,1%) evoluíram para o óbito antes da finalização do caso (Figuras 8 e 9).

¹ Unaid - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Fact sheet – latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic - December 2017. Geneve; 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf

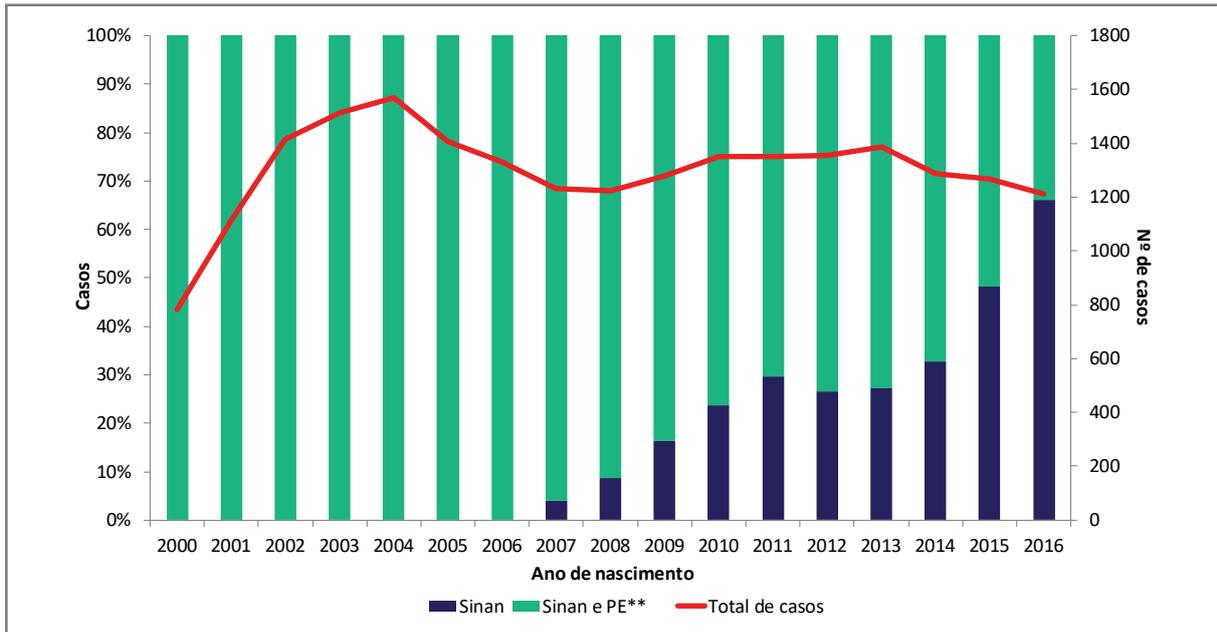


Figura 8. Número total de crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV segundo proporção de casos notificados e investigados, casos exclusivamente notificados e ano de nascimento. Estado de São Paulo, 2000 a 2016*.

Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP).

Notas:* Dados preliminares até 30/08/2017, sujeitos a revisão mensal; **Casos notificados no Sinan e fichas enviadas e digitadas na VE-PEDST/Aids-SP.

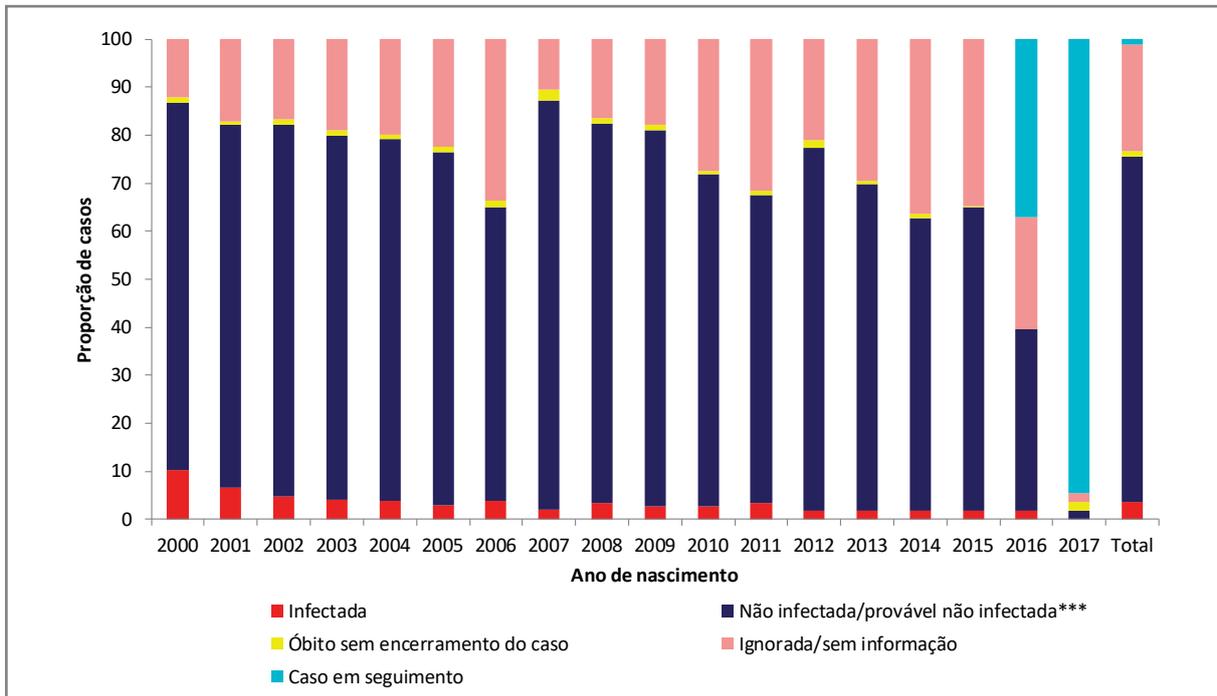


Figura 9. Proporção de crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV segundo tipo de encerramento* e ano de nascimento. Estado de São Paulo, 2000 a 2017**.

Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP).

Notas:

*Casos digitados no Sinan Windows até 2006 e casos digitados na VE-PEDST/Aids-SP a partir de 2007.

** Dados preliminares até 30/08/2017, sujeitos a revisão mensal.

*** Não Infectadas – crianças com duas cargas virais indetectáveis e sorologia anti-HIV não reagente; Provável não infectada – crianças com duas cargas virais indetectáveis, sem realização de sorologia anti-HIV.

A definição do status sorológico de todas as crianças expostas ao risco de TVHIV é fundamental para o melhor seguimento, manejo dos casos clínicos, diagnóstico precoce da infecção, introdução oportuna da terapia antirretroviral combinada nos infectados e melhor sobrevivência destas crianças. Entre 2007 e 2017 (até 30/06/2017), cerca de 70% (N=6.584) das crianças expostas ao risco de TVHIV foram encerradas como não infectadas e 2,4% (N=222) como infectadas. As demais crianças estão em seguimento ou em situação sem informação (Figura 8).

Transmissão vertical da sífilis

A sífilis congênita (SC) é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Evidências atuais estimam que, na ausência de tratamento eficaz, 25% das gestações das mulheres infectadas não tratadas adequadamente resultarão em abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; 11%, em morte fetal a termo; 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita. A sífilis adquirida na gestação é curável e a sífilis congênita totalmente evitável.

No estado de São Paulo foram notificados 44.413 casos de sífilis em gestantes no período de 2007 a 2017 (até 30/06/2017). A taxa de detecção de sífilis em gestante (TDSG) tem aumentado progressivamente, passando de 1,8, em 2007, para 14,3 gestantes por mil NV, em 2016. A detecção da gestante com sífilis no PN é importante para evitar casos de

sífilis congênita. Entre 2014 e 2015 a TDSG aumentou 11%, enquanto que, entre 2015 e 2016, a taxa elevou-se 30%, passando de 11 para 14,3 gestantes por mil NV, ou seja, em cada 100 gestantes 1,4 teve sífilis (Figura 10).

Entre 2010 e 2016, o aumento da sífilis nas gestantes adolescentes (19 anos ou menos de idade) foi de cinco vezes. Em 2016, esta população representou 24,5% (N=2.113) do total de casos. Também foi observado aumento de 11 vezes entre as gestantes de cor de pele parda, entre 2010 e 2016.

Quanto ao tratamento com penicilina G benzatina em doses adequadas para a forma clínica da sífilis da gestante, que vinha apresentando uma estabilidade, desde 2013 (em torno de 85%), aumentou para 88%, no ano de 2016. Uma das metas para a eliminação da sífilis congênita é a cobertura de 95% ou mais de tratamento com penicilina em gestantes no PN. Em 2016, dos 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) a proporção de tratamento adequado da gestante variou de 73 a 97%; sendo maior ou igual a 95% em três GVE e entre 90% e 94% em sete GVE.

Em 2014, foi realizado um estudo no estado de São Paulo para avaliar o cumprimento da Portaria MS/GM nº 3.161, de 27/12/2011 – sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os municípios que participaram do estudo (N=461), 124 (27%) municípios, a penicilina G benzatina não é aplicada nas unidades básicas de saúde. Para que a SC seja eliminada é fundamental a aplicação da penicilina nas unidades de atenção básica.

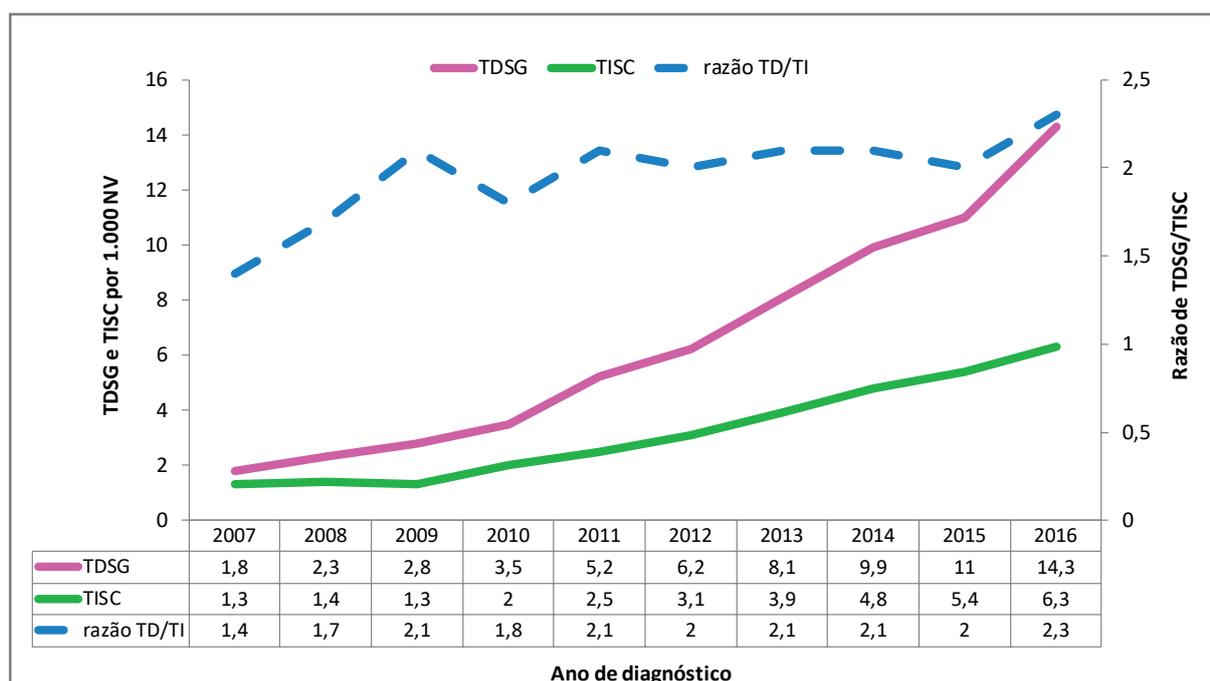


Figura 10. Taxa de incidência de sífilis congênita (TISC), taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG), por 1.000 nascidos vivos (NV) e razão de taxas (TDSG/TISC) segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2016*.

Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS e Fundação Seade – população de nascido vivo.

Nota: *Dados preliminares até 30/06/2017 sujeitos a revisão mensal.

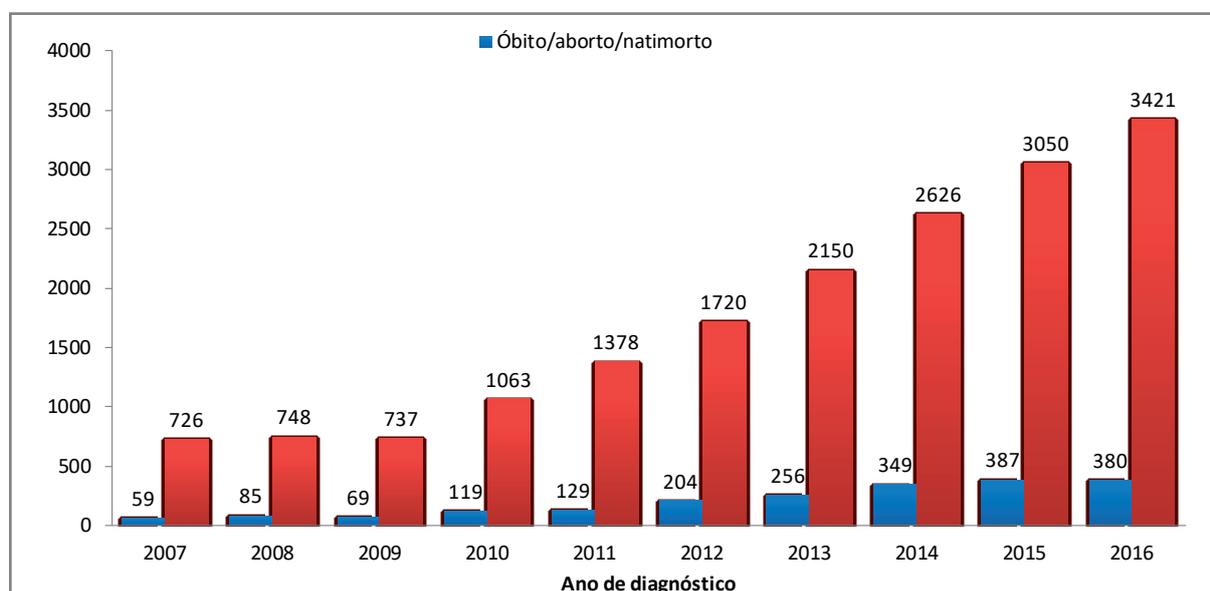


Figura 11. Casos de sífilis congênita segundo evolução e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2016*.

Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS -CCD-SES-SP e SIM- CCD-SES-SP.

Nota: *Dados preliminares até 30/06/2017 sujeitos a revisão mensal.

De 1986 a 2017 (até 30/06/2017) foram notificados 31.739 casos SC no estado de São Paulo. Deste total, 440 (1,4%) foram óbitos

infantis decorrentes da SC. Em 2016 foram notificados 3.801 casos de SC e 41 óbitos infantis por SC.

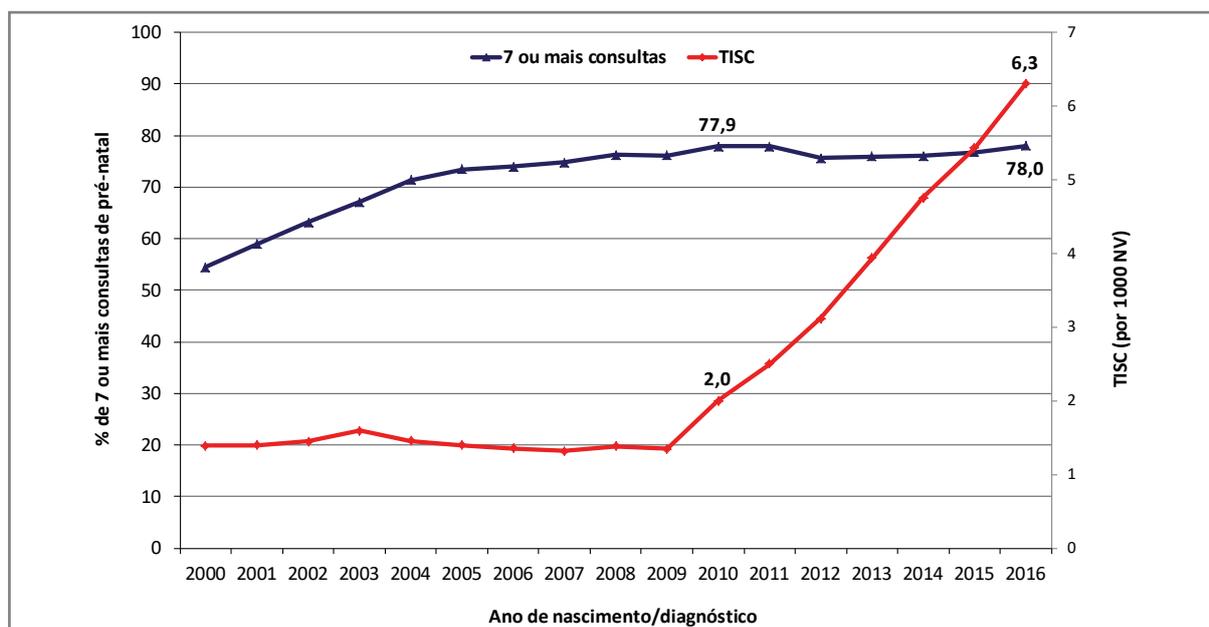


Figura 12. Taxa de incidência de sífilis congênita (TISC), por 1.000 nascidos vivos (NV) e percentual de consultas de pré-natal, segundo ano de nascimento/diagnóstico. Estado de São Paulo, 2000 a 2016.

Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS - CCD-SES-SP e SINASC- CCD-SES-SP.

A taxa de incidência de SC (TISC) elevou-se 4,7 vezes, quando comparados os anos 2009 e 2016, passando de 1,3 para 6,3 casos por mil NV, respectivamente (Figura 10).

A infecção congênita por *Treponema pallidum* é considerada uma afecção grave que pode acarretar entre as suas consequências o óbito, aborto e natimortalidade, além de possíveis sequelas na evolução da criança. Em 2016, dos 3.801 casos notificados, 380 (10%) apresentaram na evolução da infecção: aborto, natimorto ou óbito infantil (Figura 11).

O PN é o momento importante para evitar a SC e, apesar do Estado de São Paulo, desde 2010, ter uma cobertura de aproximadamente 78% de sete ou mais consultas, a TISC vem apresentando aumento progressivo desde o referido ano (Figura 12).

O diagnóstico precoce e o tratamento da gestante com sífilis, idealmente iniciado até a 20ª semana de gestação, podem contribuir para a redução de perdas fetais e óbitos infantis evitáveis. A cobertura e melhoria da qualidade do PN, o manejo adequado das ações de prevenção e terapêutica, captação precoce de gestantes para PN, tratamento de parceiros sexuais e seguimento ambulatorial dos casos, são ações que contribuem para a redução da SC. Os profissionais devem estar atentos aos protocolos clínicos estabelecidos no país e no estado de São Paulo, para o manejo da criança com SC.

A prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), além das condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres, como o uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, gravidez na adolescência, viver em situação de rua ou privadas de liberdade constituem os principais desafios

a serem vencidos para atingir a meta de eliminação da SC.

SÍFILIS ADQUIRIDA

De 2007 a 2017 foram notificados 159.015 casos de sífilis adquirida (SA) no estado de São Paulo. No período de 2011 a 2016 ocorreu aumento de 2,8 vezes da taxa de detecção da sífilis adquirida (TDSA), passando de 26 para 73,6 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (Figura 13).

Em 2016, dos 31.894 notificados com sífilis adquirida 61,2 % foram homens. Observou-se TDSA de 92,4 casos por 100.000 habitantes em homens e 55,7 casos por 100.000 habitantes em mulheres.

Encontrou-se a maior TDSA na faixa etária de 20 a 24 anos – 151,2 casos por 100.000 habitantes em 2016, sendo a TDSA

de 196,1 casos por 100.000 habitantes para o sexo masculino e TDSA=104,9 casos por 100.000 habitantes para o sexo feminino. Adicionalmente, pode-se observar que a TDSA na faixa etária de 20 a 24 anos para o sexo masculino aumentou 4,1 vezes entre 2011 e 2016, respectivamente de 48,3 para 196,1 casos por 100.000 habitantes. Para o sexo feminino, nesse mesmo período e faixa etária, a elevação da taxa de detecção de sífilis adquirida foi de 4,6 vezes, respectivamente de 22,8 casos por 100.000 habitantes para 104,9 casos por 100.000 habitantes. Na série histórica de 2007 a 2016 pode-se observar discreta elevação percentual dos casos notificados da raça/cor preta e parda de 41,1% em 2011 para 43% em 2016. Em 2016, 463 (71,7%) dos municípios do Estado notificaram pelo menos um caso de sífilis adquirida. Entre 2015 e 2016 ocorreu elevação percentual de 5,8% de municípios notificadores e de 9,8% de unidades notificadoras.

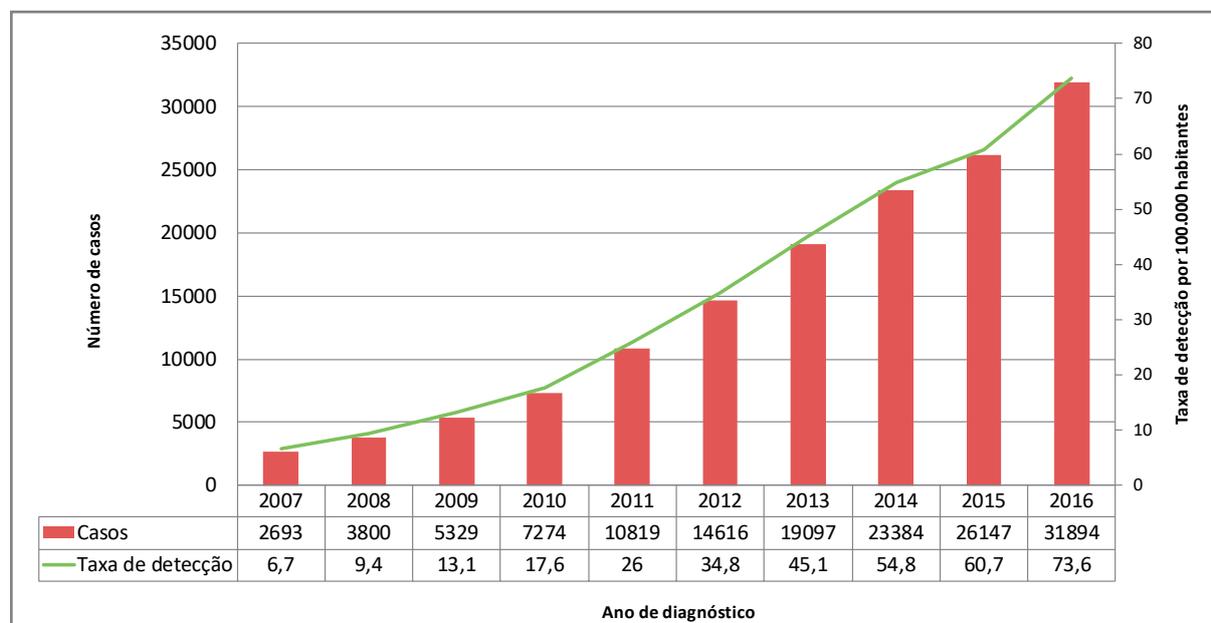


Figura 13. Casos notificados de sífilis adquiridas e taxa de detecção (TD) por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2016*

Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS - CCD-SES-SP, utilizada projeção populacional Fundação SEADE.

Notas: *Dados preliminares até 30/06/2017 sujeito a revisão mensal.

O controle da ocorrência de sífilis adquirida é importante para a eliminação da SC. A maior adesão dos serviços à vigilância do agravo vai possibilitar o monitoramento da ocorrência da sífilis na população, visando subsidiar a organização de ações

de prevenção da sífilis e suas complicações em especial a forma congênita. Destaca-se a importância da implementação pelos serviços de saúde, de adoção de medidas educativas e de prevenção, junto às estas populações mais vulneráveis em adquirir infecções por IST/HIV.

