

Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde

ISSN online 2358-9450

SÍFILIS 2017



Editorial

A presente publicação do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), apresenta dados dos casos de sífilis congênita a partir de 1998, sífilis em gestantes a partir de 2005 e sífilis adquirida a partir de 2010, atualizados em série histórica até 30 de junho de 2017 e detalhados segundo variáveis selecionadas, por região e Unidades Federativas (UF). Estes agravos compõem a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, conforme o Anexo A.

As fontes dos dados apresentados neste Boletim Epidemiológico são as notificações dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita obtidas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e os registros de óbitos perinatais relacionados à sífilis congênita obtidos por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Os critérios de definição de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revistos e constam na **Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-**, DIAHV/SVS/MS, conforme o Anexo B. As principais mudanças foram realizadas em consonância com os critérios adotados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os casos de sífilis adquirida em indivíduos sintomáticos poderão ser definidos com apenas um teste, treponêmico (com qualquer titulação) ou não treponêmico. O período de detecção e classificação, no caso

de sífilis em gestante, foi ampliado, passando a considerar o pré-natal, parto e puerpério. Os casos de sífilis em gestantes poderão ser definidos em mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio e, em caso de dois testes reagentes, independentemente de tratamento prévio; em gestantes sintomáticas, a definição do caso poderá ser feita com apenas um teste, treponêmico (com qualquer titulação) ou não treponêmico. Para determinar os casos de sífilis congênita, não mais será levado em consideração o tratamento da parceria sexual da mãe para determinação de tratamento inadequado da mãe, as titulações para testes não treponêmicos deverão ser feitas em pelo menos duas diluições e as amostras para evidência microbiológica poderão ser, também, de secreção nasal ou lesão cutânea. Ressalte-se que as mudanças passaram a vigorar na data de publicação da Nota Técnica, significando que as análises realizadas neste documento foram feitas considerando-se as definições anteriores.

As informações contidas neste boletim também estão disponíveis em versão on-line: dados de sífilis em gestante e sífilis congênita desagregados para cada um dos 5.570 municípios brasileiros, disponíveis em <http://www.aids.gov.br/indicadores>, e em formato eletrônico na página web do DIAHV (<http://www.aids.gov.br>).

Esta publicação reafirma o compromisso com a divulgação sistematizada de informações para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação das ações de saúde no enfrentamento à sífilis, que é uma das mais destacadas prioridades do DIAHV/SVS/MS.

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Adeilson Loureiro Cavalcante, Sônia Maria Feitosa Brito, Adele Schwartz Benzaken, Daniela Buosi Rohlf, Elisete Duarte, Geraldo da Silva Ferreira, Márcia Beatriz Dieckmann Turcato, Márcio Henrique de Oliveira Garcia, Maria de Fátima Marinho de Souza, Maria Terezinha Villela de Almeida.

Equipe Editorial

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – DIAVH/SVS/MS: Adele Schwartz Benzaken (Editora Científica).

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços/SVS/MS: Lúcia Rolim Santana de Freitas (Editora Assistente).

Colaboradores

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - DIAVH/SVS/MS: Adele Schwartz Benzaken, Alessandro Ricardo Caruso da Cunha, Claudia Marques de Sousa, Cristina Pimenta, Daiana Santos Mariah Dresch, Fernanda Moreira Rick, Flavia Kelli Alvarenga Pinto, Flávia Moreno Alves de Souza, Gerson Fernando Mendes Pereira, Luciana Fetter Bertolucci Taniguchi, Mariana Jorge de Queiroz, Rachel Abrahão Ribeiro, Renato Girade, Ronaldo de Almeida Coelho, Silvana Pereira Giozza, Thaís Silva Almeida de Oliveira.

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Diagramação

Marcos Cleuton de Oliviera (DIAHV)

Revisão de texto

Angela Gasperin Martinazzo (DIAHV)

Introdução

A OMS estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo¹, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente.²

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados.

Em virtude da abordagem conjunta adotada pela Opas para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis, e a partir dos indicadores de impacto estabelecidos para a América Latina e Caribe, o Brasil optou por utilizar: (a) a taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$ e taxa de incidência de até 0,3 caso/1.000 nascidos vivos; e (b) a taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/1.000 nascidos vivos, nos últimos três anos, para a habilitação de seus municípios ao processo de certificação nacional. De acordo com os critérios adotados, mais de 100 municípios apresentaram condições favoráveis à solicitação de habilitação para a certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV. Além dos indicadores de impacto para cada um dos agravos, devem ser levados em consideração pelos municípios os seguintes indicadores de processo quando da solicitação de habilitação: (a) cobertura de pré-natal (pelo menos

1 consulta) $\geq 95\%$; (b) cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; (c) cobertura de tratamento com antirretrovirais (ARV) em gestantes HIV+ $\geq 95\%$; e (d) cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

Dado o cenário epidemiológico de aumento de casos de sífilis, aliado à subnotificação de casos, o país ainda não iniciou o processo de certificação de eliminação de sua transmissão vertical.

Em razão da condição prioritária atribuída à prevenção da transmissão vertical da sífilis, o Ministério elaborou a **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil**, construção coletiva de associações de classe e várias áreas do Ministério da Saúde, para seu enfrentamento no país. A agenda apresenta um rol de prioridades, com vistas à qualificação da atenção à saúde e ao compartilhamento de responsabilidades. Estabeleceram-se seis eixos de atuação: certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV, comunicação em saúde, educação permanente em saúde, qualificação das informações estratégicas, fortalecimento da parceria do MS com outros atores e ampliação dos comitês de investigação da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Ressalte-se que, com vistas ao cumprimento do último eixo, deve-se avaliar a capacidade local de otimizar os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (ou de outros comitês/grupos existentes) para agregar a discussão de casos de transmissão vertical, considerando essa mesma finalidade.

Para o ano de 2018, o DIAHV estará implantando projeto de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção, que tem como objetivo reduzir a sífilis adquirida e em gestantes, e eliminar a sífilis congênita no Brasil mediante o fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência, educação e comunicação, constituindo uma resposta integrada e colaborativa que articule os pontos de atenção à saúde, os setores sociais e a comunidade para fortalecer a resposta a esses agravos.

Situação epidemiológica da sífilis no Brasil

No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Em relação à sífilis congênita, os três primeiros estados supracitados permanecem em evidência, ao lado do estado de Pernambuco. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de

Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país. Na Tabela 1, são apresentados os dados do Brasil, por regiões e por UF. Os critérios de definição de caso para fins de vigilância epidemiológica constam no Anexo B.

As taxas de sífilis congênita e de óbitos por sífilis congênitas foram calculadas utilizando-se como referência o número de nascidos vivos no ano anterior ao da análise, como observado na Tabela 1. Isto acontece em decorrência do tempo requerido para disponibilização das informações pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) em nível nacional, que usualmente é de um ano após o encerramento do período em questão.

Tabela 1 - Resumo dos casos (número, percentual e taxas) de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita em menores de um ano, segundo região, Unidade da Federação e Brasil, 2016.

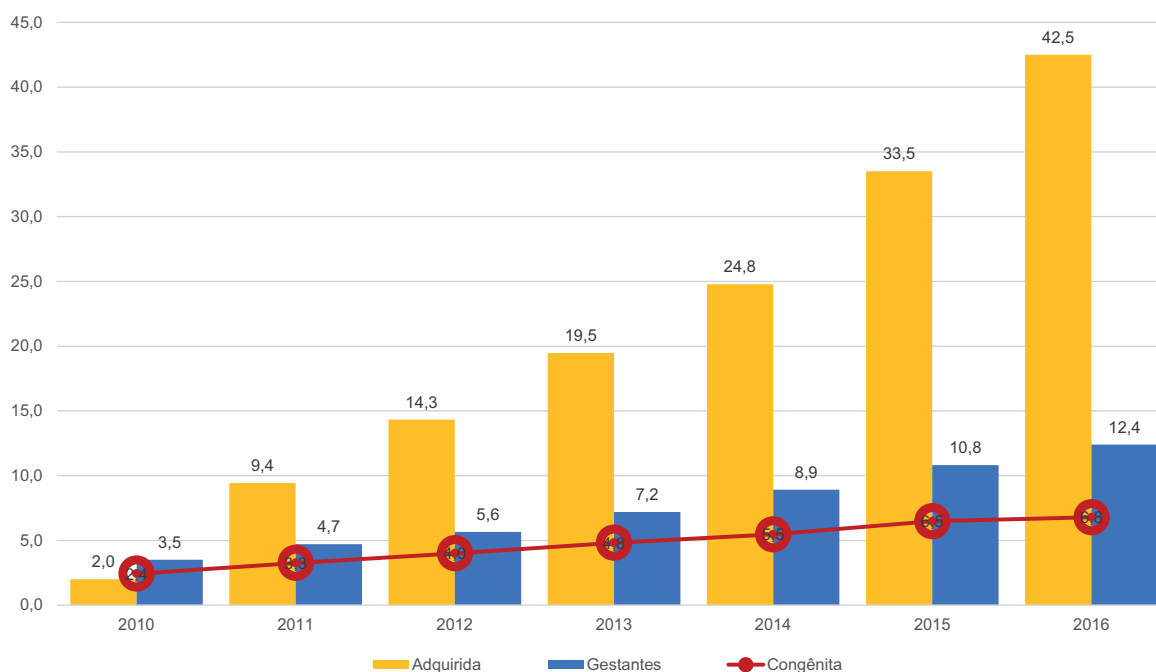
UF/Região	Nascidos vivos 2015		Sífilis adquirida 2016			Sífilis em gestantes 2016			Sífilis congênita 2016			Óbitos por sífilis congênita 2016		
	nº	%	nº	%	taxa ⁽¹⁾	nº	%	taxa ⁽²⁾	nº	%	taxa ⁽³⁾	nº	%	taxa ⁽⁴⁾
Brasil	3.017.668	100,0	87.593	100,0	42,5	37.436	100,0	12,4	20.474	100,0	6,8	185	100,0	6,1
Norte	320.924	10,6	3.969	4,5	22,4	3.890	10,4	12,1	1.724	8,4	5,4	17	9,2	5,3
Roraima	27.918	0,9	671	0,8	37,5	242	0,6	8,7	89	0,4	3,2	1	0,5	3,6
Acre	16.980	0,6	142	0,2	17,4	323	0,9	19,0	66	0,3	3,9	2	1,1	11,8
Amazonas	80.097	2,7	1.045	1,2	26,1	1.390	3,7	17,4	499	2,4	6,2	5	2,7	6,2
Roraima	11.412	0,4	249	0,3	48,4	132	0,4	11,6	23	0,1	2,0	1	0,5	8,8
Pará	143.657	4,8	1.008	1,2	12,1	1.389	3,7	9,7	729	3,6	5,1	6	3,2	4,2
Amapá	15.750	0,5	184	0,2	23,5	166	0,4	10,5	69	0,3	4,4	0	0,0	0,0
Tocantins	25.110	0,8	670	0,8	43,7	248	0,7	9,9	249	1,2	9,9	2	1,1	8,0
Nordeste	846.374	28,0	10.178	11,6	17,9	6.571	17,6	7,8	5.919	28,9	7,0	65	35,1	7,7
Maranhão	117.564	3,9	831	0,9	11,9	756	2,0	6,4	379	1,9	3,2	12	6,5	10,2
Piauí	49.253	1,6	208	0,2	6,5	296	0,8	6,0	370	1,8	7,5	5	2,7	10,2
Ceará	132.516	4,4	1.042	1,2	11,6	941	2,5	7,1	1.138	5,6	8,6	1	0,5	0,8
Rio Grande do Norte	49.099	1,6	846	1,0	24,3	250	0,7	5,1	351	1,7	7,1	5	2,7	10,2
Paraíba	59.089	2,0	176	0,2	4,4	286	0,8	4,8	170	0,8	2,9	4	2,2	6,8
Pernambuco	145.024	4,8	2.450	2,8	26,0	888	2,4	6,1	1.510	7,4	10,4	15	8,1	10,3
Alagoas	52.257	1,7	266	0,3	7,9	371	1,0	7,1	305	1,5	5,8	4	2,2	7,7
Sergipe	34.917	1,2	851	1,0	37,6	305	0,8	8,7	308	1,5	8,8	3	1,6	8,6
Bahia	206.655	6,8	3.508	4,0	23,0	2.478	6,6	12,0	1.388	6,8	6,7	16	8,6	7,7
Sudeste	1.196.232	39,6	46.898	53,5	54,3	17.551	46,9	14,7	8.495	41,5	7,1	73	39,5	6,1
Minas Gerais	268.305	8,9	7.358	8,4	35,0	2.546	6,8	9,5	1.447	7,1	5,4	7	3,8	2,6
Espírito Santo	56.941	1,9	3.277	3,7	82,5	1.274	3,4	22,4	593	2,9	10,4	3	1,6	5,3
Rio de Janeiro	236.960	7,9	6.080	6,9	36,5	5.540	14,8	23,4	2.805	13,7	11,8	43	23,2	18,1
São Paulo	634.026	21,0	30.183	34,5	67,4	8.191	21,9	12,9	3.650	17,8	5,8	20	10,8	3,2
Sul	406.529	13,5	21.204	24,2	72,0	6.608	17,7	16,3	3.148	15,4	7,7	19	10,3	4,7
Paraná	160.947	5,3	5.254	6,0	46,7	2.242	6,0	13,9	735	3,6	4,6	3	1,6	1,9
Santa Catarina	97.223	3,2	5.379	6,1	77,8	1.349	3,6	13,9	552	2,7	5,7	3	1,6	3,1
Rio Grande do Sul	148.359	4,9	10.571	12,1	93,7	3.017	8,1	20,3	1.861	9,1	12,5	13	7,0	8,8
Centro-Oeste	247.609	8,2	5.344	6,1	34,1	2.816	7,5	11,4	1.188	5,8	4,8	11	5,9	4,4
Mato Grosso do Sul	44.142	1,5	1.392	1,6	51,9	1.048	2,8	23,7	368	1,8	8,3	5	2,7	11,3
Mato Grosso	56.673	1,9	794	0,9	24,0	362	1,0	6,4	181	0,9	3,2	1	0,5	1,8
Goiás	100.672	3,3	1.852	2,1	27,7	1.081	2,9	10,7	423	2,1	4,2	3	1,6	3,0
Distrito Federal	46.122	1,5	1.306	1,5	43,9	325	0,9	7,0	216	1,1	4,7	2	1,1	4,3

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017. Idenet/Datasus, acessado em 01/09/2017.
Notas: (1) Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100.000 habitantes; (2) Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos; (3) Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos; (4) Óbitos por 100.000 nascidos vivos.

O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Na Figura 1, é possível observar a evolução das taxas de detecção dos agravos notificados de sífilis entre os anos de 2010 e 2016. A elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A sífilis adquirida, que teve sua notificação compulsória implantada em 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por

100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. Note-se que o fato de a tendência de aumento das taxas observadas para sífilis adquirida se apresentar de maneira mais acentuada representa, neste momento, em grande parte o aumento no número de notificações, ao invés de um aumento real do número de casos. Em comparação com o ano de 2015, observou-se um aumento de 14,7% na taxa de detecção em gestantes, acompanhado do aumento de 4,7% na incidência de sífilis congênita e do aumento de 26,8% na incidência de sífilis adquirida.

Figura 1. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.

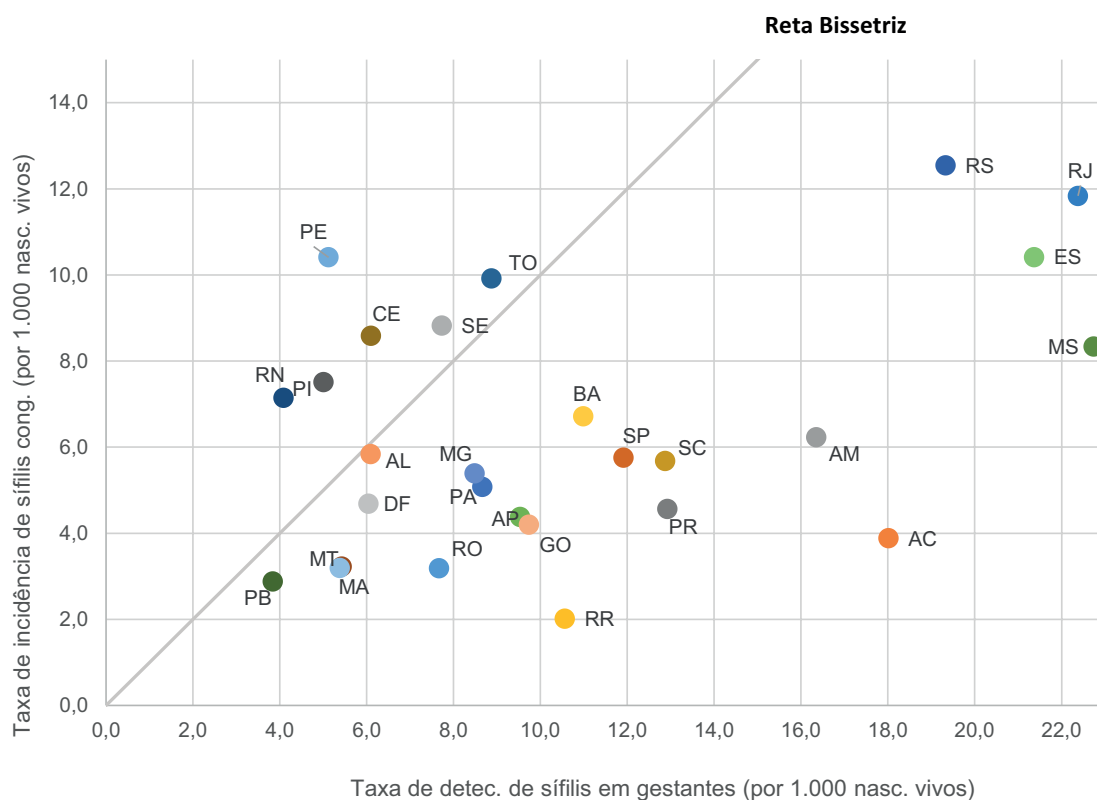


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Na Figura 2, observa-se a posição de cada UF em relação a suas taxas de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestantes. Observa-se que os estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul, localizados no canto superior direito, abaixo da reta bissetriz, são as UF que apresentam as maiores taxas tanto de detecção de sífilis em gestantes como de incidência de sífilis congênita. Observe-se também

que os estados de Pernambuco, Tocantins, Ceará, Sergipe, Piauí e Rio Grande do Norte encontram-se acima da reta bissetriz, apresentando taxas de incidência de sífilis congênita mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis em gestante, o que denota uma possível deficiência no diagnóstico precoce e notificação oportuna dos casos de sífilis em gestantes.

Figura 2. Diagrama de dispersão entre as taxas de sífilis em gestante e congênita por Unidade da Federação Brasil, 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2016.

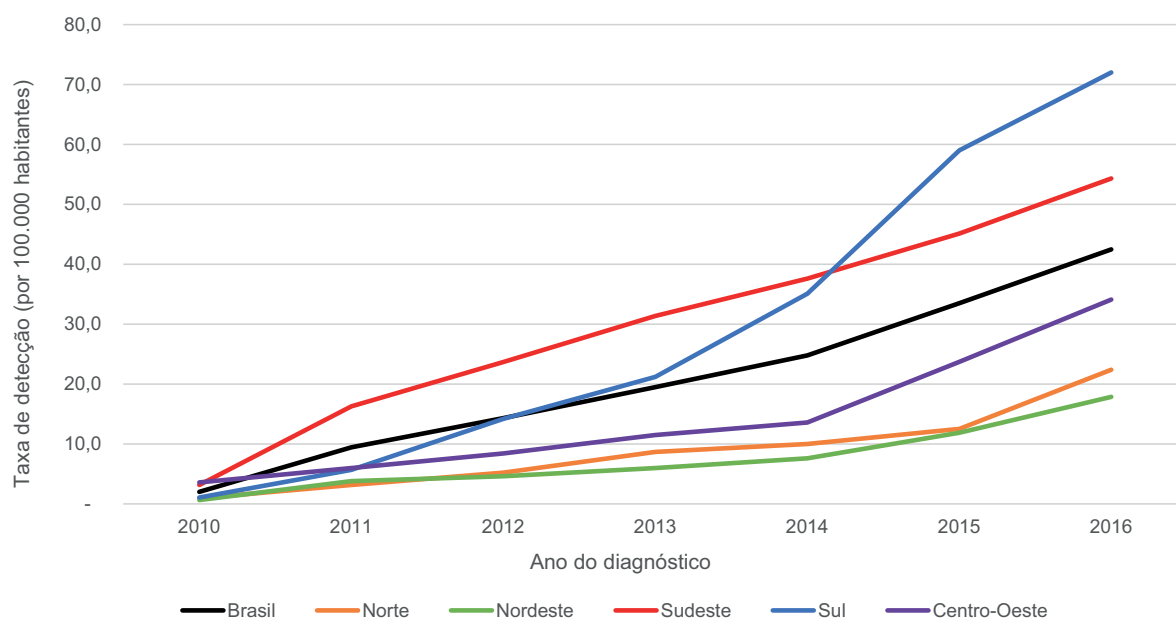
Sífilis adquirida

No período de 2010 a junho de 2017, foram notificados no Sinan um total de 342.531 casos de sífilis adquirida, dos quais 59,2% ocorreram na Região Sudeste, 21,2% no Sul, 10,4% no Nordeste, 5,3% no Centro-Oeste e 3,9% no Norte. Ressalte-se que o uso destas informações deve ser feito com cautela, em decorrência da recente implementação da notificação do agravo, e os comportamentos observados podem não refletir a situação real da sífilis adquirida no país.

Em 2016, o número total de casos notificados no Brasil foi de 87.593. Na estratificação por regiões,

observaram-se 46.898 (53,5%) casos notificados na Região Sudeste, 21.204 (24,2%) na Região Sul, 10.178 (11,6%) na Região Nordeste, 5.344 (6,1%) na Região Centro-Oeste e 3.969 (4,5%) na Região Norte. Entre 2015 e 2016, o crescimento do número absoluto de casos foi de 27,8% no país, 81,2% na Região Norte, 51,7% no Nordeste, 45,87% no Centro-Oeste, 22,9% no Sul e 21,2% no Sudeste. Em 2016, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,5 casos de sífilis adquirida/100 mil habitantes, taxa superada somente pelas regiões Sul (72 casos/100 mil hab.) e Sudeste (54,3 casos/100 mil hab.) (Figura 3).

Figura 3. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.



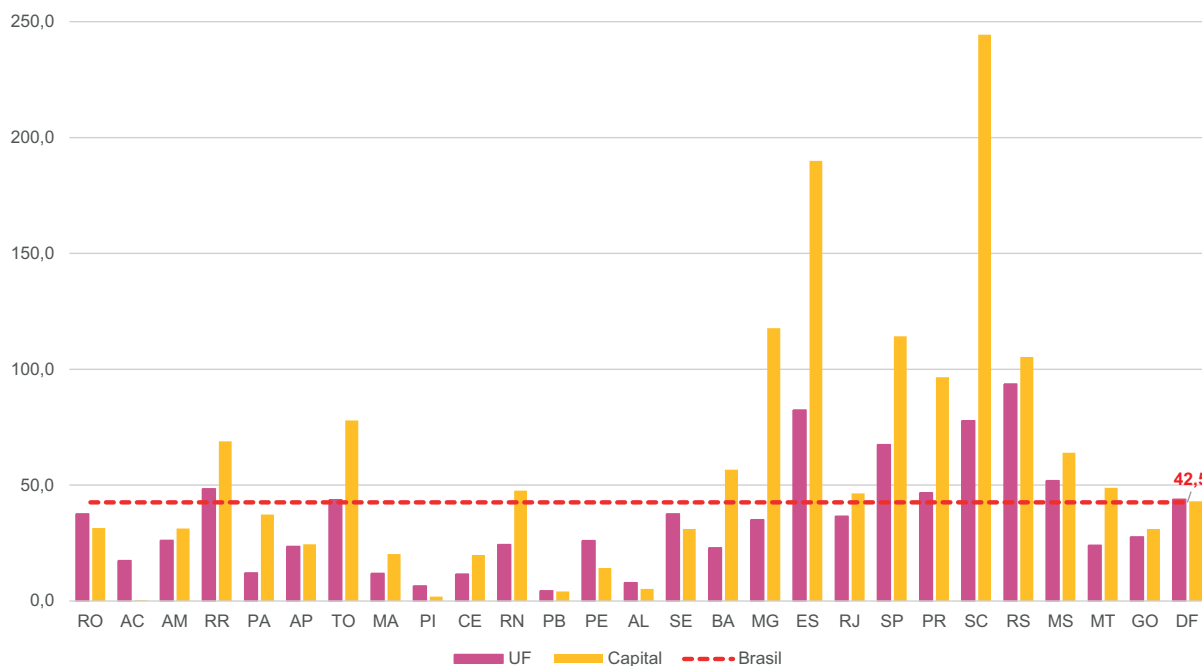
Fonte: Sinan (atualizado em 30/06/2017).

Quanto às UF, a taxa de detecção mais elevada, em 2016, foi observada no Rio Grande do Sul (93,7 casos/100 mil hab.), e a mais baixa na Paraíba (4,4 casos/100 mil hab.) (Tabela 2 e Figura 4). Além do Rio Grande do Sul, oito estados apresentaram taxas de detecção superiores à taxa média nacional: Espírito Santo (82,5 casos/100 mil hab.), Santa Catarina (77,8 casos/100 mil hab.), São Paulo (67,4 casos/100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (51,9 casos/100 mil hab.), Roraima (48,4 casos/100 mil

hab.), Paraná (46,7 casos/100 mil hab.), Distrito Federal (43,9 casos/100 mil hab.) e Tocantins (43,7 casos/100 mil hab.).

Com relação às capitais, Florianópolis e Vitória são as que apresentam taxas de detecção mais elevadas: 244,5 e 190,0 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Além dessas, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre também mostram taxas acima de 100 casos por 100 mil habitantes (Figura 4).

Figura 4. Taxas de detecção de sífilis adquirida segundo Unidade da Federação e capital. Brasil, 2016.

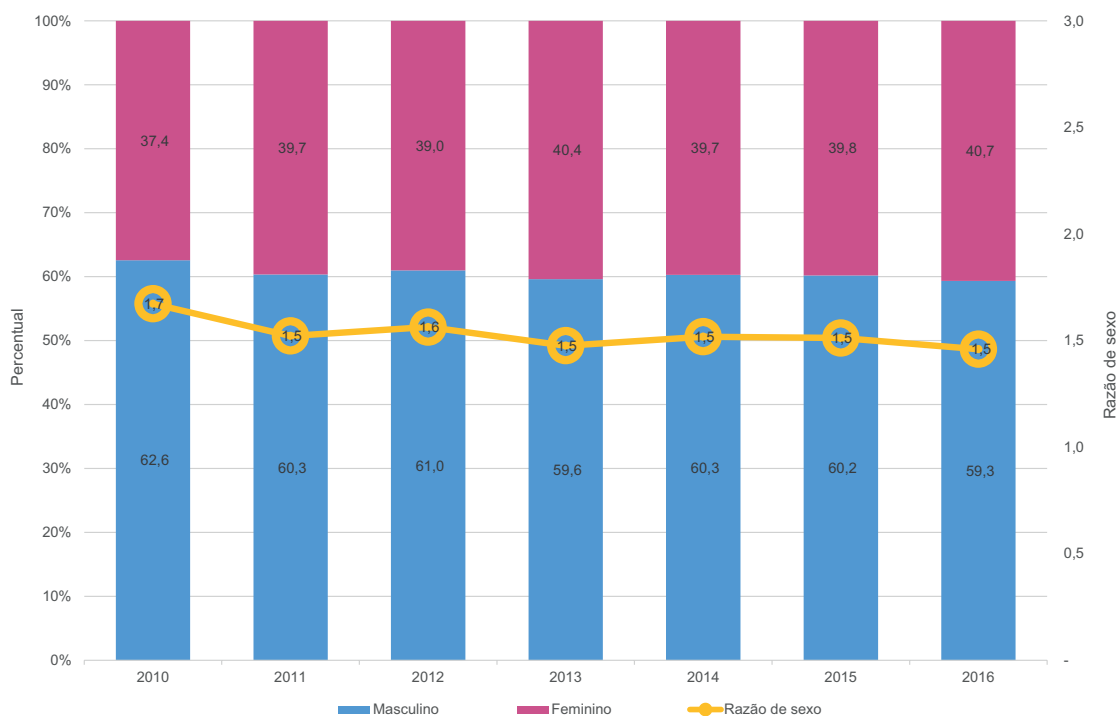


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Quando analisada a série histórica de casos notificados de sífilis adquirida, observa-se que 177.119 (59,3%) deles ocorreram em homens. Em 2010, a razão de sexos era de 1,7 casos em homens

para cada caso em mulheres; em 2016, foi de 1,5 casos em homens para cada caso em mulheres, razão que vem se mantendo desde 2013 (Tabela 3 e Figura 5).

Figura 5. Percentual de casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Em 2016, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (34,1%), seguidos daqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (22,1%). As notificações de indivíduos nas faixas de 13 a 19 anos e 20 a 29 anos vêm apresentando tendência de aumento desde 2010. Entre 2010 e 2016, o incremento no percentual da faixa etária de 13 a 19 anos foi de 39,9% e na faixa etária de 20 a 29 anos foi de 13,8%. Nas demais faixas descritas, com exceção da faixa etária de 50 anos ou mais, que se mantém estável, a tendência é de queda.

Em 37,7% das notificações, a informação sobre escolaridade foi ignorada. Entre os casos informados, 16,7% possuíam ensino médio completo, e 21,3%, ensino fundamental incompleto. Quanto à informação sobre raça/cor, observou-se uma melhora no preenchimento: em 2010, 34,5% registraram a informação como ignorada, percentual este de 18,0% em 2016. Nesse mesmo ano, a maior parte das pessoas notificadas foram brancas (38,5%), seguidas de 33,1% de pessoas pardas e 9,3% de pessoas pretas.

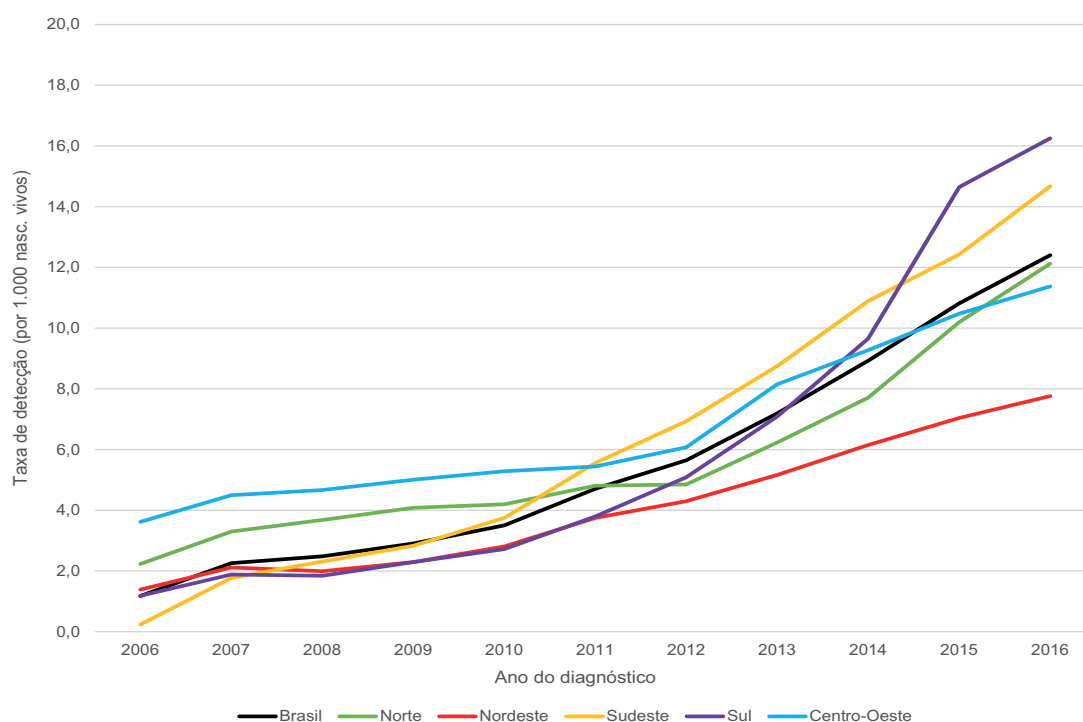
Sífilis em gestantes

No período de 2005 a junho de 2017, notificou-se no Sinan um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes, dos quais 44,2% foram casos residentes na Região Sudeste, 20,7% no Nordeste, 14,6% no Sul, 11,1% no Norte e 9,4% no Centro-Oeste. Em 2016, o número total de casos notificados no Brasil foi de 37.436, dos quais 17.551 (46,9%) casos eram residentes na Região Sudeste, 6.571 (17,5%) na Região Nordeste, 6.608 (17,7%) na Região Sul,

3.890 (10,4%) na Região Norte e 2.816 (7,5%) na Região Centro-Oeste (Tabela 4).

Em 2016, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 12,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) e Sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) (Figura 6).

Figura 6. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.

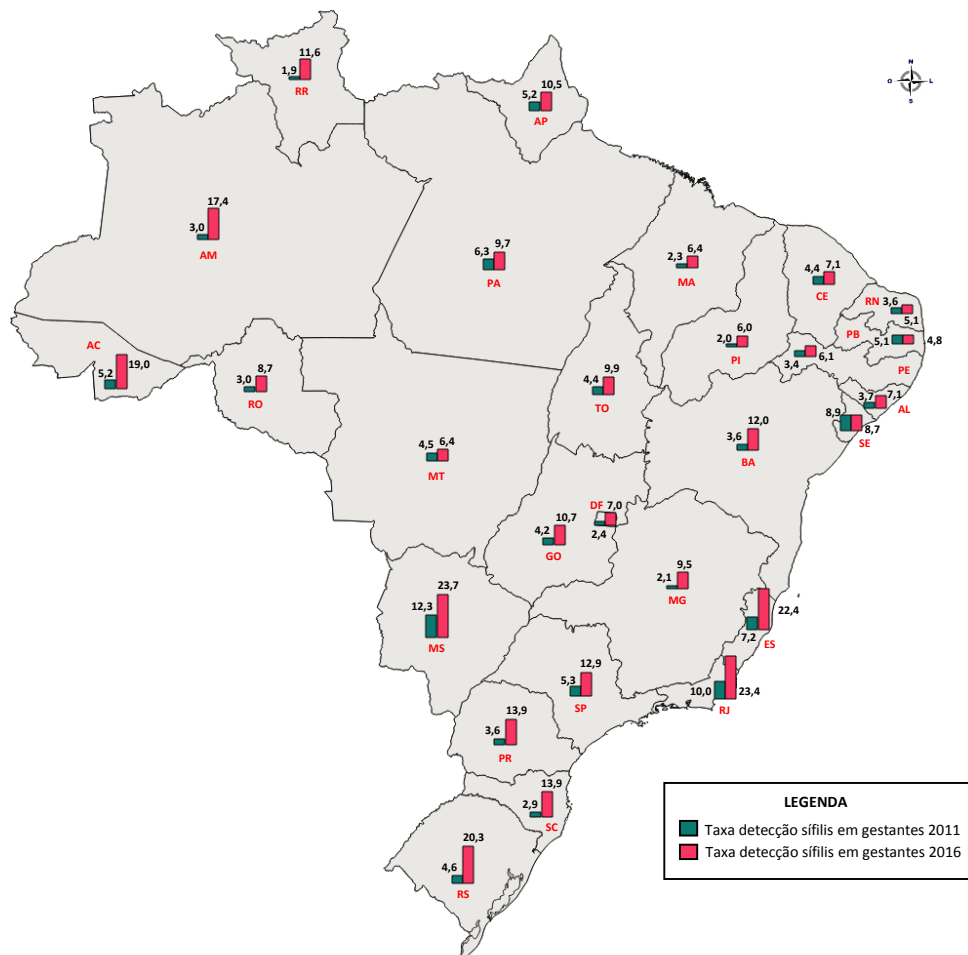


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Ainda em relação às UF, a taxa de detecção mais elevada, em 2016, foi observada no Mato Grosso do Sul (23,7 casos/1.000 nascidos vivos), e a mais baixa na Paraíba (4,8 casos/1.000 nascidos vivos). Nove estados brasileiros apresentaram taxa de detecção em gestantes acima da taxa nacional: Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul (ou seja, todos os estados da Região Sul), Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Acre e Amazonas. Todos os estados da Região Nordeste apresentaram taxas abaixo da média nacional; além

deles, tiveram taxas abaixo da média os estados de Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, Minas Gerais, Amapá, Tocantins, Roraima e Rondônia (Figuras 7 e 8). Quando comparada as taxas nos anos de 2011 e 2016, observa-se que os dois únicos estados que apresentaram diminuição, ainda que discretas, foram a Paraíba e Sergipe. Destacam-se, com maiores proporções de elevação em suas taxas, os estados de Amazonas e do Rio Grande do Sul (Figura 7).

Figura 7. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade da Federação de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.

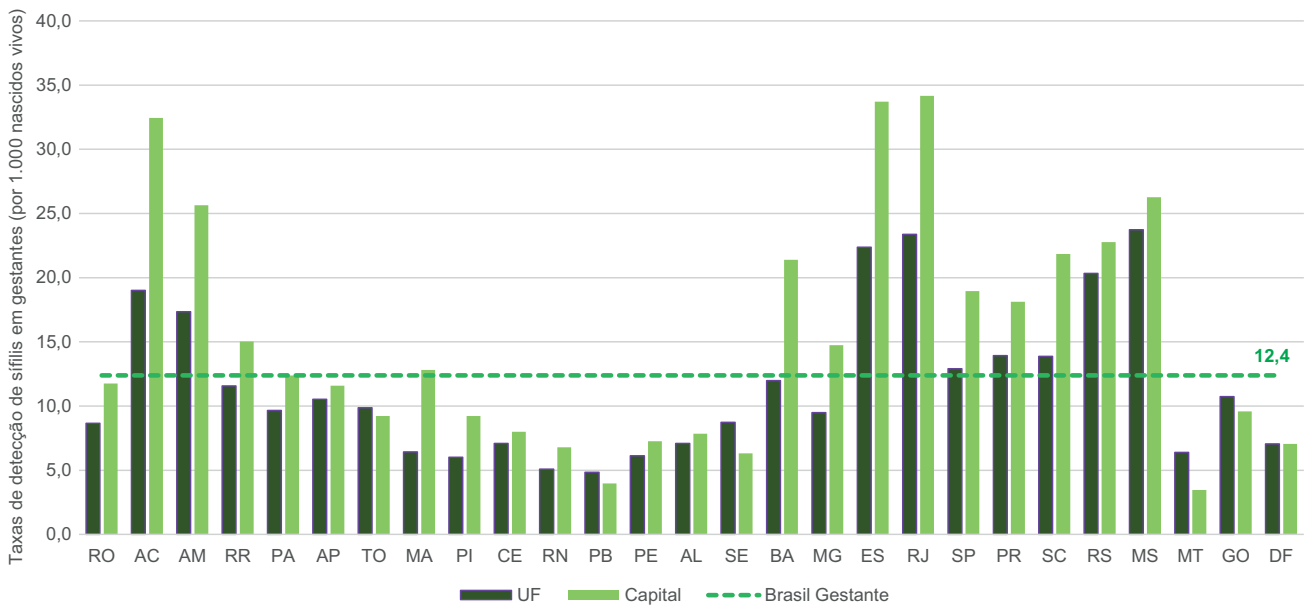


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Com relação às capitais, Rio de Janeiro, Vitória e Rio Branco são as capitais que apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes em 2016, com valores de 34,2, 33,7 e 32,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Outras capitais

que também apresentaram elevadas taxas em 2016 foram Manaus, Salvador, Florianópolis, Porto Alegre e Campo Grande, todas com taxas acima de 20 casos por mil nascidos vivos (Figura 8).

Figura 8. Taxas de detecção de sífilis em gestantes segundo Unidade da Federação e capital. Brasil, 2016.



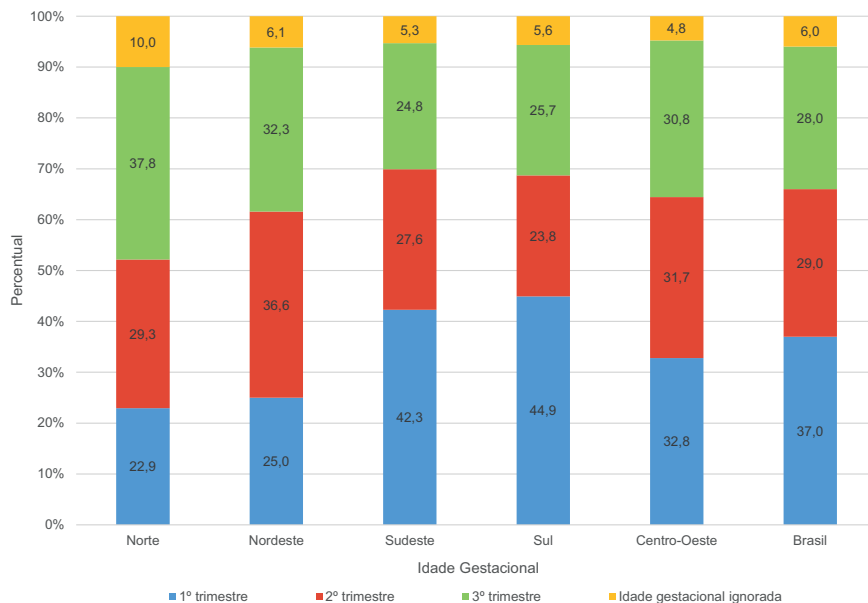
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Quando se avalia a idade gestacional de detecção da sífilis em gestantes, observou-se, em 2016, que a maior proporção das mulheres (37,0%) foi diagnosticada no primeiro trimestre. Em comparação ao ano anterior, isso representa um aumento de 15,1%, demonstrando uma ampliação do diagnóstico precoce durante o pré-natal. Os diagnósticos realizados no segundo trimestre representaram 29,0% e no terceiro trimestre, 28,0% do total. Ressalte-se que vem ocorrendo melhora no preenchimento dessa informação nas fichas de notificação: a opção “ignorado” era preenchida em

10,6% dos casos notificados em 2007. Em 2016, essa proporção caiu para 5,8%.

Quando se observa o diagnóstico de sífilis na gestação segundo regiões no ano de 2016, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorre com maior percentual nas regiões Sul e Sudeste, 44,9% e 42,3%, respectivamente, e com menor percentual nas regiões Norte e Nordeste, 22,9% e 25,0%, respectivamente (Figura 9). Ressalta-se que a Região Norte é a que possui o maior percentual de casos ignorados quanto à idade gestacional (10,0%).

Figura 9. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2016.



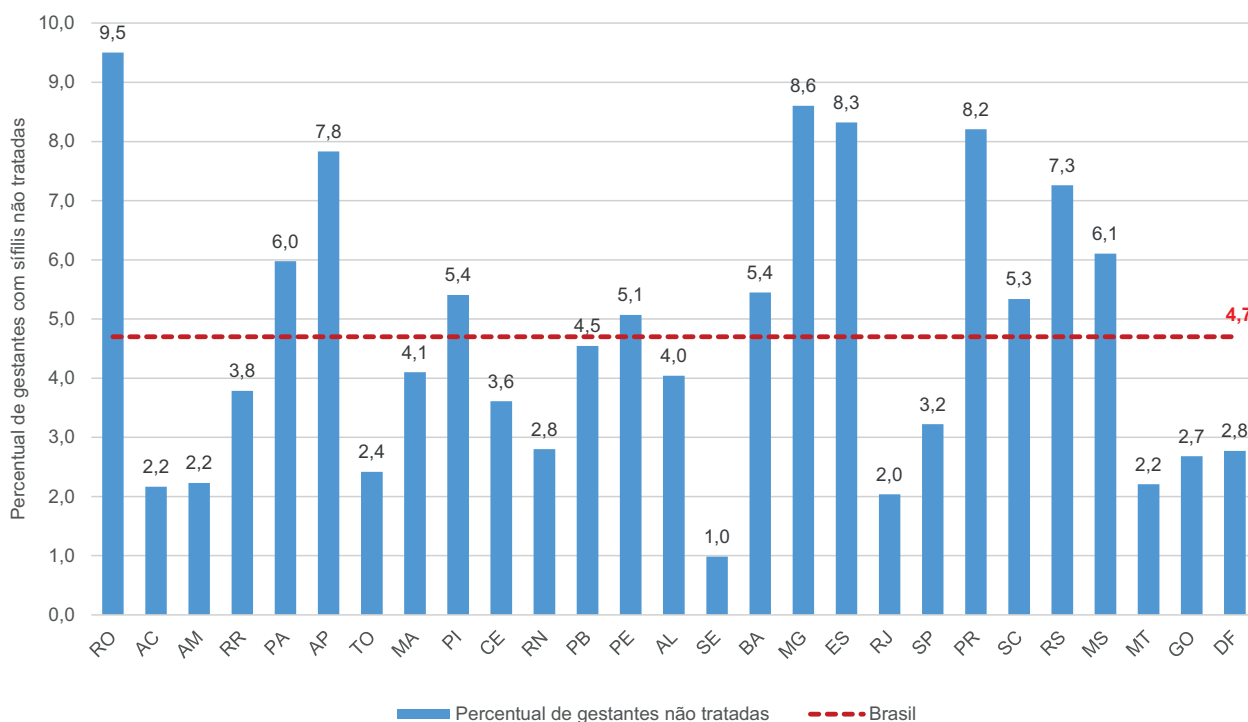
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

No Brasil, na série histórica de 2005 a 2017, observou-se que 51,6% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,3% na de 15 a 19 anos e 20,2% na de 30 a 39 anos. Desde 2005, a proporção de gestantes entre 30 e 39 anos vinha sendo superior à proporção entre as de 15 a 19 anos, tendo-se observado uma inversão dessa relação em 2011, que permanece. Quanto à escolaridade, 28,0% da informação foi ignorada em 2016. Além disso, 53,6% das mulheres não tinham o ensino médio completo. No critério raça/cor, observou-se que, em 2016, 47,4% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 30,6% brancas e 12,4% pretas. Observou-se, pela queda da proporção de “ignorados” (20,2% em 2005 para 8,2% em 2016) no decorrer da série histórica, melhora no preenchimento dessa variável.

Com relação ao tratamento, em 2016, 88,9% das prescrições foram de penicilina benzatina (pelo menos uma dose) e 2,1% foram de outros esquemas. Em 4,7% dos casos não houve prescrição, e em 4,2% não havia informação (ignorado). As proporções de prescrição de penicilina na estratificação por UF variaram de 96,1%, em Sergipe, a 70,5%, no Maranhão.

Quando observadas as informações de gestantes não tratadas, por UF, registraram-se proporções de 1,0% a 9,5%. Os estados com as menores proporções foram: Sergipe (1,0%), Rio de Janeiro (2,0%), Acre (2,2%), Amazonas (2,2%), Mato Grosso (2,2%) e Tocantins (2,4%). Já os estados com os piores resultados foram: Rondônia (9,5%), Minas Gerais (8,6%), Espírito Santo (8,3%) e Paraná (8,2%) (Figura 10).

Figura 10. Percentual de gestantes com sífilis não tratadas segundo Unidade da Federação. Brasil, 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Quando realizada a análise das informações sobre os casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica, observou-se que grande parte do preenchimento pode ter sido feita de maneira equivocada, especialmente pela grande proporção de notificações de casos de sífilis primária, o que,

de acordo com a fisiopatologia da doença, não se justifica. Por esse motivo, optou-se por apresentar apenas na Tabela 7 as informações sobre as classificações clínicas dos casos notificados de sífilis em gestantes.

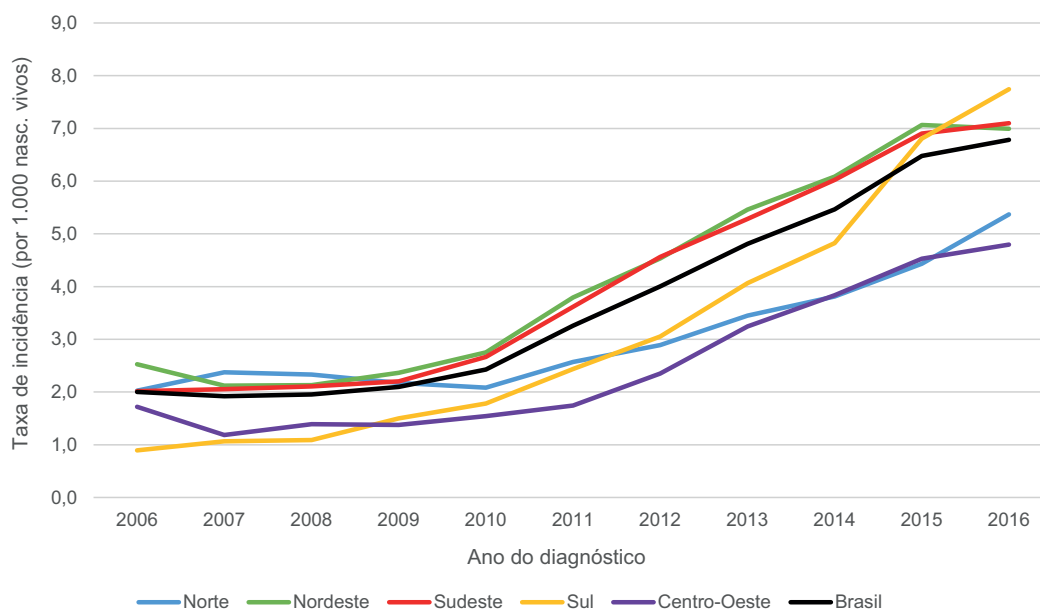
Sífilis congênita

De 1998 a junho de 2017, foram notificados no Sinan 159.890 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 70.558 (44,1%) eram residentes na Região Sudeste, 49.585 (31,0%) no Nordeste, 17.257 (10,8%) no Sul, 13.625 (8,5%) no Norte e 8.865 (5,5%) no Centro-Oeste. No ano de 2016, notificaram-se 20.474 casos, a maioria dos quais (41,5%) residia na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (28,9%), Sul (15,4%), Norte (8,4%) e Centro-Oeste (5,8%). De 2015 para 2016, houve incremento de 4,7% no número de notificações no Brasil. Com relação às regiões, o maior incremento ocorreu na Região Norte (21,2%), seguida das regiões Sul (13,8%), Centro-Oeste (5,9%) e Sudeste (2,9%). A Região Nordeste apresentou redução

de 1,0% no total de casos notificados, no mesmo período, conforme mostra a Tabela 8.

Em 2016, observou-se uma taxa de incidência de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil, tendo as Regiões Sul (7,7 casos/1.000 nascidos vivos), Sudeste (7,1 casos/1.000 nascidos vivos) e Nordeste (7,0 casos/1.000 nascidos vivos) apresentado as maiores taxas, todas acima da taxa nacional. As regiões Norte (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Centro-Oeste (4,8 casos/1.000 nascidos vivos) apresentaram taxas de sífilis congênita abaixo da taxa do país, apesar de, assim como as outras, apresentarem tendência de aumento (Tabela 8 e Figura 11).

Figura 11. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.

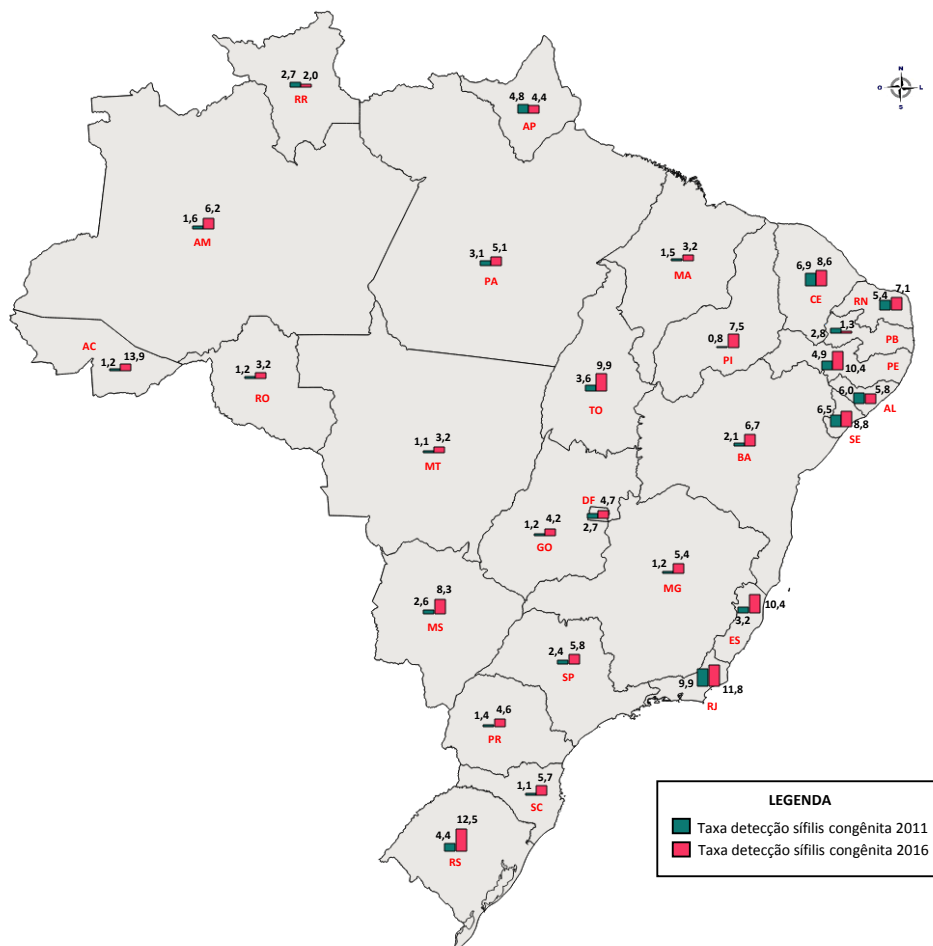


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan; atualizado em: 30/06/2017).

No Brasil, em geral, nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2006, a taxa observada era de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos, e em 2016, a taxa observada foi maior que três vezes a taxa de 2006, passando para 6,8 casos/1.000 nascidos vivos (Tabela 8). Quando observado o comportamento das taxas nos últimos

5 anos analisados (2011 e 2016), nota-se que quatro estados apresentaram queda nas taxas de detecção de sífilis congênita: Roraima, Amapá, Paraíba e Alagoas. Os aumentos mais expressivos foram observados nos estados de Santa Catarina e Minas Gerais (Figura 12).

Figura 12. Taxa de detecção de sífilis em gestantes segundo Unidade da Federação de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.

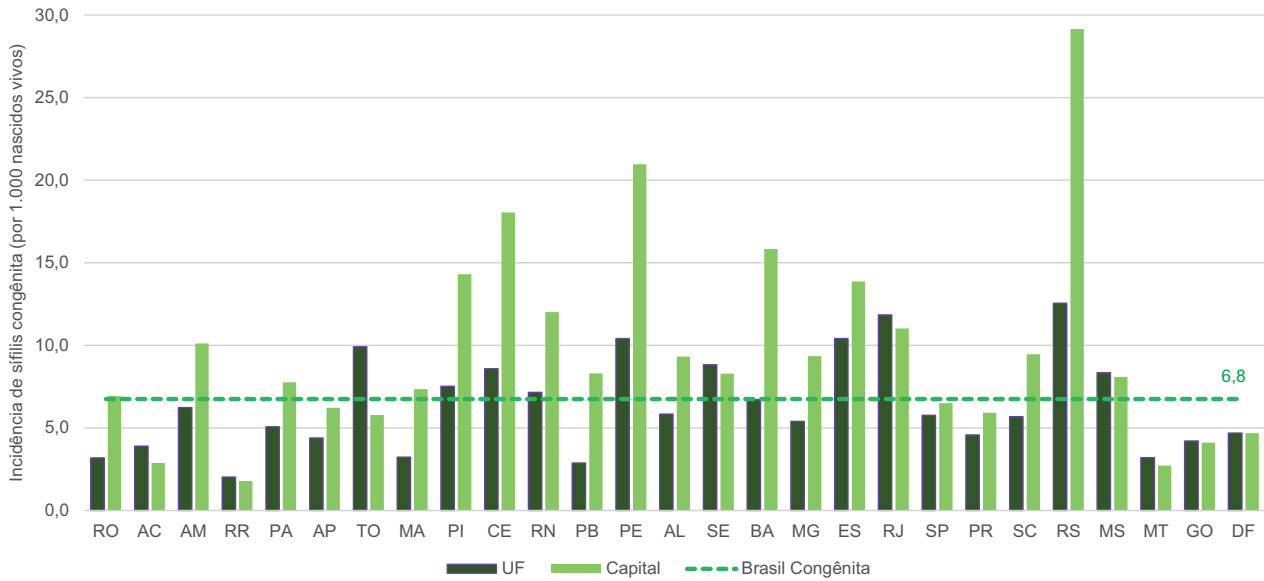


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); atualizado em: 30/06/2017.

Em 2016, dez UF apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (6,8 casos/1.000 nascidos vivos): Rio Grande do Sul (12,5 casos/1.000 nascidos vivos), Rio de Janeiro (11,8 casos/1.000 nascidos vivos), Espírito Santo (10,4 casos/1.000 nascidos vivos), Pernambuco (10,4 casos/1.000 nascidos vivos), Tocantins (9,9 casos/1.000 nascidos vivos), Sergipe (8,8 casos/1.000 nascidos vivos), Ceará (8,6 casos/1.000 nascidos vivos), Mato Grosso do Sul (8,3 casos/1.000 nascidos vivos), Piauí (7,5 casos/1.000 nascidos vivos) e Rio Grande do Norte (7,1 casos/1.000 nascidos vivos). As outras 16 UF apresentaram taxas inferiores, variando de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos em Roraima a 6,7 casos/1.000 nascidos vivos no estado da Bahia (Figura 13).

Dentre as capitais, Porto Alegre é a que apresenta a maior taxa de incidência (29,2 casos/1.000 nascidos vivos) e somente nove delas estão abaixo da média nacional (6,8 casos/1.000 nascidos vivos): Boa Vista (1,8 casos/1.000 nascidos vivos), Cuiabá (2,7 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Branco (2,9 casos/1.000 nascidos vivos), Goiânia (4,1 casos/1.000 nascidos vivos), Brasília (4,7 casos/1.000 nascidos vivos), Palmas (5,8 casos/1.000 nascidos vivos), Curitiba (5,9 casos/1.000 nascidos vivos), Macapá (6,2 casos/1.000 nascidos vivos) e São Paulo (6,5 casos/1.000 nascidos vivos). Ressalta-se a taxa de incidência de Porto Alegre (29,2 casos/1.000 nascidos vivos), que está 4,3 vezes mais alta que a taxa do Brasil (Figura 13).

Figura 13. Taxas de incidência de sífilis congênita segundo Unidade da Federação e capital. Brasil, 2016.

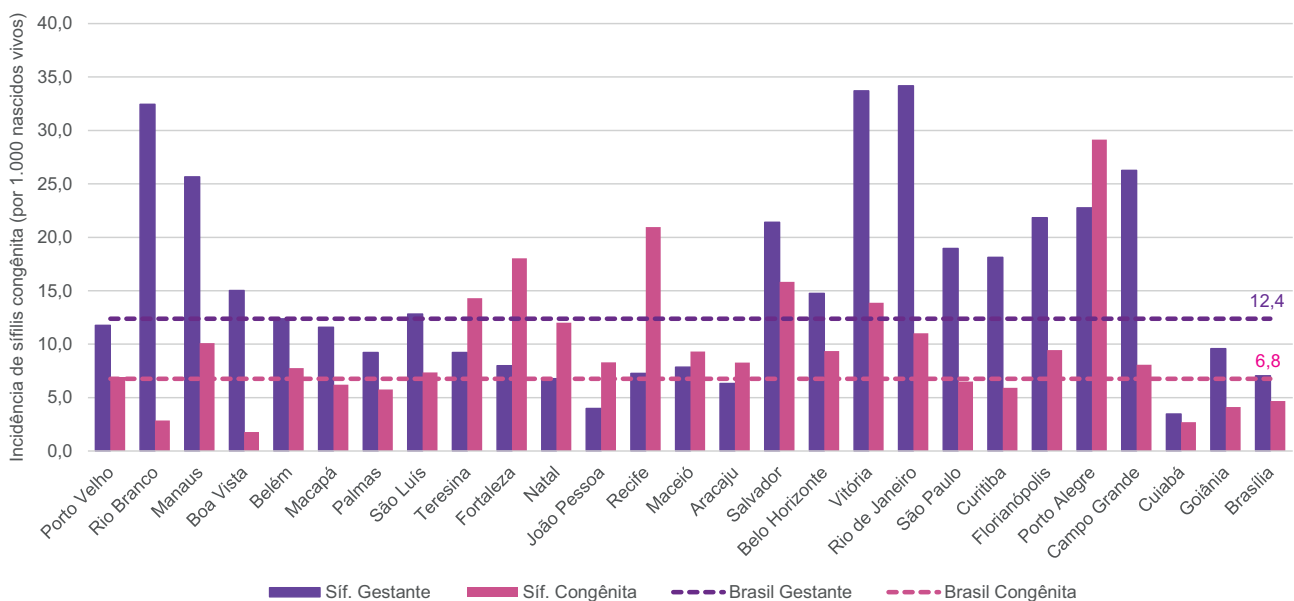


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Ao se compararem as taxas de detecção de sífilis em gestantes com as taxas de incidência de sífilis congênita em cada uma das capitais, nota-se que Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió, Aracaju e Porto Alegre apresentaram, em 2016, taxas de incidência de sífilis congênita maiores do que as taxas de detecção de sífilis em

gestantes, o que remete a possíveis lacunas do diagnóstico na gestação, notificação equivocada como sífilis adquirida e/ou do sistema de vigilância epidemiológica nessas cidades. Porto velho, Macapá, Palmas, Cuiabá, Goiânia e Brasília são as únicas capitais que apresentaram as duas taxas menores do que as taxas nacionais (Figura 14).

Figura 14. Taxas de detecção de sífilis em gestantes (por mil nascidos vivos) e de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos), por capital. Brasil, 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

Em 2016, foram diagnosticados 19.846 casos de sífilis congênita (98,0%) em neonatos, sendo 96,5% na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 93,4% foram classificados como sífilis congênita recente, 3,4% como caso de aborto por sífilis, 3,0% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia (Tabela 9).

Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita, em 2016, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,0%), seguidas daquelas entre 15 a 19 anos (23,4%) e de 30 a 39 anos (18,2%). Quanto à escolaridade materna, observou-se que a maioria apresentava da 5ª a 8ª série incompleta (24,6%) e que em 28,0% dos casos essa informação foi classificada como ignorada. Em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, a maioria se declarou como parda (55,4%), seguidas de brancas (25,0%) e pretas (9,7%) (Tabela 10).

Em relação ao acesso ao pré-natal, em 2016, 81,0% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto que 13,6% não o fizeram e 5,5% apresentaram essa informação ignorada. Em relação ao momento do diagnóstico, 57,0% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 31,1% no momento do parto/curetagem, 7,4% após o parto e 0,5% não teve diagnóstico, além de 4,0% de ignorados.

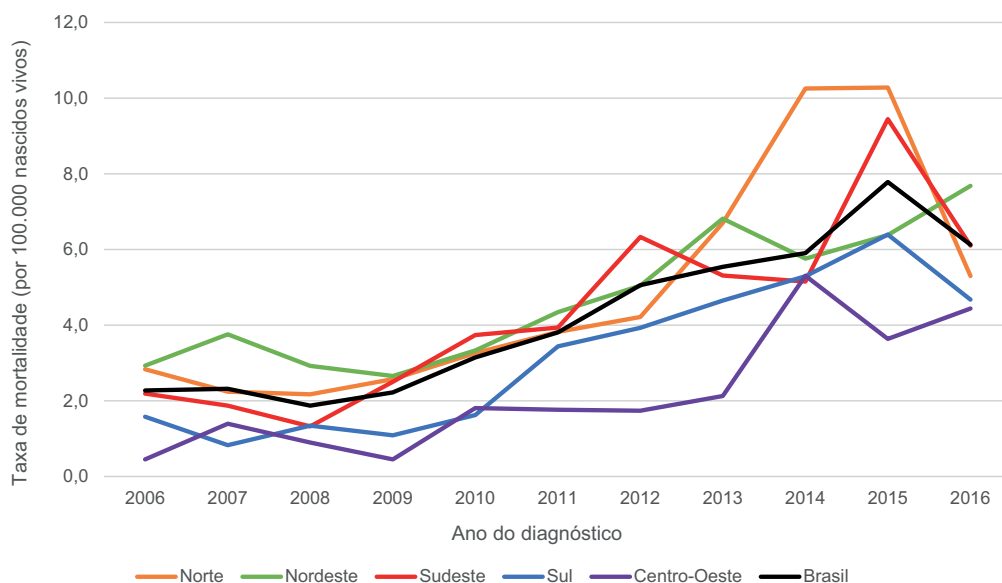
Com relação ao esquema de tratamento da gestante, 58,1% receberam tratamento inadequado, 26,5% não receberam tratamento e apenas 4,1%

receberam tratamento adequado. Quanto ao tratamento dos parceiros, em 62,2% dos casos o parceiro não foi tratado, 15,2% fizeram tratamento e para 22,6% dos casos essa informação é ignorada/em branco (Tabela 10). É provável que as proporções se modifiquem, uma vez que a implementação da **Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS**, passará a desconsiderar a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes para sua classificação de tratamento adequado.

Quanto à mortalidade infantil (em menores de um ano de idade) por sífilis congênita, no período de 1998 a 2016, o número de óbitos declarados no SIM foi de 2.102, sendo 910 (43,3%) na Região Sudeste (dos quais 617 foram registrados no estado do Rio de Janeiro, o que corresponde a 29,4% do Brasil), 670 (31,9%) no Nordeste, 235 (11,2%) no Norte, 205 (9,8%) no Sul e 82 (3,9%) no Centro-Oeste (Tabela 11).

Em 2016, foi declarado no SIM um total de 185 óbitos por sífilis em crianças menores de um ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 6,1 por 100.000 nascidos vivos. Em relação à região de residência, verificou-se um coeficiente de 7,7 para a Região Nordeste; 6,1 para o Sudeste; 5,3 para o Norte; 4,7 para a Região Sul e 4,4 para o Centro-Oeste (Tabela 10). Nos últimos dez anos, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita passou de 2,3/100 mil nascidos vivos em 2006 para 6,7/100 mil nascidos vivos em 2016 (Figura 15).

Figura 15. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2006 a 2016.

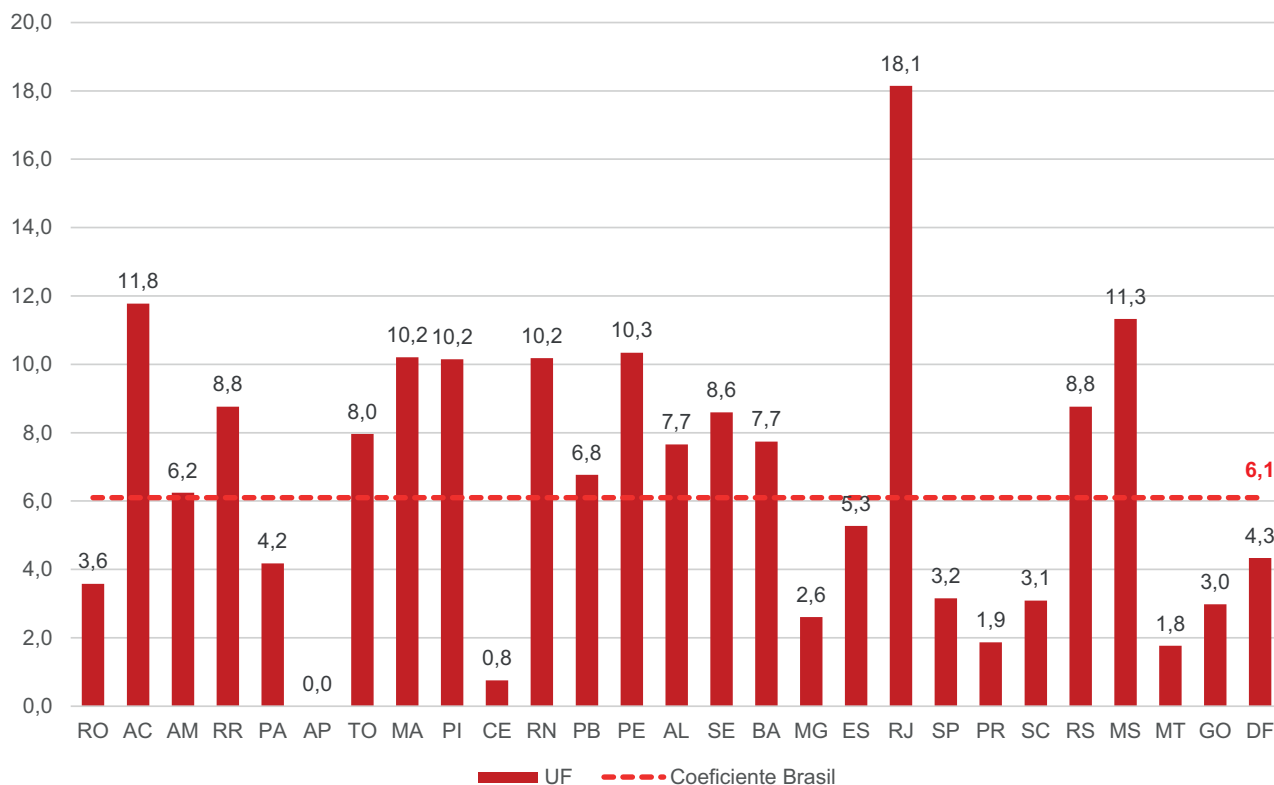


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 31/12/2016.

As UF com os maiores coeficientes de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano por 100 mil nascidos vivos são Rio de Janeiro (18,1), Acre (11,8), Mato Grosso do Sul (11,3), Pernambuco (10,3), Maranhão (10,2), Rio Grande do Norte

(10,2), Piauí (10,2), Roraima (8,8), Rio Grande do Sul (8,8), Sergipe (8,6), Tocantins (8,0), Bahia (7,7), Alagoas (7,7), Paraíba (6,8) e Amazonas (6,2), todas com coeficientes acima do coeficiente de mortalidade nacional (Figura 16).

Figura 16. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo Unidade da Federação de residência. Brasil, 2016.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 31/12/2016.

TABELAS

Tabela 2. Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2017^(1,2,3)

UF de notificação	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	
Brasil	3.822	2,0	18.139	9,4	27.801	14,3	39.158	19,5	50.262	24,8	68.526	33,5	87.593	42,5	47.250	42,5	342.531
Norte	146	0,9	511	3,2	849	5,2	1.473	8,7	1.727	10,0	2.191	12,5	3.969	22,4	2.351	23,5	13.217
Roraima	13	0,8	45	2,9	62	3,9	114	6,6	182	10,4	304	17,2	671	37,5	286	37,5	1.677
Acre	5	0,7	7	0,9	4	0,5	26	3,3	46	5,8	84	10,5	142	17,4	129	17,4	443
Amazonas	89	2,6	279	7,9	602	16,8	943	24,8	856	22,1	792	20,1	1.045	26,1	813	26,1	5.419
Roraima	-	-	6	1,3	6	1,3	5	1,0	42	8,5	101	20,0	249	48,4	85	48,4	494
Pará	32	0,4	136	1,8	122	1,6	232	2,9	391	4,8	466	5,7	1.008	12,1	467	12,1	2.854
Amapá	1	0,1	2	0,3	1	0,1	29	3,9	33	4,4	77	10,0	184	23,5	128	16,6	455
Tocantins	6	0,4	36	2,6	52	3,7	124	8,4	177	11,8	367	24,2	670	43,7	443	43,7	1.875
Nordeste	338	0,6	2.031	3,8	2.496	4,6	3.347	6,0	4.271	7,6	6.709	11,9	0.178	17,9	6.190	17,9	35.560
Maranhão	7	0,1	19	0,3	51	0,8	99	1,5	297	4,3	574	8,3	831	11,9	450	11,9	2.328
Pernambuco	3	0,1	74	2,4	42	1,3	72	2,3	108	3,4	135	4,2	208	6,5	109	6,5	751
Ceará	189	2,2	639	7,5	489	5,7	497	5,7	498	5,6	618	6,9	1.042	11,6	593	11,6	4.565
Rio Grande do Norte	12	0,4	136	4,3	274	8,5	313	9,3	355	10,4	581	16,9	846	24,3	630	24,3	3.147
Pernambuco	14	0,4	124	3,3	127	3,3	141	3,6	141	3,6	275	6,9	176	4,4	393	4,4	1.391
Alagoas	9	0,3	21	0,7	39	1,2	54	1,6	72	2,2	96	2,9	266	7,9	211	7,9	768
Sergipe	11	0,5	304	14,5	512	24,3	914	41,6	931	41,9	976	43,5	851	37,6	541	37,6	5.040
Bahia	74	0,5	326	2,3	577	4,1	890	5,9	1.415	9,4	2.218	14,6	3.508	23,0	1.868	23,0	10.876
Sudeste	2.539	3,2	13.182	16,3	19.305	23,7	26.512	31,4	32.015	37,6	38.707	45,1	46.898	54,3	23.757	54,3	202.915
Minas Gerais	155	0,8	777	3,9	1.558	7,8	2.281	11,1	3.363	16,2	5.580	26,7	7.358	35,0	4.880	35,0	25.952
Espírito Santo	116	3,3	947	26,7	1.502	42,0	2.003	52,2	2.290	58,9	2.480	63,1	3.277	82,5	1.472	82,5	14.087
Rio de Janeiro	1.197	7,5	1.452	9,0	1.800	11,1	3.228	19,7	3.014	18,3	4.022	24,3	6.080	36,5	1.677	36,5	22.470
São Paulo	1.071	2,6	10.006	24,1	14.445	34,5	19.000	48,5	23.348	53,0	26.625	60,0	30.183	67,4	15.728	67,4	140.406
Sul	296	1,1	1.563	5,7	3.986	14,2	6.102	21,2	10.179	35,1	17.254	59,0	21.204	72,0	12.121	72,0	72.655
Paraná	69	0,7	431	4,1	802	7,6	1.398	12,7	2.306	20,8	4.216	37,8	5.254	46,7	3.089	46,7	17.565
Santa Catarina	46	0,7	259	4,1	556	8,7	1.402	21,1	2.003	29,8	3.086	43,3	5.379	77,8	3.469	77,8	16.200
Rio Grande do Sul	181	1,7	873	8,1	2.578	23,9	3.302	29,6	5.870	52,4	9.952	88,5	10.571	93,7	5.563	93,7	38.890
Centro-Oeste	503	3,6	852	6,0	1.215	8,4	1.724	11,5	2.070	13,6	3.665	23,7	5.344	34,1	2.811	34,1	18.184
Mato Grosso do Sul	363	14,8	529	21,4	818	32,7	1.059	40,9	1.098	41,9	1.128	42,5	1.392	51,9	976	51,9	7.363
Mato Grosso	23	0,8	126	4,1	156	5,0	217	6,8	320	9,9	667	20,4	794	24,0	406	24,0	2.709
Goiás	102	1,7	142	2,3	179	2,9	330	5,1	470	7,2	1.138	17,2	1.852	27,7	891	27,7	5.104
Distrito Federal	15	0,6	55	2,1	62	2,3	118	4,2	182	6,4	732	25,1	1.306	43,9	538	43,9	3.008

Fonte: MS/SIS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
 Notas: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2017. (2) Notificação compulsória a partir de agosto de 2010. (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 3. Casos de sífilis adquirida segundo sexo, faixa etária, escolaridade e raça por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2017^(1,2)

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Sexo																			
Masculino	2.392	62,6	10.945	60,3	16.953	61,0	23.341	59,6	30.289	60,3	41.241	60,2	51.958	59,3	27.564	58,4	204.683	59,8	
Feminino	1.430	37,4	7.192	39,7	10.842	39,0	15.809	40,4	19.948	39,7	27.268	39,8	35.588	40,7	19.640	41,6	137.717	40,2	
Ignorado	0	0,0	0	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	
Total	3.822	100,0	18.137	100,0	27.795	100,0	39.150	100,0	50.237	100,0	68.509	100,0	87.546	100,0	47.204	100,0	342.400	100,0	
Razão de sexo	1,7	-	1,5	-	1,6	-	1,5	-	1,5	-	1,5	-	1,5	-	1,4	-	1,5	-	
Faixa etária⁽³⁾																			
13 a 19 anos	294	7,7	1.277	7,0	2.262	8,1	3.400	8,7	4.761	9,5	6.976	10,2	9.423	10,8	5.314	11,3	33.707	9,8	
20 a 29 anos	1.146	30,0	4.908	27,1	7.828	28,2	11.294	28,8	16.002	31,8	22.722	33,2	29.881	34,1	16.796	35,6	110.577	32,3	
30 a 39 anos	988	25,9	4.112	22,7	6.376	22,9	9.046	23,1	11.486	22,9	15.435	22,5	19.368	22,1	10.495	22,2	77.306	22,6	
40 a 49 anos	691	18,1	3.446	19,0	4.973	17,9	6.633	16,9	7.785	15,5	10.002	14,6	12.198	13,9	6.314	13,4	52.042	15,2	
50 anos ou mais	703	18,4	4.396	24,2	6.362	22,9	8.785	22,4	10.228	20,3	13.391	19,5	16.723	19,1	8.811	17,6	68.899	20,1	
Total	3.822	100,0	18.139	100,0	27.801	100,0	39.158	100,0	50.262	100,0	68.526	100,0	87.593	100,0	47.230	100,0	342.531	100,0	
Escolaridade⁽⁴⁾																			
Analfabeto	53	1,4	293	1,6	389	1,4	548	1,4	649	1,3	819	1,2	1.085	1,2	565	1,2	4.351	1,3	
1ª a 4ª incompleta	210	5,5	1.462	8,1	2.170	7,8	2.778	7,1	3.310	6,6	3.982	5,8	4.690	5,4	2.546	5,4	21.148	6,2	
4ª completa	164	4,3	996	5,5	1.384	5,0	1.758	4,5	2.117	4,2	2.569	3,7	3.077	3,5	1.640	3,5	13.705	4,0	
5ª a 8ª incompleta	411	10,8	2.438	13,4	3.712	13,4	5.292	13,5	6.804	13,5	8.546	12,5	10.903	12,4	5.714	12,1	43.820	12,8	
Ensino fundamental completo	306	8,0	1.778	9,5	2.387	8,6	3.354	8,6	4.118	8,2	5.554	8,1	6.568	7,5	3.613	7,6	27.628	8,1	
Ensino médio incompleto	180	4,7	1.155	6,4	1.867	6,7	2.830	7,2	3.903	7,8	5.688	8,3	7.506	8,6	4.200	8,9	27.329	8,0	
Ensino médio completo	416	10,9	2.538	14,0	4.356	15,7	6.164	15,7	8.079	16,1	11.197	16,3	14.671	16,7	8.116	17,2	55.537	16,2	
Superior incompleto	58	1,5	382	2,1	753	2,7	1.095	2,8	1.547	3,1	2.199	3,2	2.887	3,3	1.552	3,3	10.473	3,1	
Superior completo	108	2,8	568	3,1	1.051	3,8	1.399	3,6	2.008	4,0	2.631	3,8	3.243	3,7	1.763	3,7	12.771	3,7	
Não se aplica	0	0,0	7	0,0	10	0,0	13	0,0	14	0,0	18	0,0	23	0,0	11	0,0	96	0,0	
Ignorado	1.916	50,1	6.572	36,2	9.722	35,0	13.927	35,6	17.713	35,2	25.323	37,0	32.990	37,7	17.510	37,1	125.673	36,7	
Total	3.822	100,0	18.139	100,0	27.801	100,0	39.158	100,0	50.262	100,0	68.526	100,0	87.593	100,0	47.230	100,0	342.531	100,0	
Raça/cor																			
Branca	1.167	30,5	7.031	38,8	10.772	38,7	15.379	39,3	19.984	39,8	27.258	39,8	33.690	38,5	18.553	39,3	133.884	39,1	
Preta	329	8,6	1.649	9,1	2.592	9,3	3.470	8,9	4.599	9,2	6.296	9,2	8.138	9,3	4.405	9,3	31.478	9,2	
Amarela	22	0,6	86	0,5	146	0,5	212	0,5	315	0,6	419	0,6	551	0,6	397	0,8	2.148	0,6	
Pardo	952	24,9	5.673	31,3	8.517	30,6	12.345	31,5	16.131	32,1	21.280	31,1	28.968	33,1	15.945	33,8	109.811	32,1	
Indígena	34	0,9	118	0,7	145	0,5	167	0,4	216	0,4	286	0,4	478	0,5	219	0,5	1.663	0,5	
Ignorado	1.318	34,5	3.582	19,7	5.629	20,2	7.585	19,4	9.017	17,9	12.987	19,0	15.768	18,0	7.711	16,3	63.597	18,6	
Total	3.822	100,0	18.139	100,0	27.801	100,0	39.158	100,0	50.262	100,0	68.526	100,0	87.593	100,0	47.230	100,0	342.531	100,0	

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
 NDAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017. (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos. (3) Foram considerados os casos em indivíduos de 13 anos ou mais.
 (4) A partir de 2007 houve alterações para as categorias dessa variável.

Tabela 4. Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2017^(1,2)

UF de notificação	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total
	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	n	taxa	
Brasil	1.593	0,5	3.471	1,2	6.578	2,3	7.298	2,5	8.368	2,9	10.040	3,5	13.728	4,7	16.415	5,6	20.896	7,2	26.594	8,9	32.651	10,8	37.436	12,4	15.235	200.253	
Norte	274	0,9	709	2,2	1.030	3,3	1.185	3,7	1.269	4,1	1.286	4,2	1.510	4,8	1.497	4,9	1.953	6,2	2.480	7,7	3.273	10,2	3.890	12,1	1.805	22.161	
Roraima	6	0,2	19	0,8	31	1,3	26	1,0	38	1,5	54	2,1	84	3,0	89	3,4	112	4,1	181	6,6	185	6,6	242	8,7	124	1.191	
Acre	2	0,1	22	1,3	56	3,5	55	3,1	63	3,7	41	2,5	93	5,2	91	5,4	110	6,4	227	13,2	303	17,8	323	19,0	155	1.541	
Amazonas	104	1,4	253	3,3	189	2,6	209	2,8	235	3,1	201	2,7	230	3,0	286	3,7	416	5,3	485	6,0	959	12,0	1.390	17,4	755	5.712	
Roraima	9	0,9	26	2,7	20	2,1	29	2,9	27	2,8	21	2,2	19	1,9	66	6,2	79	7,3	70	6,3	100	8,8	132	11,6	29	627	
Pará	111	0,8	262	1,7	531	3,5	644	4,3	673	4,7	762	5,4	896	6,3	803	5,8	987	7,1	1.227	8,6	1.391	9,7	1.389	9,7	561	10.237	
Amapá	0	0,0	0	0,0	74	5,1	134	8,9	153	10,7	96	6,4	79	5,2	39	2,6	142	9,0	149	9,2	138	8,8	166	10,5	54	1.224	
Toxantins	42	1,6	127	4,9	129	5,2	88	3,4	80	3,2	111	4,5	109	4,4	123	5,0	107	4,4	141	5,7	197	7,8	248	9,9	127	1.629	
Nordeste	452	0,5	1.234	1,4	1.860	2,1	1.770	2,0	1.983	2,3	2.363	2,8	3.190	3,7	3.581	4,3	4.243	5,2	5.126	6,2	5.960	7,0	6.571	7,8	3.164	41.497	
Maranhão	64	0,5	240	1,9	226	1,8	235	1,8	232	1,9	237	2,0	275	2,3	224	1,9	359	3,1	633	5,4	825	7,0	756	6,4	445	4.751	
Pernambuco	18	0,3	59	1,1	126	2,4	66	1,3	63	1,2	85	1,7	99	2,0	129	2,7	229	4,9	204	4,3	254	5,2	296	6,0	127	1.755	
Ceará	83	0,6	185	1,4	331	2,5	229	1,7	339	2,6	448	3,5	566	4,4	683	5,4	651	5,2	711	5,5	828	6,2	941	7,1	454	6.449	
Rio Grande do Norte	11	0,2	34	0,7	116	2,4	105	2,1	120	2,5	164	3,4	173	3,6	229	4,9	150	3,2	206	4,3	212	4,3	250	5,1	123	1.893	
Pernambuco	39	0,6	225	3,7	105	1,8	158	2,5	154	2,6	175	3,0	302	5,1	298	5,2	416	7,3	298	5,2	373	6,3	286	4,8	182	3.011	
Pernambuco	69	0,5	46	0,3	361	2,5	344	2,4	337	2,4	371	2,7	480	3,4	547	3,9	663	4,7	751	5,2	834	5,8	888	6,1	551	6.242	
Alagoas	109	1,8	265	4,6	205	3,6	205	3,5	161	2,9	184	3,4	200	3,7	189	3,6	202	3,8	280	5,4	313	6,0	371	7,1	207	2.891	
Sergipe	38	1,0	140	3,8	146	4,1	136	3,7	113	3,2	178	5,2	312	8,9	326	9,6	259	7,6	303	8,8	341	9,8	305	8,7	156	2.753	
Bahia	21	0,1	40	0,2	244	1,1	292	1,3	464	2,1	521	2,5	783	3,6	956	4,6	1.314	6,5	1.740	8,5	1.980	9,6	2.478	12,0	919	11.752	
Sudeste	170	0,1	275	0,2	1.985	1,8	2.619	2,3	3.172	2,8	4.216	3,8	6.358	5,6	7.994	6,9	10.042	8,8	12.888	10,9	14.848	12,4	17.551	14,7	6.435	88.573	
Minas Gerais	18	0,1	48	0,2	223	0,9	237	0,9	306	1,2	362	1,4	548	2,1	871	3,3	1.138	4,4	1.700	6,4	2.407	9,0	2.546	9,5	1.297	11.701	
Espírito Santo	29	0,6	55	1,1	115	2,3	152	2,9	140	2,7	250	4,8	383	7,2	503	9,5	695	12,9	775	13,7	1.085	19,1	1.274	22,4	564	6.020	
Rio de Janeiro	25	0,1	37	0,2	568	2,6	795	3,7	925	4,3	1.435	6,7	2.199	10,0	2.725	12,2	3.193	14,3	4.041	17,3	4.293	18,1	5.540	23,4	1.153	26.929	
São Paulo	98	0,2	135	0,2	1.079	1,8	1.435	2,4	1.801	3,0	2.169	3,6	3.228	5,3	3.895	6,3	5.016	8,2	6.372	10,2	7.083	11,2	8.191	12,9	3.421	43.923	
Sul	378	1,0	450	1,2	685	1,9	685	1,8	841	2,3	1.007	2,7	1.436	3,8	1.943	5,1	2.745	7,1	3.828	9,7	5.955	14,6	6.608	16,3	2.606	29.167	
Paraná	151	0,9	201	1,3	234	1,6	171	1,1	244	1,6	338	2,2	555	3,6	683	4,4	999	6,4	1.320	8,3	1.850	11,5	2.242	13,9	923	9.911	
Santa Catarina	63	0,7	91	1,1	147	1,8	132	1,5	168	2,0	204	2,4	252	2,9	317	3,6	522	5,8	761	8,2	1.231	12,7	1.349	13,9	569	5.806	
Rio Grande do Sul	164	1,1	158	1,1	304	2,3	382	2,8	429	3,2	465	3,5	629	4,6	943	6,8	1.224	8,7	1.747	12,2	2.874	19,4	3.017	20,3	1.114	13.450	
Centro-Oeste	319	1,4	803	3,6	968	4,5	1.039	4,7	1.103	4,7	1.168	5,3	1.234	5,4	1.400	6,1	1.913	8,2	2.272	9,3	2.595	10,5	2.816	11,4	1.225	18.855	
Mato Grosso do Sul	285	6,9	633	16,0	510	13,2	503	12,2	557	13,8	512	12,8	520	12,3	546	12,9	682	16,1	850	19,3	956	21,7	1.048	23,7	498	8.100	
Mato Grosso	19	0,4	73	1,5	122	2,6	141	2,8	167	3,4	231	4,7	233	4,5	285	4,6	293	5,5	329	5,8	334	5,9	362	6,4	116	2.655	
Goiás	1	0,0	30	0,3	242	2,8	313	3,6	303	3,5	333	3,8	375	4,2	538	5,8	814	8,6	915	9,2	1.033	10,3	1.081	10,7	486	6.464	
Distrito Federal	14	0,3	67	1,5	94	2,1	82	1,9	76	1,7	92	2,1	106	2,4	81	1,9	124	2,8	178	4,0	272	5,9	325	7,0	125	1.636	

FONTE: MS/SIS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação. NDIAS: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2017. (2) Notificação compulsória a partir de julho de 2005. (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos. (4) Para o cálculo da taxa de 2016, utilizouse o número de nascidos vivos de 2015.

Tabela 5. Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional, faixa etária, escolaridade e raça por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2017^(1,2)

Variáveis	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Idade gestacional																												
1º trimestre	-	-	-	-	1354	21,7	1479	20,2	1749	20,9	2175	31,65	23,0	3805	23,2	5346	25,6	7486	28,9	10505	32,2	13838	37,0	5885	38,7	56987	29,2	
2º trimestre	-	-	-	-	2062	33,0	2441	33,4	2705	32,3	3293	32,8	4311	31,4	5093	31,0	6642	31,8	8152	30,6	9743	29,8	10841	29,0	4543	29,9	59826	30,7
3º trimestre	-	-	-	-	2172	34,7	2748	37,6	3246	38,8	3812	38,0	5155	37,5	6185	37,7	7372	35,3	8860	33,3	10448	32,0	10488	28,1	4000	26,3	64486	33,1
idade gestacional ignorada	-	-	-	-	663	10,6	636	8,7	673	8,0	763	7,6	1102	8,0	1338	8,1	1544	7,4	1911	7,2	1962	6,0	2161	5,8	761	5,0	13514	6,9
Ignorado	-	-	-	-	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	49	0,1	20	0,1	73	0,0
Total	-	-	-	-	6251	100,0	7305	100,0	8373	100,0	10043	100,0	13733	100,0	16421	100,0	20904	100,0	26609	100,0	32661	100,0	37377	100,0	15209	100,0	194886	100,0
Faixa etária																												
10 a 14 anos	26	1,6	35	1,0	82	1,3	87	1,2	110	1,3	161	1,6	200	1,5	259	1,6	326	1,6	369	1,4	446	1,4	504	1,3	199	1,3	2804	1,4
15 a 19 anos	302	19,0	623	17,9	1163	17,8	1317	18,0	1648	19,7	2106	21,0	3090	22,5	3966	24,2	5341	25,6	6992	26,3	8502	26,0	9726	26,0	3956	26,0	48732	24,3
20 a 29 anos	778	49,0	1851	53,1	3517	53,9	3969	54,3	4454	53,2	5224	52,0	6985	50,9	8269	50,4	10543	50,4	13406	50,4	16809	51,5	19644	52,5	7975	52,3	103424	51,6
30 a 39 anos	368	23,2	782	22,4	1539	23,6	1718	23,5	1909	22,8	2275	22,7	3056	22,3	3324	21,5	4260	20,4	5280	19,8	6242	19,1	6817	18,2	2780	18,2	40550	20,2
40 ou mais	54	3,4	111	3,2	224	3,4	214	2,9	249	3,0	274	2,7	402	2,9	400	2,4	429	2,1	553	2,1	666	2,0	723	1,9	330	2,2	4629	2,3
Ignorado	59	3,7	82	2,4	5	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	146	0,1	
Total (4)	1587	100,0	3484	100,0	6530	100,0	7305	100,0	8370	100,0	10040	100,0	13733	100,0	16418	100,0	20899	100,0	26600	100,0	32665	100,0	37414	100,0	15240	100,0	202085	100,0
Escolaridade⁽³⁾																												
Analfabeto	-	-	-	-	135	2,2	152	2,1	147	1,8	150	1,5	177	1,3	161	1,0	165	0,8	225	0,8	204	0,6	198	0,5	78	0,5	1792	0,9
1º a 4º incompleto	-	-	-	-	839	13,4	910	12,5	965	11,5	951	9,5	1177	8,6	1347	8,2	1417	6,8	1660	6,2	1877	5,7	1873	5,0	659	4,3	13675	7,0
4º completo	-	-	-	-	528	8,4	567	7,8	634	7,6	679	6,8	829	6,0	895	5,5	923	4,4	1139	4,3	1302	4,0	1409	3,8	542	3,6	9447	4,8
5º a 8º incompleto	-	-	-	-	1454	23,3	1540	21,1	1816	21,7	2170	21,6	3023	22,0	3495	21,3	4277	20,5	5530	20,8	6488	19,9	7530	20,1	3114	20,5	40437	20,7
Ensino fundamental completo	-	-	-	-	620	9,9	684	9,4	774	9,2	916	9,1	1222	8,9	1542	9,4	1920	9,2	2391	9,0	3174	9,7	3613	9,7	1490	9,8	18346	9,4
Ensino médio incompleto	-	-	-	-	430	6,9	582	8,0	740	8,8	977	9,7	1335	9,7	1789	10,9	2562	12,3	3367	12,7	4543	13,9	5418	14,5	2259	14,8	24002	12,3
Ensino médio completo	-	-	-	-	450	7,2	599	8,2	858	10,2	1086	10,8	1536	11,2	1951	11,9	2864	13,7	3913	14,7	4984	15,3	6050	16,2	2598	17,1	26889	13,8
Superior incompleto	-	-	-	-	35	0,6	33	0,5	44	0,5	85	0,8	102	0,7	130	0,8	192	0,9	267	1,0	392	1,2	458	1,2	233	1,5	1971	1,0
Superior completo	-	-	-	-	20	0,3	23	0,3	51	0,6	47	0,5	72	0,5	95	0,6	140	0,7	216	0,8	255	0,8	341	0,9	147	1,0	1407	0,7
Não se aplica	-	-	-	-	3	0,0	0	0,0	3	0,0	3	0,0	0	0,0	3	0,0	5	0,0	9	0,0	1	0,0	23	0,1	4	0,0	54	0,0
Ignorado	-	-	-	-	1737	27,8	2215	30,3	2341	28,0	2979	29,7	4260	31,0	5013	30,5	6459	30,8	7892	29,7	9441	28,9	10484	28,0	4094	26,9	56895	29,2
Total	-	-	-	-	6251	100,0	7305	100,0	8373	100,0	10043	100,0	13733	100,0	16421	100,0	20904	100,0	26609	100,0	32661	100,0	37397	100,0	15218	100,0	194915	100,0
Raça/cor																												
Branco	457	28,6	820	23,5	1959	30,0	2168	29,7	2496	29,8	2958	29,5	3920	28,5	4764	29,0	6244	29,9	7975	30,0	10065	30,8	11476	30,6	4710	30,9	60012	29,9
Pardo	95	5,9	301	8,6	743	11,4	821	11,2	1079	12,9	1218	12,1	1785	13,0	2096	12,8	2481	11,9	3361	12,6	3964	12,1	4637	12,4	1804	11,8	24385	12,2
Amorelo	19	1,2	93	2,7	66	1,0	58	0,8	98	1,2	67	0,7	108	0,8	135	0,8	186	0,9	203	0,8	259	0,8	315	0,8	146	1,0	1753	0,9
Pardo	645	40,4	1503	43,0	2848	43,6	3324	45,5	3791	45,3	4693	46,7	6349	46,2	7626	46,4	9714	46,5	12450	46,8	15260	46,7	17731	47,4	7507	49,2	93441	46,6
Indígena	59	3,7	95	2,7	117	1,8	166	2,3	174	2,1	149	1,5	148	1,1	133	0,8	130	0,6	152	0,6	224	0,7	227	0,6	90	0,6	1864	0,9
Ignorado	323	20,2	684	19,6	802	12,3	768	10,5	795	8,8	958	9,5	1423	10,4	1667	10,2	2149	10,3	2468	9,3	2894	8,9	3060	8,2	989	6,5	18820	9,4
Total	1598	100,0	3496	100,0	6535	100,0	7305	100,0	8373	100,0	10043	100,0	13733	100,0	16421	100,0	20904	100,0	26609	100,0	32666	100,0	37446	100,0	15246	100,0	200375	100,0

FONTE: MS/SIS/Sistema de Informação de Agrotóxicos de Notificação.

NOTAS: (1) Casos notificados no Sima até 30/06/2017. (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos. (3) A partir de 2007 houve alterações para os categorias dessa variável. (4) Não foram considerados casos em menores de 10 anos.

Tabela 7. Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017^(1,2)

Classificação clínica	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sífilis primária	2.533	40,5	2.869	39,3	3.273	39,1	3.777	37,6	4.849	35,3	5.681	34,6	6.801	32,5	8.516	32,0	10.060	30,8	10.969	29,3	4.675	30,7	64.003	32,8
Sífilis secundária	538	8,6	592	8,1	705	8,4	766	7,6	907	6,6	1.101	6,7	1.305	6,2	1.658	6,2	1.888	5,8	2.103	5,6	903	5,9	12.466	6,4
Sífilis terciária	384	6,1	412	5,6	561	6,7	807	8,0	1.099	8,0	1.333	8,1	2.197	10,5	3.005	11,3	3.497	10,7	4.079	10,9	1.505	9,9	18.879	9,7
Sífilis latente	882	14,1	1.153	15,8	1.164	13,9	1.473	14,7	2.385	17,0	3.200	19,5	4.406	21,1	5.954	22,4	8.011	24,5	10.104	27,0	4.173	27,4	42.855	22,0
Ignorado	1.914	30,6	2.279	31,2	2.670	31,9	3.220	32,1	4.543	33,1	5.106	31,1	6.195	29,6	7.476	28,1	9.205	28,2	10.142	27,1	3.962	26,0	56.712	29,1
Total	6.251	100,0	7.305	100,0	8.373	100,0	10.043	100,0	13.733	100,0	16.421	100,0	20.904	100,0	26.609	100,0	32.661	100,0	37.397	100,0	15.218	100,0	194.915	100,0

FONTE: MS/SIS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

NOTA: (1) Casos notificados no Siman até 30/06/2017. (2) Dados preliminares para últimos 5 anos.

Tabela 9. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características dos casos por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2017^(1,2)

Brasil	1998-2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
Idade da criança																																
Menos de 7 dias	15.328	4,813	91,7	5,354	91,2	5,492	92,5	5,219	93,3	5,462	94,6	5,786	95,3	6,648	95,4	9,158	96,2	11,234	96,2	13,497	96,4	15,725	96,3	18,921	96,4	19,846	96,5	8,656	96,8	151,139	93,8	
7 a 27 dias	2,012	200	3,8	248	4,2	233	3,9	189	3,4	138	2,4	118	1,9	163	2,3	108	2,0	207	1,8	230	1,6	273	1,7	335	1,7	297	1,4	134	1,5	4,965	3,1	
28 a 364 dias	1,102	187	3,6	228	3,9	179	3,0	147	2,6	145	2,5	138	2,3	138	2,0	146	1,5	192	1,6	243	1,7	282	1,7	302	1,5	335	1,6	119	1,3	3,883	2,4	
1 ano	85	12	0,2	14	0,2	9	0,2	4	0,1	11	0,2	12	0,2	7	0,1	13	0,1	21	0,2	27	0,2	18	0,1	35	0,2	35	0,2	19	0,2	322	0,2	
2 a 4 anos	66	14	0,3	11	0,2	5	0,1	13	0,2	8	0,1	6	0,1	5	0,1	8	0,1	12	0,1	5	0,0	18	0,1	28	0,1	30	0,1	10	0,1	239	0,1	
5 a 12 anos	35	6	0,1	7	0,1	11	0,2	23	0,4	8	0,1	12	0,2	5	0,1	7	0,1	11	0,1	4	0,0	7	0,0	10	0,1	13	0,1	3	0,0	162	0,1	
Ignorado	314	15	0,3	8	0,1	11	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	348	0,2	
Total	18.942	5.247	100,0	5.870	100,0	5.940	100,0	5.595	100,0	5.772	100,0	6.072	100,0	6.966	100,0	9.520	100,0	11.677	100,0	14.006	100,0	16.323	100,0	19.631	100,0	20.556	100,0	8.941	100,0	161.058	100,0	
Depósito final																																
Sífilis congênita recente	17.553	4.900	93,4	5.468	93,2	5.515	92,8	4.762	85,1	5.019	87,0	5.531	91,1	6.361	91,3	8.690	91,3	10.622	91,3	12.968	92,6	15.070	92,3	18.206	92,7	19.199	93,4	8.378	93,7	148.242	92,0	
Sífilis congênita tardia	471	25	0,5	17	0,3	15	0,3	25	0,4	56	1,0	79	1,3	32	0,5	15	0,2	25	0,2	10	0,1	25	0,2	40	0,2	43	0,2	13	0,1	891	0,6	
Aborto por sífilis	917	321	6,1	385	6,6	397	6,7	97	1,7	157	2,7	247	4,1	278	4,0	375	3,9	456	3,9	473	3,4	612	3,7	695	3,5	692	3,4	283	3,2	6.385	4,0	
Nascimento por sífilis	1	1	0,0	0	0,0	13	0,2	711	12,7	540	9,4	215	3,5	295	4,2	440	4,6	574	4,9	555	4,0	616	3,8	690	3,5	622	3,0	267	3,0	5.540	3,4	
Total	18.942	5.247	100,0	5.870	100,0	5.940	100,0	5.595	100,0	5.772	100,0	6.072	100,0	6.966	100,0	9.520	100,0	11.677	100,0	14.006	100,0	16.323	100,0	19.631	100,0	20.556	100,0	8.941	100,0	161.058	100,0	

FONTE: IMS/SIS/Sistema de Informação de Agudos de Notificação.
NOTA: (1) Casos notificados no SIMAN até 30/06/2017. (2) Dados preliminares para últimos 5 anos.

Tabela 11. Óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano (número e coeficiente por 100.000 nascidos vivos), segundo UF e região de residência por ano. Brasil, 1998-2016⁽¹⁾

UF de residência	1998-2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016 ⁽²⁾		Total
	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	n°	coef.	
Brasil	605	66	2,2	73	2,4	67	2,3	64	2,2	90	3,1	111	3,8	147	5,1	161	5,5	176	5,9	235	7,8	185	5,3	235	5,3	235	5,3	235	
Norte	59	1	0,3	5	1,6	9	2,8	7	2,2	8	2,6	10	3,3	13	4,2	21	6,7	33	10,3	33	10,3	17	5,3	17	5,3	235	5,3	235	
Roraima	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
Acre	2	0	0,0	2	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	
Amazons	26	0	0,0	0	0,0	2	2,6	2	2,7	2	2,7	2	2,7	3	4,0	4	5,4	2	2,6	4	5,2	4	5,1	7	8,6	4	5,0	5	
Roraima	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,2	0	0,0	1	8,8	6	
Pará	11	1	0,7	0	0,0	5	3,3	3	2,0	1	0,7	4	2,8	4	2,8	4	2,8	6	4,2	5	3,6	12	8,6	21	14,6	19	13,2	6	
Amapá	7	0	0,0	0	0,0	1	6,8	2	13,9	2	13,9	2	13,9	2	13,9	2	13,9	0	0,0	0	0,0	1	6,4	0	0,0	1	6,3	0	
Toçantins	9	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	3,9	0	0,0	1	4,1	1	4,1	0	0,0	1	4,1	0	0,0	1	4,0	4	15,9	2	
Nordeste	190	16	1,8	26	2,8	26	2,9	33	3,8	29	3,3	37	4,3	42	5,0	56	6,8	48	5,8	54	6,4	65	7,7	67	7,7	670	6,4	65	
Maranhão	22	2	1,6	4	3,1	7	5,5	1	0,8	1	0,8	1	0,8	1	0,8	3	2,5	6	5,0	6	5,2	13	11,3	7	6,0	11	9,4	12	
Pernambuco	63	4	2,7	5	3,3	9	6,2	16	11,2	10	6,9	10	7,1	11	8,1	11	8,1	7	5,0	11	7,8	18	12,7	14	9,8	14	9,7	15	
Alagoas	22	0	0,0	1	1,6	3	5,2	5	8,7	3	5,2	2	3,6	5	9,2	5	9,2	5	9,2	5	9,2	5	9,2	5	9,2	5	9,2	4	7,7
Sergipe	1	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	1	2,8	1	2,9	1	2,9	1	2,9	1	2,9	1	2,9	2	5,7	3	
Bahia	37	5	2,1	7	3,0	4	1,8	4	1,8	4	1,8	3	1,4	4	1,8	1	0,5	7	3,3	8	3,8	6	3,0	17	8,3	13	6,3	16	
Sudeste	285	37	3,1	31	2,6	25	2,2	21	1,9	15	1,3	28	2,5	42	3,7	45	3,9	73	6,3	61	5,3	61	5,3	61	5,3	61	5,3	61	
Minas Gerais	25	2	0,7	1	0,4	2	0,8	2	0,8	2	0,8	1	0,4	5	2,0	1	0,4	5	1,9	1	0,4	4	1,5	6	2,2	23	8,6	7	
Espírito Santo	18	0	0,0	0	0,0	1	1,9	1	2,0	1	2,0	2	3,9	1	1,9	0	0,0	2	3,8	5	9,5	3	5,5	7	12,4	3	5,3	3	
Rio de Janeiro	213	30	13,0	27	12,1	18	8,2	14	6,5	10	4,6	17	7,8	28	13,0	31	14,1	50	22,4	40	17,9	40	17,9	30	12,8	66	27,9	43	
São Paulo	29	5	0,8	3	0,5	4	0,7	4	0,7	2	0,3	5	0,8	13	2,2	7	1,1	17	2,8	14	2,3	18	2,9	21	3,3	20	3,2	20	
Sul	51	10	2,5	8	2,0	6	1,6	3	0,8	5	1,3	4	1,1	6	1,6	13	3,4	15	3,9	18	4,7	21	5,3	26	6,4	19	4,7	205	
Paraná	16	5	3,1	3	1,9	1	0,7	2	1,4	0	0,0	1	0,7	3	2,0	4	2,6	7	4,5	6	3,9	8	5,0	8	5,0	8	5,0	3	
Santa Catarina	5	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,1	2	2,3	2	2,2	3	3,2	5	5,1	3	
Rio Grande do Sul	30	4	2,6	5	3,4	5	3,5	1	0,7	5	3,7	3	2,2	2	1,5	8	5,8	6	4,3	10	7,1	10	7,0	10	7,0	13	8,8	13	
Centro-Oeste	20	2	0,9	3	1,3	1	0,5	3	1,4	2	0,9	1	0,5	4	1,8	4	1,8	4	1,8	4	1,7	5	2,1	13	5,3	9	3,6	11	
Mato Grosso do Sul	3	1	2,4	3	7,2	0	0,0	1	2,6	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,4	3	6,8	2	
Mato Grosso	10	1	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	3,5	3	5,3	1	
Goiás	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,1	0	0,0	2	2,3	3	3,3	2	2,1	4	4,2	4	4,2	5	5,0	2	2,0	3	
Distrito Federal	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	2,3	0	0,0	1	2,3	0	0,0	3	6,7	2	4,3	2	

FONTE: MS/SIS/Departamento de Análise de Situação em Saúde.
NOTAS: (1) Óbitos declarados no SIM até 31/12/2016. (2) Para o cálculo do coeficiente foi utilizado nascidos vivos do ano de 2015.

ANEXOS

ANEXO I – PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências; Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. § 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS. § 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. § 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento,

às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória. Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola	X	X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseniose				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

APÊNDICE - INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA O MONITORAMENTO DA SÍFILIS

Tabela 2 – Indicadores epidemiológicos para o monitoramento da sífilis

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE(S)	FONTE(S)	
Taxa de detecção de sífilis adquirida	$\frac{\text{Número de casos de sífilis adquirida em indivíduos de 13 anos ou mais, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{População total de indivíduos de 13 anos ou mais no mesmo ano, residente no mesmo local}}$	x 100.000	Medir o risco de ocorrência de casos novos confirmados de sífilis adquirida na população, segundo ano e local de residência.	MS/SVS/Sinan/IBGE
Taxa de detecção de sífilis em gestantes	$\frac{\text{Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}}$	x 1.000	Medir a frequência anual de casos de sífilis na gestação e orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença no mesmo local de residência e ano.	MS/SVS/Sinan/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano	$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}}$	x 1.000	Medir o risco de ocorrência de casos novos de sífilis congênita por transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> no mesmo local de residência e ano.	MS/SVS/Sinan/Sinasc
Coefficiente de mortalidade infantil específica por sífilis congênita	$\frac{\text{Número de óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano (causa básica) em determinado ano e local de residência}}{\text{Número de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}}$	x 100.000	Medir o risco de óbito em crianças em consequência da sífilis congênita no mesmo local de residência e ano	MS/SVS/SIM/Sinasc

DEPTO VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DO HIV/AIDS DASSRTVN 701
Bloco D Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719040
Site

NOTA INFORMATIVA Nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS

Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita.

1. INTRODUÇÃO

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional inclui a notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, conforme Portaria vigente do Ministério da Saúde. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Diante da necessidade de diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, define-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** devem ser notificados como **sífilis em gestantes** e não como sífilis adquirida.

Com a finalidade de atualizar a definição de caso de sífilis congênita para fins de vigilância e visando o alinhamento com as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde[1] e da Organização Mundial da Saúde[2], deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta. **Para fins de vigilância epidemiológica, não se considera como critério de definição de caso de sífilis congênita, o tratamento da parceria sexual da mãe.**

Destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST e USR) e testes treponêmicos para sífilis (teste rápido, FTA-ABS, ELISA, EQL, TPHA, TPPA, MHA-TP) incorporados na sua lista de procedimentos, e que o Ministério da Saúde adquire e fornece testes rápidos para sífilis aos serviços de saúde.

2. RECOMENDAÇÕES

2.1. Das definições de casos

Diante do exposto, o Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde atualiza os critérios de definição de casos de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita:

SÍFILIS ADQUIRIDA

Situação 1

Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente **e sem registro de tratamento prévio.**

Situação 2

Indivíduo sintomático^a para sífilis, com pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação. a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

SÍFILIS EM GESTANTES

Situação 1

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

Situação 2

Mulher sintomática^b para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** e apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação. b Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3

Mulher que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação **E** teste treponêmico reagente, **independente de sintomatologia** da sífilis **e de tratamento prévio.**

*Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados

SÍFILIS CONGÊNITA

Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada^{d,e,c} Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3)

^d Tratamento adequado: Tratamento completo para 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 não adequada.

^e Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2^f

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 os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^g;
- 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.

^f Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual

^g Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

Situação 3

Evidência microbiológica^h de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

^h Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

2.2. Do preenchimento das fichas de notificação

Para **notificação dos casos de sífilis adquirida**, deve ser utilizada a ficha de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que contém atributos comuns a todos os agravos.

As fichas de notificação/investigação dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita continuam sendo as vigentes no Sinan até a atualização das novas fichas no sistema.

Ressalta-se que, **na ficha de notificação/investigação de sífilis em gestante**, para o preenchimento dos campos 37 a 40, referentes aos resultados dos exames, devem ser consideradas as informações do pré-natal, parto e/ou puerpério. Todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestantes e não notificadas como sífilis adquirida.

Quanto à ficha de notificação/investigação de sífilis congênita , a nova definição de caso considera como tratamento adequado - o tratamento completo para estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto, desconsiderando a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes. Portanto, para não gerar inconsistência no Sinan, torna-se provisória a inserção da informação “1-SIM” no **campo 46** (parceiro tratado concomitantemente com a gestante), independente da informação coletada.

[1] OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.

[2] PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO, 2017 .

Brasília, 19 de setembro de 2017.

Gerson Fernando Mendes Pereira

Diretor Substituto do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais

Adeilson Loureiro Cavalcante

Secretário de Vigilância em Saúde - SVS

Aprovo a Nota Técnica

Em 19/09/2017

[1] OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.

[2] PAHO (Pan American Health Organization). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO, 2017 .



Documento assinado eletronicamente por Gerson Fernando Mendes Pereira, Diretor(a) do Departamento de Vigilância, Prev. e Cont. IST, HIV/AIDS e Hep. Virais, Substituto(a), em 13/10/2017, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Cooperação
**Representação
no Brasil**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

