

**BOLETIM
EPIDEMIOLÓGICO**

SÍFILIS

GOIÁS

2016

Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Estado de Goiás

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – Gerência de Programas Especiais – Coordenação Estadual de DST/aids.

Endereço: Rua 136 Qd. F- 44 Lt. 22-24 Ed. César Sebba Setor Sul – Goiânia, Goiás.

E-mail: nucleo.aids@gmail.com – Telefone: (62) 3201-7894.

Governador

Marconi Ferreira Perillo Junior

Secretário do Estado da Saúde de Goiás

Leonardo Moura Vilela

Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Evanilde Fernandes da Costa Gomides

Gerente de Programas Especiais

Edna Maria Coven

Coordenadora Estadual de DST/aids

Milca de Freitas Queiroz Prado

Equipe Técnica da Coordenação Estadual de DST/aids

Amélia Mahmud Jacob

Cenília Alves de Jesus Ramos

Daniele Afonso do Prado

Déborah Ferreira Noronha de Castro Rocha

Larissa Kristina Vidal Montes

Lôide Clementina da Cunha

Madalena Tanso Ishac

Maria das Graças Rocha Veloso

Paulo Roberto de Melo Reis

Polyanna Ribeiro Guerreiro

Elaboração:

Daniele Afonso do Prado

Déborah Ferreira Noronha de Castro Rocha

Larissa Kristina Vidal Montes

**É permitida a reprodução desde que citada a fonte.*

SUMÁRIO

Apresentação.....	4
Introdução.....	5
Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante, Goiás 2007-2016.....	7
Sífilis em Gestante.....	7
Situação Epidemiológica da Sífilis Congênita, Goiás 2000-2016.....	12
Sífilis Congênita.....	13
Referências.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis em gestantes por região de saúde de residência e ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016 ¹²³⁴	23
Tabela 2. Casos de gestantes com sífilis (número e percentual) segundo faixa etária, escolaridade e raça por ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016 ¹²	24
Tabela 3. Número e percentual de casos de sífilis segundo características das gestantes por ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016 ¹²	25
Tabela 4. Características dos parceiros sexuais das gestantes notificadas com sífilis por ano de notificação. Goiás, 2007a 2016 ¹²	26
Tabela 5. Casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano (número e taxa de incidência) por 1000 nascidos vivos, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2016 ¹²³⁴	27
Tabela 6. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características sociodemográficas da mãe, por ano de diagnóstico. Goiás 2007 a 2016 ¹²	28
Tabela 7. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo variáveis de tratamento da mãe, por ano de diagnóstico. Goiás 2007 a 2016 ¹²	29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de notificação. Goiás 2007 a 2016 ¹²³	8
Gráfico 2. Número de casos e coeficiente de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por região de saúde. Goiás, 2015.....	9
Gráfico 3. Idade gestacional do diagnóstico de sífilis em gestante, por ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016.....	10
Gráfico 4. Proporção de casos de sífilis em gestantes, segundo esquema de tratamento prescrito à gestante. Goiás, 2007 a 2016 ¹	11
Gráfico 5. Número de casos e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, residentes no Estado de Goiás, segundo ano de diagnóstico, 2000 a 2016 ¹²³	14
Gráfico 6. Taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita. Goiás, 2007 a 2016 ¹²³	14
Gráfico 7. Proporção de casos de mulheres mães das crianças que resultaram em sífilis congênita, segundo variável realização de pré-natal, por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2016 ¹	15
Gráfico 8. Proporção de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou após o parto. Goiás 2007 a 2016.....	16
Gráfico 9. Características das mães das crianças diagnosticadas com sífilis congênita, no ano de 2015. Goiás, 2016.....	16
Gráfico 10. Percentual de registros ignorados/não realizados das características laboratoriais dos casos de sífilis congênita notificados. Goiás 2007 2016 ¹	19
Gráfico 11. Número de óbito e coeficiente de mortalidade específica por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos), segundo ano de óbito. Goiás, 2000 a 2014 ¹²	20

Apresentação

O Boletim Epidemiológico da Sífilis é uma publicação técnica da Coordenação Estadual de DST/Aids, contém dados dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes ao Estado de Goiás, atualizado em 30 de junho de 2016 e detalhados segundo variáveis contidas nas fichas de notificação para cada agravo.

Esta publicação reafirma sua missão de instrumento de informação para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação das ações de saúde. Todas as informações contidas neste boletim estão disponíveis em formato eletrônico no endereço www.saude.go.gov.br.

Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, de evolução crônica causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida ou congênita da doença.

A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano da infecção.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também poder ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode implicar consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (BRASIL,2015).

Tanto o rastreamento sorológico quanto o tratamento da sífilis com penicilina são de baixo custo e fácil operacionalização. Uma das principais preocupações sobre as dificuldades no controle da disseminação dessa doença é a infecção de mulheres em idade reprodutiva, que pode acarretar a ocorrência de casos de sífilis congênita (SC) por meio da transmissão vertical.

Ao longo dos anos foram criadas ações e estratégias para a eliminação da sífilis congênita no país, centradas principalmente na Atenção Básica à saúde, com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença. Estas estratégias e ações foram importantes para o melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como para a prevenção dos casos.

A eliminação da sífilis congênita é uma prioridade global (Organização Mundial de Saúde/OMS), regional (Organização Pan-Americana da Saúde/Opas), nacional (Ministério da Saúde/MS) e está contida em vários documentos, tais como: “Eliminação Mundial da

Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para a Ação” (OMS-2008); “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita” (Opas-2010); “Rede Cegonha” (MS-2011).

A notificação, a investigação de casos, o tratamento adequado e a implementação de medidas para a prevenção de novos casos de sífilis congênita contribuirão para a redução dos casos rumo à eliminação da doença.

Neste Boletim, apresentam-se as novas definições para casos de sífilis, bem como a Portaria Ministerial nº 1.271 de 6 de junho de 2014, que 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.

Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante, Goiás 2007-2016

A portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 incluiu a sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória. No Estado de Goiás a notificação iniciou-se a partir de janeiro de 2007 com a introdução da Ficha de Investigação Epidemiológica específica para o agravo. A notificação e vigilância desse agravo são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical. Como critério de notificação dos casos de sífilis em gestante para fins de vigilância no período aqui descrito considera-se:

- **Caso suspeito** – gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.
- **Caso confirmado** – gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; e gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Sífilis em Gestante

De 2007 a 07 de julho de 2016 foram notificadas no SINAN, 5589 gestantes com sífilis. Houve um aumento em mais de 300% no número absoluto das notificações do ano de 2007 para o ano de 2015 (Tabela1). De 2013 a 2015 consta uma média de 971 notificações ao ano. A taxa de detecção de sífilis em gestantes está em ascensão desde o ano de 2012, chegando a 10,5 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2015(Gráfico 1). Um dos fatores associados ao aumento das notificações nos últimos anos advém do fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem de gestantes e acompanhamento dos casos.

Na estratificação dos casos notificados por região de residência, observa-se ao longo dos anos analisados que a região com maior proporção de casos absolutos de sífilis em gestante foi a Central com 1522 (27,0%) casos, seguidos pela Centro Sul com 790 (14,0%) casos (Tabela 1). É importante ressaltar que estas regiões de saúde possuem Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA que auxiliam no diagnóstico e tratamento de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis - IST/aids.

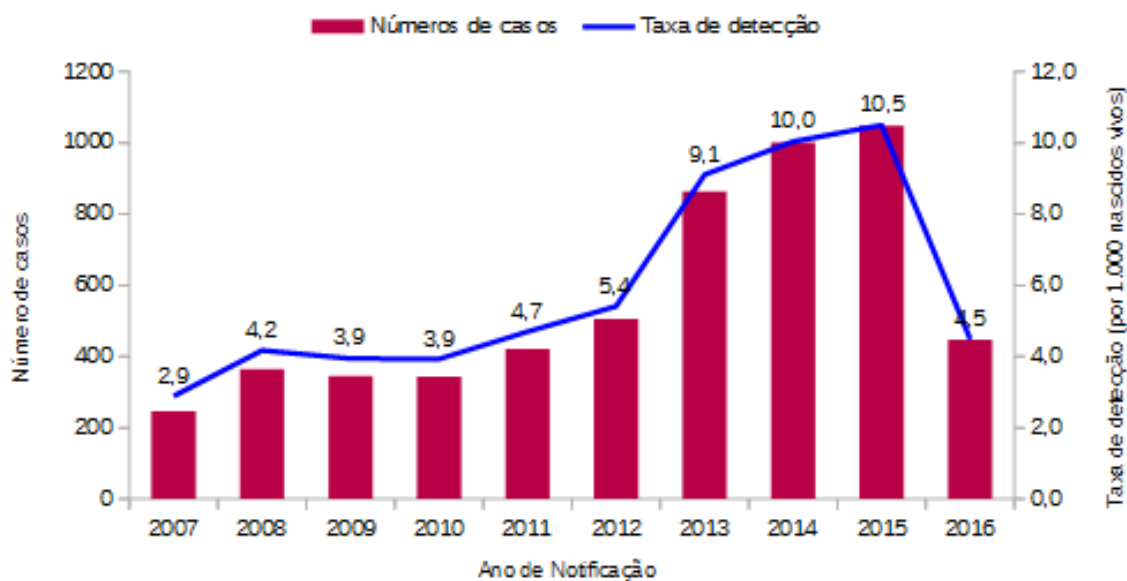


Gráfico 1. Número de casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de notificação. Goiás 2007 a 2016¹²³

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo da taxa de detecção dos anos de 2014, 2015 e 2016, utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

No ano de 2015, a taxa de detecção mais elevada foi observada na Região de Saúde Sul (23,9 casos por 1.000 nascidos vivos) e a menor na Região Nordeste II (1,4 casos por 1.000 nascidos vivos) (Gráfico 2). Todas as regiões de saúde apresentaram um aumento da taxa de detecção de 2012 para 2013, conforme mostra a Tabela 1. Salientamos que a "Rede cegonha" começou a ser implantada a partir de 2011 em todo o Brasil com intuito de promover um diagnóstico precoce desse agravo nas gestantes e o início oportuno das ações de prevenção, com objetivo de eliminação da sífilis congênita, bem como a redução de óbitos materno infantis evitáveis. Uma das estratégias é a implantação dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica. Com a expansão do diagnóstico por meio de testes rápidos observou-se elevação na taxa de detecção de sífilis em gestantes.

Na Tabela 2, estão apresentadas as distribuições por faixa etária, escolaridade (em anos de estudo) e raça/cor das gestantes. Observa-se que as gestantes com sífilis são mais jovens e possuem poucos anos de escolaridade. A faixa etária predominante é em mulheres de 20 a 29 anos, concentrando mais de 50% do total dos casos (2.971), seguido da faixa etária de 30 a 39 anos, com 21,8% (1.221) dos casos. Salientamos que o

percentual de casos em adolescentes de 15 a 19 anos tem aumentado, no ano de 2007 representavam 10,6%(26), já em 2015, 27,2%(285) do total das notificações.

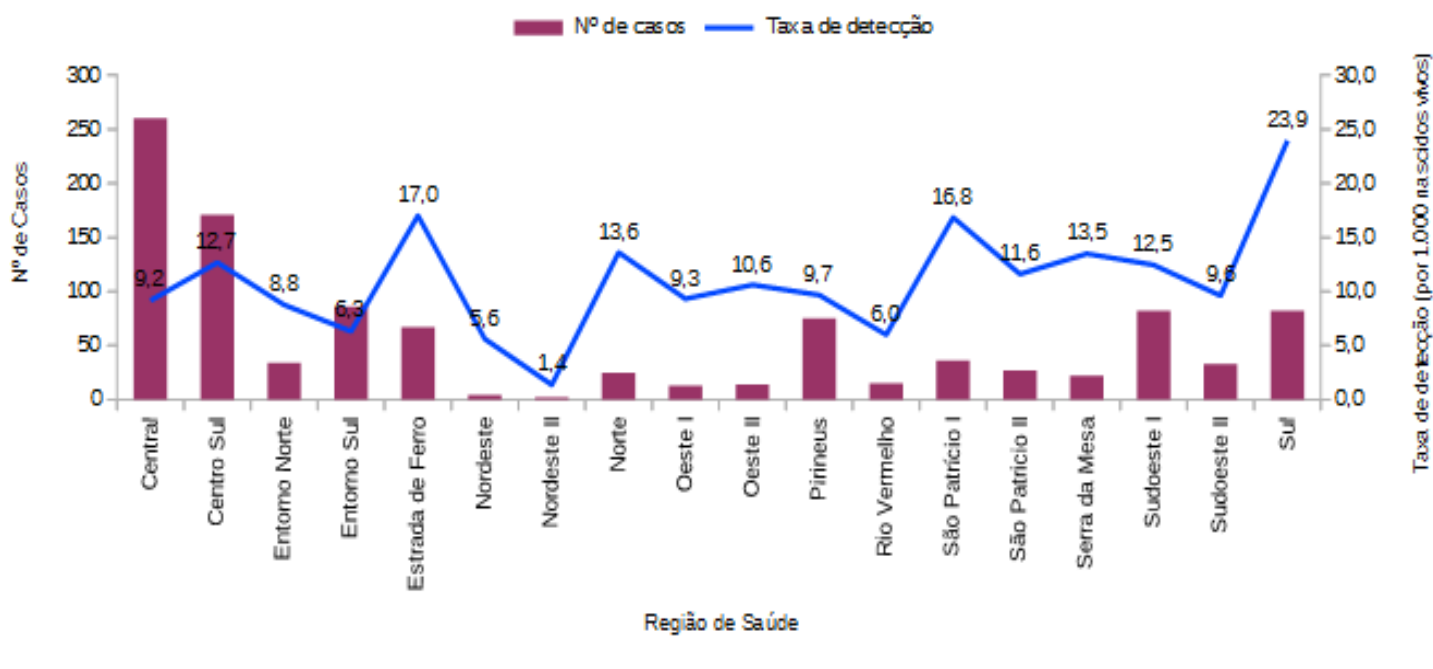


Gráfico 2. Número de casos e coeficiente de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por região de saúde. Goiás, 2015

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo da taxa de detecção dos anos de 2014,2015 e 2016, utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração

Quanto à escolaridade, nota-se que aproximadamente 10% (561) do total de gestantes com sífilis notificadas tinham até a quarta série do ensino fundamental; 26,1% (1456) da 5ª a 8ª série; 8,1% (452) com ensino fundamental completo; 12,0% (672) com ensino médio incompleto, 11,4% (636) ensino médio completo. A categoria ignorada representa 38,8% (2.169) do total de casos na série histórica analisada. Diante disso, ressalta-se a importância do preenchimento adequado da ficha de investigação epidemiológica, dando ênfase a todas as variáveis existentes no instrumento de coleta de dados. Segundo critério raça/cor 51,6% (2.883) das gestantes se autodeclararam pardas, seguido da raça branca com 22,8% (1.272).

A Tabela 3 mostra o número e o percentual de casos de Sífilis em Gestante segundo características do diagnóstico no pré-natal, por ano de notificação. O teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito nos seguintes momentos: na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª

semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento. O Gráfico 3 mostra a proporção de casos SG de acordo com o trimestre de gestação, por ano de notificação. Apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente. Observa-se que em todos os anos houve predomínio do diagnóstico tardio da doença, com detecção majoritária no segundo ou terceiro trimestre de gestação.

O diagnóstico de sífilis primária em mulheres é de difícil detecção, uma vez que o cancro duro não causa sintomas e está geralmente localizado na parede vaginal, cérvix ou períneo. Entretanto, na tabela 3 observa-se que 33,8% (1.887) foram diagnosticadas na fase primária da sífilis, 15,2% (847) na fase secundária, 6,8% (381) na fase terciária, e 18,8% (1051) na fase latente (ausência de sinais e sintomas), casos ignorados foram representados por 25,5% (1423). Ressalta-se que possíveis erros de classificação podem levar a tratamentos inadequados, e que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença, a classificação adequada é sífilis de duração ignorada, sendo, portanto, preconizado o tratamento com três doses de penicilina benzatina.

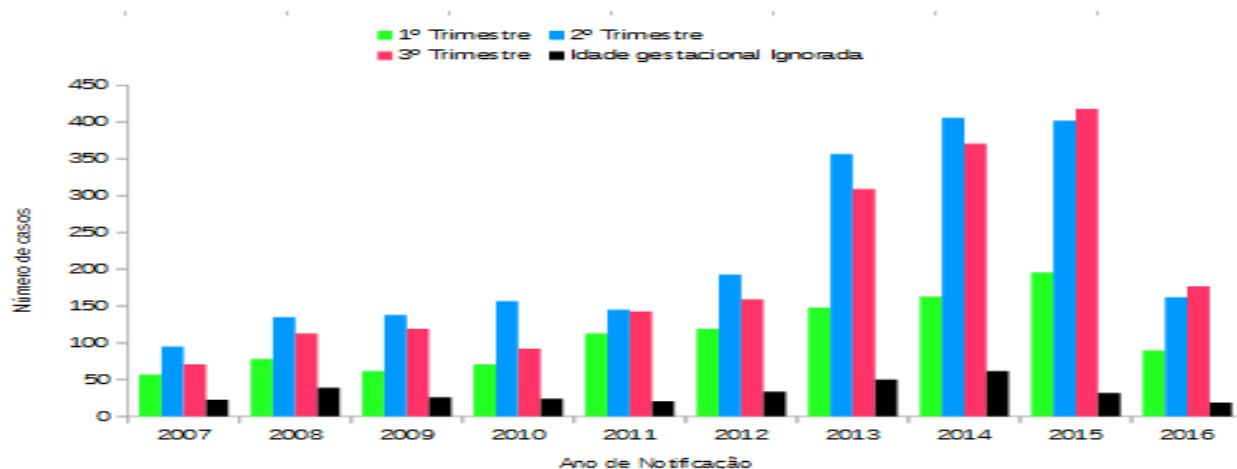


Gráfico 3. Idade gestacional do diagnóstico de sífilis em gestante, por ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Nota: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

O Ministério da Saúde afirma que a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é de 70% a 100% quando elas se encontram nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 10 a 30% nas fases latente ou terciária. Assim, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos casos são essenciais para evitar a transmissão vertical da sífilis ao concepto. Sendo a gestante diagnosticada com sífilis, o

tratamento preconizado é com penicilina benzatina, único fármaco capaz de prevenir a transmissão vertical.

Considera-se como terapia adequada ao tratamento da gestante e do conceito, o uso da penicilina, que deve ser administrada até 30 dias antes do parto, e o parceiro tratado concomitantemente, caso mantenha contato íntimo com a gestante no período gravídico. As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas; na impossibilidade, deve ser administrada a doxiciclina, mas o feto será considerado não tratado e deverá ser notificado como caso de sífilis congênita.

O gráfico 4 mostra que o esquema de tratamento de penicilina benzatina aumentou ao longo dos anos, representando 80,2% do total. Percebe-se ainda que, a utilização de outro esquema, a não realização do tratamento e a não informação de esquema prescrito à gestante tem diminuído desde o início das notificações. Esse achado pode estar relacionado à dificuldade na identificação clínica da doença ou desconhecimento quanto ao esquema terapêutico preconizado para cada fase clínica.

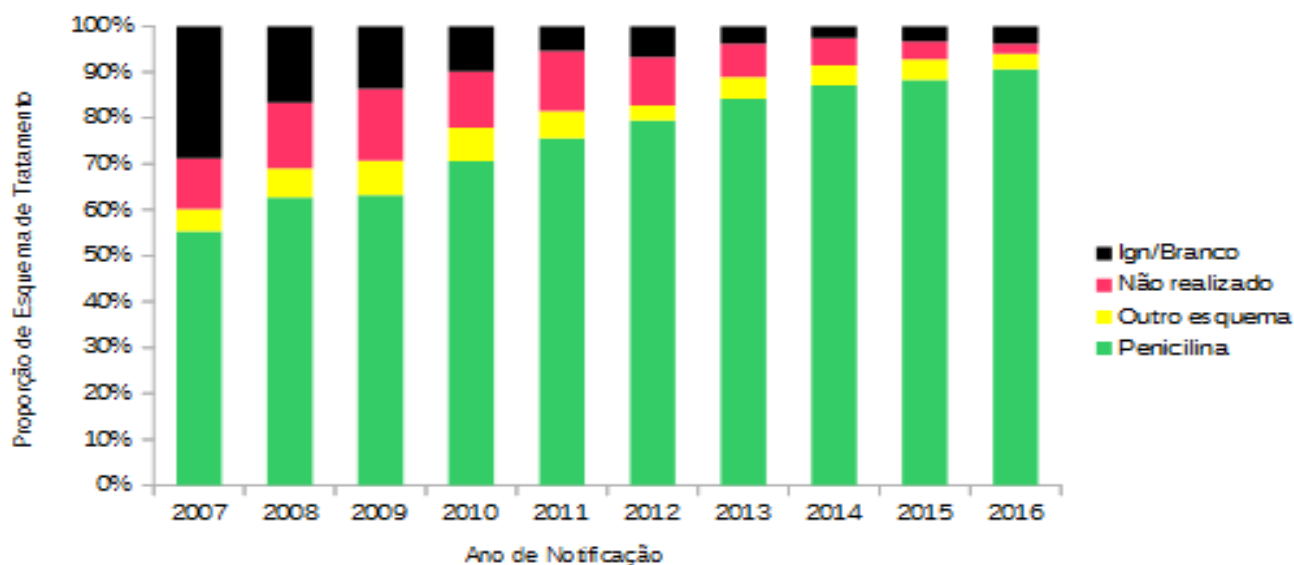


Gráfico 4. Proporção de casos de sífilis em gestantes, segundo esquema de tratamento prescrito à gestante. Goiás, 2007 a 2016¹

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Nota: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06//2016, sujeitos a alteração

No que se refere aos testes sorológicos, quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Nas gestantes o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Observou-se reatividade no VDRL (teste não treponêmico) em 82,4% (4.603) do total de casos analisados, já a reatividade para o teste FTA-abs (teste treponêmico) foi de 82,8% (4.628) das gestantes notificadas durante o pré-natal (Tabela 3).

Quanto ao tratamento dos parceiros observa-se que 30,1% (1.683) foram tratados concomitantemente com a gestante e 69,9% (3906) não foram tratados ou tiveram o dado ignorado; dado este preocupante, pois o parceiro com sífilis tratado inadequadamente ou não tratado é considerado tratamento inadequado da gestante sendo critério de definição de caso de sífilis congênita. Em relação ao motivo para o não tratamento do parceiro 69,9% (3.070) dos dados foram ignorados/branco (Tabela 4).

Situação Epidemiológica da Sífilis Congênita, Goiás 2000-2016

A sífilis congênita ocorre por meio da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária. A sífilis congênita é prevenível quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais.

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória por meio da portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. Para fins de vigilância epidemiológica, quatro critérios compõem a definição de caso de sífilis congênita:

Primeiro Critério:

- Criança cuja mãe presente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, presente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto;
- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste não treponêmico, presente teste treponêmico reagente no momento do parto;
- Criança cuja mãe presente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

Segundo Critério:

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com, pelo menos, uma das seguintes evidências sorológicas:

- Titulações ascendentes (testes não treponêmicos);
- Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- Títulos em teste não treponêmicos maiores do que os da mãe, em lactentes;
- Teste não treponêmico reagente com, pelo menos, uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Terceiro Critério:

- Aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Quarto Critério:

- Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto

Sífilis Congênita

O Estado de Goiás registrou entre janeiro de 2000 a julho de 2016, 1.425 casos de sífilis congênita. A maior taxa de incidência em menores de 1 ano de idade foi em 2015 (2,75 casos por 1.000 nascidos vivos), seguido pelo ano de 2014 (2,44 casos por 1.000 nascidos vivos) (Gráfico 5).

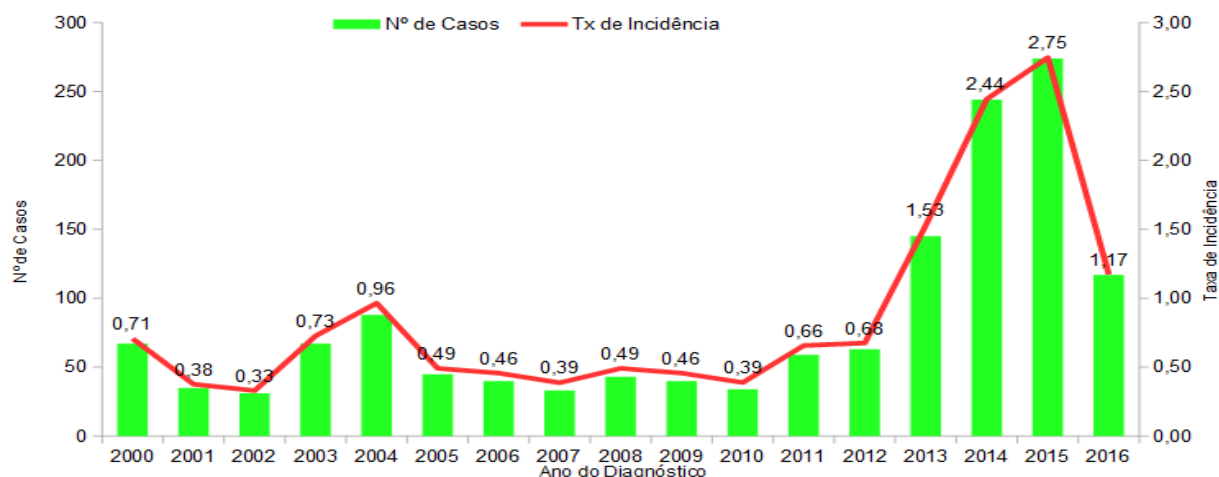


Gráfico 5. Número de casos e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, residentes no Estado de Goiás, segundo, ano de diagnóstico, 2000 a 2016¹²³

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo da taxa de detecção dos anos de 2014,2015 e 2016, utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

No gráfico 6 são apresentadas as taxas de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestante por ano de diagnóstico.

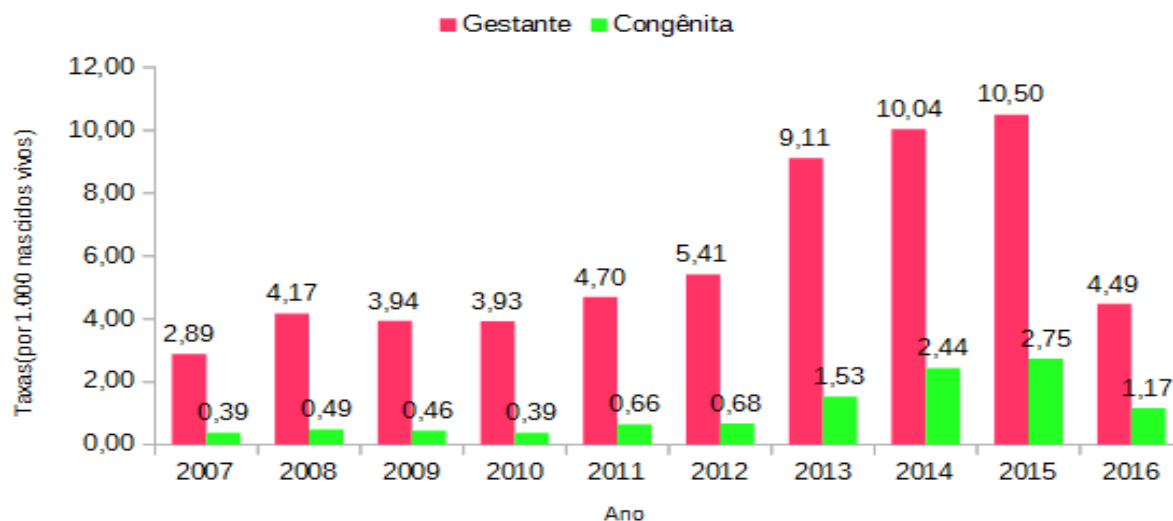


Gráfico 6. Taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita. Goiás, 2007 a 2016¹²³

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo da taxa de incidência dos anos de 2014,2015 e 2016, utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

De acordo com a região de residência, verificou-se na série histórica de 2007 a julho de 2016 que a Região Central apresentou 32,1% (338) do total de casos de sífilis congênita seguida pela Região Centro-Sul com 16,3% (171) e Regional Pireneus com 9,7% (102) dos casos. Verificou-se ainda no ano de 2015 a maior taxa de incidência na Região Sudoeste I com 6,8 casos por 1.000 nascidos vivos, seguido pelas Regiões Centro-Sul com 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos (Tabela 5).

As maiores proporções de casos de sífilis congênita ocorrem em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade 52,1% (548), possuem de 4 a 7 anos de estudo 24,0% (253), e de cor parda 47,1% (495). Cabe ressaltar que a proporção de ignorado nas variáveis relacionadas às características sociodemográficas, citadas anteriormente, foram expressivas, em especial, na variável escolaridade que obteve uma proporção de 41,3% (435) de casos ignorados, seguido de 26,5% (279) raça/cor e 6,1% (64) na faixa etária (Tabela 6). Informações ignoradas/brancas devem ser melhores trabalhadas pelos

serviços de notificação, uma vez que a não completude das informações dificultam a vigilância e a interpretação real dos casos, perdendo assim a fidedignidade das informações.

Considerando o acesso das gestantes ao pré-natal, observamos que desde 2007 mais de 65% das mães das crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, no entanto a proporção de mães que não realizaram o pré-natal vem aumentando ao longo dos anos, mantendo acima de 20% dos casos desde o ano de 2011 (Gráfico 7, Tabela 6)

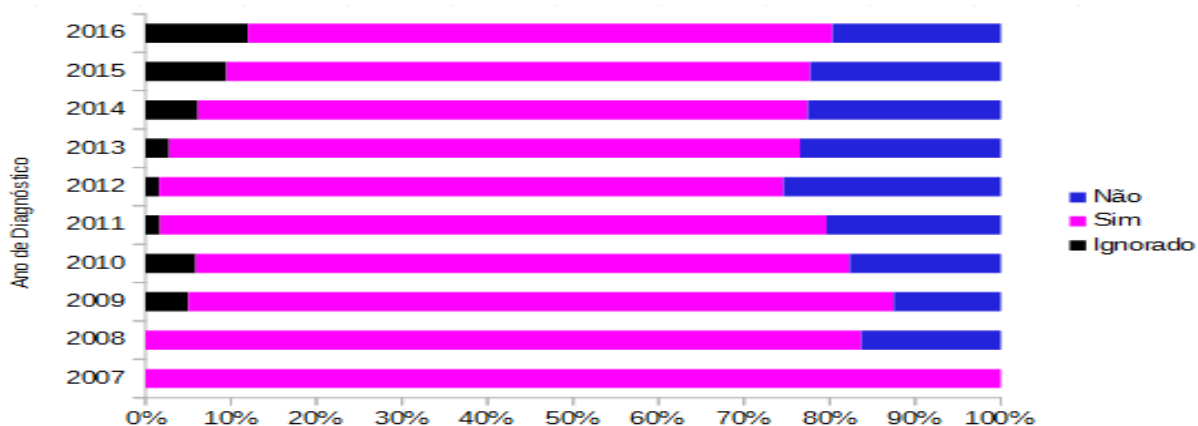


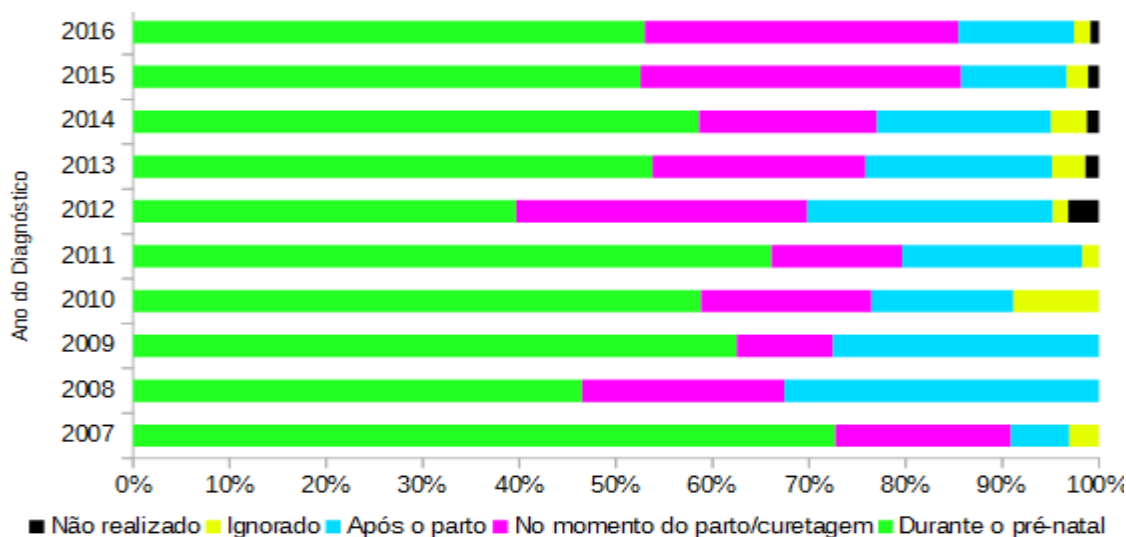
Gráfico 7. Proporção de casos de mulheres mães das crianças que resultaram em sífilis congênita, segundo variável realização de pré-natal, por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2016¹

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Nota: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

No ano de 2015, dentre aquelas que fizeram pré-natal, 52,6%(144) tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 33,2% tiveram o diagnóstico de sífilis durante parto/curetagem, 10,9%(30) após o parto e 1,1%(3) não tiveram diagnóstico, além de 2,2(6)% de ignorados.

No gráfico 8, nota-se uma grande proporção de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou após o parto.



Fonte:

Gráfico 8. Proporção de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou após o parto. Goiás 2007 a 2016.

SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Nota: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

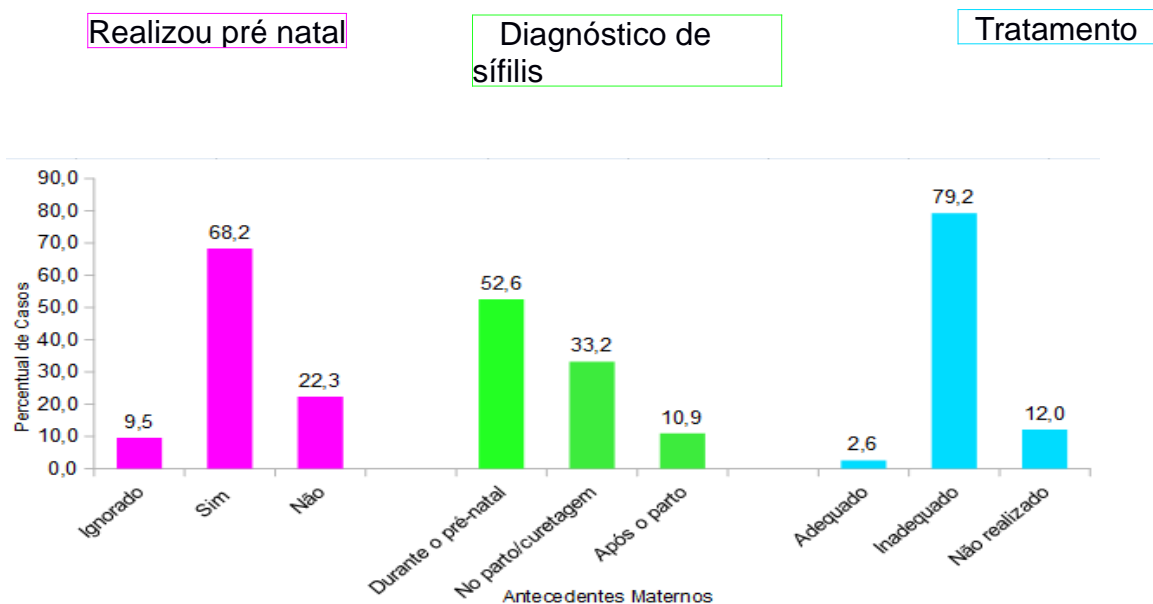


Gráfico 9. Características das mães das crianças diagnosticadas com sífilis congênita, no ano de 2015. Goiás, 2016

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Nota: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016 sujeitos a alteração.

Segundo “Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais” em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode implicar consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.

Diante do exposto, evidencia-se que a vigilância epidemiológica tem como desafio desvendar os fatores associados ao acesso tardio ou ausente ao pré-natal, com o objetivo de programar as medidas necessárias para reverter esta tendência. Entre as 1.052 mulheres/mães de crianças com sífilis congênita, 63,4% (667) foram tratadas inadequadamente e outras 29,3% (309) não receberam nenhum tratamento para sífilis (Tabela 7). No ano de 2015, 68,2% das mães de crianças com sífilis realizaram o pré-natal, e 52% foram diagnosticadas com sífilis durante o pré natal e apenas 2,6% foram registradas como tratadas adequadamente para sífilis (Gráfico 9, Tabela 7). Os dados apresentados remetem a importância de avaliar a assistência do pré-natal na atenção básica, oferecida à mulher no ciclo gravídico puerperal, uma vez que não obtiveram o manejo terapêutico adequado para o controle da sífilis congênita.

O tratamento do parceiro sexual da gestante que mantém contato íntimo com ela durante a gestação é fundamental, mesmo na impossibilidade da realização do seu diagnóstico laboratorial, em razão dos riscos de reinfecção da gestante já tratada e por caracterizar um critério de definição de caso de sífilis congênita. Os dados mostram que de 2007 a 2016, 61,7% (649) não foram tratados, 20,5% (216) tiveram registros de tratamento e outros 17,8% (187) tiveram esta informação ignorada (Tabela 7).

Destaca-se que para o ano de 2015 a ausência de informação de tratamento do parceiro/parcerias sexuais da mãe deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita, mantendo-se apenas os casos de parceiro(s) com sífilis sabidamente não tratado.

Ressalta-se que a associação de **critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais** deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. Deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos

testes, incluindo os exames radiológicos.

Para o manejo adequado do conceito todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto, ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos.

Resultado reagente do teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico quando o título encontrado for duas vezes maior do que o título encontrado na amostra da mãe, e deve ser confirmado com uma segunda amostra coletada na criança. Em RN que apresente resultado não reagente nos testes, se persistir a suspeita epidemiológica de ocorrência de sífilis, o teste não treponêmico deve ser repetido com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão.

As notificações mostram que na série histórica apresentada 83,5% (878) das crianças realizaram o VDRL em sangue periférico. Já no que se refere à recomendação de realizar o teste FTA-Abs (teste treponêmico) após os 18 meses de idade para a confirmação do caso, apenas 1,2% (13) haviam realizado esta testagem, contra outros 98,8% (1036) dos casos que tiveram este exame não realizado ou o item ignorado na ficha de notificação (Tabela 8).

Em relação à realização do VDRL no liquor apenas 39,4% (415) dos recém-nascidos fizeram esse exame. Ressalta-se que independentemente dos achados no LCR, recomenda-se que toda a criança com o diagnóstico/suspeita de sífilis congênita receba tratamento adequado para neurosífilis.

Tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce das alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos é de grande importância diagnóstica, tendo em vista que entre 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos apresentam as imagens radiológicas como único indício de infecção. A tabela 8 demonstra que 48,3% (508) das crianças não realizaram o exame e 19,3% (203) ignorados, apontando a relevância da solicitação deste exame aos recém-nascidos.

Apesar de conhecida a importância da realização dos exames na criança para acompanhamento do caso e subsídio de condutas, pouco se tem registrado sobre estas informações, predominando uma grande quantidade de informações ignoradas ou exames não realizados para as variáveis das características laboratoriais, segundo ilustra o gráfico a seguir.

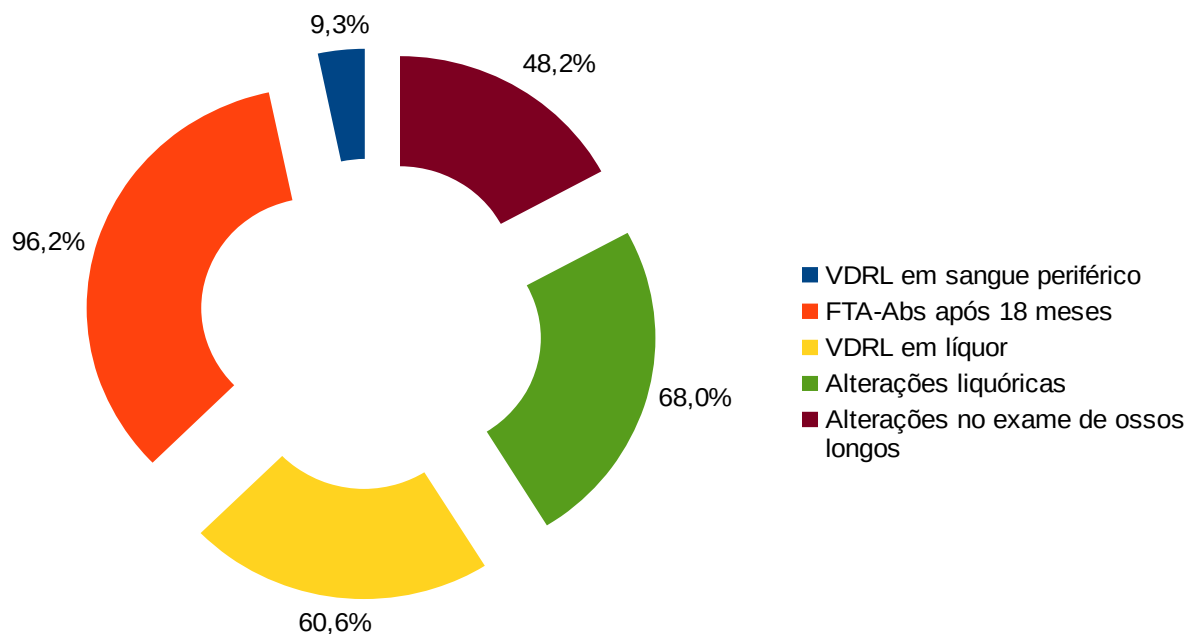


Gráfico 10. Percentual de registros ignorados/não realizados das características laboratoriais dos casos de sífilis congênita notificados. Goiás 2007 2016¹

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Nota: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06//2016, sujeitos a alteração.

A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida, e tardia, após esse período. Segundo a idade da criança, 95,7% (1007) das crianças tiveram como diagnóstico final a sífilis congênita recente, sendo que 93% (978) foram notificados com menos de sete dias de vida, demonstrando que o diagnóstico tem ocorrido durante a permanência na maternidade. E apenas 0,3% (3) foram diagnosticados tardiamente. Houve 18 (1,7%) casos diagnosticados como natimorto sífilítico e 7 (0,7%) casos de aborto (Tabela 9).

Cabe evidenciar que aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal ocorre em aproximadamente 40% das crianças cujas mães infectadas são inadequadamente tratadas ou não tratadas.

Quanto à mortalidade infantil (em menores de um ano de idade) por sífilis congênita entre 2000 a 2014 verificou-se um total de 22 óbitos que foram declarados nos anos de 2000 (3 óbitos), 2001 (1 óbito), 2007 (1 óbito), 2008 (1 óbito), 2010 (2 óbitos), 2011(3 óbitos), 2012 (2 óbitos), 2013 (4 óbitos) e 2014 (5 óbitos). O maior coeficiente de mortalidade observado foi de 5,3 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos em 2014 (Gráfico 11).

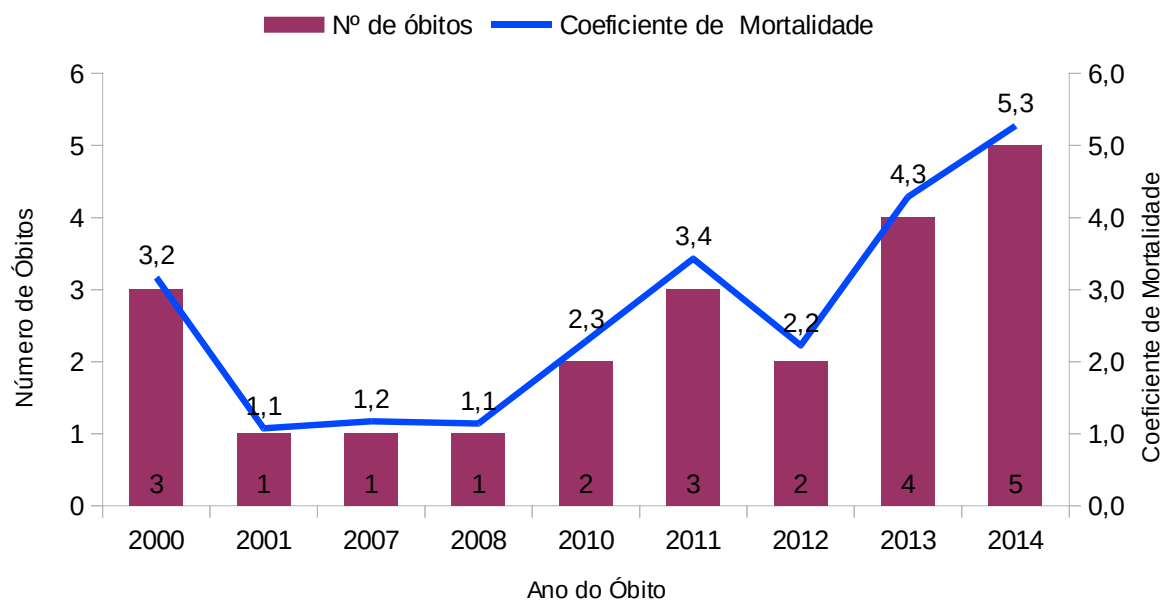


Gráfico 11. Número de óbito e coeficiente de mortalidade específica por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos), segundo ano de óbito. Goiás, 2000 a 2014¹²

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM/ DATASUS.

Notas: (1) População: MS/SVS/DASIS - SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Referências

- Brasil. Portaria nº 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil,

Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827.

- Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015b [cited 2016 jul 21]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_10_2015_final_2_pdf_15143.pdf

TABELAS

Tabela 1. Número de casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis em gestantes por região de saúde de residência e ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016¹²³⁴

Região de Saúde	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Central	71	3,0	99	4,1	82	3,4	96	4,0	122	4,8	139	5,3	231	8,6	306	10,8	260	9,2	116	4,1	1522	4,1
Centro Sul	17	1,5	26	2,2	46	3,9	46	3,9	60	4,9	92	7,2	118	9,2	144	10,7	171	12,7	70	5,2	790	5,2
Entorno Norte	16	5,0	2	0,5	5	1,4	10	2,9	18	4,8	12	3,1	28	7,2	21	5,4	34	8,8	14	3,6	160	3,6
Entorno Sul	42	3,6	42	3,6	44	3,7	34	2,9	33	2,7	27	2,1	85	6,7	96	7,1	86	6,3	21	1,5	510	1,5
Estrada de Ferro	2	0,6	8	2,3	11	3,2	10	2,9	17	4,7	20	5,5	47	12,6	46	11,7	67	17,0	22	5,6	250	5,6
Nordeste	2	2,5	8	11,2	2	2,7	9	11,9	3	4,3	2	2,8	5	6,6	3	4,2	4	5,6	2	2,8	40	2,8
Nordeste II	3	2,2	10	6,4	5	3,4	3	2,1	0	0,0	1	0,8	4	2,8	1	0,7	2	1,4	5	3,4	34	3,4
Norte	17	8,8	6	3,1	6	3,1	9	5,0	6	3,3	10	5,4	21	11,6	17	9,2	25	13,6	12	6,5	129	6,5
Oeste I	1	0,7	9	6,7	7	5,5	10	7,5	3	2,2	7	5,1	8	6,2	5	3,6	13	9,3	8	5,7	71	5,7
Oeste II	0	0,0	2	1,8	3	2,5	6	5,1	6	5,2	5	4,3	7	5,6	14	10,6	14	10,6	8	6,1	65	6,1
Pirineus	24	3,7	20	3,0	9	1,3	14	2,1	37	5,7	37	5,1	82	11,1	71	9,2	75	9,7	18	2,3	387	2,3
Rio Vermelho	1	0,4	9	3,6	8	3,3	4	1,7	7	2,9	10	4,0	24	9,5	27	10,8	15	6,0	13	5,2	118	5,2
São Patrício I	9	4,5	3	1,4	9	4,5	8	4,0	14	7,6	9	4,5	10	5,1	27	12,6	36	16,8	20	9,4	145	9,4
São Patrício II	2	1,0	12	5,9	6	2,8	7	3,4	9	4,2	20	9,2	28	13,4	20	8,6	27	11,6	13	5,6	144	5,6
Serra da Mesa	0	0,0	3	1,7	4	2,5	3	1,9	2	1,2	4	2,5	16	10,6	15	9,2	22	13,5	9	5,5	78	5,5
Sudoeste I	19	3,7	58	10,7	63	11,8	31	5,4	36	6,4	35	5,9	72	11,9	97	14,7	82	12,5	40	6,1	533	6,1
Sudoeste II	13	4,8	28	9,8	31	10,6	35	11,9	32	10,6	35	11,4	20	6,0	32	9,3	33	9,6	26	7,6	285	7,6
Sul	7	2,4	20	6,6	4	1,3	9	3,0	17	5,8	40	12,9	58	18,2	60	17,5	82	23,9	31	9,1	328	9,1
Total	246	2,9	365	4,2	345	3,9	344	3,9	422	4,7	505	5,4	864	9,1	1002	10,0	1048	10,5	448	4,5	5589	4,5

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo taxa de detecção de 2014, 2015 e 2016 utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(4) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 2. Casos de gestantes com sífilis (número e percentual) segundo faixa etária, escolaridade e raça por ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016^{1,2}

Características	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária da mãe																						
10 a 14 anos	0	0,0	2	0,5	1	0,3	3	0,9	7	1,7	11	2,2	9	1,0	17	1,7	18	1,7	9	2,0	77	1,4
15 a 19 anos	26	10,6	43	11,8	37	10,7	46	13,4	69	16,4	104	20,6	192	22,2	252	25,1	285	27,2	129	28,8	1.183	21,2
20 a 29 anos	150	61,0	200	54,8	182	52,8	176	51,2	215	50,9	261	51,7	461	53,4	534	53,3	570	54,4	222	49,6	2.971	53,2
30 a 39 anos	63	25,6	108	29,6	112	32,5	109	31,7	119	28,2	115	22,8	178	20,6	176	17,6	158	15,1	83	18,5	1.221	21,8
40 a 49 anos	7	2,8	12	3,3	13	3,8	10	2,9	12	2,8	14	2,8	24	2,8	23	2,3	17	1,6	5	1,1	137	2,5
Escolaridade																						
Analfabeto	0	0,0	2	0,5	2	0,6	2	0,6	1	0,2	5	1,0	6	0,7	5	0,5	5	0,5	0	0,0	28	0,5
1ª a 4ª série incompleta do EF	21	8,5	35	9,6	31	9,0	21	6,1	24	5,7	39	7,7	33	3,8	37	3,7	34	3,2	15	3,3	290	5,2
4ª série completa do EF	17	6,9	23	6,3	20	5,8	19	5,5	23	5,5	22	4,4	30	3,5	38	3,8	35	3,3	16	3,6	243	4,3
5ª a 8ª série incompleta do EF	41	16,7	69	18,9	62	18,0	49	14,2	77	18,2	105	20,8	168	19,4	188	18,8	165	15,7	80	17,9	1.004	18,0
Ensino fundamental completo	15	6,1	37	10,1	22	6,4	25	7,3	39	9,2	36	7,1	81	9,4	85	8,5	79	7,5	33	7,4	452	8,1
Ensino médio incompleto	8	3,3	19	5,2	22	6,4	32	9,3	57	13,5	70	13,9	101	11,7	134	13,4	165	15,7	64	14,3	672	12,0
Ensino médio completo	14	5,7	24	6,6	34	9,9	39	11,3	40	9,5	54	10,7	112	13,0	120	12,0	143	13,6	56	12,5	636	11,4
Educação superior incompleta	1	0,4	2	0,5	1	0,3	7	2,0	6	1,4	5	1,0	6	0,7	10	1,0	11	1,0	4	0,9	53	0,9
Educação superior completa	1	0,4	1	0,3	1	0,3	2	0,6	2	0,5	3	0,6	7	0,8	9	0,9	8	0,8	7	1,6	41	0,7
Ign/Branco	128	52,0	153	41,9	150	43,5	148	43,0	153	36,3	166	32,9	320	37,0	376	37,5	402	38,4	173	38,6	2.169	38,8
Raça																						
Branca	50	20,3	88	24,1	79	22,9	103	29,9	117	27,7	141	27,9	203	23,5	188	18,8	208	19,8	95	21,2	1.272	22,8
Preta	21	8,5	29	7,9	37	10,7	36	10,5	49	11,6	64	12,7	88	10,2	98	9,8	98	9,4	44	9,8	564	10,1
Amarela	3	1,2	8	2,2	6	1,7	5	1,5	3	0,7	6	1,2	17	2,0	19	1,9	23	2,2	9	2,0	99	1,8
Parda	90	36,6	163	44,7	179	51,9	158	45,9	204	48,3	231	45,7	452	52,3	555	55,4	608	58,0	243	54,2	2.883	51,6
Indígena	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	2	0,2	1	0,1	3	0,3	4	0,9	13	0,2
Ign/Branco	81	32,9	77	21,1	44	12,8	42	12,2	47	11,1	63	12,5	102	11,8	141	14,1	108	10,3	53	11,8	758	13,6
Total	246	100,0	365	100,0	345	100,0	344	100,0	422	100,0	505	100,0	864	100,0	1002	100,0	1048	100,0	448	100,0	5589	100,0

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan
 Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração
 (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 3. Número e percentual de casos de sífilis segundo características das gestantes por ano de notificação. Goiás, 2007 a 2016^{1,2}

Características da Gestante	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trimestre																						
1º Trimestre	57	23,2	78	21,4	62	18,0	71	20,6	113	26,8	119	23,6	148	17,1	163	16,3	196	18,7	90	20,1	1097	19,6
2º Trimestre	95	38,6	135	37,0	138	40,0	157	45,6	145	34,4	193	38,2	357	41,3	406	40,5	402	38,4	162	36,2	2190	39,2
3º Trimestre	71	28,9	113	31,0	119	34,5	92	26,7	143	33,9	159	31,5	309	35,8	371	37,0	418	39,9	177	39,5	1972	35,3
Idade gestacional Ignorada	23	9,3	39	10,7	26	7,5	24	7,0	21	5,0	34	6,7	50	5,8	62	6,2	32	3,1	19	4,2	330	5,9
Classificação Clínica																						
Primária	108	43,9	124	34,0	144	41,7	134	39,0	167	39,6	186	36,8	328	38,0	280	27,9	299	28,5	117	26,1	1.887	33,8
Secundária	12	4,9	26	7,1	32	9,3	53	15,4	64	15,2	68	13,5	131	15,2	178	17,8	188	17,9	95	21,2	847	15,2
Terciária	10	4,1	10	2,7	10	2,9	28	8,1	18	4,3	27	5,3	42	4,9	104	10,4	88	8,4	44	9,8	381	6,8
Latente	34	13,8	40	11,0	33	9,6	26	7,6	32	7,6	89	17,6	132	15,3	233	23,3	303	28,9	129	28,8	1.051	18,8
Ign/Branco	82	33,3	165	45,2	126	36,5	103	29,9	141	33,4	135	26,7	231	26,7	207	20,7	170	16,2	63	14,1	1.423	25,5
Teste não treponêmico																						
Reativo	192	78,0	239	65,5	266	77,1	280	81,4	349	82,7	439	86,9	712	82,4	876	87,4	878	83,8	372	83,0	4.603	82,4
Não Reativo	29	11,8	44	12,1	25	7,2	19	5,5	33	7,8	24	4,8	55	6,4	62	6,2	91	8,7	36	8,0	418	7,5
Não Realizado	5	2,0	22	6,0	28	8,1	25	7,3	22	5,2	21	4,2	48	5,6	30	3,0	48	4,6	23	5,1	272	4,9
Ign/Branco	20	8,1	60	16,4	26	7,5	20	5,8	18	4,3	21	4,2	49	5,7	34	3,4	31	3,0	17	3,8	296	5,3
Teste Treponêmico																						
Reativo	207	84,1	287	78,6	294	85,2	282	82,0	360	85,3	427	84,6	725	83,9	830	82,8	855	81,6	361	80,6	4.628	82,8
Não Reativo	0	0,0	7	1,9	7	2,0	10	2,9	11	2,6	7	1,4	18	2,1	28	2,8	35	3,3	9	2,0	132	2,4
Não Realizado	10	4,1	22	6,0	19	5,5	28	8,1	32	7,6	38	7,5	75	8,7	76	7,6	106	10,1	48	10,7	454	8,1
Ign/Branco	29	11,8	49	13,4	25	7,2	24	7,0	19	4,5	33	6,5	46	5,3	68	6,8	52	5,0	30	6,7	375	6,7
Esquema de Tratamento prescrito à gestante																						
67	27,2	138	37,8	125	36,2	137	39,8	192	45,5	180	35,6	296	34,3	279	27,8	328	31,3	135	30,1	1.877	33,6	
22	8,9	37	10,1	27	7,8	24	7,0	30	7,1	38	7,5	94	10,9	93	9,3	64	6,1	21	4,7	450	8,1	
47	19,1	54	14,8	66	19,1	82	23,8	97	23,0	183	36,2	337	39,0	501	50,0	533	50,9	250	55,8	2.150	38,5	
12	4,9	23	6,3	26	7,5	25	7,3	25	5,9	17	3,4	41	4,7	43	4,3	48	4,6	15	3,3	275	4,9	
27	11,0	52	14,2	54	15,7	42	12,2	55	13,0	53	10,5	63	7,3	60	6,0	40	3,8	10	2,2	456	8,2	
Ign/Branco	71	28,9	61	16,7	47	13,6	34	9,9	23	5,5	34	6,7	33	3,8	26	2,6	35	3,3	17	3,8	381	6,8
Total	246	100,0	365	100,0	345	100,0	344	100,0	422	100,0	505	100,0	864	100,0	1.002	100,0	1.048	100,0	448	100,0	5.589	100,0

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan
 Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.
 (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 4. Características dos parceiros sexuais das gestantes notificadas com sífilis por ano de notificação. Goiás, 2007a 2016^{1,2}

Características do Parceiro	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parceiro tratado concomitantemente à gestante																						
Sim	2	0,8	3	0,8	12	3,5	85	24,7	106	25,1	151	29,9	294	34,0	397	39,6	450	42,9	183	40,8	1683	30,1
Não	2	0,8	2	0,5	7	2,0	65	18,9	114	27,0	138	27,3	266	30,8	323	32,2	407	38,8	170	37,9	1494	26,7
Ignorado	242	98,4	360	98,6	326	94,5	194	56,4	202	47,9	216	42,8	304	35,2	282	28,1	191	18,2	95	21,2	2412	43,2
Esquema de tratamento prescrito ao parceiro																						
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	1	0,4	0	0,0	8	2,3	63	18,3	82	19,4	69	13,7	103	11,9	138	13,8	154	14,7	69	15,4	687	12,3
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	0	0,0	0	0,0	3	0,9	9	2,6	10	2,4	16	3,2	37	4,3	43	4,3	37	3,5	15	3,3	170	3,0
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	1	0,4	1	0,3	2	0,6	20	5,8	24	5,7	76	15,0	154	17,8	208	20,8	243	23,2	97	21,7	826	14,8
Ign/Branco	242	98,4	360	98,6	324	93,9	191	55,5	201	47,6	229	45,3	351	40,6	315	31,4	220	21,0	110	24,6	2543	45,5
Outro esquema	1	0,4	0	0,0	3	0,9	3	0,9	13	3,1	1	0,2	16	1,9	18	1,8	51	4,9	19	4,2	125	2,2
Não realizado	1	0,4	4	1,1	5	1,4	58	16,9	92	21,8	114	22,6	203	23,5	280	27,9	343	32,7	138	30,8	1238	22,2
Motivo para não tratamento do parceiro																						
Não teve mais contato com a gestante.	0	0,0	2	0,5	3	0,9	35	10,2	38	9,0	58	11,5	98	11,3	110	11,0	113	10,8	55	12,3	512	9,2
Não foi comunicado/convocado à US para tratamento	0	0,0	0	0,0	2	0,6	4	1,2	8	1,9	16	3,2	19	2,2	30	3,0	40	3,8	11	2,5	130	2,3
Foi comunicado a US/ mas não compareceu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	3,2	15	3,6	21	4,2	35	4,1	48	4,8	58	5,5	28	6,3	216	3,9
Foi comunicado a US/ mas recusou	1	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,9	6	1,4	4	0,8	13	1,5	24	2,4	20	1,9	7	1,6	78	1,4
Com sorologia não reagente	0	0,0	1	0,3	4	1,2	18	5,2	14	3,3	22	4,4	41	4,7	37	3,7	58	5,5	36	8,0	231	4,1
Outro motivo	3	1,2	8	2,2	21	6,1	49	14,2	41	9,7	40	7,9	98	11,3	168	16,8	239	22,8	111	24,8	778	13,9
Ign/Branco	242	98,4	354	97,0	315	91,3	224	65,1	300	71,1	344	68,1	560	64,8	585	58,4	520	49,6	200	44,6	3644	65,2
Total	246	100	365	100	345	100	344	100	422	100	505	100	864	100	1.002	100	1.048	100	448	100	5.589	100

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 5. Casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano (número e taxa de incidência) por 1000 nascidos vivos, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2016¹²³⁴

Região de Saúde	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	
Central	4	0,2	8	0,3	11	0,5	7	0,3	21	0,8	20	0,8	40	1,5	89	3,1	94	3,3	44	1,6	338
Centro Sul	1	0,1	0	0,0	3	0,3	3	0,3	10	0,8	10	0,8	24	1,9	29	2,1	63	4,7	28	2,1	171
Entorno Norte	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	4	1,0	0	0,0	8
Entorno Sul	20	1,7	24	2,0	7	0,6	1	0,1	4	0,3	0	0,0	8	0,6	3	0,2	19	1,4	2	0,1	88
Estrada de Ferro	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	4	1,1	3	0,8	8	2,2	9	2,3	4	1,0	2	0,5	32
Nordeste I	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,4	0	0,0	0	0,0	2
Nordeste II	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
Norte	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,6	1	0,5	1	0,6	1	0,5	1	0,5	4	2,2	11
Oeste I	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	3	2,2	0	0,0	4	2,9	2	1,4	0	0,0	10
Oeste II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,9	0	0,0	1	0,8	2	1,5	0	0,0	5
Pirineus	3	0,5	6	0,9	6	0,9	6	0,9	7	1,1	8	1,1	24	3,2	28	3,6	10	1,3	4	0,5	102
Rio Vermelho	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	6	2,4	6	2,4	4	1,6	20
São Patrício I	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	1,0	6	2,8	3	1,4	1	0,5	14
São Patrício II	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5	2	0,9	3	1,4	2	0,9	4	1,7	3	1,3	17
Serra da Mesa	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	5	3,1	3	1,8	3	1,8	13
Sudoeste I	0	0,0	0	0,0	6	1,1	2	0,3	1	0,2	2	0,3	12	2,0	23	3,5	45	6,8	12	1,8	103
Sudoeste II	2	0,7	2	0,7	2	0,7	11	3,8	7	2,3	7	2,3	7	2,1	4	1,2	5	1,5	9	2,6	56
Sul	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3	6	1,9	12	3,8	31	9,1	9	2,6	1	0,3	62
Total	33	0,4	43	0,5	40	0,5	34	0,4	59	0,7	63	0,7	145	1,5	244	2,4	274	2,7	117	1,2	1052

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo taxa de detecção de 2014, 2015 e 2016 utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(4) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 6. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características sociodemográficas da mãe, por ano de diagnóstico. Goiás 2007 a 2016¹²

Característica	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária da mãe																						
10 a 14 anos	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	1,6	1	0,7	1	0,4	4	1,5	2	1,7	11	1,0
15 a 19 anos	1	3,0	5	11,6	8	20,0	8	23,5	11	18,6	13	20,6	30	20,7	58	23,8	57	20,8	35	29,9	226	21,5
20 a 29 anos	17	51,5	15	34,9	17	42,5	17	50,0	27	45,8	31	49,2	84	57,9	142	58,2	144	52,6	54	46,2	548	52,1
30 a 39 anos	14	42,4	16	37,2	8	20,0	6	17,6	17	28,8	11	17,5	23	15,9	31	12,7	47	17,2	14	12,0	187	17,8
40 anos e mais	0	0,0	5	11,6	1	2,5	0	0,0	0	0,0	2	3,2	2	1,4	3	1,2	3	1,1	0	0,0	16	1,5
Ignorado	1	3,0	1	2,3	6	15,0	2	5,9	4	6,8	5	7,9	5	3,4	9	3,7	19	6,9	12	10,3	64	6,1
Escolaridade da mãe																						
Nenhuma	2	6,1	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	1	0,7	3	1,2	0	0,0	0	0,0	11	1,0
1 a 3 anos	8	24,2	4	9,3	3	7,5	5	14,7	1	1,7	2	3,2	9	6,2	7	2,9	8	2,9	5	4,3	52	4,9
4 a 7 anos	7	21,2	16	37,2	9	22,5	14	41,2	20	33,9	22	34,9	35	24,1	46	18,9	63	23,0	21	17,9	253	24,0
8 a 11 anos	5	15,2	5	11,6	7	17,5	5	14,7	8	13,6	10	15,9	24	16,6	54	22,1	49	17,9	19	16,2	186	17,7
12 anos e mais	1	3,0	3	7,0	4	10,0	0	0,0	7	11,9	3	4,8	21	14,5	20	8,2	25	9,1	8	6,8	92	8,7
Ignorado	10	30,3	10	23,3	16	40	9	26,5	21	35,6	23	36,5	50	34,5	109	44,7	126	46,0	61	52,1	435	41,3
Não se aplica	0	0,0	2	4,7	1	2,5	1	2,9	2	3,4	1	1,6	5	3,4	5	2,0	3	1,1	3	2,6	23	2,2
Raça/Cor da mãe																						
Ignorado	9	27,3	12	27,9	13	32,5	5	14,7	15	25,4	9	14,3	37	25,5	79	32,4	58	21,2	42	35,9	279	26,5
Branca	5	15,2	10	23,3	17	42,5	14	41,2	18	30,5	23	36,5	41	28,3	33	13,5	51	18,6	21	17,9	233	22,1
Preta	2	6,1	2	4,7	0	0,0	2	5,9	3	5,1	4	6,3	5	3,4	8	3,3	3	1,1	6	5,1	35	3,3
Amarela	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	1	0,4	4	1,5	2	1,7	10	1,0
Parda	17	51,5	18	41,9	10	25,0	13	38,2	23	39,0	27	42,9	60	41,4	123	50,4	158	57,7	46	39,3	495	47,1
Realização de pré-natal																						
Ignorado	0	0,0	0	0,0	2	5,0	2	5,9	1	1,7	1	1,6	4	2,8	15	6,1	26	9,5	14	12,0	65	6,2
Sim	33	100,0	36	83,7	33	82,5	26	76,5	46	78,0	46	73,0	107	73,8	174	71,3	187	68,2	80	68,4	768	73,0
Não	0	0,0	7	16,3	5	12,5	6	17,6	12	20,3	16	25,4	34	23,4	55	22,5	61	22,3	23	19,7	219	20,8
Sífilis Diagnosticada durante a gravidez																						
Ign/Branco	1	3,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8	1	1,7	1	1,6	5	3,4	9	3,7	6	2,2	2	1,7	28	2,7
Durante o pré-natal	24	72,7	20	46,5	25	62,5	20	58,8	39	66,1	25	39,7	78	53,8	143	58,6	144	52,6	62	53,0	580	55,1
No momento do parto/curetagem	6	18,2	9	20,9	4	10,0	6	17,6	8	13,6	19	30,2	32	22,1	45	18,4	91	33,2	38	32,5	258	24,5
Após o parto	2	6,1	14	32,6	11	27,5	5	14,7	11	18,6	16	25,4	28	19,3	44	18,0	30	10,9	14	12,0	175	16,6
Não realizado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	2	1,4	3	1,2	3	1,1	1	0,9	11	1,0
Total	33	100,0	43	100,0	40	100,0	34	100,0	59	100,0	63	100,0	145	100,0	244	100,0	274	100,0	117	100,0	1.052	100,0

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Para o cálculo taxa de detecção de 2014, 2015 e 2016 utilizou-se população de nascidos vivos de 2014.

(2) População: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Acessado em: 11/07/2016

(3) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(4) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 7. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo variáveis de tratamento da mãe, por ano de diagnóstico. Goiás 2007 a 2016^{1,2}

Característica	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esquema de tratamento																						
Adequado	9	27,3	6	14,0	7	17,5	3	8,8	2	3,4	8	12,7	15	10,3	14	5,7	7	2,6	5	4,3	76	7,2
Inadequado	14	42,4	15	34,9	11	27,5	19	55,9	26	44,1	29	46,0	91	62,8	164	67,2	217	79,2	81	69,2	667	63,4
Não realizado	8	24,2	19	44,2	15	37,5	6	17,6	19	32,2	20	31,7	23	15,9	37	15,2	33	12,0	16	13,7	196	18,6
Ignorado	2	6,1	3	7,0	7	17,5	6	17,6	12	20,3	6	9,5	16	11,0	29	11,9	17	6,2	15	12,8	113	10,7
Parceiro Tratado																						
Sim	10	30,3	8	18,6	9	22,5	8	23,5	6	10,2	17	27,0	27	18,6	60	24,6	50	18,2	21	17,9	216	20,5
Não	21	63,6	32	74,4	20	50,0	14	41,2	33	55,9	32	50,8	91	62,8	136	55,7	189	69,0	81	69,2	649	61,7
Ignorado	2	6,1	3	7,0	11	27,5	12	35,3	20	33,9	14	22,2	27	18,6	48	19,7	35	12,8	15	12,8	187	17,8
Total	33	100,0	43	100,0	40	100,0	34	100,0	59	100,0	63	100,0	145	100,0	244	100,0	274	100,0	117	100,0	1.052	100,0

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 8. Número e percentual de casos de sífilis congênita, segundo características laboratoriais da criança. Goiás, 2007 a 2016^{1,2}

Característica da criança	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VDRL em sangue periférico																						
Reagente	22	66,7	27	62,8	35	87,5	29	85,3	50	84,7	56	88,9	123	84,8	205	84,0	224	81,8	107	91,5	878	83,5
Não reagente	10	30,3	12	27,9	3	7,5	2	5,9	3	5,1	1	1,6	12	8,3	9	3,7	23	8,4	1	0,9	76	7,2
Não realizado	0	0,0	2	4,7	1	2,5	1	2,9	2	3,4	4	6,3	6	4,1	24	9,8	15	5,5	8	6,8	63	6,0
Ignorado	1	3,0	2	4,7	1	2,5	2	5,9	4	6,8	2	3,2	4	2,8	6	2,5	12	4,4	1	0,9	35	3,3
FTA-Abs após 18 meses																						
Reagente	0	0,0	2	4,7	2	5,0	3	8,8	0	0,0	1	1,6	1	0,7	1	0,4	3	1,1	0	0,0	13	1,2
Não reagente	1	3,0	6	14,0	0	0,0	0	0,0	2	3,4	3	4,8	2	1,4	7	2,9	5	1,8	0	0,0	26	2,5
Não realizado	15	45,5	15	34,9	21	52,5	16	47,1	23	39,0	28	44,4	31	21,4	67	27,5	61	22,3	29	24,8	306	29,1
Ignorado	17	51,5	20	46,5	17	42,5	15	44,1	34	57,6	31	49,2	111	76,6	169	69,3	205	74,8	88	75,2	707	67,2
VDRL em líquor																						
Reagente	1	3,0	2	4,7	0	0,0	1	2,9	4	6,8	4	6,3	5	3,4	8	3,3	7	2,6	2	1,7	34	3,2
Não reagente	17	51,5	14	32,6	15	37,5	4	11,8	11	18,6	13	20,6	57	39,3	96	39,3	119	43,4	35	29,9	381	36,2
Não realizado	11	33,3	23	53,5	18	45,0	21	61,8	40	67,8	40	63,5	62	42,8	109	44,7	124	45,3	61	52,1	509	48,4
Ignorado	4	12,1	4	9,3	7	17,5	8	23,5	4	6,8	6	9,5	21	14,5	31	12,7	24	8,8	19	16,2	128	12,2
Alterações líquóricas																						
Sim	3	9,1	1	2,3	1	2,5	0	0,0	5	8,5	2	3,2	6	4,1	2	0,8	8	2,9	2	1,7	30	2,9
Não	16	48,5	17	39,5	14	35,0	4	11,8	10	16,9	15	23,8	39	26,9	80	32,8	87	31,8	24	20,5	306	29,1
Não realizado	10	30,3	20	46,5	18	45,0	17	50,0	38	64,4	36	57,1	77	53,1	117	48,0	145	52,9	70	59,8	548	52,1
Ignorado	4	12,1	5	11,6	7	17,5	13	38,2	6	10,2	10	15,9	23	15,9	45	18,4	34	12,4	21	17,9	168	16,0
Alterações no exame de ossos longos																						
Sim	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	4	6,8	4	6,3	3	2,1	9	3,7	8	2,9	8	6,8	37	3,5
Não	23	69,7	26	60,5	22	55,0	8	23,5	21	35,6	21	33,3	85	58,6	114	46,7	138	50,4	50	42,7	508	48,3
Não Realizado	8	24,2	14	32,6	12	30,0	14	41,2	25	42,4	26	41,3	26	17,9	63	25,8	83	30,3	33	28,2	304	28,9
Ignorado	2	6,1	2	4,7	6	15,0	12	35,3	9	15,3	12	19,0	31	21,4	58	23,8	45	16,4	26	22,2	203	19,3
Total	33	100,0	43	100,0	40	100,0	34	100,0	59	100,0	63	100,0	145	100,0	244	100,0	274	100,0	117	100,0	1052	100,0

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 9. Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características das crianças, por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2016¹²

Característica da criança	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Idade da criança																								
Menor de 7 dias	27	81,8	38	88,4	37	92,5	32	94,1	51	86,4	57	90,5	135	93,1	224	91,8	262	95,6	115	98,3	978	93,0		
7 a 28 dias	2	6,1	3	7,0	3	7,5	0	0,0	3	5,1	1	1,6	4	2,8	13	5,3	9	3,3	1	0,9	39	3,7		
29 dias a 364 dias	3	9,1	2	4,7	0	0,0	2	5,9	5	8,5	4	6,3	6	4,1	6	2,5	3	1,1	1	0,9	32	3,0		
1 ano	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		
2 a 4 anos	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,2		
5 a 12 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1		
Diagnóstico Clínico																								
Assintomático	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	4	6,8	4	6,3	3	2,1	9	3,7	8	2,9	8	6,8	37	3,5		
Sintomático	23	69,7	26	60,5	22	55,0	8	23,5	21	35,6	21	33,3	85	58,6	114	46,7	138	50,4	50	42,7	508	48,3		
Não se aplica	8	24,2	14	32,6	12	30,0	14	41,2	25	42,4	26	41,3	26	17,9	63	25,8	83	30,3	33	28,2	304	28,9		
Ignorado	2	6,1	2	4,7	6	15,0	12	35,3	9	15,3	12	19,0	12	19,0	31	21,4	58	23,8	45	16,4	26	22,2	203	19,3
Diagnóstico Final																								
Sífilis Congênita Recente	23	69,7	35	81,4	40	100,0	34	100,0	59	100,0	61	96,8	144	99,3	237	97,1	261	95,3	113	96,6	1.007	95,7		
Sífilis Congênita Tardia	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,3		
Aborto por Sífilis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,4	4	1,5	1	0,9	7	0,7		
Natimorto Sífilico	9	27,3	8	18,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	5	2,0	9	3,3	3	2,6	35	3,3		
Tratamento criança																								
Penicilina	26	78,8	35	81,4	28	70,0	22	64,7	42	71,2	37	58,7	90	62,1	145	59,4	165	60,2	78	66,7	668	63,5		
Outro esquema	3	9,1	4	9,3	5	12,5	7	20,6	9	15,3	16	25,4	34	23,4	74	30,3	80	29,2	30	25,6	262	24,9		
Tratamento não realizado	1	3,0	2	4,7	3	7,5	1	2,9	4	6,8	9	14,3	11	7,6	15	6,1	18	6,6	8	6,8	72	6,8		
Ign/Branco	3	9,1	2	4,7	4	10,0	4	11,8	4	6,8	4	6,8	1	1,6	10	6,9	10	4,1	11	4,0	1	0,9	50	4,8
Vivo	33	100,0	40	93,0	38	95,0	29	85,3	51	86,4	52	82,5	132	91,0	214	87,7	247	90,1	109	93,2	945	89,8		
Óbito pelo agravo notificado	0	0,0	1	2,3	0	0,0	3	8,8	4	6,8	5	7,9	3	2,1	8	3,3	3	1,1	3	2,6	30	2,9		
Óbito por outra causa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	4	2,8	1	0,4	2	0,7	0	0,0	8	0,8		
Aborto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,4	4	1,5	1	0,9	7	0,7		
Natimorto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	5	2,0	9	3,3	3	2,6	18	1,7		
Ign/Branco	0	0,0	2	4,7	2	5,0	2	5,9	4	6,8	4	6,3	5	3,4	15	6,1	9	3,3	1	0,9	44	4,2		
Total	33	100,0	43	100,0	40	100,0	34	100,0	59	100,0	63	100,0	145	100,0	244	100,0	274	100,0	117	100,0	1.052	100,0		

Fonte: SES/SPAIS/ Coordenação Estadual de DST/Aids/ Sinan

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2016, sujeitos a alteração.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.