

Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde
ISSN online 2358-9450

SÍFILIS 2018



■ Sumário

EDITORIAL	1
INTRODUÇÃO	2
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO BRASIL	5
SÍFILIS ADQUIRIDA	10
SÍFILIS EM GESTANTES	14
SÍFILIS CONGÊNITA.....	18
APÊNDICE – Indicadores epidemiológicos e operacionais para o monitoramento da sífilis.....	36
ANEXO I – Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.....	37
ANEXO II – Nota Informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017.....	41

ISSN 2358-9450

© 1969. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Expediente

Boletim Epidemiológico – Sífilis

Volume 49 nº 45

Tiragem: 500

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV)

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Disque Saúde - 136

e-mail: aids@aids.gov.br

site: www.aids.gov.br

Organização e elaboração:

Adele Schwartz Benzaken

Alessandro Ricardo Caruso da Cunha

Andrea Mônica Brandão Beber

Claudia Marques de Sousa

Daiana Santos Mariah Dresch

Fernanda Moreira Rick

Filipe de Barros Perini

Flavia Kelli Alvarenga Pinto

Flávia Moreno Alves de Souza

Francisca Lidiane Sampaio Freitas

Gerson Fernando Mendes Pereira

Ivo Brito

Luciana Fetter Bertolucci Taniguchi

Maria Cristina Pimenta de Oliveira

Mariana Jorge de Queiroz

Rachel Abrahão Ribeiro

Renato Girade Corrêa

Ronaldo de Almeida Coelho

Silvana Pereira Giozza

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Diagramação

Marcos Cleuton de Oliveira (DIAHV)

Revisão de texto

Angela Gasperin Martinazzo (DIAHV)

Editorial

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar e persistente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde.

Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Entre outras IST, o combate ao agravo faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, Distrito Federal e municípios. A prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis – que ocorre durante o período gestacional – é prevista no Plano Plurianual (PPA) como uma prioridade. Dessa forma, a vigilância, a prevenção e o controle da sífilis são factíveis, mas há diferentes entraves nessa perspectiva.

O Brasil é signatário de compromissos internacionais para a eliminação da sífilis congênita desde 1992. Estima-se que o custo per capita, em média, não ultrapasse 1,4 dólar para a detecção dos casos de sífilis ativa e 29 dólares para o tratamento das mulheres gestantes¹.

Em 2017, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados a IST, incluindo internações, dos quais um número significativo estava diretamente relacionado à sífilis e à sífilis congênita².

O efetivo controle da sífilis depende, em grande medida, da disposição e vontade política de gestores para colocar em prática um movimento em prol da qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, promover mobilização nacional para ampliação do acesso ao diagnóstico da população geral e das populações-chave³ e estabelecer parcerias de base comunitária, além de vencer obstáculos quanto à administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica (AB).

Atualmente, a oferta de teste rápido de sífilis é crescente, mas sua utilização e cobertura na AB ainda não são satisfatórias, segundo dados obtidos a partir do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

Importante destacar que a sífilis adquirida vem também se instalando entre os segmentos mais jovens

da população brasileira, sobretudo entre homens, o que impõe a necessidade de desenvolver estratégias intersetoriais, incluindo ações de prevenção nas escolas e nas redes de interação juvenil. Esse movimento contribui para a promoção da saúde integral do homem, considerando que a maioria destes só procura serviços de saúde quando doentes. Uma cultura que precisa ser revertida, principalmente em se tratando de IST.

Em resposta aos desafios para o controle da epidemia de sífilis, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/MS/SVS), elaborou uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da sífilis no Brasil. Essa agenda resultou na iniciativa de uma emenda parlamentar de 200 milhões de reais, destinada a implementar um projeto de resposta rápida à sífilis em 100 municípios prioritários, que respondem por aproximadamente 65% dos casos de sífilis do país.

O projeto foi concebido para induzir ações voltadas ao controle da sífilis nas redes de atenção à saúde, com atuação de apoiadores locais; produzir conhecimentos por meio de estudos operacionais; e potencializar a capacidade técnica de vigilância e assistência locais. Nesse sentido, destaca-se a articulação interfederativa com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems (Comissão Tripartite), de modo a constituir uma base de consenso para o alcance das metas previstas. Essa estrutura de governança tem também a participação do controle social, mediante representações nacionais, estaduais e municipais dos Conselhos de Saúde.

Espera-se que as informações contidas neste Boletim possam auxiliar os gestores, os trabalhadores da saúde e as organizações comunitárias, embasar ações efetivas para a redução da sífilis no país e, a partir da reflexão sobre os dados apresentados, diminuir a distância entre as ações de vigilância em saúde e o campo de prática da AB e maternidades.

1 World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research. *Eliminating congenital syphilis – A global health priority*. Geneva: WHO, 2005.

2 Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS, 2018.

3 Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras do sexo.

Introdução

No mundo, a OMS estima a ocorrência de aproximadamente um milhão de casos de IST por dia, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A presença de uma IST, como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção pelo HIV.

Durante o período gestacional, a sífilis leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças⁴. Na última década, no Brasil, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos.

O DIAHV/SVS/MS mantém a recomendação de se instituírem Comitês de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical em municípios, estados ou regiões que apresentarem elevados números de casos de sífilis congênita, com o objetivo de identificar as possíveis falhas que ocasionam a transmissão vertical da sífilis e propor medidas resolutivas na prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e vigilância do agravo. 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 fins de vigilância epidemiológica, os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram alterados em setembro de 2017 por meio da

Nota Informativa nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS (Anexo II), a fim de proporcionar adequação da sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes. Assim, na definição de caso de sífilis congênita, deixou-se de considerar o tratamento da parceria sexual da mãe; e no caso de sífilis em gestantes, definiu-se que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes, e não como sífilis adquirida.

Portanto, a partir de 2017, é provável que o incremento observado nos casos de sífilis em gestantes possa ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de caso.

Neste Boletim Epidemiológico, para as informações sobre sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, utilizaram-se os registros contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Dados dos óbitos perinatais relacionados à sífilis congênita foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Desde 2016, os dados de sífilis em gestantes e sífilis congênita desagregados para cada um dos 5.570 municípios brasileiros estão disponíveis em <www.aids.gov.br/indicadores>. Além disso, a versão eletrônica deste Boletim Epidemiológico encontra-se disponível em <www.aids.gov.br>. Essa divulgação sistematizada subsidia a tomada de decisões e a programação das ações de saúde.

⁴ Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect. Dis.* (publicado on-line em 9 jul. 2017) 2017(8):e235-e2792017.

■ Situação epidemiológica da sífilis no Brasil

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. A portaria vigente 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, e dá outras providências, consta no Anexo I.

A Tabela 1 apresenta os seguintes dados do Brasil: (1) número e distribuição proporcional por regiões e UF de nascidos vivos em 2016; (2) número, distribuição proporcional por regiões e UF e taxa de detecção

de sífilis adquirida em 2017; (3) número, distribuição proporcional por regiões e UF e taxa de detecção de sífilis em gestantes em 2017; (4) número, distribuição proporcional por regiões e UF e taxa de incidência de sífilis congênita em 2017; e (5) número, distribuição proporcional por regiões e UF e taxa de mortalidade por sífilis congênita no ano de 2017.

Em 2017, foram notificados no Sinan 119.800 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes); 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos); 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos); e 206 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos).

TABELA 1 - Casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e óbitos por sífilis congênita, segundo região e Unidade da Federação. Brasil, 2017.

UF/Região	Nascidos vivos 2016			Sífilis adquirida 2017			Sífilis em gestantes ⁽¹⁾ 2017			Sífilis congênita 2017			Óbitos por sífilis congênita 2017		
	nº	%	taxa ⁽²⁾	nº	%	taxa ⁽²⁾	nº	%	taxa ⁽²⁾	nº	%	taxa ⁽²⁾	nº	%	taxa ⁽²⁾
Brasil	2.857.800	100,0	58,1	49.013	100,0	17,2	24.666	100,0	8,6	206	100,0	7,2	206	100,0	7,2
Norte	307.526	10,8	33,2	4.675	9,5	15,2	2.170	8,8	7,1	23	11,2	7,5	23	11,2	7,5
Roraima	11.376	0,4	34,4	86	0,2	7,6	25	0,1	2,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Pará	137.681	4,8	20,7	1.716	3,5	12,5	801	3,2	5,8	8	3,9	5,8	8	3,9	5,8
Amapá	15.521	0,5	33,9	209	0,4	13,5	75	0,3	4,8	2	1,0	12,9	2	1,0	12,9
Tocantins	23.870	0,8	70,3	436	0,9	18,3	287	1,2	12,0	8	3,9	33,5	8	3,9	33,5
Nordeste	796.119	27,9	26,9	9.084	18,5	11,4	6.876	27,9	8,6	52	25,2	6,5	52	25,2	6,5
Maranhão	110.493	3,9	17,8	1.018	2,1	9,2	423	1,7	3,8	6	2,9	5,4	6	2,9	5,4
Piauí	46.986	1,6	10,7	418	0,9	8,9	412	1,7	8,8	8	3,9	17,0	8	3,9	17,0
Ceará	126.246	4,4	18,9	1.294	2,6	10,2	1.294	5,2	10,2	7	3,4	5,5	7	3,4	5,5
Rio Grande do Norte	45.366	1,6	39,4	416	0,8	9,2	448	1,8	9,9	5	2,4	11,0	5	2,4	11,0
Paraíba	56.083	2,0	25,3	490	1,0	8,7	392	1,6	7,0	1	0,5	1,8	1	0,5	1,8
Pernambuco	130.733	4,6	33,7	1.648	3,4	12,6	1.889	7,7	14,4	10	4,9	7,6	10	4,9	7,6
Alagoas	48.164	1,7	14,2	592	1,2	12,3	338	1,4	7,0	2	1,0	4,2	2	1,0	4,2
Sergipe	32.218	1,1	50,2	446	0,9	13,8	315	1,3	9,8	2	1,0	6,2	2	1,0	6,2
Bahia	199.830	7,0	31,8	2.762	5,6	13,8	1.365	5,5	6,8	11	5,3	5,5	11	5,3	5,5
Sudeste	1.127.499	39,5	71,5	23.470	47,9	20,8	10.645	43,2	9,4	103	50,0	9,1	103	50,0	9,1
Minas Gerais	253.520	8,9	50,9	3.612	7,4	14,2	1.812	7,3	7,1	21	10,2	8,3	21	10,2	8,3
Espírito Santo	53.413	1,9	88,7	1.503	3,1	28,1	640	2,6	12,0	2	1,0	3,7	2	1,0	3,7
Rio de Janeiro	219.129	7,7	69,3	7.795	15,9	35,6	4.120	16,7	18,8	60	29,1	27,4	60	29,1	27,4
São Paulo	601.437	21,0	80,5	10.560	21,5	17,6	4.073	16,5	6,8	20	9,7	3,3	20	9,7	3,3
Sul	391.790	13,7	99,1	7.864	16,0	20,1	3.573	14,5	9,1	15	7,3	3,8	15	7,3	3,8
Paraná	155.066	5,4	67,6	2.537	5,2	16,4	881	3,6	5,7	8	3,9	5,2	8	3,9	5,2
Santa Catarina	95.313	3,3	122,4	1.770	3,6	18,6	686	2,8	7,2	2	1,0	2,1	2	1,0	2,1
Rio Grande do Sul	141.411	4,9	116,2	3.557	7,3	25,2	2.006	8,1	14,2	5	2,4	3,5	5	2,4	3,5
Centro-Oeste	234.866	8,2	49,2	3.920	8,0	16,7	1.402	5,7	6,0	13	6,3	5,5	13	6,3	5,5
Mato Grosso do Sul	42.432	1,5	111,7	1.413	2,9	33,3	431	1,7	10,2	1	0,5	2,4	1	0,5	2,4
Mato Grosso	53.531	1,9	28,0	615	1,3	11,5	247	1,0	4,6	5	2,4	9,3	5	2,4	9,3
Goiás	95.563	3,3	34,7	1.508	3,1	15,8	438	1,8	4,6	5	2,4	5,2	5	2,4	5,2
Distrito Federal	43.340	1,5	49,0	384	0,8	8,9	286	1,2	6,6	2	1,0	4,6	2	1,0	4,6

Fonte: MS/SIS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e MS/SIS/Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

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.

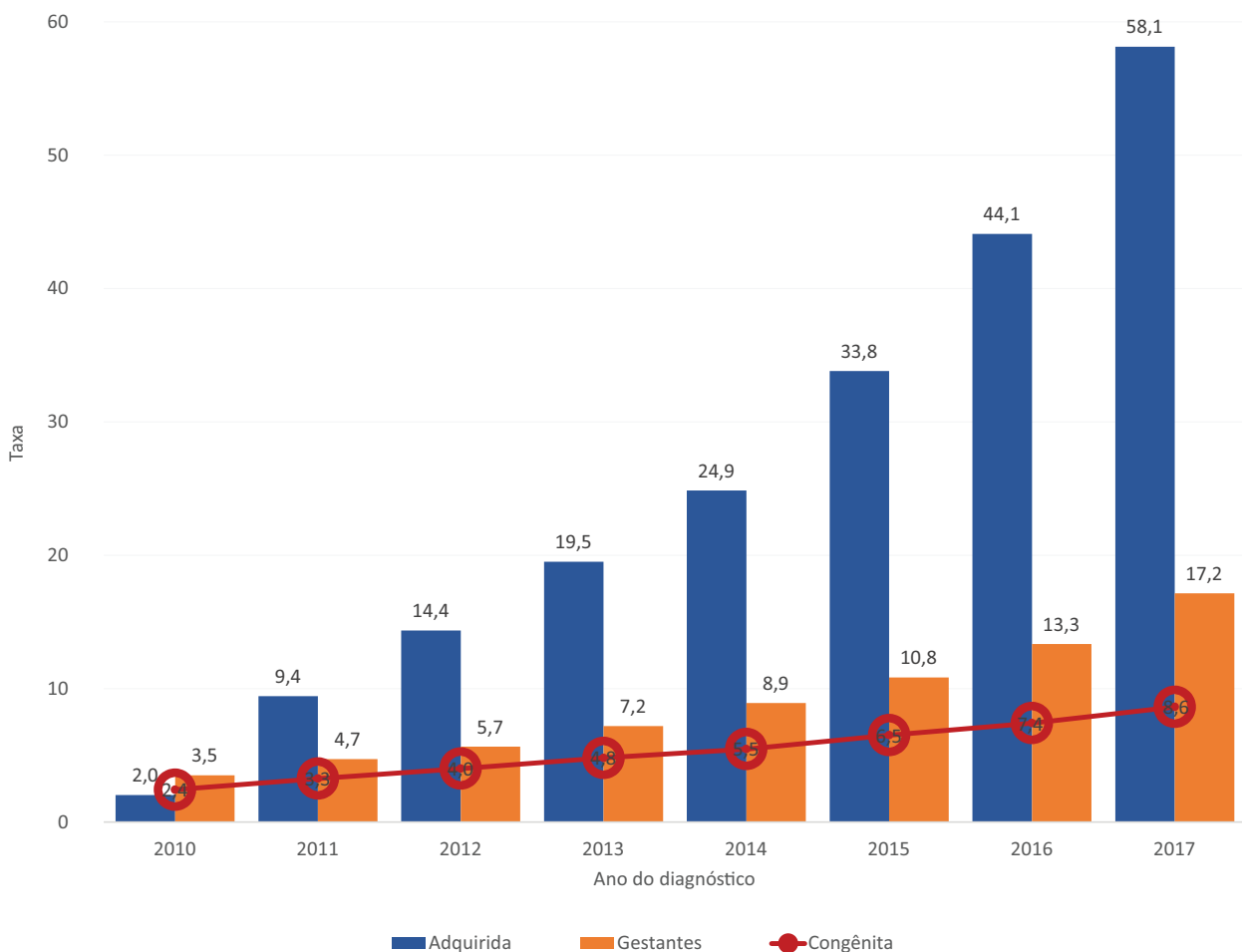
(5) Para sífilis em gestantes, foi considerada como caso aquela que apresentou um ou mais testes reagentes (treponêmico e/ou não treponêmico).

Na Figura 1, observa-se a evolução das taxas de sífilis de 2010 a 2017. Nesse período, verifica-se que a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,6 vezes, passando de 2,4 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos.

A sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 casos por 100 mil habitantes em 2017.

Em comparação ao ano de 2016, observou-se aumento de 28,5% na taxa de detecção em gestantes, 16,4% na incidência de sífilis congênita e 31,8% na incidência de sífilis adquirida. É provável que o aumento observado em relação ao ano de 2016 possa ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorrida em 2017.

FIGURA 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.

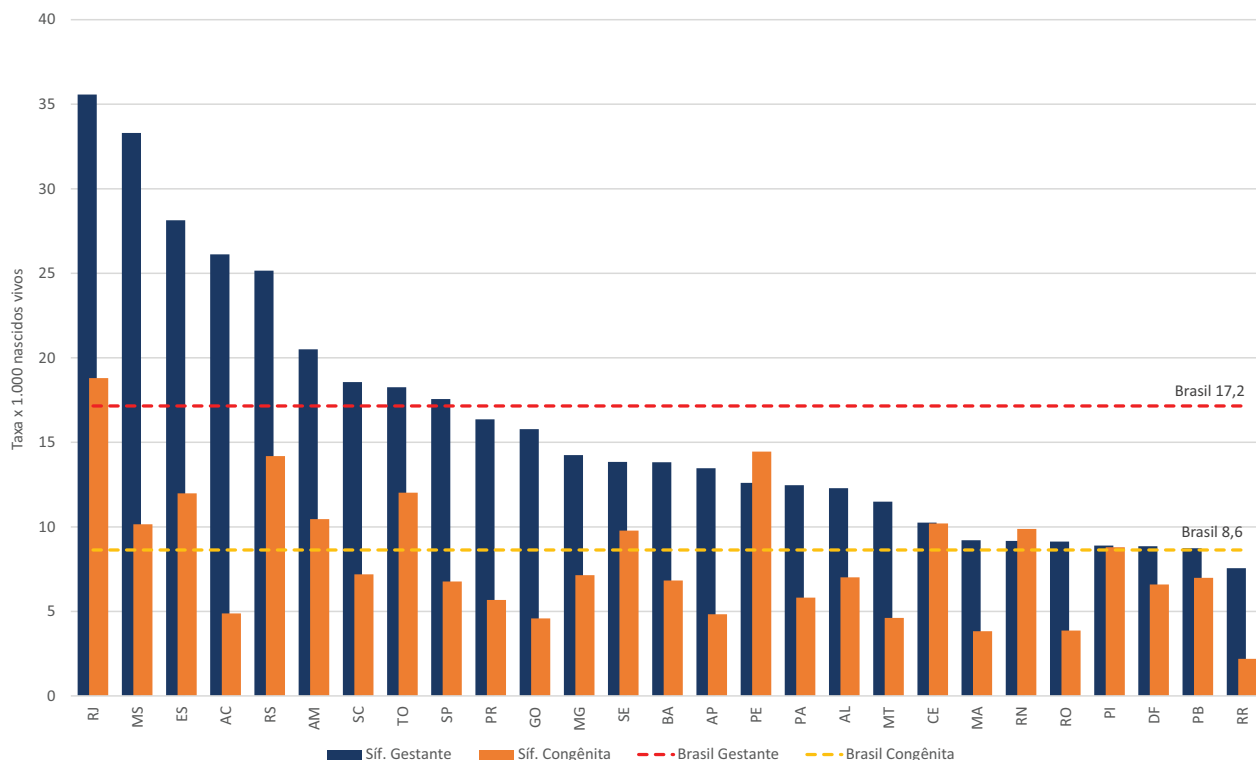


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Na Figura 2, observam-se as taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo UF e taxas do país. Em relação à sífilis em gestantes, observa-se que os estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Acre, Rio Grande do Sul, Amazonas, Santa Catarina, Tocantins e São Paulo apresentam taxas de detecção superiores à do Brasil. Quanto à sífilis congênita, os estados com taxas maiores que a média nacional são Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Tocantins, Espírito Santo, Amazonas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Sergipe e Piauí (Tabelas 6 e 8, Figura 2).

Verifica-se também que os **estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte** apresentam taxas de incidência de sífilis congênita mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis em gestantes (Tabelas 6 e 8, Figura 2). Em comparação com os dados do ano anterior, nota-se uma melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes, visto que, em 2016, além de Pernambuco e Rio Grande do Norte, outros quatro estados também apresentavam taxas de incidência de sífilis congênita maiores que as taxas de detecção de sífilis em gestantes (Tocantins, Ceará, Sergipe e Piauí).

FIGURA 2 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo UF. Brasil, 2017.

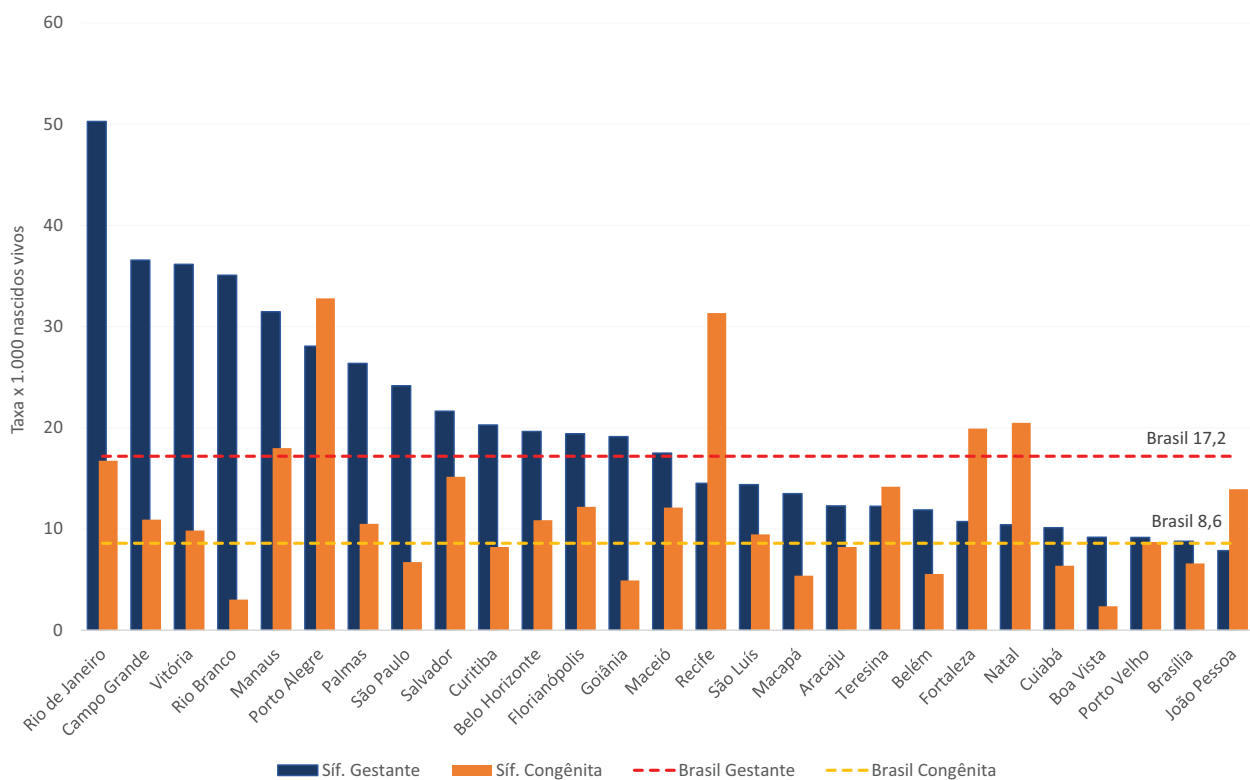


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

A Figura 3 apresenta as taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo capital, e as taxas do país. Em relação à sífilis em gestantes, constatam-se taxas de detecção superiores à do Brasil nas seguintes capitais: Rio de Janeiro, Campo Grande, Vitória, Rio Branco, Manaus, Porto Alegre, Palmas, São Paulo, Salvador, Curitiba, Belo Horizonte, Florianópolis, Goiânia e Maceió (Figura 3).

Em relação à sífilis congênita, observa-se que Porto Alegre, Recife, Natal, Fortaleza, Manaus, Rio de Janeiro, Salvador, Teresina, João Pessoa, Florianópolis, Maceió, Campo Grande, Belo Horizonte, Palmas, Vitória, São Luís e Porto Velho apresentaram taxas de incidência superiores à do Brasil. Também se verificou que as capitais Recife, Natal, Fortaleza, João Pessoa, Porto Alegre e Teresina apresentaram taxa de incidência de sífilis congênita mais elevadas que as de detecção de sífilis em gestantes (Figura 3). Em 2016, além dessas capitais, Maceió e Aracaju também apresentaram taxas de sífilis congênita maiores que as de sífilis em gestantes.

FIGURA 3 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo capital. Brasil, 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Taxas de incidência de sífilis congênita superiores às taxas de detecção de sífilis em gestantes na mesma UF ou capital remetem a: 1) prováveis lacunas na assistência ao pré-natal quanto à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento; 2) desafios em relação à notificação oportuna ou subnotificação dos casos de sífilis em gestantes; e 3) dificuldades na interpretação dos critérios de definição dos casos de sífilis congênita.

No Brasil, a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Somente esse grupo representa 14,4% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes notificados. Na comparação por sexo, as mulheres de 20 a 29 anos alcançam 26,2% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representam apenas 13,6%.

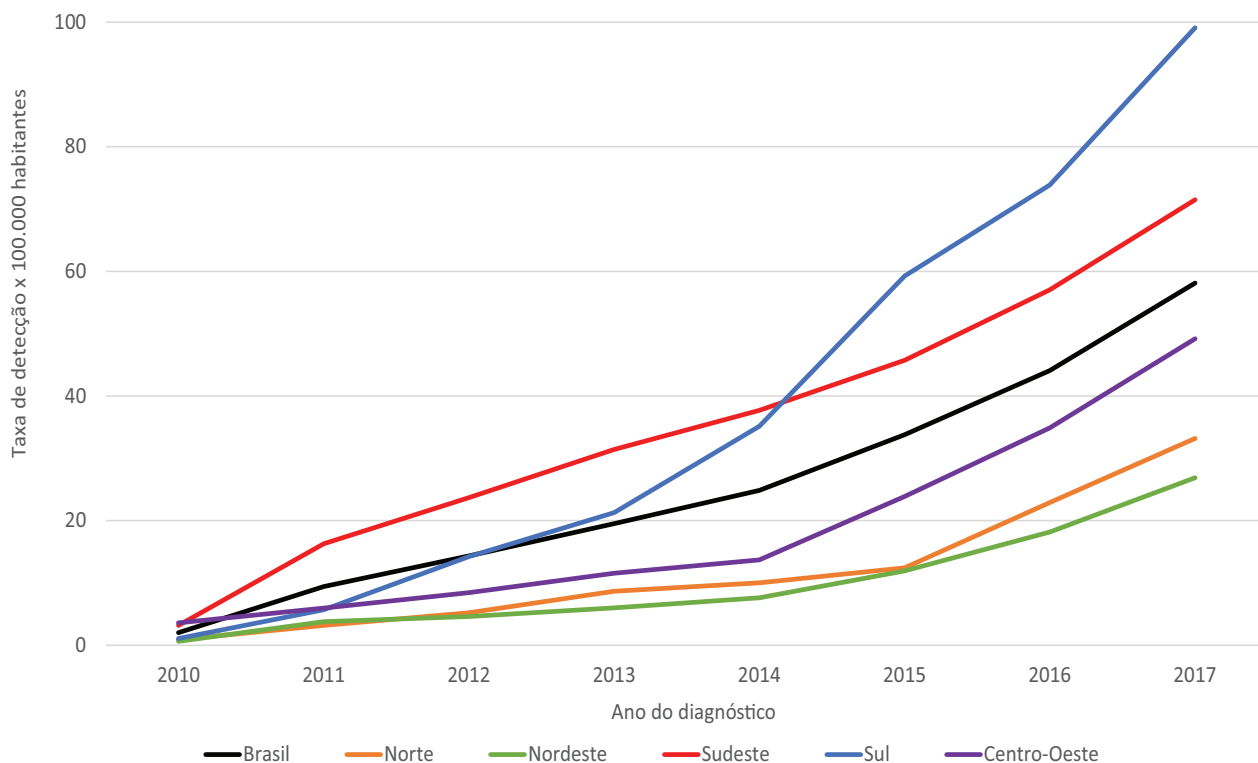
Sífilis adquirida

No período de 2010 a junho de 2018, foram notificados no Sinan 479.730 casos de sífilis adquirida, dos quais 56,4% ocorreram na Região Sudeste, 22,3% no Sul, 11,3% no Nordeste, 5,8% no Centro-Oeste e 4,1% no Norte.

Em 2017, o número total de casos notificados no Brasil foi de 119.800. Na estratificação por regiões, observaram-se 61.745 (51,5%) casos notificados na Região Sudeste, 29.169 (24,3%) na Região Sul, 15.295 (12,8%) na Região Nordeste, 7.701 (6,4%) na Região Centro-Oeste e 5.890 (4,9%) na Região Norte (Tabela 2).

Entre 2016 e 2017, verificou-se que o Brasil e regiões apresentaram crescimento em suas taxas de detecção. No país, o aumento foi de 31,8% (de 44,1 para 58,1 casos por 100 mil habitantes). Além disso, o incremento foi de 45% na Região Norte (de 22,9 para 33,2 casos por 100 mil habitantes), 47,8% no Nordeste (de 18,2 para 26,9 casos por 100 mil habitantes), 25,3% no Sudeste (de 57,1 para 71,5 casos por 100 mil habitantes), 34,2% no Sul (de 73,8 para 99,1 casos por 100 mil habitantes) e 41% no Centro-Oeste (de 34,9 para 49,2 casos por 100 mil habitantes), conforme a Tabela 2 e a Figura 4.

FIGURA 4 - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.

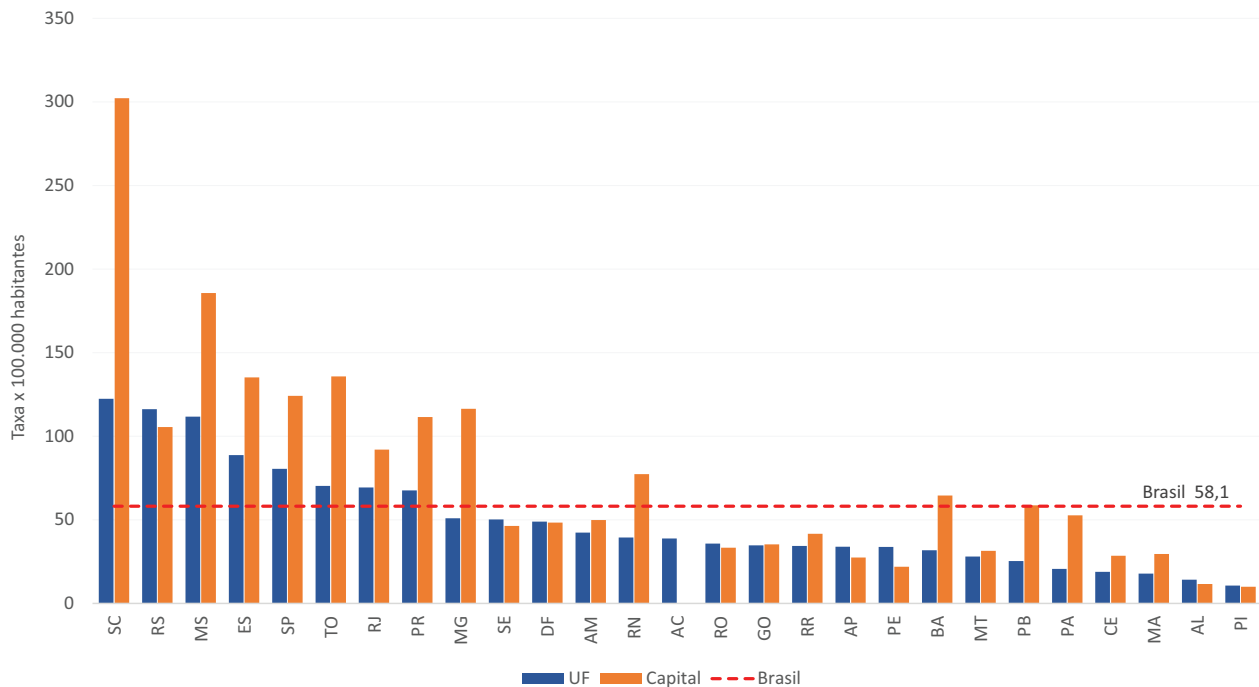


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Quanto às UF, em 2017, a taxa de detecção mais elevada foi observada em Santa Catarina (122,4 casos/100 mil hab.) e a mais baixa no Piauí (10,7 casos/100 mil hab.), conforme a Tabela 2 e a Figura 4. Além de Santa Catarina, sete estados apresentaram taxas de detecção superiores à taxa média nacional: Rio Grande do Sul (116,2 casos/100 mil hab.), Mato Grosso do Sul (111,7 casos/100 mil hab.), Espírito Santo (88,7 casos/100 mil hab.), São Paulo (80,5 casos/100 mil hab.), Tocantins (70,3 casos/100 mil hab.), Rio de Janeiro (69,3 casos/100 mil hab.) e Paraná (67,6 casos/100 mil hab.).

Com relação às capitais, doze delas apresentaram taxa de detecção mais elevada que a nacional: Florianópolis (302,2 casos/100 mil hab.), Campo Grande (185,7/100 mil hab.), Palmas (135,8/100 mil hab.), Vitória (135,2/100 mil hab.), São Paulo (124,1/100 mil hab.), Belo Horizonte (116,4/100 mil hab.), Curitiba (111,5/100 mil hab.), Porto Alegre (105,5/100 mil hab.), Rio de Janeiro (92,0/100 mil hab.), Natal (77,4/100 mil hab.), Salvador (64,5/100 mil hab.), João Pessoa (58,6/100 mil hab.), conforme a Figura 5.

FIGURA 5 - Taxas de detecção de sífilis adquirida segundo UF e capital. Brasil, 2017.

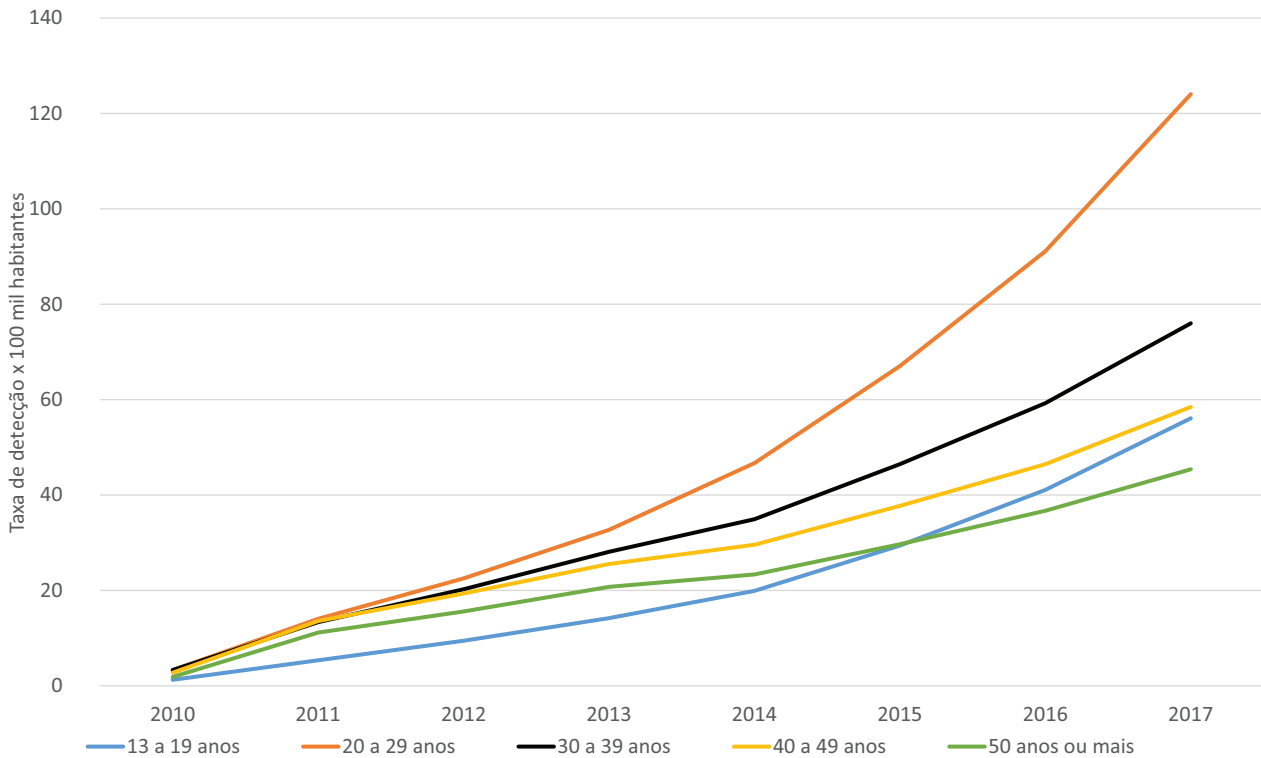


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Em 2017, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (35,3%), seguida daqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,7%), conforme a Tabela 3.

A Figura 6 apresenta as taxas de detecção de sífilis adquirida a partir de 13 anos de idade, segundo faixa etária, no período de 2010 a 2017. Observa-se um incremento na taxa de detecção para todas as faixas etárias, ressaltando a tendência mais acentuada de aumento na faixa etária de 20 a 29 anos.

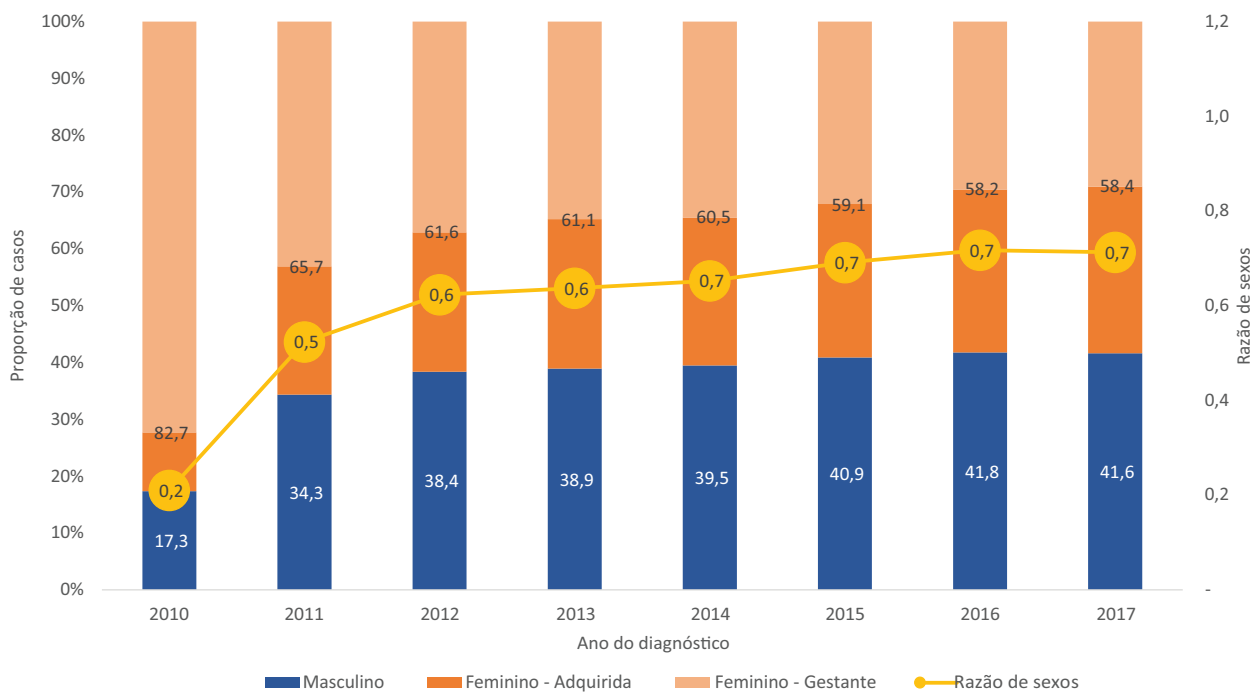
FIGURA 6 - Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo faixa etária. Brasil, 2010-2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

A Figura 7 apresenta os casos notificados de sífilis adquirida em homens e mulheres, incluindo os casos notificados em gestantes e razão de sexos por ano de diagnóstico no Brasil, de 2010 a 2017. Quando analisada a série histórica de casos notificados de sífilis, observa-se que 249.852 (39,9%) deles ocorreram em homens e 376.886 (60,1%) em mulheres, sendo 169.339 (44,9%) notificadas como sífilis adquirida e 207.547 (55,1%) notificadas como sífilis em gestantes.

Em 2010, a razão de sexos (M:F) era de 0,2 (dois casos em homens para cada dez casos em mulheres); em 2017, foi de 0,7 (sete casos em homens para cada dez casos em mulheres), razão que vem se mantendo estável desde 2014, conforme a Tabela 3 e a Figura 7.

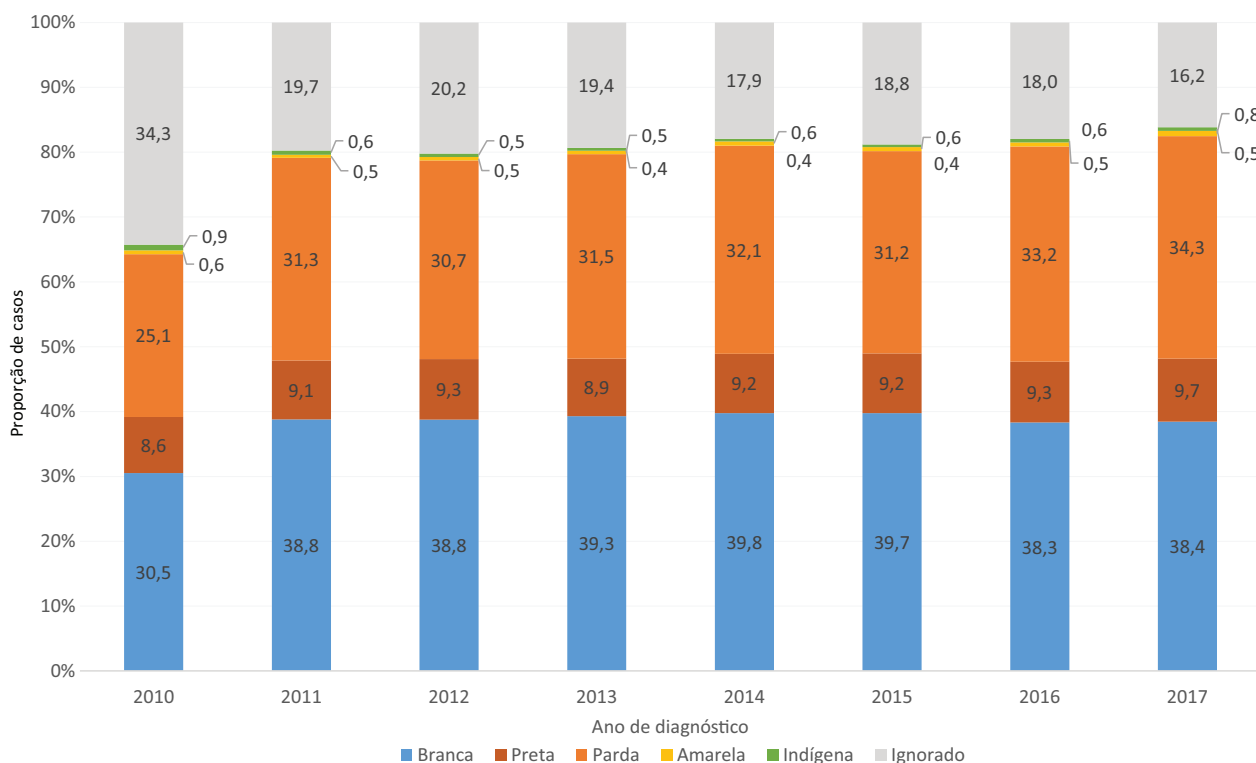
FIGURA 7 - Casos notificados de sífilis adquirida e sífilis em gestantes segundo sexo e razão de sexos por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

No ano de 2017, em 26,1% das notificações, a informação sobre escolaridade foi preenchida como “*ignorada*” ou não houve preenchimento do campo. Entre os casos informados, 18,1% possuíam ensino médio completo, e 19,4%, ensino fundamental incompleto, conforme a Tabela 5.

Quanto à informação referente a raça/cor, observou-se uma melhora no preenchimento: em 2010, 34,5% possuíam a informação ignorada, percentual este que foi reduzido para 16,2%, em 2017. Nesse mesmo ano, a maior parte das pessoas notificadas eram brancas (38,4%), seguidas de pardas (34,3%) e pretas (9,7%); considerando-se pardos e pretos, o percentual é de 44,0%. Em toda a série histórica, a notificação de indivíduos de raça/cor amarela e indígena não ultrapassou 1% dos casos, conforme a Tabela 3 e a Figura 8.

FIGURA 8 - Distribuição proporcional de casos de sífilis adquirida segundo raça/cor e ano de notificação. Brasil, 2010-2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Sífilis em gestantes

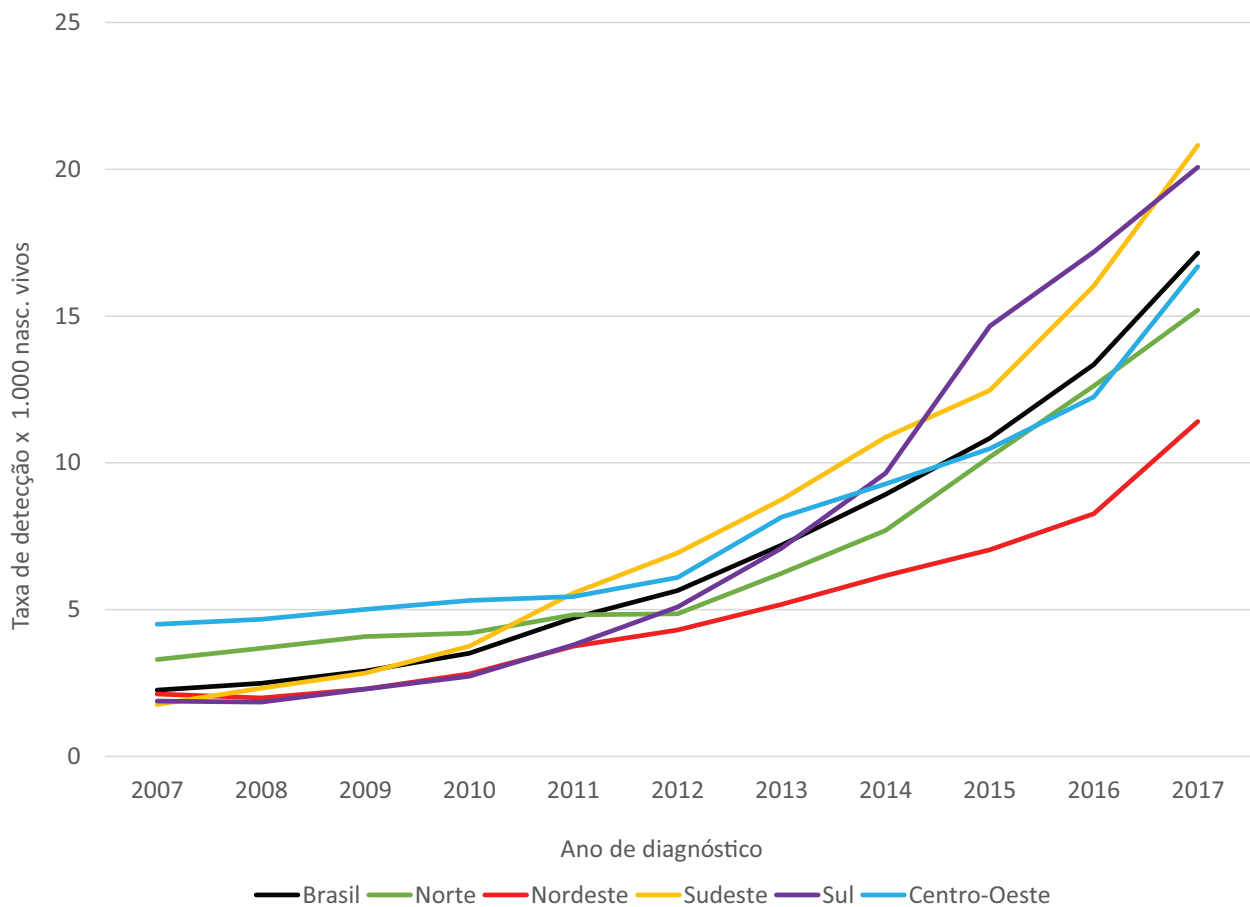
No período de 2005 a junho de 2018, foram notificados no Sinan 259.087 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,1% foram casos residentes na Região Sudeste, 20,5% no Nordeste, 14,7% na Região Sul, 10,5% na Região Norte e 9,1% no Centro-Oeste.

Em 2017, o número total de casos notificados no Brasil foi de 49.013 (28,4% mais casos que no ano anterior), dos quais 23.470 (47,9%) casos eram residentes na Região Sudeste, 9.084 (18,5%) na Região Nordeste, 7.864 (16%) na Região Sul, 4.675 (10,5%) na Região Norte e 3.920 (8%) na Região Centro-Oeste.

De 2016 para 2017, o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões, com destaque para os incrementos de 38% e 36% nas regiões Nordeste e

Centro-Oeste, respectivamente, conforme a Tabela 4. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação, além do pré-natal, no parto e puerpério a partir de outubro de 2017.

Em 2017, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (28,4% superior à taxa observada no ano anterior). A taxa de detecção nacional foi superada pelas regiões Sudeste (20,8/1.000 nascidos vivos) e Sul (20,1/1.000 nascidos vivos). Constata-se que, no último ano, as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores aumentos em suas taxas de detecção, e a Região Sul foi a que apresentou o menor incremento, conforme a Figura 9 e a Tabela 4.

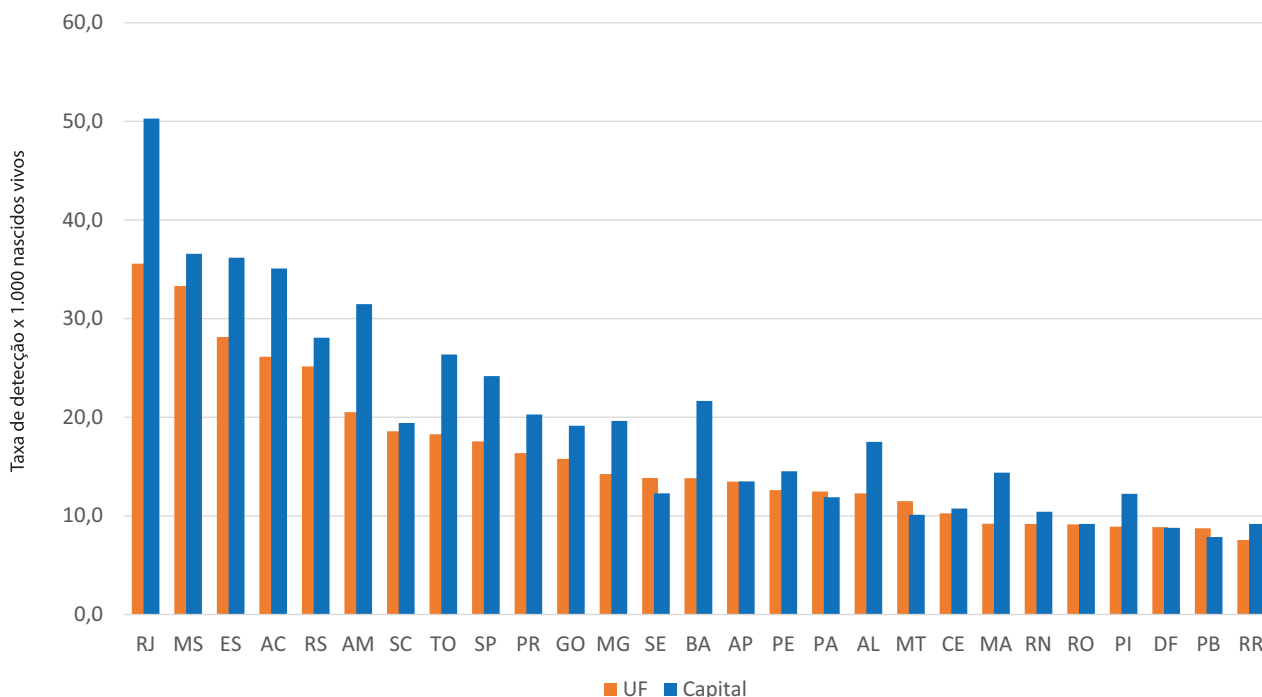
FIGURA 9 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Ainda em relação às UF, a taxa de detecção mais elevada, em 2017, foi observada no Rio de Janeiro (35,6 casos/1.000 nascidos vivos, após incremento de 34,5% em relação ao ano anterior), e a mais baixa em Roraima (7,6 casos/1.000 nascidos vivos, após queda de 35% na comparação com 2016). Nove estados brasileiros apresentaram taxa de detecção em gestantes acima da taxa nacional: Rio de Janeiro (35,6/1.000), Mato Grosso do Sul (33,3/1.000), Espírito Santo (28,1/1.000), Acre (26,1/1.000), Rio Grande do Sul (25,2/1.000), Amazonas (20,5/1.000), Santa Catarina (18,6/1.000), Tocantins (18,3/1.000) e São Paulo (17,6/1.000). Todos os estados da Região Nordeste apresentaram taxas abaixo da média nacional.

Com relação às capitais, Rio de Janeiro, Campo Grande, Vitória, Rio Branco, Manaus, Porto Alegre, Palmas e São Paulo, Salvador, Curitiba, Belo Horizonte, Florianópolis, Goiânia e Maceió apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes em 2017, todas superiores à taxa nacional, com destaque para a taxa do Rio de Janeiro: 50,3 casos/1.000 nascidos vivos, conforme a Figura 10 e a Tabela 4.

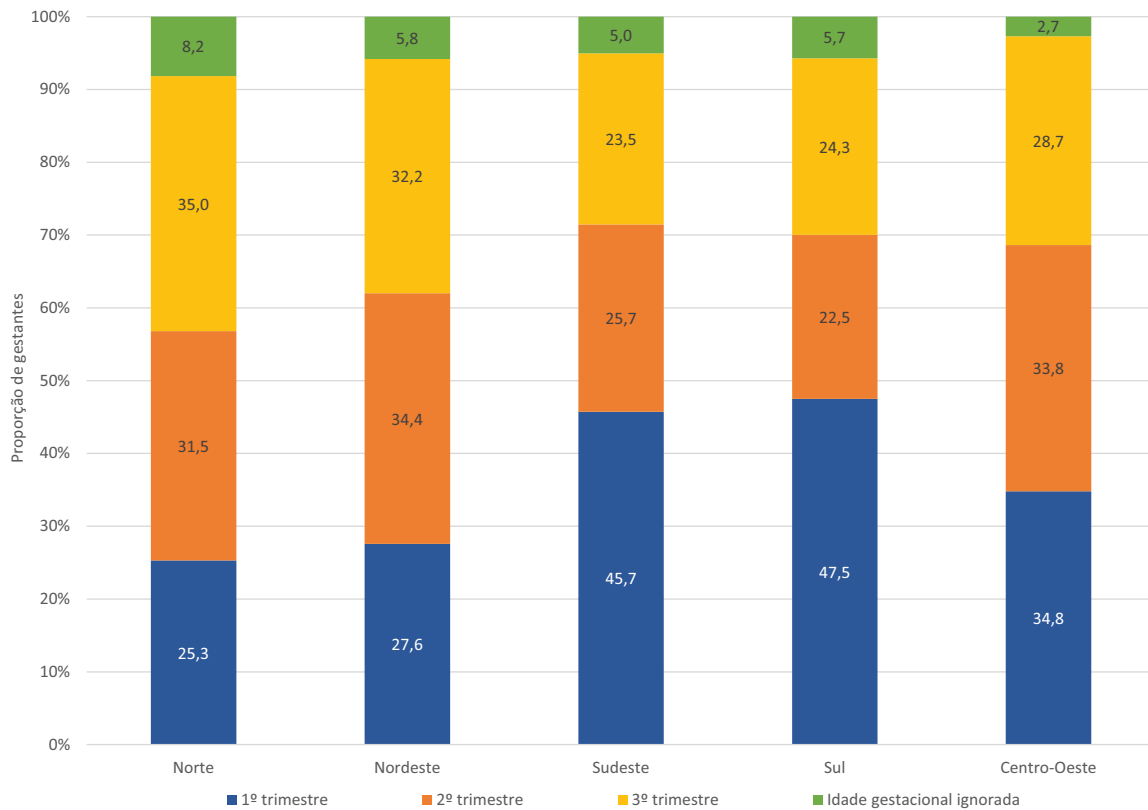
FIGURA 10 - Taxas de detecção de sífilis em gestantes segundo UF e capital. Brasil, 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Quando analisada a idade gestacional de detecção de sífilis em gestantes, observou-se que, em 2017, a maior proporção das mulheres (39,8%) foi diagnosticada no primeiro trimestre. Do total, 28% representaram diagnósticos realizados no segundo trimestre e 26,7% no terceiro trimestre. Ressalte-se que vem ocorrendo melhora no preenchimento dessa informação nas fichas de notificação: a opção “idade gestacional ignorada” era preenchida em 10,6% dos casos notificados em 2007, passando para 5,1% no ano de 2017, conforme a Tabela 5.

Quanto à observação do diagnóstico de sífilis em gestantes segundo idade gestacional por regiões, no ano de 2017, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorre com maior proporção nas regiões Sul (47,5%) e Sudeste (45,7%), e com menor proporção nas regiões Norte (25,3%) e Nordeste (27,6%), conforme a Figura 11.

FIGURA 11 - Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2017.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

No Brasil, considerando a série histórica de 2005 a 2017, observou-se que 52% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 24,7% na de 15 a 19 anos e 19,8% na de 30 a 39 anos. Desde 2005, a proporção de diagnóstico de sífilis em gestantes entre 30 e 39 anos era superior à daquelas entre 15 a 19 anos, tendo-se observado uma inversão dessa relação a partir de 2011.

Quanto à escolaridade, 26,1% da informação foi registrada como “*ignorado*” em 2017. Além disso, 53,1% das mulheres que foram notificadas não tinham o ensino médio completo, e 20,7% completaram, no mínimo, o ensino médio.

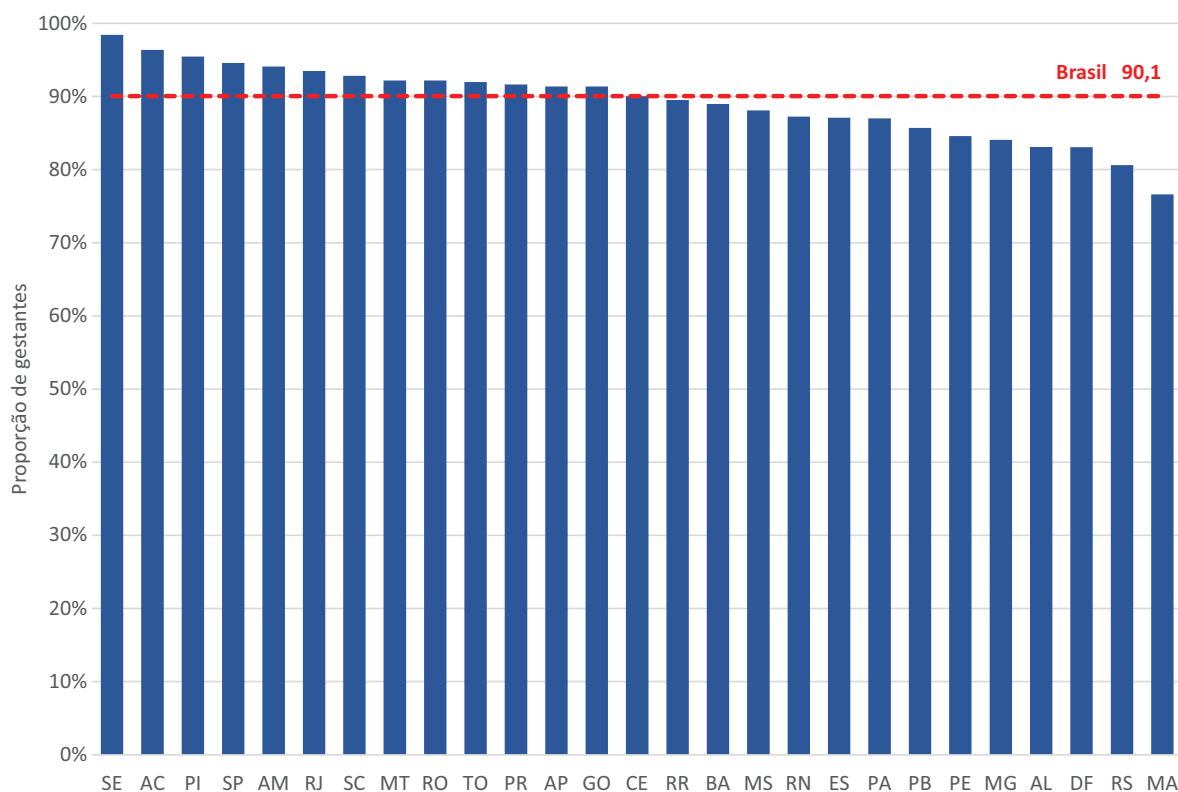
No critério raça/cor, identificou-se que, em 2017, 48,6% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 30,7% brancas e 12,7% pretas. Quando considerada a classificação “*negra*”, que corresponde às mulheres pretas e pardas, o percentual passa para 61,2%. Devido à queda na proporção de “*ignorados*” no decorrer da série histórica (de 20,2% em 2005 para 6,6% em 2017), observou-

se que houve melhora no preenchimento dessa variável. Em 2017, as mulheres indígenas e amarelas representaram 1,4% do total de gestantes com sífilis, como na Tabela 5.

Com relação ao tratamento, em 2017, 90,1% das prescrições foram de penicilina benzatina (pelo menos 1 dose); 2% referiram-se a outros esquemas. Em 4,6% dos casos não houve tratamento, e em 3,3% não constou informação (“*ignorado*”). As proporções de prescrição de penicilina na estratificação por UF variaram de 98,4% em Sergipe a 76,6% no Maranhão, conforme a Figura 12 e a Tabela 6. Vale ressaltar, no entanto, que os altos percentuais de tratamentos prescritos não significam necessariamente altos percentuais de tratamento adequado, uma vez que não é possível mensurar quantas dessas prescrições foram realmente administradas.

Em 2017, os estados com as maiores proporções de mulheres com informação de tratamento não prescrito foram: Minas Gerais (9,0%), Espírito Santo (8,1%) e Rio Grande do Sul (8,0%), como observado na Tabela 6.

FIGURA 12 - Percentual de gestantes com sífilis com prescrição de tratamento de pelo menos uma dose de penicilina benzatina, segundo Unidade da Federação. Brasil, 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

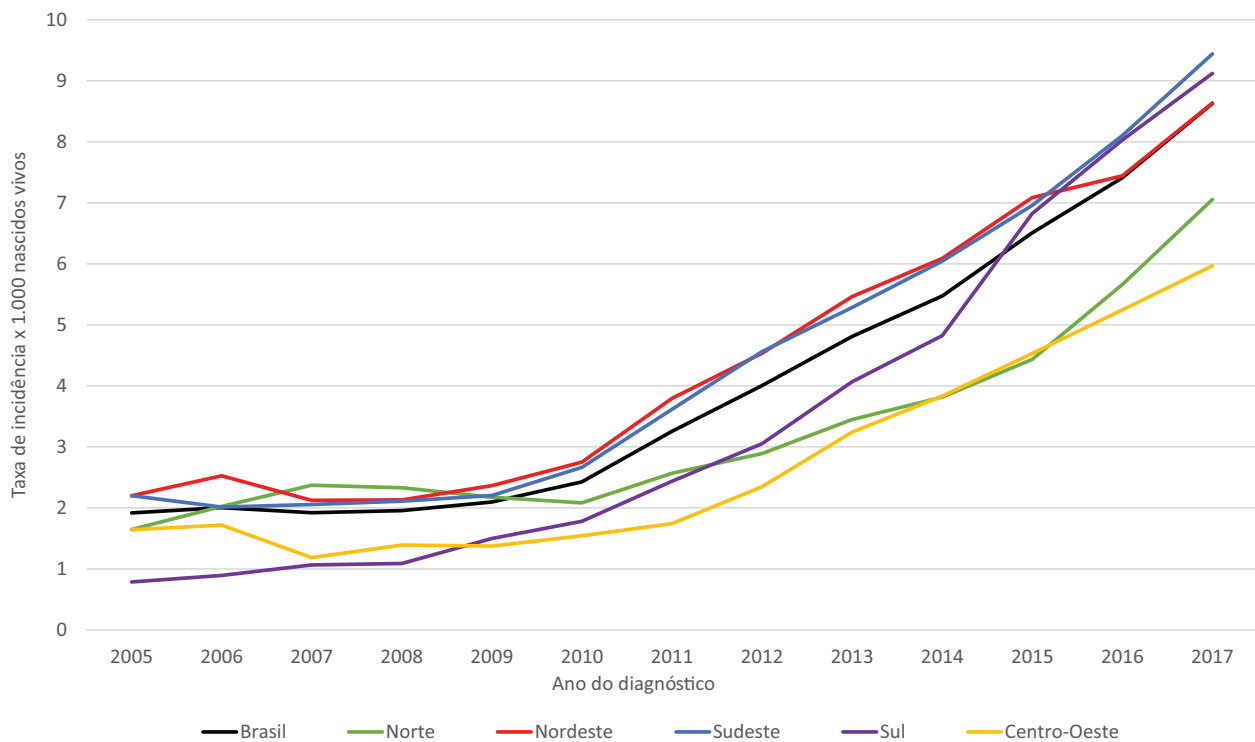
Sífilis congênita

De 1998 a junho de 2018, foram notificados no Sinan 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 83.800 (44,5%) eram residentes na Região Sudeste, 57.422 (30,5%) no Nordeste, 20.922 (11,1%) no Sul, 15.898 (8,4%) no Norte e 10.403 (5,5%) no Centro-Oeste (Tabela 8).

Em 2017, foram notificados 24.666 casos, a maioria dos quais (43,2%) residia na Região Sudeste, seguidos pelo Nordeste (27,9%), Sul (14,5%), Norte (8,8%) e Centro-Oeste (5,7%). De 2016 para 2017, houve aumento de 16,4% no número de notificações no Brasil. Com relação às regiões, o maior incremento ocorreu na Região Norte (24,6%), seguida das regiões Sudeste (16,5%), Nordeste (16,0%), Centro-Oeste (13,8%) e Sul (13,6%), ainda conforme a Tabela 8.

Em 2017, observou-se uma taxa de incidência de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil, tendo as Regiões Sudeste (9,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Sul (9,1 casos/1.000 nascidos vivos) apresentado as maiores taxas, ambas acima da taxa nacional. A taxa da Região Nordeste apresentou-se igual à do país (8,6 casos/1.000 nascidos vivos), enquanto as regiões Norte (7,1 casos/1.000 nascidos vivos) e Centro-Oeste (6,0 casos/1.000 nascidos vivos) mostraram taxas de sífilis congênita abaixo da taxa do país, apesar de, assim como as outras, apresentarem tendência de aumento, conforme a Tabela 8 e a Figura 13.

FIGURA 13 - Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.

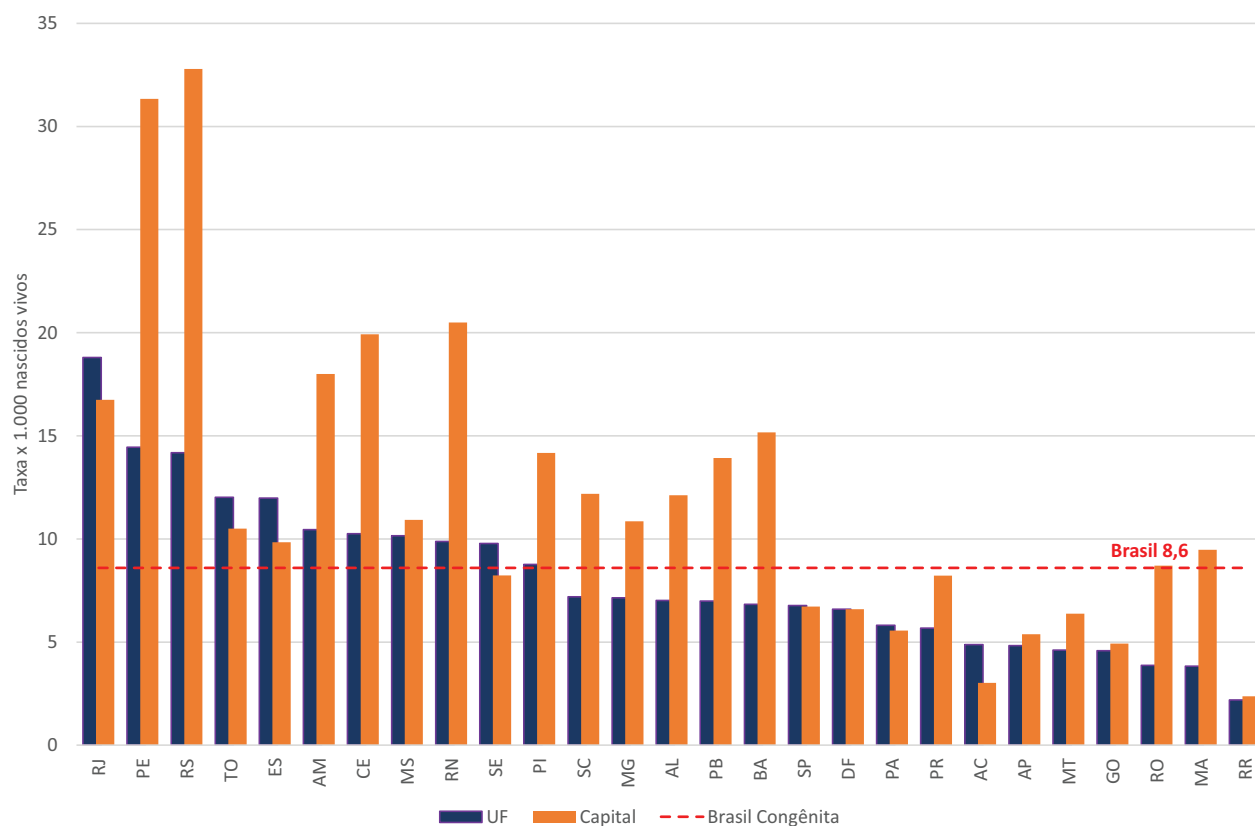


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Entre os anos de 2016 e 2017, as UF que apresentaram aumentos mais expressivos nas taxas de incidência foram o Amazonas (60,7%) e o Distrito Federal (32,4%). A Paraíba apresentou, em 2016, um baixo número de casos, se comparado à sua série histórica. Isso provavelmente ocorreu devido a problemas no fluxo dos dados do nível estadual para o nível nacional. Por essa razão, não foi considerado o incremento entre os anos de 2016 e 2017, uma vez que esse incremento se refere a uma reparação do número de notificações e não a um aumento real de casos de sífilis congênita.

No Brasil, nos últimos dez anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2007, a taxa era de 1,9 caso/1.000 nascidos vivos e, em 2017, a taxa foi mais de quatro vezes maior do que a taxa de 2007, passando para 8,6 casos/1.000 nascidos vivos, conforme a Tabela 8.

Em 2017, 11 UF apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (8,6 casos/1.000 nascidos vivos): Rio de Janeiro (18,8 casos/1.000 nascidos vivos), Pernambuco (14,4 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Sul (14,2 casos/1.000 nascidos vivos), Tocantins (12,0 casos/1.000 nascidos vivos), Espírito Santo (12,0 casos/1.000 nascidos vivos), Amazonas (10,5 casos/1.000 nascidos vivos), Ceará (10,2 casos/1.000 nascidos vivos), Mato Grosso do Sul (10,2 casos/1.000 nascidos vivos), Rio Grande do Norte (9,9 casos/1.000 nascidos vivos), Sergipe (9,8 casos/1.000 nascidos vivos) e Piauí (8,8 casos/1.000 nascidos vivos). As outras 16 UF apresentaram taxas inferiores, variando de 2,2 casos/1.000 nascidos vivos em Roraima a 7,2 casos/1.000 nascidos vivos no estado de Santa Catarina, conforme a Figura 14.

FIGURA 14 - Taxas de incidência de sífilis congênita segundo UF e capital. Brasil, 2017.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Dentre as capitais, Porto Alegre é a que apresenta a maior taxa de incidência (32,8 casos/1.000 nascidos vivos), sendo 3,8 vezes mais alta que a taxa do Brasil. Somente dez capitais estão abaixo da média nacional (8,6/1.000 nascidos vivos): Boa Vista (2,4/1.000 nascidos vivos), Rio Branco (3,0/1.000 nascidos vivos), Goiânia (4,9 /1.000 nascidos vivos), Macapá (5,4 /1.000 nascidos vivos), Belém (5,6/1.000 nascidos vivos), Cuiabá (6,4/1.000 nascidos vivos), Brasília (6,6/1.000 nascidos vivos), São Paulo (6,7/1.000 nascidos vivos), Curitiba (8,2/1.000 nascidos vivos) e Aracaju (8,2/1.000 nascidos vivos), conforme a Figura 15.

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 e Porto Alegre apresentaram, em 2017, taxas de incidência de sífilis congênita maiores do que as taxas de detecção de sífilis em gestantes, o que remete a prováveis lacunas na assistência ao pré-natal e no sistema de vigilância epidemiológica nessas cidades. Boa Vista, Belém,

Macapá, Aracaju, Cuiabá e Brasília são as únicas capitais que apresentaram as duas taxas menores do que as taxas nacionais, conforme a Figura 3.

Em 2017, foram diagnosticados 24.303 casos de sífilis congênita (98,2%) em neonatos, sendo 96,7% deles na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 93,2% foram classificados como sífilis congênita recente, 3,5% como caso de aborto por sífilis, 3,1% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia, conforme a Tabela 9.

Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita, em 2017, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,4%), seguidas das faixas de 15 a 19 anos (24,1%) e de 30 a 39 anos (17,6%).

Quanto à escolaridade materna, observou-se que a maioria apresentava da 5ª à 8ª série incompleta (23,2%) e que, em 25,9% 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 (56,8%), seguida de brancas (25,0%) e pretas (9,1%), conforme a Tabela 10.

Em relação ao acesso ao pré-natal, em 2017, 81,8% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto que 13,1% não o fizeram e 5,2% apresentaram informação ignorada. Em relação ao momento do diagnóstico, 57,7% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 31,3% no momento do parto/curetagem, 6,5% após o parto e 0,6% não tiveram diagnóstico, além de 3,8% de ignorados.

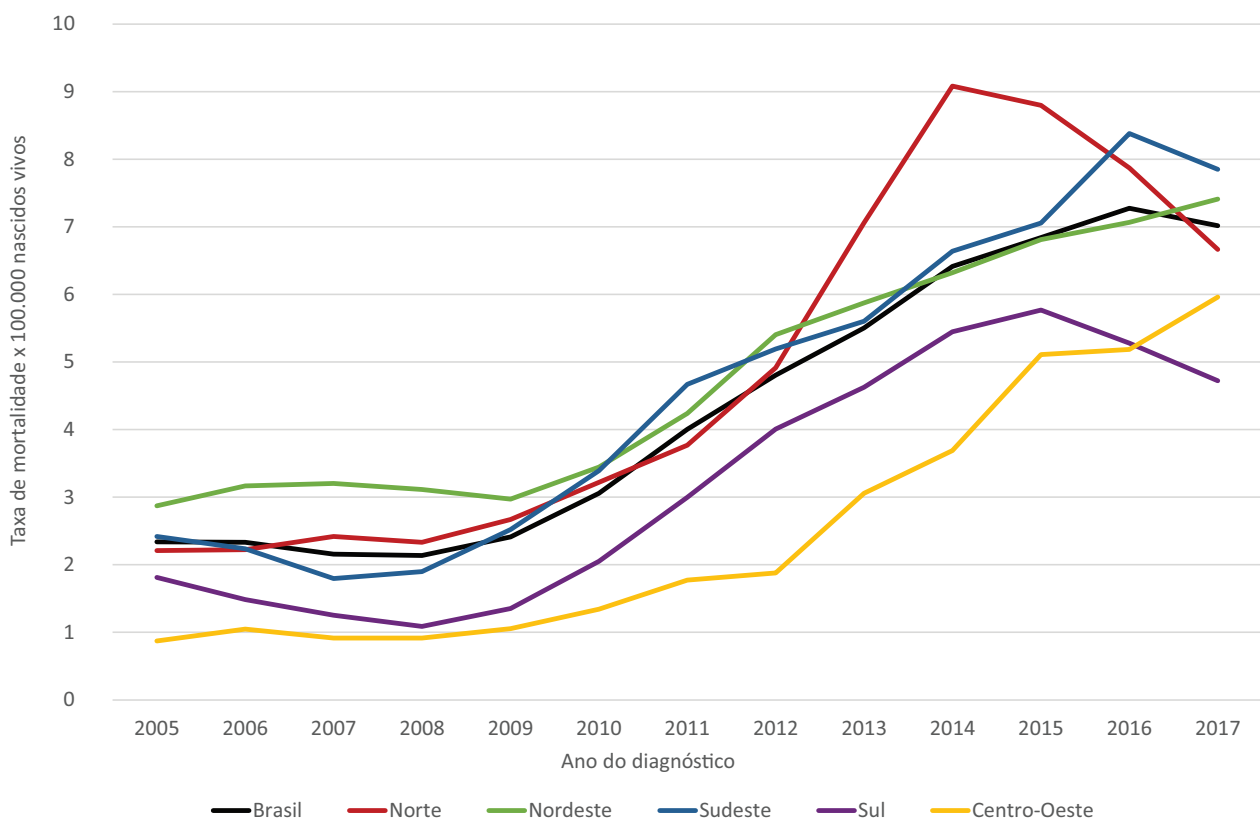
Quanto à mortalidade infantil (em menores de um ano de idade) por sífilis congênita, no período de 1998 a 2017, o número de óbitos declarados no SIM foi 2.318, sendo 1.014 (43,7%) na Região Sudeste (dos quais 677 foram registrados no estado do Rio de Janeiro, o que

corresponde a 29,2% do Brasil), 723 (31,2%) no Nordeste, 259 (11,2%) no Norte, 223 (9,6%) no Sul e 99 (4,3%) no Centro-Oeste, conforme a Tabela 11.

Em 2017, foi declarado no SIM um total de 206 óbitos por sífilis em crianças menores de um ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 7,2 por 100.000 nascidos vivos. Em relação à região de residência, verificou-se um coeficiente de 9,1 para a Região Sudeste; 6,5 para o Nordeste; 7,5 para o Norte; 5,5 para o Centro-Oeste; e 3,8 para o Sul, segundo Tabela 11.

Nos últimos dez anos, no Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis passou de 2,3/100 mil nascidos vivos em 2007 para 7,2/100 mil nascidos vivos em 2017. Em 2016, o coeficiente de mortalidade foi de 6,8/100 mil nascidos vivos, o que representa um aumento de 5,9% em relação a 2017, conforme a Figura 15.

FIGURA 15 - Coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2007 a 2017.

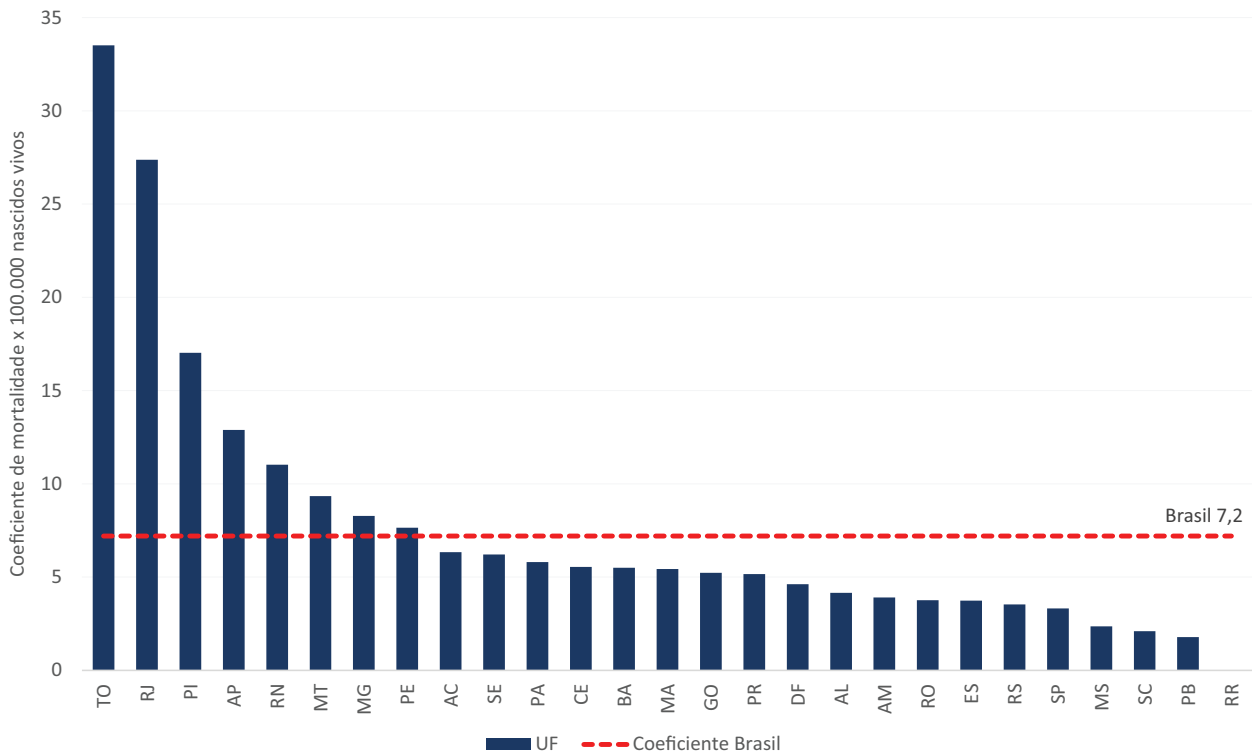


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 31/12/2017.

As UF com os maiores coeficientes de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano por 100 mil nascidos vivos, em 2017, foram Tocantins (33,5), Rio de Janeiro (27,4), Piauí (17,0), Amapá (12,9), Rio Grande

do Norte (11,0), Mato Grosso (9,3), Minas Gerais (8,3) e Pernambuco (7,6), todas com coeficientes acima do coeficiente de mortalidade nacional, conforme a Figura 16.

FIGURA 16 - Coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100 mil nascidos vivos) segundo UF residência. Brasil, 2017.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 31/12/2017.

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, 2010-2018^(1,2,3)

UF de notificação	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017 ⁽⁴⁾		2018		Total
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	
Brasil	3.849	2,0	18.161	9,4	27.857	14,4	39.238	19,5	50.410	24,9	69.142	33,8	90.883	44,1	119.800	58,1	60.390	58,1	479.730
Norte	146	0,9	512	3,2	852	5,2	1.476	8,7	1.179	10,0	2.176	12,4	4.062	22,9	5.890	33,2	2.837	2,837	19.680
Roraima	-	-	6	1,3	6	1,3	5	1,0	43	8,7	102	20,2	251	48,8	177	34,4	201	35,8	2.057
Pará	32	0,4	137	1,8	123	1,6	232	2,9	391	4,8	468	5,7	1.043	12,6	1.777	20,7	861	38,8	822
Amapá	1	0,1	2	0,3	1	0,1	29	3,9	33	4,4	77	10,0	184	23,5	265	33,9	127	42,4	7.218
Tocantins	6	0,4	36	2,6	53	3,7	124	8,4	177	11,8	367	24,2	697	45,5	1.078	70,3	531	33,2	19.680
Nordeste	343	0,6	2.033	3,8	2.501	4,6	3.354	6,0	4.286	7,6	6.749	11,9	10.350	18,2	15.295	26,9	9.288	26,9	54.199
Maranhão	7	0,1	19	0,3	52	0,8	100	1,5	298	4,3	579	8,4	846	12,2	1.239	17,8	676	10,7	1.257
Piauí	3	0,1	74	2,4	42	1,3	73	2,3	111	3,5	141	4,4	221	6,9	343	10,7	249	18,9	6.626
Ceará	189	2,2	639	7,5	489	5,7	497	5,7	498	5,6	621	7,0	1.060	11,8	1.692	18,9	941	39,4	4.452
Rio Grande do Norte	13	0,4	136	4,3	274	8,5	313	9,3	357	10,5	586	17,0	854	24,6	1.369	39,4	550	25,3	2.515
Paraíba	14	0,4	124	3,3	128	3,4	142	3,6	142	3,6	279	7,0	194	4,9	1.011	25,3	481	33,7	11.143
Pernambuco	19	0,2	388	4,4	388	4,3	368	4,0	456	4,9	1.241	13,3	2.478	26,3	3.175	33,7	2.630	14,2	12.239
Alagoas	9	0,3	21	0,7	39	1,2	54	1,6	74	2,2	97	2,9	268	8,0	477	14,2	200	50,2	6.047
Sergipe	12	0,6	305	14,6	512	24,3	915	41,7	951	41,9	977	43,6	855	37,7	1.137	50,2	403	31,8	17.104
Bahia	77	0,5	327	2,3	577	4,1	892	5,9	1.419	9,4	2.228	14,7	3.574	23,4	4.852	31,8	3.158	71,5	26.774
Sudeste	2.554	3,2	13.193	16,3	19.336	23,7	26.547	31,4	32.104	37,7	39.211	45,7	49.267	57,1	61.745	71,5	26.774	71,5	270.731
Minas Gerais	160	0,8	777	3,9	1.560	7,9	2.283	11,1	3.371	16,3	5.603	26,8	7.455	35,5	10.684	50,9	6.114	38,007	17.838
Espírito Santo	116	3,3	948	26,7	1.502	42,0	2.004	52,2	2.299	59,2	2.501	63,6	3.399	85,5	3.524	88,7	1.545	69,3	38.831
Rio de Janeiro	1.201	7,5	1.455	9,0	1.803	11,1	3.232	19,7	3.033	18,4	4.144	25,0	7.253	43,6	11.526	69,3	5.184	80,5	176.055
São Paulo	1.077	2,6	10.013	24,1	14.471	34,5	19.028	43,6	23.401	53,1	26.963	60,7	31.160	69,6	36.011	80,5	13.931	99,1	16.702
Sul	301	1,1	1.570	5,7	3.949	14,2	6.128	21,3	10.204	35,2	17.318	59,2	21.741	73,8	29.169	99,1	16.702	99,1	107.082
Paraná	73	0,7	435	4,1	805	7,6	1.402	12,7	2.318	20,9	4.232	37,9	5.461	48,6	7.599	67,6	4.160	26,485	
Santa Catarina	47	0,8	260	4,1	560	8,8	1.416	21,3	2.011	29,9	3.117	45,7	5.495	79,5	8.456	122,4	5.337	26.699	
Rio Grande do Sul	181	1,7	875	8,2	2.584	24,0	3.310	29,6	5.875	52,4	9.969	88,6	10.785	95,6	13.114	116,2	7.205	53.898	
Centro-Oeste	505	3,6	853	6,0	1.219	8,5	1.733	11,6	2.087	13,7	3.688	23,9	5.463	34,9	7.701	49,2	4.789	49,2	28.038
Mato Grosso do Sul	363	14,8	529	21,4	818	32,7	1.059	40,9	1.098	41,9	1.129	42,6	1.395	52,0	2.996	111,7	1.716	5,63	3.829
Mato Grosso	23	0,8	127	4,1	156	5,0	218	6,9	324	10,0	671	20,5	822	24,9	925	28,0	563	1,842	8.434
Goiás	102	1,7	142	2,3	181	2,9	332	5,2	474	7,3	1.144	17,3	1.895	28,3	2.322	34,7	1.842	49,0	4.672
Distrito Federal	17	0,7	55	2,1	64	2,4	124	4,4	191	6,7	744	25,5	1.351	45,4	1.458	49,0	668	6,68	6,68

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
 Notas: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2018. (2) Notificação compulsória a partir de agosto de 2010. (3) Dados preliminares para os últimos cinco anos. (4) Taxas de 2017 calculadas sobre a população de 2016.

Tabela 3 - Casos de sífilis adquirida segundo sexo, faixa etária, escolaridade e raça por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2018^(1,2)

Variáveis	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Sexo																					
Masculino	2.410	62,6	10.956	60,3	16.994	61,0	23.393	59,6	30.383	60,3	41.614	60,2	53.876	59,3	70.226	58,6	35.409	58,6	285.261	59,5	
Feminino	1.439	37,4	7.203	39,7	10.857	39,0	15.837	40,4	20.002	39,7	27.512	39,8	36.968	40,7	49.521	41,3	24.955	41,3	194.294	40,5	
Ignorado	0	0,0	2	0,0	6	0,0	8	0,0	25	0,0	16	0,0	39	0,0	53	0,0	26	0,0	175	0,0	
Total	3.849	100,0	18.161	100,0	27.857	100,0	39.238	100,0	50.410	100,0	69.142	100,0	90.883	100,0	119.800	100,0	60.390	100,0	479.730	100,0	
Faixa etária^{a)}																					
13 a 19 anos	301	7,8	1.281	7,1	2.266	8,1	3.410	8,7	4.781	9,5	7.059	10,2	9.845	10,8	13.384	11,2	6.549	10,8	48.876	10,2	
20 a 29 anos	1.155	30,0	4.915	27,1	7.851	28,2	11.320	28,8	16.059	31,9	22.941	33,2	31.077	34,2	42.231	35,3	21.770	36,0	159.319	33,2	
30 a 39 anos	994	25,8	4.113	22,6	6.383	22,9	9.067	23,1	11.512	22,8	15.565	22,5	20.101	22,1	26.007	21,7	13.269	22,0	107.011	22,3	
40 a 49 anos	693	18,0	3.449	19,0	4.982	17,9	6.642	16,9	7.804	15,5	10.090	14,6	12.631	13,9	16.167	13,5	8.104	13,4	70.562	14,7	
50 anos ou mais	706	18,3	4.403	24,2	6.375	22,9	8.799	22,4	10.254	20,3	13.487	19,5	17.229	19,0	22.011	18,4	10.698	17,7	93.962	19,6	
Total	3.849	100,0	18.161	100,0	27.857	100,0	39.238	100,0	50.410	100,0	69.142	100,0	90.883	100,0	119.800	100,0	60.390	100,0	479.730	100,0	
Escolaridade^{b)}																					
Analfabeto	53	1,4	294	1,6	390	1,4	548	1,4	651	1,3	823	1,2	1.073	1,2	1.377	1,1	655	1,1	5.864	1,2	
1ª a 4ª incompleta	212	5,5	1.464	8,1	2.171	7,8	2.787	7,1	3.319	6,6	4.007	5,8	4.851	5,3	6.592	5,5	3.082	5,1	28.485	5,9	
4ª completa	165	4,3	996	5,5	1.387	5,0	1.761	4,5	2.124	4,2	2.590	3,7	3.185	3,5	4.049	3,4	2.013	3,3	18.270	3,8	
5ª a 8ª incompleta	414	10,8	2.441	13,4	3.717	13,3	5.302	13,5	6.826	13,5	8.653	12,5	11.310	12,4	14.198	11,9	6.925	11,5	59.786	12,5	
Ensino fundamental completo	310	8,1	1.733	9,5	2.394	8,6	3.365	8,6	4.134	8,2	5.609	8,1	6.836	7,5	9.239	7,7	4.739	7,8	38.359	8,0	
Ensino médio incompleto	181	4,7	1.158	6,4	1.869	6,7	2.835	7,2	3.915	7,8	5.740	8,3	7.857	8,6	10.668	8,9	5.619	9,3	39.842	8,3	
Ensino médio completo	423	11,0	2.540	14,0	4.388	15,7	6.184	15,8	8.101	16,1	11.339	16,4	15.232	16,8	20.436	17,1	10.633	17,6	79.256	16,5	
Superior incompleto	58	1,5	382	2,1	756	2,7	1.097	2,8	1.553	3,1	2.222	3,2	2.977	3,3	3.898	3,3	1.875	3,1	14.818	3,1	
Superior completo	110	2,9	568	3,1	1.055	3,8	1.403	3,6	2.014	4,0	2.652	3,8	3.346	3,7	4.553	3,8	2.322	3,8	18.023	3,8	
Não se aplica	0	0,0	7	0,0	11	0,0	13	0,0	14	0,0	21	0,0	24	0,0	39	0,0	19	0,0	148	0,0	
Ignorado	1.923	50,0	6.578	36,2	9.739	35,0	13.943	35,5	17.759	35,2	25.486	36,9	34.192	37,6	44.751	37,4	22.508	37,3	176.879	36,9	
Total	3.849	100,0	18.161	100,0	27.857	100,0	39.238	100,0	50.410	100,0	69.142	100,0	90.883	100,0	119.800	100,0	60.390	100,0	479.730	100,0	
Raça/cor																					
Branca	1.175	30,5	7.044	38,8	10.795	38,8	15.419	39,3	20.041	39,8	27.481	39,7	34.834	38,3	46.048	38,4	23.132	38,3	185.969	38,8	
Preta	332	8,6	1.650	9,1	2.599	9,3	3.480	8,9	4.616	9,2	6.386	9,2	8.497	9,3	11.634	9,7	6.092	10,1	45.286	9,4	
Amarela	22	0,6	86	0,5	147	0,5	214	0,5	317	0,6	423	0,6	567	0,6	980	0,8	567	0,9	3.323	0,7	
Parda	967	25,1	5.678	31,3	8.539	30,7	12.365	31,5	16.184	32,1	21.559	31,2	30.168	33,2	41.127	34,3	21.111	35,0	157.698	32,9	
Indígena	34	0,9	118	0,6	145	0,5	167	0,4	216	0,4	288	0,4	494	0,5	653	0,5	343	0,6	2.458	0,5	
Ignorado	1.319	34,3	3.585	19,7	5.632	20,2	7.593	19,4	9.036	17,9	13.005	18,8	16.323	18,0	19.358	16,2	9.145	15,1	84.996	17,7	
Total	3.849	100,0	18.161	100,0	27.857	100,0	39.238	100,0	50.410	100,0	69.142	100,0	90.883	100,0	119.800	100,0	60.390	100,0	479.730	100,0	

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
 Notas: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2018. (2) Dados preliminares para os últimos cinco 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, 2005-2018^(1,2,3)

UF de notificação	2005-2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017 ⁽⁴⁾		2018		Total	
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa
Brasil	5.064	6.533	2,3	7.299	2,5	8.367	2,9	10.048	3,5	13.737	4,7	16.423	5,7	20.898	7,2	26.578	8,9	32.706	10,8	38.144	13,3	49.013	17,2	24.277	259.087	200.253		
Norte	983	1.030	3,3	1.185	3,7	1.268	4,1	1.286	4,2	1.512	4,8	1.498	4,9	1.953	6,2	2.477	7,7	3.274	10,2	3.881	12,6	4.675	15,2	2.254	21.276	22.161		
Roraima	25	31	1,3	26	1,0	38	1,5	54	2,1	84	3,0	89	3,4	112	4,1	182	6,6	184	6,6	246	9,2	243	9,1	6	1.320	1.191		
Acre	24	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	326	20,7	412	26,1	216	2.017	1.541		
Amazonas	357	189	2,6	209	2,8	235	3,1	201	2,7	230	3,0	286	3,7	416	5,3	484	6,0	960	12,0	1.357	17,7	1.573	20,5	731	7.228	5.712		
Roraima	35	20	2,1	29	2,9	27	2,8	21	2,2	21	2,1	66	6,2	79	7,3	70	6,3	100	8,8	132	11,6	86	7,6	87	773	627		
Pará	373	531	3,5	644	4,3	672	4,7	762	5,4	896	6,3	804	5,8	987	7,1	1.224	8,5	1.392	9,7	1.405	10,2	1.716	12,5	801	12.207	10.237		
Amapá	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	10,7	209	13,5	88	1.467	1.224		
Tocantins	169	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	249	10,4	436	32,5	2.264	1.629			
Nordeste	1.685	1.863	2,1	1.771	2,0	1.983	2,3	2.365	2,8	3.192	3,8	3.584	4,3	4.250	5,2	5.131	6,2	5.959	7,0	6.581	8,3	9.084	11,4	5.682	53.130	41.497		
Maranhão	304	226	1,8	236	1,8	232	1,9	237	2,0	275	2,3	224	1,9	359	3,1	629	5,4	822	7,0	756	6,8	1.018	9,2	770	6.088	4.751		
Piauí	77	126	2,4	66	1,3	63	1,2	85	1,7	99	2,0	131	2,7	229	4,9	204	4,3	255	5,2	304	6,5	418	8,9	234	2.291	1.755		
Ceará	268	332	2,5	229	1,7	339	2,6	448	3,5	567	4,4	683	5,4	652	5,2	712	5,5	828	6,2	956	7,6	1.294	10,2	883	8.191	6.449		
Rio Grande do Norte	45	116	2,4	105	2,1	120	2,5	164	3,4	173	3,6	229	4,9	151	3,2	208	4,3	216	4,4	254	5,6	416	9,2	271	2.468	1.893		
Parabá	264	105	1,8	158	2,5	154	2,6	175	3,0	302	5,1	298	5,2	417	7,3	298	5,2	368	6,2	250	4,5	490	8,7	300	3.579	3.011		
Pernambuco	115	361	2,5	344	2,4	337	2,4	371	2,7	480	3,4	547	3,9	663	4,7	762	5,2	834	5,8	893	6,8	1.648	12,6	1.198	8.543	6.242		
Alagoas	374	207	3,6	205	3,5	161	2,9	184	3,4	199	3,7	190	3,6	203	3,9	281	5,4	316	6,0	372	7,7	592	12,3	396	3.660	2.891		
Sergipe	178	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	304	9,4	446	13,8	288	3.330	2.753		
Bahia	60	244	1,1	292	1,3	464	2,1	523	2,5	785	3,7	956	4,6	1.317	6,5	1.744	8,5	1.979	9,6	2.492	12,5	2.762	13,8	1.342	14.960	11.752		
Sudeste	446	1.987	1,8	2.619	2,3	3.172	2,8	4.216	3,8	6.362	5,6	7.995	6,9	10.039	8,7	12.869	10,9	14.918	12,5	18.072	16,0	23.470	20,8	10.790	116.955	88.573		
Minas Gerais	66	223	0,9	237	0,9	306	1,2	362	1,4	569	2,1	871	3,3	1.138	4,4	1.699	6,4	2.408	9,0	2.601	10,3	3.612	14,2	1.928	16.000	11.701		
Espírito Santo	84	115	2,3	152	2,9	140	2,7	250	4,8	383	7,2	503	9,5	693	12,8	776	13,7	1.089	19,1	1.284	24,0	1.503	28,1	676	7.648	6.020		
Rio de Janeiro	63	568	2,6	794	3,7	925	4,3	1.434	6,7	2.199	10,0	2.726	12,2	3.193	14,3	4.011	17,2	4.302	18,2	5.798	26,5	7.795	35,6	3.633	37.441	26.929		
São Paulo	233	1.081	1,8	1.436	2,4	1.801	3,0	2.170	3,6	3.231	5,3	3.895	6,3	5.015	8,2	6.383	10,2	7.119	11,2	8.389	13,9	10.560	17,6	4.553	55.866	43.923		
Sul	828	685	1,9	685	1,8	841	2,3	1.009	2,7	1.437	3,8	1.943	5,1	2.743	7,1	3.826	9,7	5.959	14,7	6.734	17,2	7.864	20,1	3.620	38.174	29.167		
Paraná	352	234	1,6	171	1,1	244	1,6	339	2,2	555	3,6	683	4,4	999	6,4	1.322	8,3	1.848	11,5	2.269	14,6	2.537	16,4	1.130	12.683	9.911		
Santa Catarina	154	147	1,8	132	1,5	168	2,0	204	2,4	253	2,9	317	3,6	522	5,8	763	8,2	1.233	12,7	1.389	14,6	1.770	18,6	964	8.016	5.806		
Rio Grande do Sul	322	304	2,3	382	2,8	429	3,2	466	3,5	629	4,6	943	6,8	1.222	8,6	1.741	12,1	2.878	19,4	3.076	21,8	3.557	25,2	1.526	17.475	13.450		
Centro-Oeste	1.172	968	4,5	1.039	4,7	1.103	5,0	1.172	5,3	1.234	5,4	1.403	6,1	1.913	8,2	2.275	9,3	2.596	10,5	2.876	12,2	3.920	16,7	1.931	23.552	18.855		
Mato Grosso do Sul	918	510	13,2	503	12,2	557	13,8	513	12,8	520	12,3	547	12,9	682	16,1	850	19,3	956	21,7	1.073	25,3	1.413	33,3	639	9.681	8.100		
Mato Grosso	92	122	2,6	141	2,8	167	3,4	231	4,7	233	4,5	235	4,6	293	5,5	329	5,8	333	5,9	384	7,2	615	11,5	311	3.486	2.655		
Goiás	31	242	2,8	313	3,6	303	3,5	335	3,8	375	4,2	540	5,8	814	8,6	918	9,2	1.033	10,3	1.089	11,4	1.508	15,8	804	8.305	6.464		
Distrito Federal	81	94	2,1	82	1,9	76	1,7	93	2,1	106	2,4	81	1,9	124	2,8	178	4,0	274	5,9	330	7,6	384	8,9	177	2.080	1.636		

Fone: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
 Notas: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2018. (2) Notificação compulsória a partir de julho de 2005. (3) Dados preliminares para os últimos cinco anos. (4) Para o cálculo da taxa de 2017, utilizou-se o número de nascidos vivos de 2016.

Tabela 7 - Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2018^(1,2)

Classificação clínica	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sífilis primária	2.534	40,5	2.869	39,3	3.272	39,1	3.777	37,6	4.849	35,3	5.685	34,6	6.803	32,5	8.518	32,0	10.076	30,8	11.121	29,1	13.856	28,3	6.810	28,0	80.170	31,6
Sífilis secundária	538	8,6	592	8,1	705	8,4	766	7,6	907	6,6	1.103	6,7	1.308	6,3	1.665	6,3	1.896	5,8	2.147	5,6	2.541	5,2	1.208	5,0	15.376	6,1
Sífilis terciária	385	6,2	414	5,7	561	6,7	809	8,0	1.099	8,0	1.334	8,1	2.199	10,5	2.998	11,3	3.494	10,7	4.091	10,7	5.360	10,9	2.488	10,2	25.232	9,9
Sífilis latente	884	14,1	1.153	15,8	1.164	13,9	1.476	14,7	2.339	17,0	3.201	19,5	4.403	21,1	5.959	22,4	8.058	24,6	10.537	27,6	14.778	30,1	7.398	30,5	61.350	24,2
Ignorado	1.915	30,6	2.278	31,2	2.670	31,9	3.223	32,1	4.548	33,1	5.106	31,1	6.193	29,6	7.453	28,0	9.197	28,1	10.258	26,9	12.493	25,5	6.377	26,3	71.711	28,3
Total	6.256	100,0	7.306	100,0	8.372	100,0	10.051	100,0	13.742	100,0	16.429	100,0	20.906	100,0	26.593	100,0	32.721	100,0	38.154	100,0	49.028	100,0	24.281	100,0	253.839	100,0

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: (1) Casos notificados no Sinan Net até 30/06/2018. (2) Dados preliminares para últimos cinco anos.

Tabela 9 - Casos notificados de sífilis congênita (número e percentual), segundo características dos casos por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018^(1,2)

Brasil	1998-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%		
Idade da criança																																
Menos de 7 dias	20141	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	13.697	96,4	15.747	96,3	19.005	96,4	20.464	96,4	23.929	96,2	23.929	96,7	11.608	96,5	178.745	94,2	
7 a 27 dias	2.272	248	4,2	233	3,9	189	3,4	138	2,4	118	1,9	163	2,3	188	2,0	207	1,8	272	1,7	337	1,7	352	1,7	374	1,5	204	1,7	5.466	2,9			
28 a 364 dias	1.289	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	308	1,6	372	1,7	365	1,5	159	1,3	4.334	2,3			
1 ano	97	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	35	0,2	37	0,2	34	0,1	24	0,2	363	0,2			
2 a 4 anos	80	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	28	0,1	31	0,1	23	0,1	10	0,1	263	0,1			
5 a 12 anos	41	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	9	0,0	14	0,1	16	0,1	15	0,1	190	0,1			
Ignorada	329	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	5	0,0	6	0,0	359	0,2			
Total	24.189	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	11.678	100,0	16.347	100,0	19.722	100,0	21.270	100,0	24.746	100,0	12.026	100,0	189.720	100,0			
Diagnóstico final																																
Sifilis congênita recente	22.453	5.468	92,2	5.515	92,8	4.762	85,1	5.019	87,0	5.531	91,1	6.361	91,3	8.690	91,3	10.623	91,0	12.969	92,6	18.280	92,7	19.838	93,3	23.063	93,2	11.285	93,8	174.932	92,2			
Sifilis congênita tardia	496	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	39	0,2	45	0,2	42	0,2	27	0,2	948	0,5			
Aborto por sífilis	1.238	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	708	3,6	732	3,4	877	3,5	386	3,2	7.433	3,9			
Natimorto por sífilis	2	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	620	3,8	655	3,5	764	3,1	328	2,7	6.407	3,4			
Total	24.189	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	11.678	100,0	16.347	100,0	19.722	100,0	21.270	100,0	24.746	100,0	12.026	100,0	189.720	100,0			

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
 Notas: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2018. (2) Dados preliminares para últimos cinco anos.

Tabela 11 - Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano (número e coeficiente por 100.000 nascidos vivos), segundo UF e região de residência por ano. Brasil, 1998-2017⁽¹⁾

UF de residência	1998-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017 ⁽²⁾		Total				
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.			
Brasil	671	73	2,4	2,3	67	2,3	67	2,3	55	1,9	64	2,2	90	3,1	111	3,8	147	5,1	161	5,5	176	5,9	235	7,8	195	6,8	206	7,2	2318	7,5	259		
Norte	60	5	1,6	2,8	9	2,8	7	2,2	7	2,2	8	2,6	10	3,3	12	3,8	13	4,2	21	6,7	33	10,3	33	10,3	18	5,9	23	7,5	259	3,8	15		
Roraima	1	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	3,8	1	3,9	2	7,2	2	7,5	2	7,4	2	7,3	1	3,6	1	3,8	1	3,8	1	3,8			
Pará	2	2	11,4	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,9	2	11,7	3	17,7	2	12,7	1	6,3	14	6,3	14		
Amazonas	26	0	0,0	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	6,5	3	3,9	68	6,8	68		
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	0,0	0	0,0	1	8,8	0	0,0	6	0,0	6		
Pará	12	0	0,0	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	7	5,1	8	5,8	107	10,7	107		
Amapá	7	3	21,1	6,8	2	13,9	2	13,9	2	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	6,4	0	0,0	1	6,3	0	0,0	2	12,9	20	20			
Tocantins	9	0	0,0	3,8	0	0,0	1	3,9	0	0,0	1	4,1	1	4,1	1	4,0	1	4,1	0	0,0	1	4,0	4	15,9	2	8,4	8	33,5	29	29			
Nordeste	206	26	2,8	2,9	33	3,8	26	2,9	23	2,7	23	2,7	28	3,3	37	4,3	42	5,0	56	6,8	48	5,8	54	6,4	66	8,3	52	6,5	723	7,2	723		
Maranhão	24	4	3,1	5,5	7	5,5	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	10,9	6	5,4	102	10,2	102		
Piauí	20	3	5,3	0,0	1	1,9	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0	0	0,0	1	2,2	2	4,2	2	4,1	4	8,5	8	17,0	45	45			
Ceará	10	0	0,0	2,2	3	2,2	4	3,0	3	2,3	3	2,3	3	2,3	3	2,3	2	1,6	2	1,6	4	3,1	5	3,8	1	0,8	7	5,5	50	5,0	50		
Rio Grande do Norte	6	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	3	6,3	3	6,2	5	10,6	1	2,1	2	4,2	2	4,1	5	11,0	5	11,0	34	3,4	34		
Paraíba	14	5	7,8	0,0	3	5,0	1	1,6	1	1,6	1	1,7	1	1,7	3	5,1	4	7,0	5	8,8	1	1,7	1	1,7	4	7,1	1	1,8	44	4,4	44		
Pernambuco	67	5	3,3	9	6,2	16	11,2	10	6,9	10	7,1	11	11	8,1	7	5,0	11	7,8	18	12,7	14	9,8	14	9,7	18	13,8	10	7,6	220	22,0	220		
Alagoas	22	1	1,6	3	5,2	5	8,7	3	5,2	3	5,2	2	3,6	5	9,2	5	9,5	5	9,5	5	9,5	1	1,9	4	7,7	5	10,4	2	4,2	68	6,8	68	
Sergipe	1	1	2,7	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	1	2,8	1	2,9	1	2,9	1	2,9	5	14,6	0	0,0	2	5,7	4	12,4	2	6,2	20	2,0	20		
Bahia	42	7	3,0	4	1,8	4	1,8	3	1,4	4	1,8	4	1,8	1	0,5	7	3,3	8	3,8	6	3,0	17	8,3	13	6,3	13	6,5	11	5,5	140	14,0	140	
Sudeste	322	31	2,6	2,2	21	1,9	15	1,3	15	1,3	28	2,5	42	3,7	45	3,9	73	6,3	61	5,3	61	5,2	113	9,4	74	6,6	103	9,1	1.014	1,014	1.014		
Minas Gerais	27	1	0,4	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	2,8	21	8,3	106	10,6	106			
Espírito Santo	18	0	0,0	1,9	1	2,0	2	3,9	1	1,9	1	1,9	0	0,0	2	3,8	5	9,5	3	5,5	3	12,4	3	5,3	3	5,6	2	3,7	48	4,8	48		
Rio de Janeiro	243	27	12,1	8,2	14	6,5	10	4,6	17	7,8	17	7,8	28	13,0	31	14,1	50	22,4	40	17,9	30	12,8	66	27,9	43	19,6	60	27,4	677	67,7	677		
São Paulo	34	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	14	2,3	18	2,9	21	3,3	21	3,5	20	3,3	183	18,3	183	
Sul	61	8	2,0	1,6	3	0,8	5	1,3	4	1,1	4	1,1	6	1,6	13	3,4	15	3,9	18	4,7	21	5,3	26	6,4	22	5,6	15	3,8	223	22,3	223		
Paraná	21	3	1,9	1	0,7	2	1,4	0	0,0	1	0,7	3	2,0	4	2,6	4	2,6	7	4,5	6	3,9	8	5,0	8	5,0	5	3,2	8	5,2	77	7,7	77	
Santa Catarina	6	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	3,1	2	2,1	25	2,5	25		
Rio Grande do Sul	34	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	13	8,8	14	9,9	5	3,5	121	12,1	121			
Centro-Oeste	22	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	15	6,4	13	5,5	99	9,9	99	
Mato Grosso do Sul	4	3	7,2	0,0	1	2,6	1	2,6	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,4	1	2,4	3	6,8	2	4,5	5	11,8	1	2,4	22	2,2	22
Mato Grosso	11	0	0,0	1	2,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	3,5	3	5,3	2	3,7	5	9,3	27	2,7	27	
Goiás	6	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	3,1	5	5,2	34	3,4	34		
Distrito Federal	1	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	5	11,5	2	4,6	16	1,6	16		

Fonte: IMS/SVS/Departamento de Análise da Situação em Saúde (Dasis).
 Notas: (1) Óbitos declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) até 31/12/2017; (2) Para o cálculo do coeficiente, foram utilizados nascidos vivos do ano de 2016.

Anexos

APÊNDICE - Indicadores epidemiológicos e operacionais para o monitoramento da sífilis

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE(S)	FONTE(S)
Taxa de detecção de sífilis adquirida	Número de casos de sífilis adquirida em indivíduos de 13 anos ou mais, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência ----- População total de indivíduos de 13 anos ou mais no mesmo ano, residente no mesmo local	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	Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência ----- Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano	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	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 ----- Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano	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	Número de óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano (causa básica) em determinado ano e local de residência ----- Número de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano	Medir o risco de óbito em crianças em consequência da sífilis congênita no mesmo local de residência e ano	MS/SVS/SIM/Sinasc

Fonte: DTAHV/SVS/MS.

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.

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. Arnavírus 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	Hanseníase				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	

ANEXO II – Nota Informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis,
do HIV/Aids e das Hepatites Virais
SRTVN Quadra 701, Lote D, Edifício PO700 – 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
TEL: (61) 3315-7737 – 7738 - 7739

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 semanal 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.

Para adequar a sensibilidade da vigilância e **atualizar a definição dos casos de sífilis congênita** em consonância com a Organização Pan-Americana da Saúde⁵ e da Organização Mundial da Saúde⁶, deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta, deixando de ser considerado, para fins de notificação desses casos, o tratamento da parceria sexual da mãe.

Além disso, considera-se a necessidade de divulgar a definição de caso de sífilis adquirida e reforçar a importância da notificação dos casos.

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.

5 OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.

6 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 .

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.

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 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

SÍFILIS EM GESTANTES

Situação 1

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

Situação 2

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

^b Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3

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

SÍFILIS CONGÊNITA

Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada^{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 notificação 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:

- Alteração clínica, 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;
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições;
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico;
- 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.

Situação 3

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

^g 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 continuarão sendo as mesmas vigentes do 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.

Brasília, 19 de setembro de 2017.

Gerson Fernando Mendes Pereira
Coordenação de Informação Estratégica

Aprovo a Nota Técnica
Em 19/09/2017

Adele Schwartz Benzaken

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



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



Cooperação
Representação
no Brasil



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**