

# Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2019

Nº 01, Ano 2019

## DEFINIÇÃO DE CASO SÍFILIS ADQUIRIDA

### Situação 01

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

### Situação 02

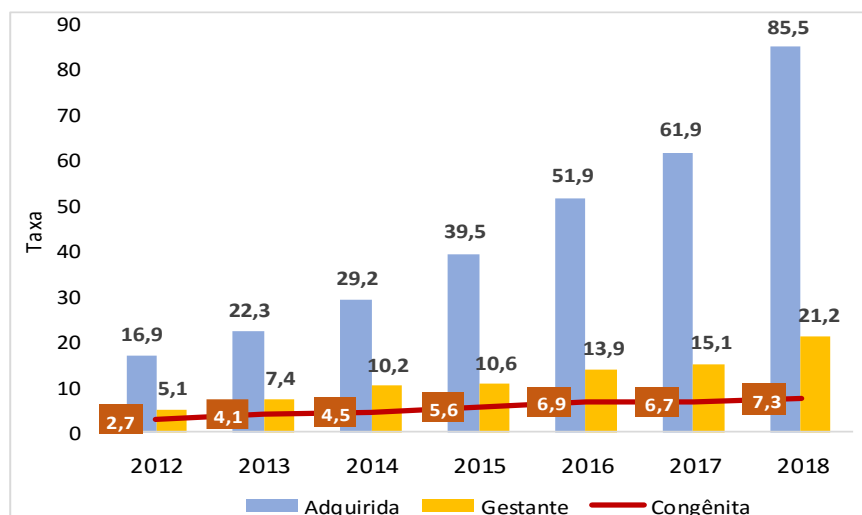
Indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos, um teste reagente treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são declaradas como grave problema de saúde pública, dentre elas a Sífilis. Estima-se que no período gestacional, a sífilis leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo, além de aumentar o risco de morte prematura de crianças. A ocorrência de SC está associada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade no diagnóstico e para tratamento da doença, à ausência de aconselhamento, à falta tratamento do parceiro e ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados.

Na Bahia observa-se o aumento significativo da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, o que pode refletir o aprimoramento do Sistema de Vigilância e melhoria na notificação de casos pelos profissionais de saúde, a descentralização dos testes rápidos (Sífilis, HIV e Hepatites B e C) para os 417 municípios do Estado da Bahia, com execução da testagem rápida, prioritariamente, nas unidades básicas de saúde.

Na Figura 1, observa-se a evolução das taxas de sífilis de 2012 a 2018. Nesse período, verifica-se que a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 2,7 vezes, passando de 2,7 para 7,4 casos por mil nascidos vivos e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,2 vezes, passando de 5,1 para 21,2 casos por mil nascidos vivos. A sífilis adquirida, teve sua taxa de detecção aumentada de 16,9 casos por 100.000 habitantes em 2012 para 85,5 casos por 100.000 habitantes em 2018.

**Figura 01:** Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 mil nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Bahia, 2012 a 2018 .



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso: 04/11/2019. \* dados preliminares

# Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019

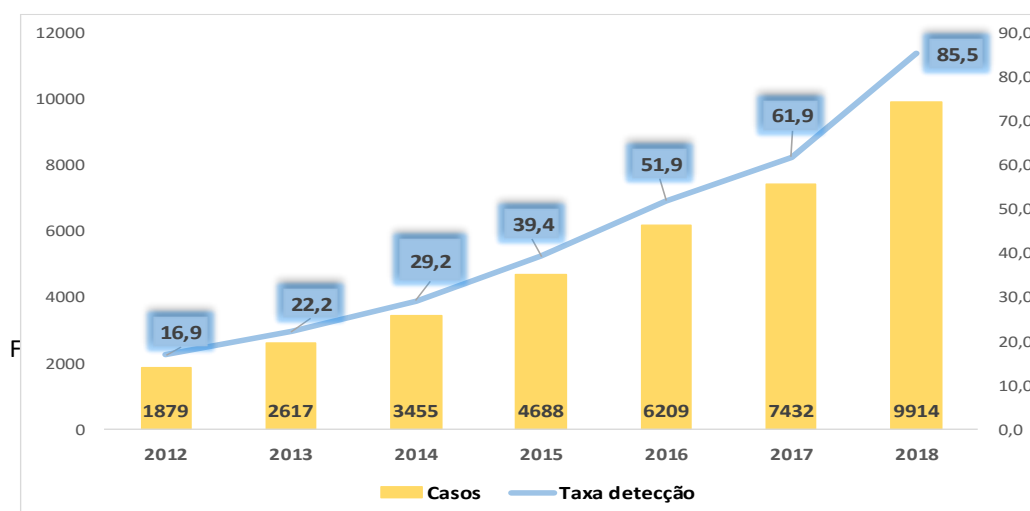
## 1. Sífilis Adquirida

A notificação compulsória de sífilis adquirida em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, 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 é a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.

Em 2010, o Ministério da Saúde atualizou a ficha de notificação/investigação para a sífilis, porém está não se encontra no Sinan. Portanto, apenas os dados da ficha de notificação são digitadas no referido sistema. Nesse sentido, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia (Divep) deixa a critério dos municípios a utilização da ficha atualizada (sífilis adquirida) para orientar a investigação clínica e epidemiológica do caso.

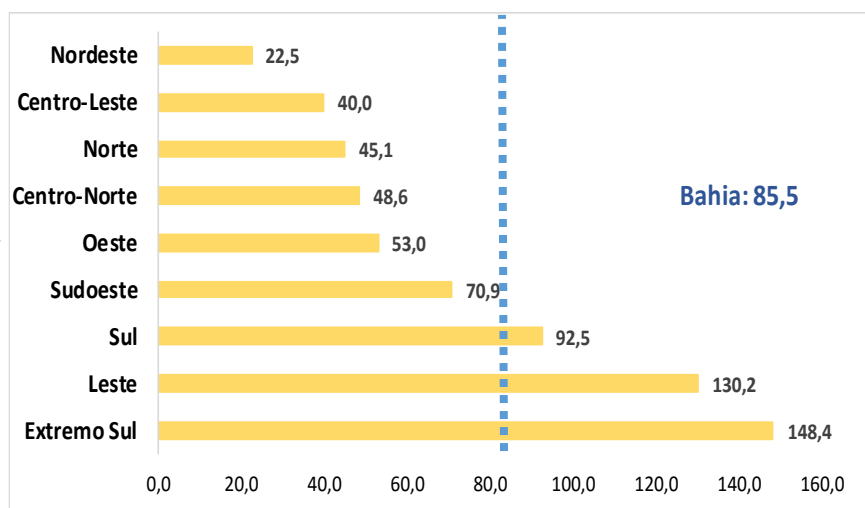
Na Bahia, no período de 2012 a 2018, foram registrados no Sinan 36.194 casos de sífilis adquirida, com aumento significativo no número de casos (427,6%), com taxas de detecção da sífilis adquirida ascendente, passando de 16,9/100.000 hab. em 2012 para 85,5 casos /100.000 hab. em 2018 (figura 02). Em 2019, até outubro, foram notificados 6.847 casos da doença.

**Figura 02: Casos de sífilis adquirida e taxa de detecção por 100.000 habitantes. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso 04/11/2019.

**Figura 03: Taxa de detecção de sífilis adquirida por Núcleo Regional de Saúde. Bahia, 2018.**



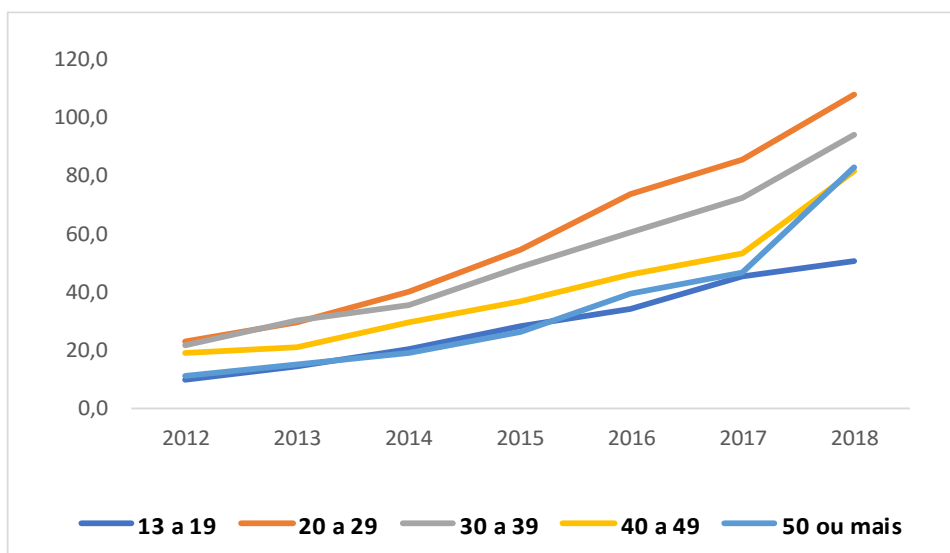
Quanto os Núcleos Regionais de Saúde, em 2018, a taxa de detecção mais elevada foi observada no NRS Extremo Sul (148,4 casos/ 100 mil hab.), seguida do NRS Leste (130,2 casos/ 100 mil hab.) e Sul (92,5 casos/ 100 mil hab.), superando a taxa de detecção do Estado. O NRS Nordeste apresentou a menor taxa de detecção (22,5 casos/ 100 mil hab.), conforme a figura 03.

Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso: 04/11/2019. \* dados preliminares

## Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019

A figura 4 apresenta as taxas de detecção de sífilis adquirida a partir de 13 anos de idade, segundo faixa etária, no período de 2012 a 2018. Observa-se um incremento na taxa de detecção para todas as faixas etárias, ressaltando a tendência mais acentuada de aumento nas faixas etária de 20 a 29 anos seguido por aqueles de 30 a 39 anos, que apresentaram respectivamente taxas de detecção de 108,0/100 mil habitantes e 94,0 /100 mil habitantes.

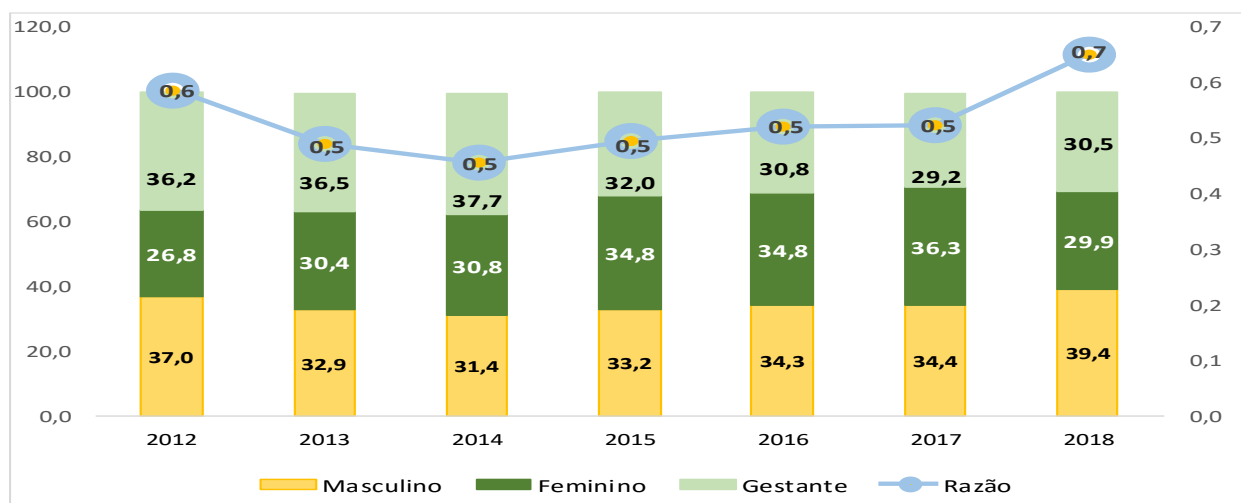
**Figura 04: Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo faixa etária. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso: 04/11/2019. \* dados preliminares

A Figura 5 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 na Bahia de 2012 a 2018. Quando analisada a série histórica de casos notificados de sífilis, observa-se que 18.781 (35,3%) ocorreram em homens e 34.412 (65,3 %) em mulheres; destas, 17.355 (50,4%) foram notificadas como sífilis adquirida e 17.057 (49,6%) como sífilis em gestante.

**Figura 05: Percentual de casos notificados de Sífilis Adquirida, segundo sexo, e de casos de sífilis em gestantes, e razão de sexo. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. 04/11/2019. \*dados preliminares

## SÍFILIS EM GESTANTE

### Situação 01

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

### Situação 02

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

### Situação 03

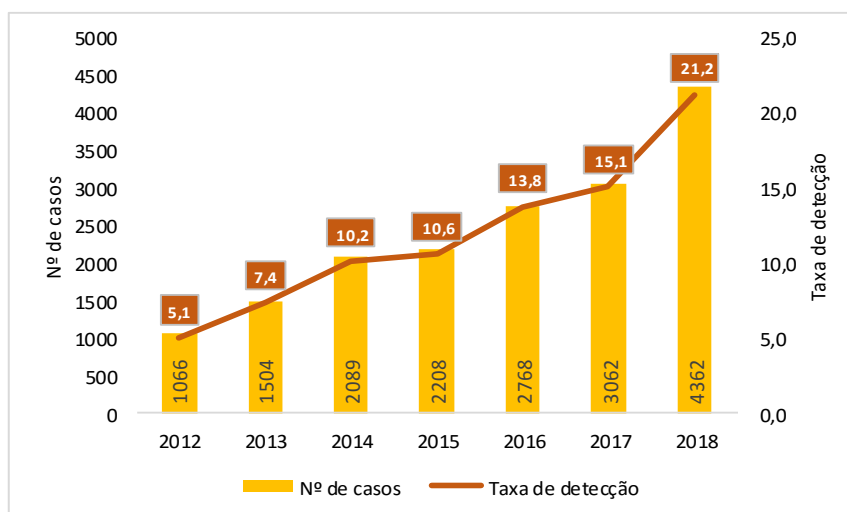
Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação. E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia de sífilis e de tratamento prévio.

## 2. Sífilis em Gestante

A prevenção da transmissão da Sífilis Congênita é prioridade para o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Assim, diversas ações estão sendo desenvolvidas no Estado, com foco na população em geral, mas sobretudo voltadas para as gestantes. Vale ressaltar, a obrigatoriedade da triagem pré-natal para sífilis e tratamento imediato das mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, e presumivelmente suas parcerias sexuais, independente do resultado da testagem.

Na Bahia, no período de 2012 a 2018, foram notificados 17.057 casos de sífilis gestacional, com taxa de detecção variou de 5,1 a 21,2 casos de sífilis em gestante para cada 1.000 nascidos vivos. Esse aumento pode ser atribuído a descentralização da testagem rápida para sífilis, e em parte, à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017. Em 2019, dados preliminares, foram notificados 2.814 casos de sífilis em gestantes.

**Figura 06: Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos). Bahia, 2012 a 2018**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. 04/11/2019. \*dados preliminares

Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas para IST e informadas sobre a possibilidade de prevenção da transmissão para a criança, especialmente de HIV/ aids, sífilis e hepatite viral B. O diagnóstico precoce (com o uso de testes rápidos) e a atenção adequada no pré-natal reduzem a transmissão vertical. Quando realizar o teste de sífilis no pré-natal:

- Na 1ª consulta do pré-natal (idealmente no 1º trimestre)
- No 3º trimestre da gestação (a partir da 28ª semana)
- No momento do parto (independentemente de exames anteriores)
- Em caso de abortamento
- Exposição de risco
- Violência sexual.

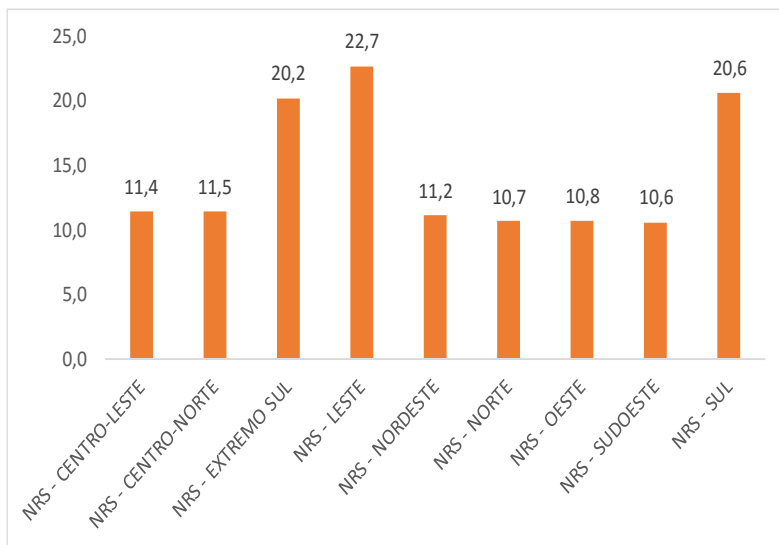
É orientado a testagem de diagnóstico de sífilis em todos os indivíduos sexualmente ativos, e prioritariamente em gestantes conforme protocolo do Ministério da Saúde, uma vez que a sífilis congênita causa o aborto, má formação fetal e/ou morte ao nascer.

## Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019

**Figura 7: Taxa de detecção de Sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) por Núcleo Regional de Saúde. Bahia. 2018.**

Em relação aos Núcleos Regionais de Saúde, em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestante mais elevada foi observada no NRS Lestel (22,7 casos/ 100 mil hab.), seguida do NRS Sul (20,6 casos/ 100 mil hab.) e Extremo Sul (20,2 casos/ 100 mil hab.). O NRS Sudoeste, Norte e Oeste apresentaram a menores taxas de detecção, conforme a figura 07.

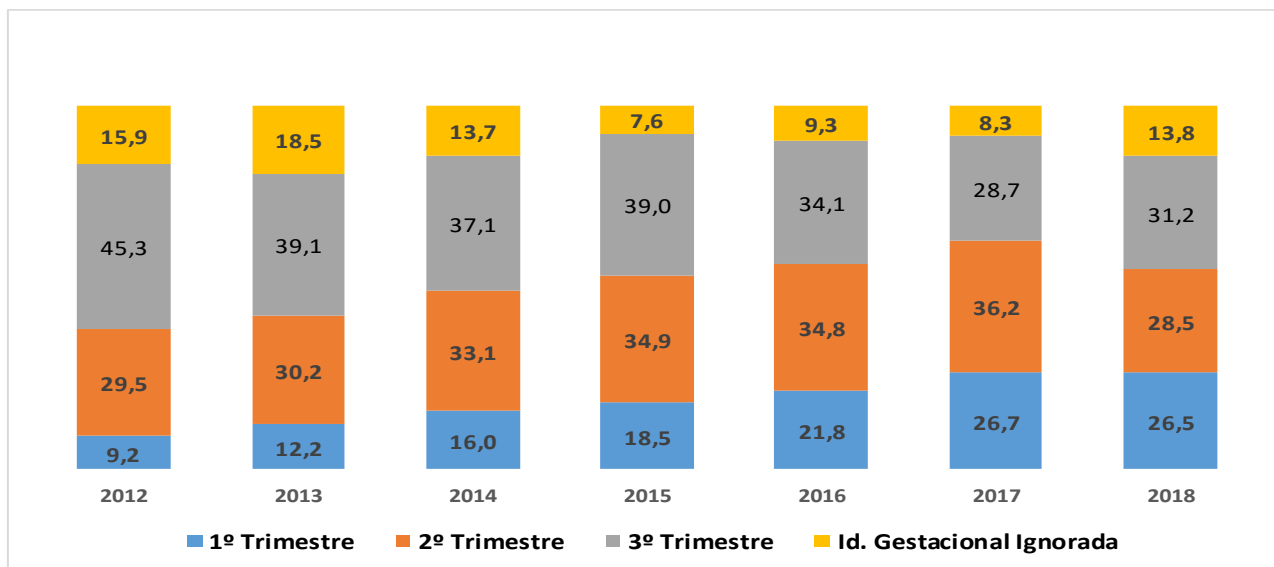
Quando se avalia a idade gestacional de detecção da sífilis em gestantes, observa-se que, no período de 2012 a 2018, a maior parte dos casos de sífilis em gestantes foi detectada tardiamente - 3º trimestre de gestação (figura 08), comprometendo o tratamento adequado e em tempo oportuno para prevenção da transmissão vertical da sífilis.



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso: 04/11/2019.

\*dados preliminares

**Figura 8: Proporção de casos segundo idade gestacional no momento do diagnóstico da Sífilis e ano diagnóstico. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso: 04/11/2019. \*dados preliminares

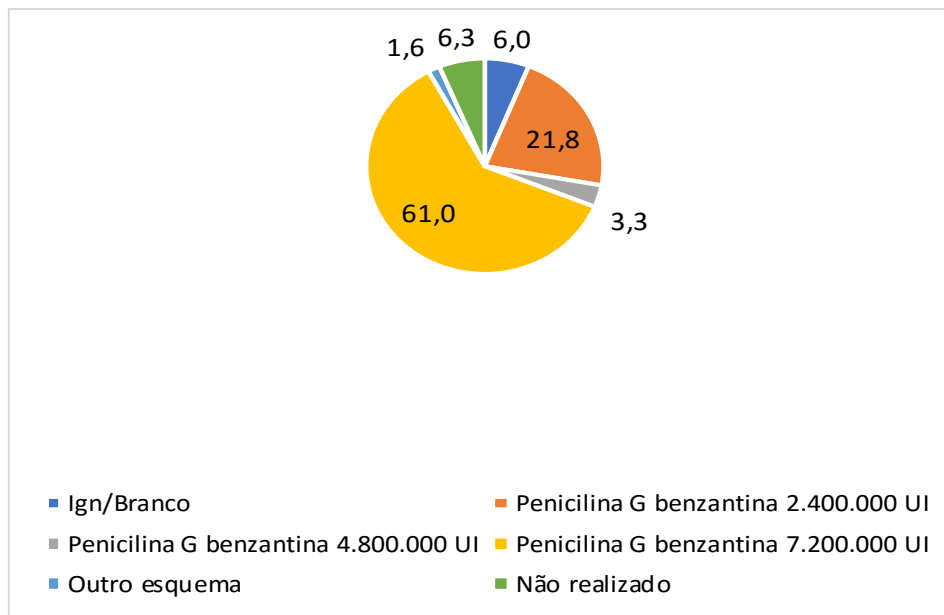
O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, da Sífilis e Hepatites Virais, atualizado em 2019 - recomenda que as parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, e portanto, independente da realização dos testes imunológicos e ainda que estes se apresentem não reagentes, devem ser tratadas presumivelmente com uma dose de penicilina G benzatina IM (2.400.000 UI).

## Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019

Com relação ao esquema de tratamento, em 2018, 61% das prescrições foram de penicilina benzatina (três doses), 21,8% fizeram duas doses (esquema não mais recomendado pelo MS) seguido de outros esquemas terapêuticos. Vale ressaltar que 6,3% ( que corresponde a 273 gestantes) **não** realizaram tratamento e 1,6% ( 71 gestantes) realizaram tratamento que não confere proteção ao recém nascido, conforme figura 09.

Para gestante é importante que o intervalo do esquema terapêutico com Penicilina G benzatina seja 7 dias, e **NÃO** ultrapasse 14 dias conforme protocolo. **Esquemas alternativos NÃO são recomendados durante a gestação.**

**Figura 9: Percentual de Gestantes diagnosticadas com Sífilis segundo esquema terapêutico. Bahia, 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso 04/11/2019.

### Resumo dos fatores considerados adequado para o tratamento da gestante com sífilis:

1. Administração de penicilina benzatina;
2. Início do tratamento até 30 dias antes do parto;
3. Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico;
4. Respeito ao intervalo recomendado entre as doses;
5. Avaliação quanto ao risco de reinfecção;
6. Documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após conclusão do tratamento (resposta imunológica adequada).

## DEFINIÇÃO DE CASO SÍFILIS CONGÊNITA

### Situação 01

Todo recém-nascido, natimorto, aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

### Situação 02

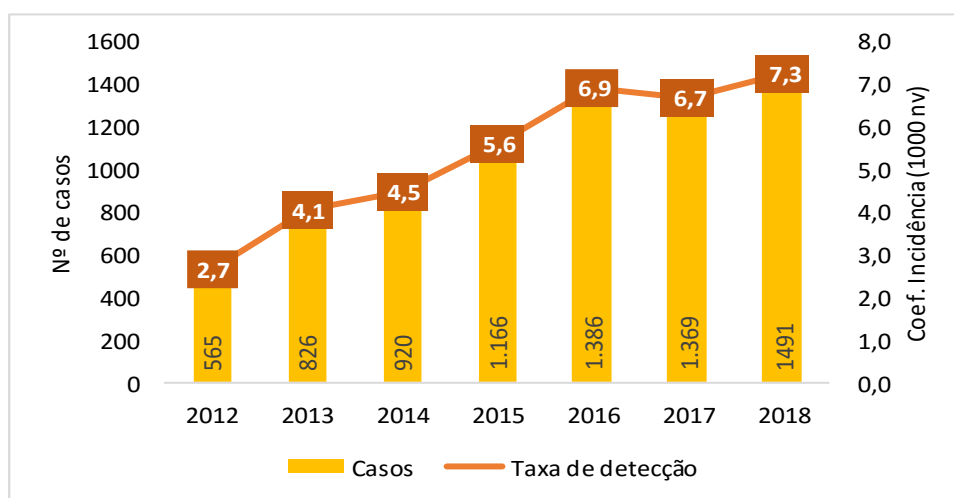
Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum*\*\* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia por microscopia de campo escuro ou com material corado.

\*\* por meio de exames diretos por microscopia de campo escuro ou com material corado.

## 3. SÍFILIS CONGÊNITA

A infecção congênita por *Treponema pallidum* é considerada uma afecção grave, responsável por óbitos, abortos e natimortalidade, além de sequelas na evolução da criança. Entre 2012 a 2018, foram notificados no Sinan 7.723 casos de sífilis congênita (SC) em menores de 1 ano de idade residentes na Bahia. Ao analisar a figura 10, observa-se um crescimento significativo no número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita no Estado. Em 2019, até novembro foram notificados 814 casos de SC.

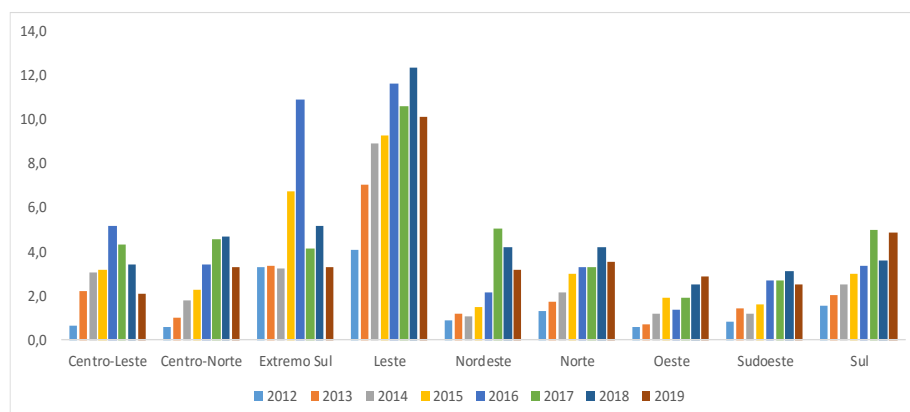
**Figura 10: Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (1.000 NV) em menores de 1 ano - Bahia 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso 04/11/2019.

A figura 11 demonstra a evolução das taxas de incidência da Sífilis Congênita por Núcleo Regional no período de 2012 a 2018. Em 2018, as maiores incidências foram registradas no NRS Leste (13,8/1000 nv), seguido do NRS Extremo Sul (7,5/1000 nv), NRS Sul (6,7/1000 nv), NRS Centro Norte e Norte (4,7/1000 nv), NRS Nordeste (4,5/1000 nv), NRS Centro Leste (3,6/1000 nv), NRS Sudoeste (3,1/1000 nv) e NRS Oeste (2,5/1000 nv). Destaca-se que dos casos de SC notificados neste período, 55,3% são residentes no NRS Leste. Vale ressaltar que 15 municípios concentram 70% dos casos de SC do Estado, sendo que Salvador responde por 44,1% dos total destes casos na Bahia. (Tabela 1).

**Figura 11: Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (1.000 NV) segundo Núcleo Regional de Saúde de Residência e ano de diagnóstico. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso 04/11/2019.

**Tabela 1: Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (1.000 NV) em menores de 1 ano, por município prioritário, segundo ano diagnóstico. Bahia, 2012 a 2018.**

Municípios prioritários	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc	Nº de caso	Inc
Alagoinhas	1	0,5	3	1,3	2	0,8	7	2,9	14	5,8	24	10,0	25	10,6	7	7
Barreiras	2	0,8	4	1,5	6	2,2	16	6,0	11	4,3	11	3,9	12	4,4	5	5
Camaçari	38	9,1	32	7,5	37	8,6	33	7,2	28	6,6	17	3,9	24	5,5	9	9
Feira de Santana	15	1,6	53	5,7	64	6,6	85	8,2	98	9,6	69	6,7	50	4,8	18	18
Ilhéus	19	7,2	1	0,4	1	0,4	15	6,0	7	2,9	34	13,3	48	19,4	28	28
Itabuna	2	0,6	4	1,2	11	3,5	23	7,4	17	6,0	11	3,7	12	4,1	3	3
Jacobina	1	0,8	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6	12	9,2	7	5,3	2	2
Jequié	10	3,8	14	5,1	22	8,5	15	5,8	15	6,3	16	6,5	17	6,7	10	10
Juazeiro	11	2,8	21	5,3	23	5,8	18	4,1	25	6,1	30	6,8	41	9,0	15	15
Lauro de Freitas	12	3,9	16	4,9	18	5,5	33	9,9	43	13,7	36	12,0	37	11,8	44	44
Porto Seguro	16	6,7	20	8,4	18	7,0	26	9,8	18	7,0	13	4,7	13	4,5	9	9
Salvador	256	6,9	376	10,3	483	13,2	482	13,2	627	17,9	556	15,7	659	18,9	344	344
Simões Filho	9	4,8	7	3,5	8	4,3	19	10,1	19	9,5	27	14,1	33	17,3	18	18
Teixeira de Freitas	17	6,3	24	9,3	44	16,6	47	17,5	60	24,5	43	16,3	23	8,6	3	3
Vitória da Conquista	15	2,8	19	3,6	14	2,6	19	3,4	17	3,1	13	2,2	14	2,5	5	5

Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. Acesso 04/11/2019.



## DEFINIÇÃO DE CASO SÍFILIS CONGÊNITA

### Situação 03

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

\*Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

\*Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostra de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

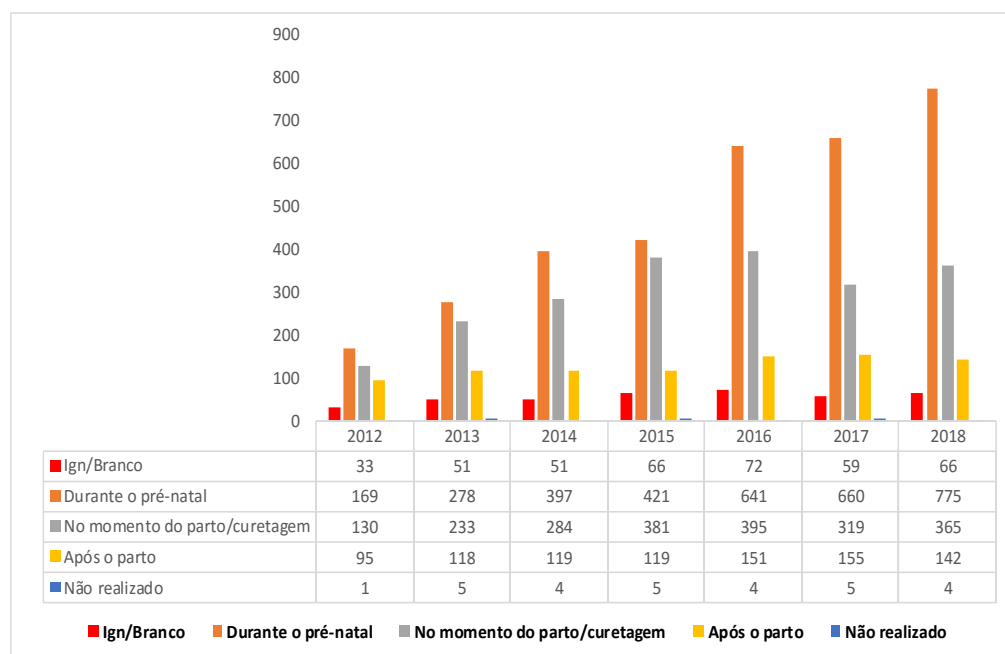
\*Títulos de testes de não treponêmicos ascendentes em pelo menos 2 diluições no seguimento da criança exposta;

\*Títulos de testes de não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;

\*Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.\* Nessa situação, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida e situação de violência sexual.

Conforme demonstrado na figura 12, das crianças com diagnóstico de sífilis congênita, a maioria das gestantes tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, podendo indicar baixa qualidade da assistência ao pré-natal. Outra grande parcela de mulheres são diagnosticadas no momento do parto, chamando atenção para a necessidade da captação dessa gestante e parceria (s) sexual (ais) pela Atenção Primária à Saúde. Nos diversos estudos, a trajetória assistencial das gestantes demonstrou falhas na assistência, como início tardio do pré-natal, ausência de diagnóstico na gravidez e ausência de tratamento dos parceiros.

**Figura 12: Casos de Sífilis Congênita segundo período de diagnóstico materno. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: SESAB/ DIVEP/ SINAN. \* Dados preliminares, acesso 04/11/2019.

Normalmente, o diagnóstico de SC nos recém-nascidos é presuntivo, com base em critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico sérico (não colher sangue do cordão umbilical). A testagem simultânea da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo tipo de teste não treponêmico, configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança.

Não se recomenda a realização do teste treponêmico no bebê até os 18 meses (SINGH et al., 2013). Na criança exposta à sífilis, para exclusão da possibilidade de sífilis congênita, o exame físico deve ser completamente normal; o achado de qualquer sinal ou sintoma deve levar à investigação complementar.

## Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019

Quando a mãe não foi tratada ou quando não foi adequadamente tratada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares. Essas crianças devem ser submetidas a uma investigação completa, com realização de hemograma completo com plaquetas; exame de líquido cefalorraquidiano (LCR) com celularidade, proteinorraquia, teste não treponêmico quantitativo; outros testes de acordo com indicação clínica (por exemplo, radiografia de tórax e de ossos longos, avaliação oftalmológica, provas hepáticas, neuroimagem).

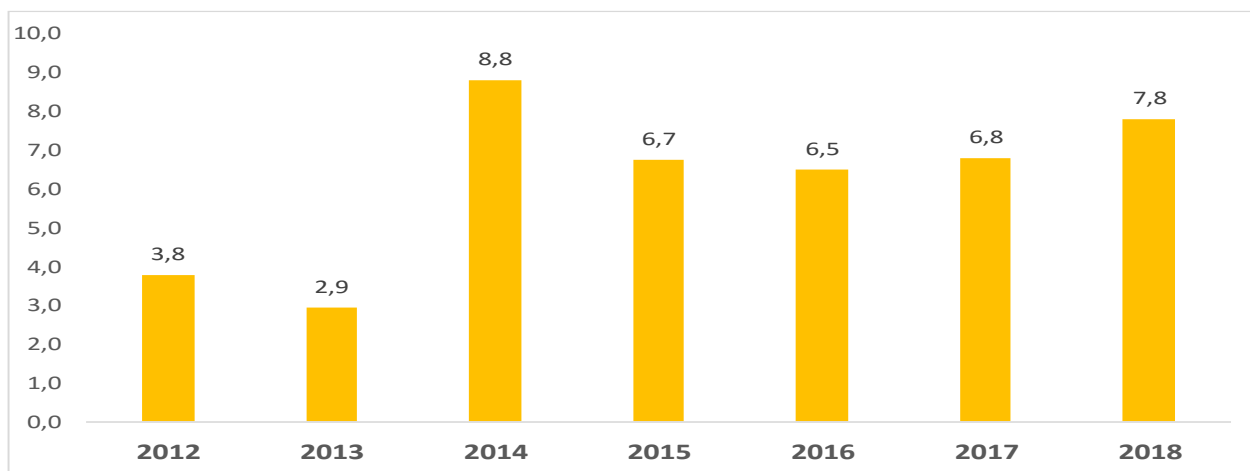
As crianças nascidas de mãe adequadamente tratada, com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições (ex.: mãe 1:4 e RN maior ou igual a 1:16), são classificadas como caso de sífilis congênita, devendo ser notificadas, investigadas, tratadas e acompanhadas quanto a aspectos clínicos e laboratoriais.

### CRIANÇA EXPOSTA

As crianças assintomáticas nascidas de mãe adequadamente tratada, com resultado de teste não treponêmico até uma diluição maior que o materno (ex.: RN 1:8 e materno 1:4), são classificadas como crianças expostas à sífilis. Estas, precisam ser clinicamente e laboratorialmente acompanhadas na Atenção Primária à Saúde até completarem 18 meses após nascimento. Não devem ser notificadas e nem tratadas como caso de sífilis congênita no momento do nascimento.

Durante este seguimento, na ocorrência de sinais e sintomas e elevação de titulação do VDRL em duas diluições, teste não treponêmico reagente até 6 meses de idade ou teste treponêmico reagente após os 18 meses de idade, deve-se proceder a notificação de sífilis congênita e encaminhar criança para tratamento.

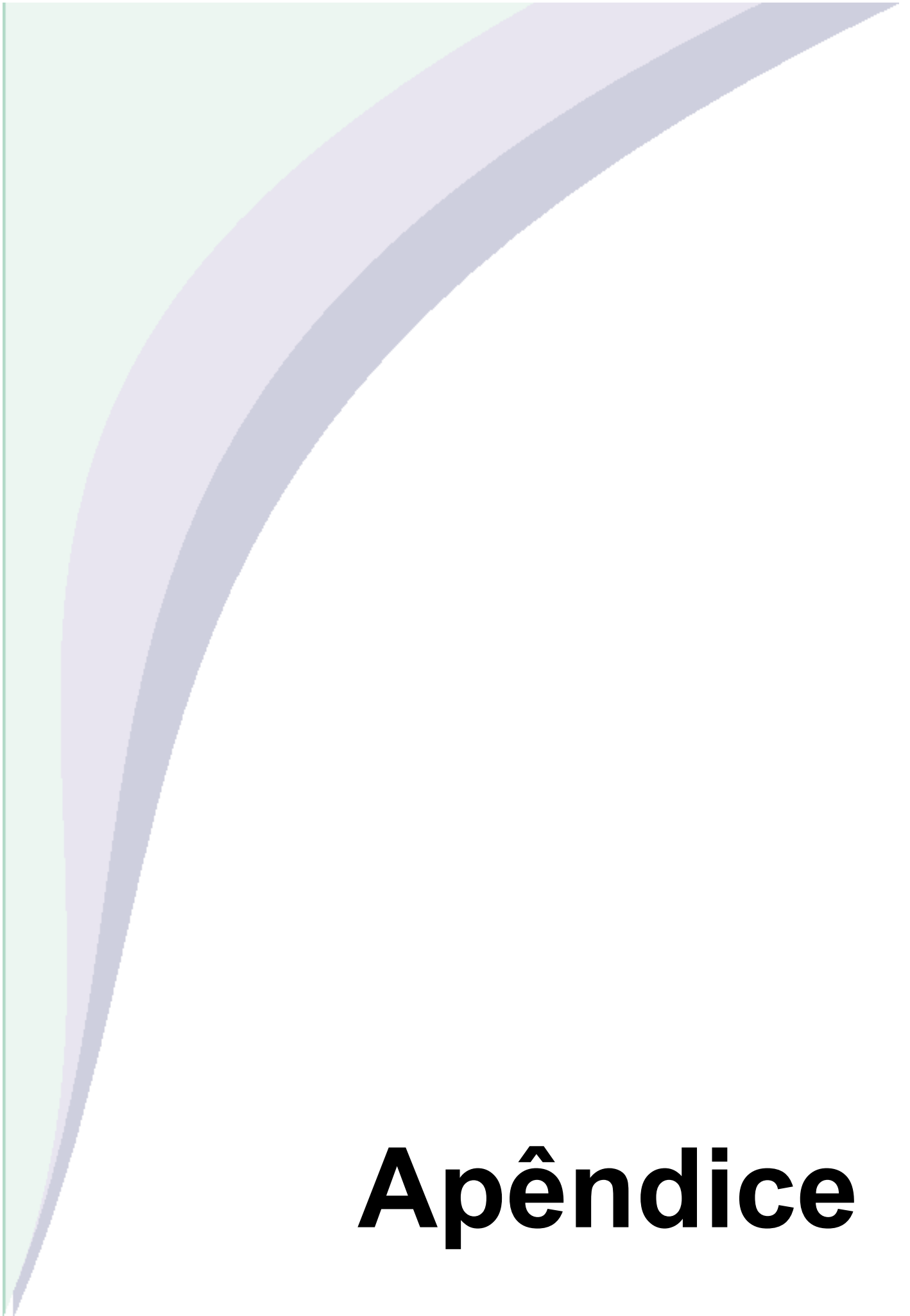
**Figura 13: Coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita. Bahia, 2012 a 2018.**



Fonte: Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN e SINASC. Acesso: 04/11/2019

Em relação à mortalidade, 2012 a 2018, registrou-se 84 óbitos por SC em menores de 1 ano de idade no SIM, residentes na Bahia. Neste período, o coeficiente de mortalidade variou de 2,9 para 7,8 óbitos por 100.000 NV, com pico em 2014 (8,8 óbitos por 100.000 NV) (Figura 13).

Quanto à disponibilização da Penicilina G Benzatina, vale esclarecer que houve um desabastecimento, durante o 2º semestre de 2015, na rede pública, o que comprometeu, de forma relevante, o tratamento adequado das gestantes e, conseqüentemente, ocasionou em aumento da morbimortalidade por sífilis congênita. Desde o início do ano 2016, o Ministério da Saúde adquiriu quantidade suficiente da droga para abastecer os Estados e municípios, mantendo assim o abastecimento regular do medicamento na rede, porém a incidência da doença ainda mantém-se em padrões elevados.



# Apêndice

# Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019

## INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA O MONITORAMENTO DA SÍFILIS

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	CONSTRUÇÃO	UTILIZADA(S)	FONTES
<b>Taxa de detecção de sífilis adquirida</b>	$\frac{\text{Número de casos de sífilis adquirida em indivíduos de 13 anos ou mais, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{População total de indivíduos de 13 anos ou mais no mesmo ano, residente no mesmo local}} \times 100 \text{ mil}$	Medir o risco de ocorrência de casos novos confirmados de sífilis adquirida na população, segundo ano e local de residência.	MS/SVS/Sinan/IBGE
<b>Taxa de detecção de Sífilis em gestantes</b>	$\frac{\text{Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.}}{\text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano,}} \times 1000$	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 Informação sobre Nascidos vivos (Sinasc)
<b>Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano</b>	$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.}}{\text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano.}} \times 1.000$	Medir o risco de ocorrência de casos novos de sífilis congênita por transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> no mesmo local de residência e ano.	MS/SVS/Sinan/ Sinasc.
<b>Coefficiente de mortalidade infantil específica por sífilis congênita</b>	$\frac{\text{Número de óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano (causa básica) em determinado ano e local de residência}}{\text{Número de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano.}} \times 100 \text{ mil}$	Medir o risco de óbito em crianças em consequência da sífilis congênita no mesmo local de residência e ano.	MS/SVS/SIM/Sinasc.

### Expediente:

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP**

*Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira*

**Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos (Coagravos)**

*Maria Aparecida Figueredo Rodrigues*

**Grupo Técnico**

**GT IST/HIV/Aids e Hepatites Virais**

*Alba Regina - Aliucha Magalhães - Carla Bressy - Fabiane do Rosário - Francisco Braghiroli - Simone Caldas  
Tatiane Lima - Tiago Jordão - Zilda Torres*

**Elaboração:**

*Aliucha Magalhães - Carla Bressy - Maria Aparecida Figueredo Rodrigues*

**Revisão:**

*Maria Aparecida Figueredo Rodrigues*

3116.0076 / divep.istaidshpatites@saude.ba.gov.br