

PANORAMA DAS NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) **ENTRE JOVENS DO DISTRITO FEDERAL**





Panorama das notificações de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre jovens do Distrito Federal

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Ibaneis Rocha Governador

Paco Britto Vice-Governador

SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL

André Clemente Lara de Oliveira Secretário

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN

Jeansley Lima
Presidente

Sônia Gontijo Chagas Gonzaga Diretora Administrativa e Financeira

Renata Florentino de Faria Santos Diretora de Estudos Urbanos e Ambientais

Daienne Amaral Machado Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Clarissa Jahns Schlabitz
Diretora de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas

EQUIPE RESPONSÁVEL

DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS SOCIAIS - DIPOS/Codeplan

· Daienne Amaral Machado - Diretora

Gerência de Estudos e Análises de Promoção Social - GEPROM/DIPOS/Codeplan

· Gustavo Saraiva Frio - Gerente

Elaboração do estudo

- · Gustavo Saraiva Frio Gerente
- Vinicius Diniz Schuabb Gerente (até 07/2020)
- Francisca de Fátima de Araújo Lucena Assistente I
- · Júlia Andrade Vivas Estagiária
- · Nabil Ahda Murtadha Estagiário

Revisão Técnica

- · Daienne Amaral Machado Diretora
- Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira Gerente de Estudos e Análises de Proteção Social - GEPROT/DIPOS/Codeplan

Revisão e copidesque

Heloisa Faria Herdy

Editoração Eletrônica

Maurício Suda

RESUMO

Este estudo evidencia os resultados relativos à observação dos casos notificados de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no segmento etário de adolescentes e jovens de 12 a 29 anos de idade no Distrito Federal. O trabalho permitiu traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das notificações para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), hepatites, sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis na gestação entre 2007 e 2017, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O estudo utiliza-se, também, de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 e da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2018, que permitem analisar os comportamentos sexuais de adolescentes entre 13 e 17 anos e o perfil sociodemográfico de jovens entre 12 e 29 anos, respectivamente. Os resultados mostram um aumento das notificações por ISTs nos últimos anos. O HIV tem maiores notificações em jovens de 19 a 24 anos e, as notificações de Aids, são mais recorrentes entre os jovens de 25 a 29 anos. Os homens são maioria das notificações em ISTs na maior parte das infecções.

SUMÁRIO

D	FSI	11	M	\cap
ĸ	$ \sim$ $^{\circ}$	ш	V١	U

1. INTRODUÇÃO	9
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	12
2.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)	12
2.2. Registros do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan)	16
2.3. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)	16
2.4. Organização do território: agrupamento por Regiões Administrativas	17
2.5. PeNSE	18
3. RESULTADOS	20
3.1. Panorama geral dos jovens (PDAD, 2018)	20
3.2. Caracterização geral das ISTs	21
3.2.1. HIV/Aids	
3.2.2. Hepatites virais	
3.2.3. Sífilis adquirida	
3.2.4. Sífilis congênita	
3.3. PeNSE	
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICE	44
ANEXO	51

1. INTRODUÇÃO

Este estudo analisou dados sobre a ocorrência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre adolescentes e jovens no Distrito Federal, conforme demanda da Secretaria de Juventude do Distrito Federal (SEJUV) feita em 2019. Foram utilizados registros de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde (MS), fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Os dados possuem informações socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas do acometimento por ISTs. A caracterização dos adolescentes e jovens no DF utilizou dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), realizada pela Distrito Federal (Codeplan) em 2018, com Companhia de Planejamento do representatividade para as 31 Regiões Administrativas (RAs) legalmente constituídas até o ano de 2018. Para complementar, foram adicionados resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), mais especificamente aqueles sobre comportamento sexual dos estudantes. A consolidação e análise das informações apresentadas contribuem para diagnosticar a situação dos adolescentes e jovens do Distrito Federal em relação às ISTs, principalmente quanto às diferenças internas do território do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde traz em seu portal a seguinte informação sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs):

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. Elas são transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. De maneira menos comum, as IST também podem ser transmitidas por meio não sexual, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas (BRASIL, 2021).²

As ISTs são classificadas quanto ao tratamento, em curáveis (clamídia, tricomoníase, sífilis e gonorreia) e não-curáveis, mas tratáveis, entre as quais o HIV/aids, hepatites, herpes e vírus do papiloma humano (BRASIL, 2019). Este estudo analisou dados sobre sífilis (adquirida, em gestantes e congênita), do grupo das IST curáveis e, no grupo de infecções tratáveis, dados de HIV/aids e hepatites virais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que, em relação à última estimativa de 2016, não houve queda nas taxas de infecção (OMS, 2019). O que se observa em todo o mundo, inclusive no Brasil, é uma falta de progresso em conter a propagação das ISTs. Mundialmente, de acordo com a OMS: "A cada dia, são diagnosticados mais de 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos. Essas estimativas, representam 376 milhões de novos casos de infecções por ano. Ainda segundo a OMS, em 2019, 38 milhões de pessoas viviam com HIV/aids no mundo (WHO, [s. d.]).

A organização do Distrito Federal em Regiões Administrativas está regulamentada pela Lei Federal nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964, que dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal e se refere às subdivisões territoriais, inclusive para oferta e prestação de serviços (BRASIL, 1964).

Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist. Acesso em: 11 fev. 2021.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 1980 a junho de 2020, foram detectados 1.011.617 casos de aids. Em 2019, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de aids no país. Historicamente, se observa uma tendência de queda na taxa de detecção de casos de aids no Brasil, com crescimento na Região Norte do país em todo o período e, mais recentemente (a partir de 2016), na Região Centro-Oeste. No *ranking* de detecção de casos de aids entre as capitais brasileiras, Brasília ocupa a 27ª posição, com taxa de detecção 14,7 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

Já as notificações de sífilis no Brasil, em 2019, chegaram a 72,8 casos de sífilis adquirida por 100.000 habitantes; 20,8 casos em gestantes, por 1.000 nascidos vivos; e 8,2 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. O Distrito Federal encontra-se entre as 10 unidades federativas com maiores taxas de sífilis congênita (8,4 por 1.000 nascidos vivos) e sífilis na gestação (15,4 por 1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020b).

A taxa de incidência por 100.000 habitantes de hepatites no Brasil, no período de 2009 a 2019, teve tendência de diminuição: i) a taxa de hepatite A (de 5,7, em 2009 para 0,4, em 2019); ii) de hepatite B de 7,8, em 2009, para 6,6, em 2019; e iii) de hepatite D passou de 5,7, em 2009, para 0,4, em 2019. Houve aumento na taxa de incidência para a hepatite C (de 5,3, em 2009, para 10,8, em 2019). As taxas de incidência de hepatite no Distrito Federal apresentam tendências análogas à do Brasil. Em uma comparação com as taxas de incidência de hepatites das demais capitais do país, Brasília ocupa a 19ª posição para hepatite A, 18ª posição para hepatite B e 17ª posição para hepatite C (BRASIL, 2020c).

Serão consideradas neste estudo todas as pessoas de 12 a 29 anos. A delineação do grupo etário de interesse do estudo, os adolescentes e jovens, considerou os critérios estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define a adolescência como o período entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). A Política Nacional de Juventude (PNJ) considera jovem todo cidadão ou cidadã na faixa etária entre 15 e 29 anos (CONJUVE, 2006).

Analisar a incidência de ISTs entre os jovens no DF é de grande relevância. É na adolescência em que a maioria dos jovens inicia a vida sexual (OLIVEIRA et al., 2009), além de outras transformações sociais, cognitivas e emocionais. Ademais, o início da atividade sexual entre os adolescentes tem ocorrido de forma muito precoce, associado à falta de conhecimento sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Além do baixo nível de escolaridade, ocasionando maior frequência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de gravidez indesejada (TAQUETTE & VILHENA, 2008). Nesse contexto, os adolescentes e jovens estão expostos a maior vulnerabilidade e risco de desemprego, uso de drogas, alguma infecção sexualmente transmissível (IST), violência e abusos, mortalidade precoce por causas evitáveis, entre outros (UNFPA, 2010). A maior vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às ISTs, levanta a necessidade de planejamento e implementação de estratégias intersetoriais integradas (áreas de saúde, educação, proteção social, entre outras) para minimizar os desfechos negativos dessa realidade.

As notificações de casos de ISTs entre jovens brasileiros, segundo os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, mostram um aumento na taxa de detecção de casos de aids em jovens de 15 a 19 anos (64,9%) e de 20 a 24 anos (74,8%) em 2019, comparativamente a 2009 (BRASIL, 2020a). A publicação destaca, ainda, que o incremento da taxa de detecção foi maior entre homens jovens, do que entre mulheres. O grupo também vem apresentando maiores taxas de incidência de hepatite A desde 2016. Os casos agudos de hepatite B, apresentam maior concentração entre os menores de 14 anos, sendo de 31,9% entre pessoas de 10 a 14 anos (BRASIL, 2020b). As notificações por sífilis, apresentam crescimento no grupo de jovens, principalmente entre as mulheres de 20 a 29 anos (BRASIL, 2020c).

Os resultados deste estudo permitem conhecer o perfil do grupo de infectados, a dinâmica das notificações de casos ao longo dos anos (2007 a 2017), aspectos de comportamento, atitudes e práticas sexuais. E ainda é um olhar cuidadoso para as estruturas internas do território do Distrito Federal, uma vez que os resultados são apresentados por Regiões Administrativas. Além desta introdução, este trabalho conta ainda com a seção de aspectos metodológicos – que apresenta as definições das ISTs e as bases de dados utilizadas –, a seção de resultados, que apresenta a caracterização sociodemográfica dos jovens, e comportamentos dos alunos e as notificações de ISTs no Distrito Federal. A última seção contempla as considerações finais.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção são detalhados: a definição dos territórios de análise trazidos na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), caracterização do território por grupos de rendimentos, agrupamentos por faixa etária, critérios de seleção dos casos notificados e os indicadores epidemiológicos utilizados. Os dados utilizados foram as notificações de ISTs fornecidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) no período de 2007 a 2017. Tratam-se dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) das notificações para HIV, aids, hepatites virais, sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis na gestação, conforme critérios específicos de notificação de cada Infecção Sexualmente Transmissível.

2.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)

As definições e descrições de cada uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), componentes deste estudo, estão em consonância com o Guia de Vigilância em Saúde (GVS) do Ministério da Saúde. Vale ainda destacar que as ISTs estudadas compõem a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, regulamentada na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Os registros de notificação compulsória, regulamentados pela portaria supracitada, são realizados em fichas de notificação específicas (Veja o Anexo) e inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que permite o acesso sistemático e transparente aos instrumentos, procedimentos e informações sobre as doenças e agravos em saúde, tanto aos profissionais de saúde, quanto à população em geral. O registro das notificações de casos das ISTs segue o padrão de codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com a Lista de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente em sua 10ª versão (CID 10)³ (OMS, 1996).

A CID 10 fornece códigos de classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única e um código CID 10. As informações sobre agente etiológico, formas de transmissão, fatores associados de manifestações clínicas do HIV/aids, hepatites e sífilis foram organizadas e apresentadas no Quadro 1.

-

³ Classificação Internacional de Doenças (CID).

Quadro 1 - Características gerais sobres as infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Continua

0		In	fecções sexualmente transmissíveis (IS	ST)		
Características	HIV/Aids	Hepatites Virais	Sífilis adquirida	Sífilis em gestante	Sífilis congênita	
Agente etiológico e família	HIV-1: família Lentiviridae HIV-2: família Lentiviridae	Hepatite A (HAV): Picornaviridae Hepatite B (HBV): Hepadnaviridae Hepatite C (HCV): Flaviviridae Hepatite D (HDV): Deltaviridae Hepatite (HEV): Hepeviridae	Treponema pallidum: bactéria gram- negativa, do grupo das espiroquetas.	Treponema pallidum: bactéria gram- negativa, do grupo das espiroquetas.	Treponema pallidum: bactéria gram- negativa, do grupo das espiroquetas.	
Vias de transmissão	Sexual: esperma e secreção vaginal Sanguínea:via parenteral e percutênea Vertical: na gestação ou parto, para a criança Leite materno	Hepatites virais A e E: Fecal-oral: contato boca-ânus Sexual Hepatites virais B, C e D: Sexual: esperma e secreção vaginal Sanguínea: via parenteral, percutânea Vertical: na gestação ou parto, para a criança	Sexual: órgãos genitais Sanguínea: via parenteral	Sexual: órgãos genitais Sanguínea: via parenteral	Vertical: na gestação, para a criança	
Modos de transmissão	 Relações sexuais desprotegidas Utilização de sangue ou seus derivados não testados adequadamente Recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados Reutilização e compartilhamento de seringas e agulhas Acidente ocupacional durante a manipulação de instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue e secreções das pessoas. 	Sexual: modo de transmissão predominante, na qual os sítios de inoculação da bactéria são geralmente os órgãos genitais. São observadas também infecções extragenitais, como nos lábios, língua e outras áreas da pele Sanguíneo: principalmente por transfusão de sangue ou derivados.	Sexual: modo de transmissão predominante, na qual os sítios de inoculação da bactéria são geralmente os órgãos genitais. São observadas também infecções extragenitais, como nos lábios, língua e outras áreas da pele Sanguíneo: principalmente por transfusão de sangue ou derivados.	Sexual: modo de transmissão predominante, na qual os sítios de inoculação da bactéria são geralmente os órgãos genitais. São observadas também infecções extragenitais, como nos lábios, língua e outras áreas da pele Sanguíneo: principalmente por transfusão de sangue ou derivados.	Pode ocorrer durante a gestação, com transmissão para o bebê.	
Classificações	Infecção aguda Infecção crônica	Primária Secundária Latente Terciária	Primária Secundária Latente Terciária	Primária Secundária Latente Terciária	 Precoce: sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida. Tardia: os sinais/sintomas surgem após os dois anos de idade da criança, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração. 	

Quadro 1 - Características gerais sobres as infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Continua

		In	fecções sexualmente transmissíveis (IS	T)	
Características	HIV/Aids	Hepatites	Sífilis adquirida	Sífilis em gestante	Sífilis congênita
Manifestações clínicas	Aguda: infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, exantema maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; hiporexia, adinamia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré. Assintomática: linfoadenopatia generalizada persistente, flutuante e indolor. Sintomática inicial (pessoa vivendo com HIV (PVHIV)): candidíase oral, linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna e perda de peso superior a 10%. Aparecimento de Infecções Oportunisitas (IO) e neoplasias é definidor da aids: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens.	Aguda: anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou, raramente, constipação, febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia e fadiga, aversão ao paladar e/ou olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite e exantema papular ou maculopapular. Fase ictérica: aparecimento da icterícia e hepatomegalia dolorosa, com ocasional esplenomegalia. Fase de convalescença: desaparecimento da icterícia. A recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a fraqueza e o cansaço podem persistir por vários meses. Hepatite crônica: sinais histológicos de lesão hepática (inflamação, com ou sem fibrose) e marcadores sorológicos ou virológicos de replicação viral. Hepatite fulminante: insuficiência hepática aguda, com surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até 8 semanas. Condição rara e potencialmente fatal (letalidade em 40 a 80% dos casos). Degeneração e necrose maciça dos hepatócitos. Quadro neurológico progride para o coma em poucos dias após a apresentação inicial.	Primária: úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada "cancro duro". Secundária: pápulas palmoplantares, placas e condilomas planos, micropoliadenopatia, gânglios epitrocleares, alopécia em clareira e madarose. Latente: a maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Pode ser latente recente (< 2 anos de infecção) e latente tardia (>2 anos de infecção). Terciária: a inflamação provoca destruição tecidual. Pode acometer o sistema nervoso e o cardiovascular. Formação de gomas sifilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.	 Primária: úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada "cancro duro". Secundária: pápulas palmoplantares, placas e condilomas planos, micropoliadenopatia, gânglios epitrocleares, alopécia em clareira e madarose. Latente: a maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Pode ser latente recente (< 2 anos de infecção) e latente tardia (>2 anos de infecção). Terciária: a inflamação provoca destruição tecidual. Pode acometer o sistema nervoso e o cardiovascular. Formação de gomas sifilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte. 	Natimorto Parto pré-termo Morte neonatal Manifestações congênitas precoces ou tardias Manifestações clínicas dependem de: Tempo de exposição fetal ao treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento) Carga treponêmica materna Virulência do treponema Tratamento da infecção materna Outros fatores como a coinfecção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência.

Quadro 1 - Características gerais sobres as infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Conclusão

Características		In	fecções sexualmente transmissíveis (IS	ST)	
Caracteristicas	HIV/Aids	Hepatites	Sífilis adquirida	Sífilis em gestante	Sífilis congênita
Definição no Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019)	A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. As pessoas infectadas pelo HIV, sem tratamento, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus (BRASIL, 2019, p. 244).	As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Possuem distribuição universal e são observadas diferenças regionais de acordo com o agente etiológico (BRASIL, 2019, p. 264).	A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo Treponema pallidum. Quando não tratada, progride ao longo dos anos, sendo classificada em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária). (BRASIL, 2019, p. 277).	A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo Treponema pallidum. Quando não tratada, progride ao longo dos anos, sendo classificada em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária). (BRASIL, 2019, p. 277).	A sífilis congênita é resultado da transmissão do Treponema pallidum presente na corrente sanguínea da gestante para o concepto via transplacentária ou, ocasionalmente, por meio de contato direto com a lesão sifilítica no momento do parto (transmissão vertical). (BRASIL, 2019, p. 286).

Fonte: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2019) Elaboração: DIPOS/Codeplan.

2.2. Registros do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan)

Os registros de ISTs fornecidos pela SES-DF e extraídos do Sinan, referem-se aos casos de notificação compulsória, conforme orientação da Portaria de Consolidação nº 4, de 28/09/2017 (BRASIL, 2017). Para fins deste estudo, foram consideradas as notificações que atendiam aos seguintes aspectos gerais:

- · Residentes no Distrito Federal.
- Período de análise: 2007 a 2017. Exceto para sífilis adquirida (2007 a 2015), em função da disponibilização de dados pela SES-DF.
- Faixas etárias:
 - 12 a 18 anos
 - 19 a 24 anos
 - 25 a 29 anos

Os critérios considerados para a construção das bases de dados finais para o estudo das infecções sexualmente transmissíveis estão especificados no Quadro 2, de acordo com as características de notificação.

Quadro 2 - Especificação dos critérios para seleção dos dados para cada IST

Critérios	HIV	Aids	Hepatites virais	Sífilis adquirida	Sífilis congênita	Sífilis na gestação
CID-10	B20 a B24	B20 a B24	B19	A53	A509	O981
Critério de definição de caso	- HIV (cód.:901)	- CDC adaptado (cód.:100) - Rio de Janeiro/ Caracas (cód.:300) - Óbito (cód.:600)	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Classificação final	Não se aplica	Não se aplica	Confirmação laboratorial, clínico- epidemiológica e cicatriz sorológica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Ano que foi instituída a notificação compulsória	2014	1986	Hepatite B: 1998 Hepatite C: 1999 Hepatites virais: 2003	2010	1986	2005
Total de notificações	2.155	1.819	1.451	1.906	1.217	1.351

Fonte: SINAN

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

2.3. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)

A PDAD é realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) junto aos domicílios urbanos e rurais com características urbanas do DF. Possui um desenho amostral do tipo probabilístico com representatividade estatística para todas as Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal.

A pesquisa investiga aspectos demográficos de migração, condições socioeconômicas, situações de trabalho e renda, características do domicílio, condições de infraestrutura urbana, entre outras informações, de modo a oferecer um diagnóstico

detalhado da situação da cidade. Sua periodicidade, possibilita o acompanhamento ao longo do tempo de diversos indicadores da capital federal e, por conseguinte, nas mudanças das condições de vida da população (CODEPLAN, 2019).

Na edição de 2018, a PDAD coletou informações de 69.654 pessoas residentes em 21.908 domicílios em 31 Regiões Administrativas.⁴ A partir das estimativas realizadas com os dados coletados, a amostra representa 2.881.854 pessoas, residentes em 883.437 domicílios do Distrito Federal.

2.4. Organização do território: agrupamento por Regiões Administrativas

O território do Distrito Federal é muito diverso e existem inúmeras formas de agrupar as Regiões Administrativas para análises. Optou-se por manter o agrupamento de RAs utilizado para divulgação da PDAD 2018, que é o agrupamento de regiões pelo critério de renda domiciliar média, conforme a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) do Distrito Federal. Esse agrupamento permite identificar situações contrastantes dentro do território do DF, todas elas fortemente associadas ao nível de rendimento.

Quadro 3 - Especificações dos grupos de RAs conforme renda da PED, Distrito Federal, 2018

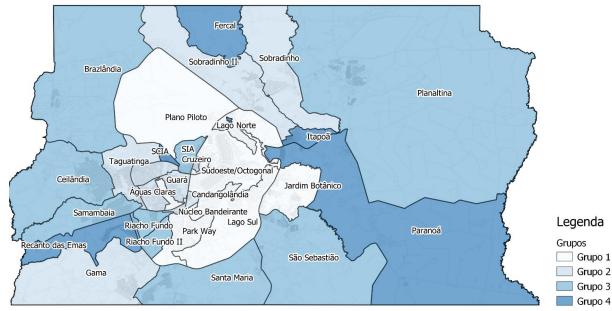
Classificação da renda	Regiões Administrativas	População total estimada em 2018	Renda domiciliar média	Grupo de renda
Alta	Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way e Sudoeste/Octogonal	384.913	R\$ 15.622,00	1
Média-alta	Águas Claras, Candangolândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Sobradinho, Sobradinho II, Taguatinga e Vicente Pires	916.651	R\$ 7.266,00	2
Média-baixa	Brazlândia, Ceilândia, Planaltina, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, SIA, Samambaia, Santa Maria e São Sebastião	1.269.601	R\$ 3.101,00	3
Baixa	Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA-Estrutural e Varjão	310.689	R\$ 2.472,00	4

Fonte: Codeplan, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2018) Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A distribuição dos grupos no território pode ser observada no Mapa 1, abaixo. Observa-se que as RAs de alta renda são contíguas, enquanto as demais estão dispersas. O grupo de renda média-alta concentra um terço das RAs, e o grupo de renda média-baixa abriga a Região Administrativa denominada Setor de Indústria e Abastecimento (SIA). As características de uso dessa região a fazem uma área onde existem poucas habitações.⁵ Trata-se de uma região que concentra indústrias e galpões de armazenamento, com poucas residências.

Os dados da PDAD 2018 foram coletados anteriormente à criação das RAs de Arniqueira e (Lei nº 6.391, de 20 de setembro de 2019) e Sol Nascente/Pôr do Sol (Lei Distrital nº 6.359, de 14 de agosto, de 2019).

⁵ Foram entrevistadas 1.549 pessoas, em 557 domicílios, na amostra expandida.



Mapa 1 - Regiões Administrativas por grupos conforme renda da PED, Distrito Federal, 2018

Fonte: Codeplan, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2018) Elaboração: DIPOS/Codeplan.

2.5. PeNSE

A Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) é uma pesquisa periódica realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação. Conta com as edições de 2009, 2012 e 2015. Neste estudo, foram utilizados os resultados do ano de 2015.

A pesquisa possui abrangência nacional de grandes regiões, unidades federativas e municípios das capitais, e é importante instrumento de análise da situação socioeconômica e de saúde dos estudantes brasileiros. Sua limitação é entrevistar apenas jovens na escola.

A PeNSE 2015 elaborou dois planos amostrais: o primeiro contemplou alunos do 9º ano do ensino fundamental e, o segundo, mais abrangente, contemplou estudantes de 13 a 17 anos, do sexto ao nono ano do ensino fundamental e do primeiro ao terceiro ano do ensino médio – porém, é representativo apenas para grandes regiões e para o País.

Segundo a descrição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

A pesquisa fornece informações sobre as características básicas da população de estudo, incluindo aspectos socioeconômicos, como escolaridade dos pais, inserção no mercado de trabalho e posse de bens e serviços; contextos social e familiar; fatores de risco comportamentais relacionados a hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; exposição a acidentes e violências; hábitos de higiene; saúde bucal; saúde mental; e percepção da imagem corporal, entre outros tópicos. Características do ambiente escolar e do entorno são também contempladas, incluindo informações relacionadas à infraestrutura disponível para alimentação e atividade física; acessibilidade; saneamento básico; existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas; políticas de assistência à saúde; e nível de segurança do entorno, entre outros aspectos. (IBGE, 2020) ⁶

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. O que é? Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e. Acesso em: 22 fev. 2021.

Os dados da PeNSE contribuem com análises intersetoriais de educação e saúde. Nela são abordadas questões sobre comportamento sexual dos escolares, com levantamento das seguintes questões: relato de iniciação sexual; uso de preservativo na última relação; orientação acerca de prevenção da gravidez; orientação acerca de prevenção de IST/aids; orientação sobre da obtenção de preservativo de maneira gratuita; idade da iniciação sexual; número de parceiros(as); uso de métodos para prevenção de gravidez e IST; uso de outros métodos para prevenção de gravidez; método utilizado para prevenção da gravidez; e gravidez entre as escolares.

3. RESULTADOS

3.1. Panorama geral dos jovens (PDAD, 2018)

A caracterização dos adolescentes e jovens do Distrito Federal utilizada neste estudo foi construída a partir dos dados da Pesquisa Distrital por Amostra Domiciliar (PDAD), com resultados apresentados também para as Regiões Administrativas (RAs) Distrito Federal.

Os resultados publicados no documento Retratos Sociais do DF 2018: Perfil da população jovem do Distrito Federal, elaborado pela Codeplan em 2020, com dados da PDAD, mostrou que em 2018, existiam 717.377 jovens (15 a 29 anos) no Distrito Federal, representando 25% da população total:

O perfil demográfico do jovem no DF, em resumo, pode ser descrito como: negro (61,8%), solteiro (85,4%), residente em domicílio composto por casal com filhos (55,2%), com 59,6% dos jovens ocupando a posição de filhos. Ainda, destaca-se, que 24% das jovens são mães e que as jovens trabalham em média 8,4 horas por semana a mais que os jovens do sexo masculino com atividades domésticas (CODEPLAN, 2020, p. 6).

Ainda segundo os dados da PDAD 2018, destacam-se as seguintes características:

Gerais

 A população de adolescentes e jovens entre 12 a 29 anos representa cerca de 30% da população total do Distrito Federal. Estima-se, portanto, 850.405 pessoas nessa faixa etária, distribuídas nas 31 Regiões Administrativas.⁷

Distribuição dos jovens por subgrupos etários

- 37,1% dos jovens do Distrito Federal possuem entre 12 a 18 anos; 34% têm entre 19 a 24 anos e 28,9% estão entre 25 a 29 anos;
- No geral, a distribuição entre os grupos etários dentro de cada Região Administrativa é similar e fica em torno de um terço para cada grupo;
- Ceilândia, a Região Administrativa mais populosa do Distrito Federal, conta com o maior número de jovens entre 12 a 29 anos (133.289), representando 15% do total de jovens do DF. RAs como Gama, Brazlândia, Planaltina, Paranoá, Ceilândia, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Lago Norte, Sudoeste/Octogonal, Varjão, SCIA-Estrutural, Sobradinho II, Jardim Botânico, Itapoã, Vicente Pires e Fercal possuem uma maior proporção de jovens, em torno de 37% a 42,2%, de jovens no grupo etário de 12 a 18 anos.

Raca e renda

 Os territórios com menores rendimentos possuem aproximadamente 70% dos adolescentes e jovens negros. As RAs com maiores proporções de adolescentes e jovens negros são: Fercal (81,9%), Varjão (76,5%), SCIA-Estrutural (76,3%), Planaltina (76,1%), Itapoã (74,5%) e Santa Maria (72,6%).

• Os territórios com as menores proporções de população negra são Lago Sul (26,3%), Park Way (30,6%), Jardim Botânico (32,7%) e Sudoeste/Octogonal (34,3%).

20

⁷ Em 2018 os resultados da PDAD foram recalibrados para 33 Regiões Administrativas. No entanto, como a periodicidade dos dados do Sinan foi de 2007 a 2017 fez-se a opção por usar os dados representativos das 31 Regiões Administrativas existentes em 2017.

Escolaridade

- 1,8% é de jovens analfabetos ou sem escolaridade, 23,5% não completaram o ensino fundamental e aqueles com ensino fundamental completo, representam 1,8% do grupo de jovens de 12 a 29 anos.
- 21,5% dos jovens concluíram o ensino médio e 13,7% o ensino superior (Gráfico 1).

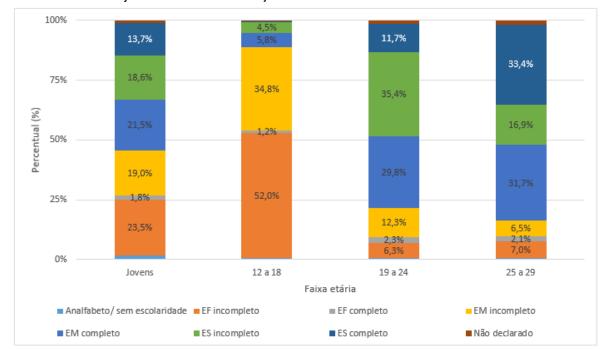


Gráfico 1 - Distribuição da escolaridade de jovens entre 12 e 29 no DF

Fonte: Codeplan, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2018) Elaboração: DIPOS/Codeplan.

- No grupo de jovens entre 12 e 18 anos no Distrito Federal, em idade escolar, 52% possuem ensino fundamental incompleto e 34,8% o ensino médio incompleto. Já o grupo de 19 a 24 anos, no ensino regular, deveria estar, em sua maioria, com o ensino médio completo. Mas 12,3% possuem ensino médio incompleto, 29,8% o ensino médio concluído e 35,4% o ensino superior incompleto. As RAs de baixa renda (Quadro 3) contam com uma maior proporção de jovens desse grupo etário com ensino médio completo (36,8%) e, nas RAs de alta renda, 58,4% têm o ensino superior incompleto (58,4%).
- No último grupo etário (25 a 29 anos), 31,7% possuem o ensino médio completo, 16,9% o ensino superior incompleto e 33,4% o ensino superior completo. Nas RAs de alta renda, a maior proporção é de jovens com ensino superior completo (73,3%) e, nas de baixa renda, de jovens com ensino médio completo (40,6%).
- A taxa de analfabetismo entre os grupos etários não varia muito e se manteve estável entre 0,3% a 0,4% da população jovem do Distrito Federal.

3.2. Caracterização geral das ISTs

Esta seção inicia-se mostrando a dinâmica das notificações de ISTs entre jovens do Distrito Federal, e também são apresentados os totais de notificações por doença e por Região Administrativa. Outras informações como escolaridade, ano da notificação, gênero e

raça também são analisadas. Depois, as análises são feitas em subseções sobre cada infecção.

De forma geral, para o período analisado (2007 a 2017), a incidência de ISTs entre jovens é muito semelhante à incidência entre adultos de 30 e 59 anos no Distrito Federal (Apêndice - Figura 5). A exceção foi a sífilis, que teve avanço de notificações mais rápidas entre os jovens, do que entre os adultos.

O Gráfico 1 apresenta as notificações de ISTs entre jovens do Distrito Federal de maneira temporal no período compreendido entre 2007 e 2017. A incidência da maioria das infecções analisadas aumentou no período; a única linha do gráfico com tendência de queda é a que representa hepatites virais. A incidência de aids oscilou entre 2008 e 2010 e depois voltou a apresentar um breve crescimento entre 2010 e 2012 e, depois, caiu novamente. A curva de incidência de HIV teve trajetória ascendente, assim como as de sífilis. Durante o período observado, a incidência de sífilis adquirida teve trajetória de crescimento, mas reduziu entre 2014 e 2015. Porém, a ausência de dados em 2016 e 2017, impede de saber se 2015 foi um ano atípico, ou se foi o início de uma trajetória de queda. A infecção por HIV foi a que mais evolui temporalmente, passando de 68 notificações, em 2007 e 37 em 2008, para 410 em 2017.

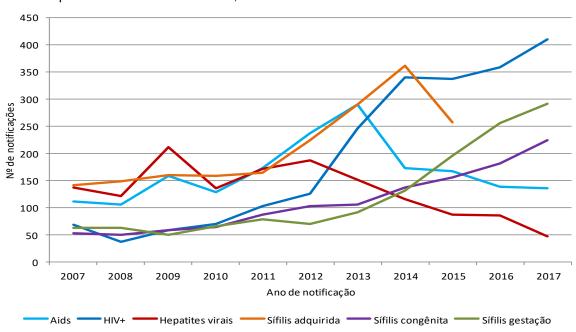


Gráfico 2 - Distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) segundo ano de apontamentos. Distrito Federal, 2007 a 2017

Fonte: SES-DF/Sinan Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A Tabela 1 apresenta as notificações de infecções entre jovens no período de 2007 a 2017, separada por IST e por Região Administrativa. O total de notificações nesse período foi de: i) aids: 1.819; ii) HIV (2.155); iii) hepatites virais (1.451); e iv) sífilis (4.474) – com 1.906 notificações de sífilis adquirida, 1.217 de sífilis congênita e 1.351 de sífilis na gestação. A última coluna, mostra a projeção da população de 12 a 29 anos para o ano de 2017 de acordo com a Codeplan (2019).

Tabela 1 - Distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) por RA de residência. Distrito Federal, 2007 a 2017

00000000000		Infecçõ	es sexualm	ente transı	missíveis		População
Caracterização das notificações	Aids	HIV+	Hepatites virais	Sífilis adquirida	Sífilis congênita	Sífilis gestação	12 a 29 anos
Total	1.819	2.155	1.451	1.906	1.217	1.351	879.430
Plano Piloto	209	264	50	129	15	20	50.689
Gama	69	109	30	86	82	47	44.286
Taguatinga	214	200	95	192	135	100	56.821
Brazlândia	22	32	30	17	31	38	20.485
Sobradinho	83	87	62	49	61	79	19.984
Planaltina	116	94	110	123	88	118	62.803
Paranoá	59	70	48	77	46	45	24.778
Núcleo Bandeirante	20	21	10	24	8	9	6.903
Ceilândia	228	284	155	397	202	237	134.633
Guará	101	156	55	71	35	38	35.051
Cruzeiro	44	50	11	31	5	1	7.998
Samambaia	107	158	318	204	94	172	71.721
Santa Maria	58	80	65	49	69	78	42.010
São Sebastião	100	80	119	106	52	71	35.291
Recanto das Emas	108	84	135	90	76	78	45.330
Lago Sul	15	20	10	7	2	1	6.866
Riacho Fundo	37	49	18	34	24	25	12.428
Lago Norte	20	25	7	15	2	2	8.219
Candangolândia	12	22	6	18	12	14	4.903
Águas Claras	63	92	20	28	19	20	40.571
Riacho Fundo II	23	28	4	20	26	27	28.246
Sudoeste/ Octogonal	27	23	2	10	1	0	10.592
Varjão	9	2	4	15	8	5	3.125
Park Way	9	18	5	8	6	7	6.172
SCIA - Estrutural	31	44	43	37	57	67	13.293
Sobradinho II	0	1	0	0	2	0	23.728
Jardim Botânico	7	3	0	1		0	15.934
Itapoã	11	19	32	55	44	30	21.076
SIA*	1	0	1	1	1	0	797
Vicente Pires	16	39		11		13	21.443
Fercal	0		2	1	5		3.254
Fonte 1: SES-DF/Sinan	- '			N-			

Fonte 2: Projeções populacionais por sexo, idade e Região Administrativa, 2010-2020 (Codeplan, 2019)

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

As Regiões Administrativas com maior número de notificações no período analisado foram Ceilândia e Samambaia, que são as duas RAs com maior população na faixa de idade estudada. O oposto foi observado em Fercal e SIA, que são regiões com população pequena e possuíram poucas notificações no período.

A porcentagem de notificações em Sobradinho e SCIA-Estrutual é acima de 2% da população entre 12 e 29 anos, quando considerado o total de notificações no período analisado (de acordo com a Tabela 13 do Apêndice). Por outro lado, Jardim Botânico e Sobradinho II tiveram baixo número de notificações no período. O total nas regiões representou menos de 0,1% da população entre 12 e 29 anos.

Conforme os dados das Tabelas 1 e 2, as três ISTs mais notificadas foram aids, sífilis adquirida e HIV, respectivamente – ressaltando que os dados de notificações de sífilis adquirida dos anos de 2016 e 2017 não estavam disponíveis. Na análise por gênero, apresentada na Tabela 2, é possível notar que a maior parte das notificações dessas infecções foram para pacientes do sexo masculino, excluindo-se as hepatites virais e, por acometer apenas gestantes, sífilis gestação. A cada caso registrado de HIV em mulheres, foram detectados 2,6 casos em homens no Brasil no ano de 2017 (PEREIRA et al., 2019).

A infecção por HIV é mais prevalente em jovens entre 19 e 24 anos, enquanto a de aids é mais prevalente na faixa a partir dos 25 anos. No Brasil, as notificações por HIV estão concentradas entre a população entre 20 e 29 anos (PEREIRA *et al.*, 2019).

Tabela 2 - Caracterização das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos). Distrito Federal, 2007 a 2017

Caracterização das				Infe	cções s	exualme	ente tran	smissív	/eis			
notificações	Aid	ds	HI	V	Нера		Sífi		Sífi		Sífi	
					vira		adqu		congênita		gestação	
Total notificações	1.819	100%	2.155	100%	1.451	100%	1.906	100%	1.217	100%	1.351	100%
2007	111	6%	68	3%	137	9%	141	7%	53	4%	62	5%
2008	106	6%	37	2%	121	8%	148	8%	49	4%	62	5%
2009	159	9%	58	3%	211	15%	160	8%	58	5%	49	4%
2010	128	7%	70	3%	136	9%	159	8%	64	5%	65	5%
2011	173	10%	103	5%	172	12%	164	9%	87	7%	78	6%
2012	237	13%	126	6%	187	13%	225	12%	102	8%	70	5%
2013	290	16%	246	11%	151	10%	290	15%	106	9%	91	7%
2014	173	10%	340	16%	116	8%	362	19%	137	11%	131	10%
2015	167	9%	338	16%	87	6%	257	13%	155	13%	196	15%
2016	139	8%	359	17%	86	6%	-	-	181	15%	256	19%
2017	136	7%	410	19%	47	3%	-	-	225	18%	291	22%
Feminino	373	21%	306	14%	846	58%	587	31%	538	44%	1.351	100%
Masculino	1.446	79%	1.848	86%	605	42%	1.317	69%	607	50%	-	-
Ignorado	0	0%	1	0%	0	0%	2	0%	72	6%	-	-
12 a 18 anos	72	4%	135	6%	376	26%	249	13%	205	17%	261	19%
19 a 24 anos	692	38%	1.074	50%	503	35%	863	45%	581	48%	640	47%
25 a 29 anos	1.055	58%	946	44%	572	39%	794	42%	431	35%	450	33%
Negra	916	50%	1.112	52%	704	49%	723	38%	482	40%	695	51%
Não-negra	690	38%	784	36%	379	26%	339	18%	149	12%	321	24%
Ignorado	213	12%	259	12%	368	25%	844	44%	586	48%	335	25%
Ensino fundamental	512	28%	459	21%	600	41%	758	40%	576	48%	565	42%
Ensino médio	600	33%	856	40%	272	19%	79	4%	164	13%	213	16%
Ensino superior	283	16%	360	17%	46	3%	15	1%	9	1%	9	1%
Ignorado	424	23%	480	22%	532	37%	1.052	55%	454	37%	564	42%
Não se aplica	0	0%	0	0%	1	0%	2	0%	14	1%	0	0%

Fonte: SES-DF/Sinan Elaboração: DIPOS/Codeplan.

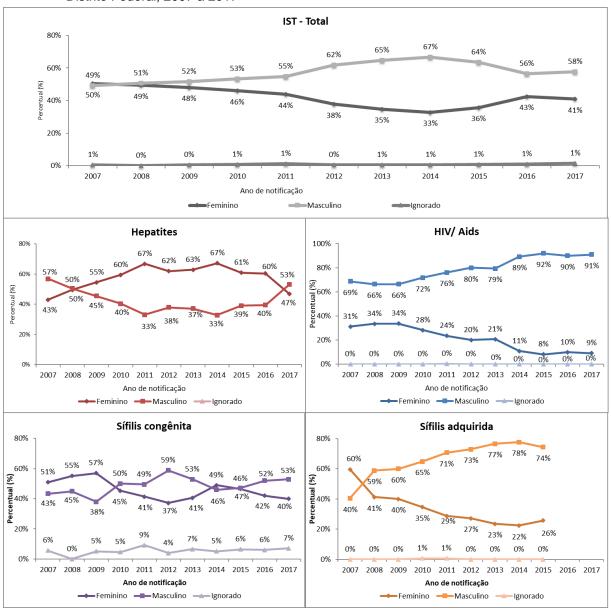
Carvalho *et al.* (2018) destacam que a escola tem papel importante para o conhecimento sobre ISTs por meio de programas educacionais relacionados à saúde. A escolaridade, por sua vez, possivelmente influencia na aquisição de informações sobre obtenção de preservativos, formas de evitar ISTs e gravidez não intencional. Os dados do Distrito Federal mostram que as notificações são mais predominantes entre jovens menos

escolarizados (pessoas com ensino superior representam 16% dos casos de aids e 17% de HIV), nas demais ISTs não chegam a 5%.

Nota-se na Tabela 2 que a maior parte das notificações se refere à população negra. De acordo com Pereira *et al.* (2019), dos 42.420 casos de HIV no Brasil em 2017, mais de 58% atingiram a população negra. Salienta-se, também, que a população autodeclarada negra ou parda na faixa de 12 a 29 anos, é de 61,55% de acordo com a PDAD de 2018. Ressalte-se que existe uma porcentagem elevada de notificações com "ignorado" na raça, entre 12% em HIV e aids e 48% em sífilis congênita.

A Figura 1 apresenta as notificações por gênero e ano. As notificações de mulheres diminuíram de 50% para 41% das notificações, enquanto as de homens avançaram de 49% para 58% entre 2007 e 2017. O HIV/Aids e sífilis adquirida puxam essa tendência de aumento das notificações por parte dos homens, enquanto apenas notificações de hepatites virais entre mulheres cresceram em proporção ao longo do tempo.

Figura 1 - Distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) por ano, segundo o sexo. Distrito Federal, 2007 a 2017



Fonte: SES-DF/Sinan

A Figura 2 apresenta a distribuição dos casos de ISTs por faixa etária ao longo dos anos. Enquanto a maior parte das notificações em 2007 era de pessoas com 25 a 29 anos, em 2017 passou a ser de pessoas com idade entre 19 e 24 anos (49%). Esse dado pode evidenciar dois pontos: i) que os jovens com mais idade estão se prevenindo mais e/ou; ii) que os jovens estão se expondo mais cedo a comportamentos sexuais de risco.

HIV/ Aids IST - Total 80% 80% 59% 60% 60% 53% 44% 47% 8 46% 44% 44% Percentual (Percentual 45% 40% 41% 40% 38% 37% 34% 20% 20% 17% 14% 13% 14% 13% 13% 12% 0% 0% 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2007 2008 2009 2008 2009 2010 2007 Ano de notificação Ano de notificação ----19 a 24 12 a 18 19 a 24 ■25 a 29 12 a 18 -25 a 29 **Hepatites** Sífilis adquirida 80% 80% 60% 60% 52% 52% 50% 8 47% 8 44% 44% 43% entrag 40% Percentual %0% 40% 41% 40% 39% 39% 39% 39% 35% 34% 27% 20% 20% 24% 22% 18% 16% 15% 13% 13% 12% 0% 0% 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2007 2008 2009 Ano de notificação Ano de notificação 12 a 18 ----25 a 29 12 a 18 ----19 a 24 ----25 a 29 Sífilis congênita Sífilis na gestação 80% 60% 51% 50% 47% 47% 58% 60% 51% 52% 49% £40% 8 31% 40% Percentual (Percentual (34% 39% 28% 37% 22% 20% 9% 23% 17% 21% 11% 12% 8% 7% 9% 0% 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Ano de notificação Ano de notificação **─**19 a 24 → 12 a 18 --- 25 a 29 → 12 a 18 ----19 a 24 25 a 29

Figura 2 - Distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) por ano segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017

Fonte: SES-DF/Sinan

A Figura 3 mostra que a distribuição da maior parte das infecções por raça/cor (negra e não-negra) se manteve relativamente estável ao longo do período. As notificações de hepatite entre a população negra aumentaram e houve redução entre a população não-negra, e entre aqueles que não informaram raça. Houve um aumento na proporção de pessoas sem informação de raça/cor com sífilis congênita. As notificações de sífilis adquirida aumentaram tanto entre negros como em não-negros no período.

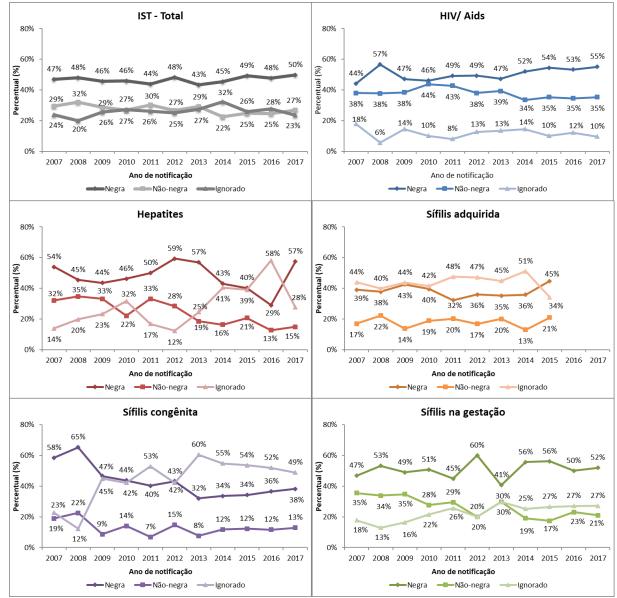


Figura 3 - Distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) por ano segundo a raça/cor. Distrito Federal, 2007 a 2017

A distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) por ano segundo a escolaridade, aponta para um aumento de 5 p.p. de notificações entre a população com ensino superior, aumento entre população com ensino médio e redução entre população apenas com ensino fundamental. Tal resultado pode estar ligado à ampliação no acesso à educação, com 33,34% mais vagas de cursos superiores sendo oferecidas no período – de acordo com o Censo da Educação Superior (INEP, 2020), o número de vagas oferecidas em cursos de graduação, em 2007, foi de 94.178 e, em 2017, de 125.580. Mesmo que a proporção de notificações entre pessoas com ensino superior seja menor, houve um pequeno aumento no período analisado. Destaca-se a predominância de notificações de sífilis e hepatites entre pessoas com ensino fundamental – ainda que as notificações de hepatites entre pessoas apenas com o fundamental tenham tido uma queda no período.

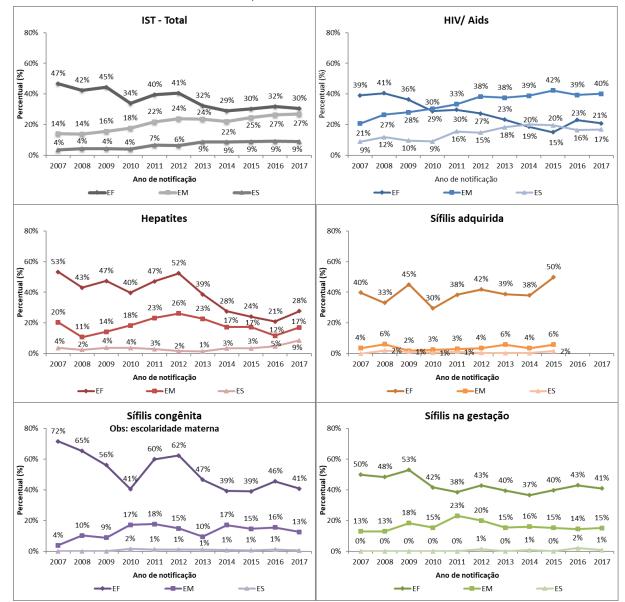


Figura 4 - Distribuição das notificações por IST entre jovens (12 a 29 anos) por ano segundo a escolaridade. Distrito Federal, 2007 a 2017

3.2.1. HIV/Aids

A Tabela 3 apresenta a distribuição das notificações de casos de HIV e aids entre jovens no período analisado (2007 a 2017), segundo critério de definição de caso, categoria de exposição e faixa etária. No período, houve uma ampla maioria de casos transmitidos em relações sexuais com homens, em que HIV é 72,9% e Aids, 62,5%. Do total, 0,2% das notificações foram de contágio por meio diferente do sexual, e em 8% dos casos, não havia essa informação. O uso de drogas injetáveis foi responsável por 4,1% das notificações de Aids e 1,5% das notificações de HIV desse período entre jovens no DF. Esse resultado pode evidenciar uma redução de contaminação por meio do uso de drogas injetáveis.

Tabela 3 - Distribuição das notificações de casos de HIV e aids entre jovens (12 a 29 anos) segundo o critério de definição de caso, categoria de exposição e faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017

		Critério de definição de caso						
		Aic	ls	HI	V	Tot	al	
		N° notif.	(%)	N° notif.	(%)	N° notif.	(%)	
	Total	1.819	100,0%	2.155	100,0%	3.974	100,0%	
Transmissão sexual	Relações sexuais com homens	1.137	62,5%	1.570	72,9%	2.707	68,1%	
	Relações sexuais com mulheres	281	15,4%	207	9,6%	488	12,3%	
	Relações sexuais com homens e mulheres	209	11,5%	244	11,3%	453	11,4%	
	Não foi transmissão sexual	5	0,3%	2	0,1%	7	0,2%	
	Ignorado	187	10,3%	132	6,1%	319	8,0%	
Transmissão por	Sim	75	4,1%	33	1,5%	108	2,7%	
uso de drogas injetáveis	Não	1.484	81,6%	1.949	90,4%	3.433	86,4%	
Injetaveis	Ignorado	260	14,3%	173	8,0%	433	10,9%	
Evolução do caso	Vivo	1.577	86,7%	2.049	95,1%	3.626	91,2%	
	Óbito	182	10,0%	22	1,0%	204	5,1%	
	Ignorado	60	3,3%	84	3,9%	144	3,6%	

Fonte: SES-DF/Sinan Elaboração: DIPOS/Codeplan.

3.2.2. Hepatites virais

Aspectos epidemiológicos

A Tabela 4 apresenta os aspectos epidemiológicos das infecções ou suspeitas por hepatite nos jovens do Distrito Federal entre 2007 e 2017. Enquanto a suspeita de hepatite A foi mais dominante entre 12 e 18 anos, nas outras faixas etárias suspeitas de hepatite B ou C, foram maioria. A maior parte desse grupo não tomou vacina para hepatite A, mas tomou para hepatite B. As formas clínicas mais recorrentes foram hepatites aguda e crônica/portador. O vírus B foi responsável por mais de 50% dos casos notificados. A baixa quantidade de pessoas vacinadas contra a hepatite A pode ser explicada, em parte, pelo fato de a vacina só estar disponível no Sistema Único de Saúde a partir de 2014; antes era disponível apenas para pessoas em risco de desenvolver as formas mais graves da doença (BRITO e SOUTO, 2020).

Tabela 4 - Distribuição das notificações de casos ou de suspeitas de hepatites entre jovens (12 a 29 anos), segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017 (Continua)

		Faixa etária							
		12 a 18	anos	19 a 24	anos	25 a 29	anos	To	tal
	Total	376	26%	503	35%	572	39%	1.451	100%
Suspeita de hepatite:	Hepatite A	221	59%	55	11%	37	6%	313	22%
	Hepatite B/C	115	31%	402	80%	490	86%	1.007	69%
	Não especificada	40	11%	44	9%	44	8%	128	9%
	Ignorado	0	0%	2	0%	1	0%	3	0%
Tomou vacina para	Completa	10	3%	7	1%	6	1%	23	2%
hepatite A	Incompleta	6	2%	13	3%	12	2%	31	2%
	Não vacinado	237	63%	280	56%	322	56%	839	58%
	Ignorado	123	33%	203	40%	232	41%	558	38%

Tabela 4 - Distribuição das notificações de casos ou de suspeitas de hepatites entre jovens (12 a 29 anos), segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017 (Conclusão)

					Faixa	etária			
		12 a 18	anos	19 a 24	4 anos	25 a 29	anos	To	tal
	Total	376	26%	503	35%	572	39%	1.451	100%
Suspeita de hepatite:	Hepatite A	221	59%	55	11%	37	6%	313	22%
	Hepatite B/C	115	31%	402	80%	490	86%	1.007	69%
	Não especificada	40	11%	44	9%	44	8%	128	9%
	Ignorado	0	0%	2	0%	1	0%	3	0%
Tomou vacina para	Completa	10	3%	7	1%	6	1%	23	2%
hepatite A	Incompleta	6	2%	13	3%	12	2%	31	2%
	Não vacinado	237	63%	280	56%	322	56%	839	58%
	Ignorado	123	33%	203	40%	232	41%	558	38%
Tomou vacina para	Completa	194	52%	121	24%	125	22%	440	30%
hepatite B	Incompleta	22	6%	66	13%	78	14%	166	11%
	Não vacinado	37	10%	130	26%	163	28%	330	23%
	Ignorado	123	33%	186	37%	206	36%	515	35%
Forma clínica	Hepatite aguda	276	73%	129	26%	117	20%	522	522
	Hepatite crônica/ portador assintomático	52	14%	220	44%	244	43%	516	516
	Inconclusivo	8	2%	13	3%	29	5%	50	50
	Ignorado	40	11%	141	28%	182	32%	363	363
Classificação etiológica	Vírus A	257	68%	70	14%	43	8%	370	25%
	Vírus B	67	18%	300	60%	378	66%	745	51%
	Vírus C	36	10%	101	20%	126	22%	263	18%
	Vírus E	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%
	Vírus B e C	1	0%	1	0%	3	1%	5	0%
	Vírus A e B	1	0%	2	0%	0	0%	3	0%
	Não se aplica	1	0%	4	1%	1	0%	6	0%
	Ignorado	13	3%	25	5%	20	3%	58	4%

Formas de exposição de jovens infectados ao vírus da hepatite

A Tabela 5 mostra a distribuição dos casos segundo a faixa etária por exposição/ provável fonte de contaminação e por infecção associada. Na maior parte das notificações analisadas nesse período entre jovens do Distrito Federal, a pessoa contaminada teve exposição a procedimentos de saúde (48%). Poucos foram os casos notificados de exposição ocupacional (2%) ou a drogas inaláveis e injetáveis (6%). Exposição a tatuagem, *piercing*, acupuntura ou a outros fatores representam 20% das notificações. Destaca-se que, entre os mais jovens, a provável fonte de infecção foi água ou alimentos contaminados (27%), enquanto entre faixas intermediária e de mais velhos, por via sexual.

Tabela 5 - Distribuição das notificações de casos de hepatites entre jovens (12 a 29 anos) segundo a faixa etária e exposição ao vírus e prováveis mecanismos de infecção. Distrito Federal, 2007 a 2017

		Faixa etária									
		12 a 18	3 anos	19 a 24	anos	25 a 29	anos	То	tal		
	Total	376	26%	503	35%	572	39%	1.451	100%		
Exposição a	Sim	130	35%	261	52%	307	54%	698	48%		
procedimentos de saúde	Não	246	65%	242	48%	265	46%	753	52%		
Exposição a drogas	Sim	15	4%	36	7%	39	7%	90	6%		
inaláveis e injetáveis	Não	361	96%	467	93%	533	93%	1.361	94%		
Exposição a tatuagem,	Sim	51	14%	122	24%	119	21%	292	20%		
piercing, acupuntura	Não	325	86%	381	76%	453	79%	1.159	80%		
Exposição a	Sim	51	14%	45	9%	35	6%	131	9%		
medicamentos ou alimentos	Não	325	86%	458	91%	537	94%	1.320	91%		
Exposição ocupacional	Sim	3	1%	17	3%	14	2%	34	2%		
	Não	373	99%	486	97%	558	98%	1.417	98%		
Exposição a outros	Sim	29	8%	118	23%	127	22%	274	19%		
fatores	Não	347	92%	385	77%	445	78%	1.177	81%		
Provável fonte/	Sexual	15	4%	68	14%	72	13%	155	11%		
mecanismo de infecção	Transfusional	9	2%	8	2%	13	2%	30	2%		
	Uso de drogas	3	1%	10	2%	7	1%	20	1%		
	Vertical	5	1%	6	1%	6	1%	17	1%		
	Acidente de trabalho	0	0%	3	1%	6	1%	9	1%		
	Domiciliar	9	2%	9	2%	6	1%	24	2%		
	Tratamento cirúrgico	1	0%	5	1%	1	0%	7	0%		
	Tratamento dentário	14	4%	24	5%	37	6%	75	5%		
	Pessoa/pessoa	2	1%	1	0%	3	1%	6	0%		
	Alimentos/água contaminada	102	27%	31	6%	12	2%	145	10%		
	Outros	6	2%	20	4%	20	3%	46	3%		
	Ignorado	210	56%	318	63%	389	68%	917	63%		

A Tabela 6 apresenta a distribuição das notificações de hepatites entre os jovens no DF que, entre 2007 e 2017, tiveram alguma IST associada ou contato com portadores do vírus HBV (causador da hepatite B) ou HBC (causador da hepatite C). Notificações de hepatite com HIV associado foram de 3% do total de notificações entre 2007 e 2017 e 5% das notificações de hepatite no período foram de contaminados com outra IST associada. Houve, ainda, notificações de pessoas que têm contato com outras pessoas portadoras de HBV, seja contato sexual (6%), domiciliar (8%) ou ocupacional (3%).

Tabela 6 - Distribuição das notificações de casos de hepatites entre jovens (12 a 29 anos) segundo o ano de notificação e IST associada. Distrito Federal, 2007 a 2017

							Ano	de not	ificaçã	0				
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Total (%)
	Total	137	121	211	136	172	187	151	116	87	86	47	1451	100%
HIV associado	Sim	0	2	2	2	6	2	12	1	4	4	10	45	3%
	Não	93	93	159	102	147	164	117	81	64	36	32	1.088	75%
	Ignorado	44	26	50	32	19	21	22	34	19	46	5	318	22%
Outra IST associada	Sim	6	0	12	7	14	6	9	6	7	3	7	77	5%
	Não	87	93	151	93	132	156	115	74	60	37	29	1.027	71%
	Ignorado	44	28	48	36	26	25	27	36	20	46	11	347	24%
Contato sexual com	Sim	6	3	14	8	21	6	13	8	5	3	4	91	6%
portador HBV ou HBC	Não	74	81	113	66	90	136	85	51	43	23	22	784	54%
1100	Ignorado	57	37	84	62	61	45	53	57	39	60	21	576	40%
Contato domiciliar	Sim	7	9	20	12	18	7	17	8	8	3	4	113	8%
com portador HBV ou HBC	Não	75	76	108	67	92	137	81	53	40	24	22	775	53%
ou ribo	Ignorado	55	36	83	57	62	43	53	55	39	59	21	563	39%
Contato ocupacional	Sim	3	3	8	4	9	2	3	1	4	2	4	43	3%
com portador HBV ou HBC	Não	82	82	125	72	99	145	92	60	44	27	22	850	59%
041120	Ignorado	52	36	78	60	64	40	56	55	39	57	21	558	38%

3.2.3. Sífilis adquirida

A Tabela 7 apresenta os dados sociodemográficos das notificações de Sífilis Adquirida no Distrito Federal entre 2007 e 2015, e a distribuição de acordo com as Regiões Administrativas.

As notificações entre os mais jovens (12 a 18 anos) tiveram a proporção de pouco mais de 13%, e as demais dividiram-se entre as faixas de 19 a 24 e 25 a 29 anos. Aproximadamente 70% das notificações foram entre homens. Houve um alto número de pessoas que não declararam escolaridade e raça/cor, dificultando o diagnóstico adequado. Dentre as notificações dos que declararam raça/cor, 18% foram entre não negros, 38% entre negros (o dobro da proporção de notificações entre negros). A maioria das notificações se deu entre pessoas com até o ensino médio incompleto (39%), sendo o maior número entre aqueles com ensino fundamental completo (16%) - 55% das notificações não possuíam a informação sobre escolaridade da pessoa infectada. Novamente, há evidências da educação, que é fonte de conhecimento para métodos de contágio e de prevenção, como fator protetivo contra a doença.

Tabela 7 - Distribuição das notificações de casos de sífilis adquirida (AS) entre jovens (12 a 29 anos) segundo ano de notificação, faixa etária, sexo, escolaridade e raça/cor. Distrito Federal, 2007 a 2017

						Ano d	le notific	cação				
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Total (%)
	DF	141	148	160	159	164	225	290	362	257	1.906	100%
Faixa etária	12 a 18 anos	13	23	17	21	25	26	31	48	45	249	13%
	19 a 24 anos	55	59	66	62	81	112	146	171	111	863	45%
	25 a 29 anos	73	66	77	76	58	87	113	143	101	794	42%
Sexo	Feminino	84	61	64	55	47	61	68	81	66	587	31%
	Masculino	57	87	96	103	116	164	222	281	191	1.317	69%
	Ignorado	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0%
Escolaridade	Analfabeto	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
	EF incompleto	32	21	27	19	21	32	31	37	30	250	13%
	EF completo	13	21	27	16	29	41	39	63	58	307	16%
	EM incompleto	9	7	18	12	13	21	42	37	40	199	10%
	EM completo	5	7	3	3	4	7	10	11	9	59	3%
	ES incompleto	0	2	0	1	1	1	7	2	6	20	1%
	ES completo	0	3	2	1	2	1	1	1	4	15	1%
	Ignorado	80	87	83	107	94	122	159	210	110	1.052	55%
	Não se aplica	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0%
Raça/cor	Negra	55	56	68	63	53	81	102	130	115	723	38%
	Não-negra	24	33	22	30	33	38	58	47	54	339	18%
	Ignorado	62	59	70	66	78	106	130	185	88	844	44%

3.2.4. Sífilis congênita

Aspectos sociodemográficos

A sífilis congênita é notificada a partir de infecções em filhos de mulheres dentro da faixa de estudo aqui proposta: 12 a 29 anos. A Tabela 8 mostra a distribuição sociodemográfica das notificações no Distrito Federal entre jovens de 2007 a 2017. As notificações majoritárias foram entre as mães de 19 a 24 anos (48%), de raça/cor negra (58%) – assim como a raça/cor declarada da criança (40%). Já a proporção de notificações entre crianças sem informação de raça e cor foi de48%. A maior parte das notificações foram entre meninos (50%) e entre mães com ensino fundamental incompleto (29%). Notase, mais uma vez, um padrão de escolaridade e raça/cor a serem considerados nas medidas preventivas de ISTs. Outro importante ponto a ser destacado: o número de notificações, independente da faixa etária, que cresceu ao longo do tempo.

Tabela 8 - Distribuição das notificações de casos de sífilis congênita de filhos de mulheres jovens (12 a 29 anos) segundo o ano de notificação e faixa etária, raça/cor e escolaridade da mãe e sexo e raça/cor da criança. Distrito Federal, 2007 a 2017

							Ano	de not	ificaçã	0				
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Total (%)
	Total	53	49	58	64	87	102	106	137	155	181	225	1.217	100%
Faixa etária	12 a 18 anos	5	4	4	7	10	19	18	26	26	39	47	205	17%
da mãe	19 a 24 anos	18	23	29	28	28	50	57	70	81	91	106	581	48%
	25 a 29 anos	30	22	25	29	49	33	31	41	48	51	72	431	35%
Raça/cor	Negra	37	38	38	39	54	60	56	68	93	97	123	703	58%
(mãe)	Não-negra	9	8	13	11	13	26	14	30	25	30	29	208	17%
	Ignorado	7	3	7	14	20	16	36	39	37	54	73	306	25%
Escolaridade	Analfabeto	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0%
da mãe	EF incompleto	28	14	22	16	36	39	36	25	38	48	48	350	29%
	EF completo	5	14	4	2	8	11	4	12	5	11	22	98	8%
	EM incompleto	5	3	6	8	6	13	9	16	16	23	21	126	10%
	EM completo	1	5	4	10	12	12	10	21	17	26	25	143	12%
	ES incompleto	1	0	1	1	3	3	0	2	5	2	3	21	2%
	ES completo	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	9	1%
	Ignorado	13	12	20	26	18	22	45	58	69	68	103	454	37%
	Não se aplica	0	0	1	0	2	1	1	2	4	1	2	14	1%
Sexo da	Feminino	27	27	33	29	36	38	43	67	72	76	90	538	44%
criança	Masculino	23	22	22	32	43	60	56	63	73	94	119	607	50%
	Ignorado	3	0	3	3	8	4	7	7	10	11	16	72	6%
Raça/cor	Negra	31	32	27	28	35	44	34	46	53	66	86	482	40%
(criança)	Não-negra	10	11	5	9	6	15	8	16	19	21	29	149	12%
	Ignorado	12	6	26	27	46	43	64	75	83	94	110	586	48%

Pré-natal e diagnóstico

A Tabela 9 apresenta a forma de diagnóstico dos casos de sífilis congênita notificados entre jovens do Distrito Federal entre 2007 e 2017 e ainda se foi realizado o prénatal ou não nesses casos. A maioria das mães notificadas com a doença realizou o prénatal (83%), facilitando o diagnóstico da sífilis materna (65% dos diagnósticos acontecem durante o pré-natal). Durante o parto/curetagem, 22% dos casos foram diagnosticados. Em 13% dos casos notificados não houve pré-natal na gestação. A ampliação do acesso à informação por parte das jovens e seus familiares é importante para permitir diagnósticos mais precisos de ISTs e demais problemas que podem ocorrer durante o período gestacional.

Tabela 9 - Distribuição das notificações de casos de sífilis congênita de filhos de mulheres jovens (12 a 29 anos) segundo as características do pré-natal e faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017

		Faixa etária da mãe							
		12 a 18	8 anos	19 a 2	4 anos	25 a 29	anos	Total	
	Total	205	17%	581	48%	431	35%	1.217	100%
Realizou pré-natal	Sim	174	85%	483	83%	355	82%	1.012	83%
na gestação?	Não	24	12%	78	13%	58	13%	160	13%
	Ignorado	7	3%	20	3%	18	4%	45	4%
Diagnóstico de	Durante o pré-natal	147	72%	377	65%	261	61%	785	65%
sífilis materna	No momento do parto/curetagem	36	18%	134	23%	103	24%	273	22%
	Após o parto	12	6%	37	6%	45	10%	94	8%
	Não realizado	0	0%	6	1%	4	1%	10	1%
	Ignorado	10	5%	27	5%	18	4%	55	5%

3.2.5. Sífilis na gestação

Aspectos sociodemográficos

A Tabela 10 apresenta os aspectos sociodemográficos da sífilis na gestação entre jovens do DF no período de 2007 a 2017. É notório que os casos aumentaram ao longo da série de dados, passando de 62 em 2007, para 291 em 2017, uma alta de aproximadamente 4,7 vezes. Novamente, é importante salientar que os dados sobre escolaridade das pessoas infectadas não estão completos, dificultando o diagnóstico de incidência sob esses aspectos e, consequentemente, focalização das medidas de prevenção e controle da doença. A maior parte dos casos foi notificada entre jovens de 19 a 24 anos (47%), durante o primeiro trimestre da gestação (40%) e em meninas com ensino fundamental incompleto (22%) – destaca-se que 42% das notificações não possuíam informação sobre escolaridade. A maior parte das notificações se deu entre negros/as, representando 51% do total.

Tabela 10 - Distribuição das notificações de casos de sífilis na gestação entre mulheres jovens (12 a 29 anos) segundo o ano de notificação, faixa etária, trimestre da gestação, escolaridade e raça/cor. Distrito Federal, 2007 a 2017 (Continua)

							Ano	de not	ificaçã	o				
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Total (%)
	Total	62	62	49	65	78	70	91	131	196	256	291	1.351	100%
Faixa etária	12 a 18 anos	3	11	6	6	17	12	20	29	34	55	68	261	19%
	19 a 24 anos	23	24	25	22	31	31	50	63	97	132	142	640	47%
	25 a 29 anos	36	27	18	37	30	27	21	39	65	69	81	450	33%
Trimestre da	1º trimestre	24	22	18	20	22	15	25	52	91	109	142	540	40%
gestação	2º trimestre	23	23	19	26	30	25	37	43	56	75	75	432	32%
	3º trimestre	13	13	10	14	21	15	21	29	34	52	60	282	21%
	Ignorada	2	4	2	5	5	15	8	7	15	20	14	97	7%

Tabela 10 - Distribuição das notificações de casos de sífilis na gestação entre mulheres jovens (12 a 29 anos) segundo o ano de notificação, faixa etária, trimestre da gestação, escolaridade e raça/cor. Distrito Federal, 2007 a 2017 (Conclusão)

							Ano	de not	ificaçã	0				
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Total (%)
	Total	62	62	49	65	78	70	91	131	196	256	291	1.351	100%
Escolaridade	Analfabeto	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	4	0%
	EF incompleto	25	17	13	11	23	18	16	24	37	59	52	295	22%
	EF completo	5	7	6	8	5	8	7	9	17	12	22	106	8%
	EM incompleto	1	6	7	7	2	4	13	15	23	37	45	160	12%
	EM completo	7	7	9	8	16	14	11	19	25	32	37	185	14%
	ES incompleto	1	1	0	2	2	0	3	2	5	5	7	28	2%
	ES completo	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	2	9	1%
	Ignorado	23	24	14	28	30	25	41	61	88	104	126	564	42%
Raça/cor	Negra	29	33	24	33	35	42	37	73	110	128	151	695	51%
	Não-negra	22	21	17	18	23	14	27	25	34	59	61	321	24%
-	Ignorado	11	8	8	14	20	14	27	33	52	69	79	335	25%

Tratamento do parceiro

A Tabela 11 apresenta os dados de notificações entre gestantes segundo o tratamento de parceiros/as das gestantes. Não há informação sobre esse dado em mais de 40% das notificações. Dentre os 797 casos para os quais há informação, a maior parte dos parceiros se tratou concomitantemente à gestante. Dentre os parceiros que não se trataram, a maior parte teve motivo "outro" (16%), ou não tiveram mais contato com a gestante (10%). Alguns não foram comunicados (2%), outros foram comunicados e não compareceram às US (4%) e, ainda, existe o grupo de parceiros comunicados que compareceu à US, porém recusou-se a tratar-se (2%).

Tabela 11 - Distribuição das notificações de casos de sífilis na gestação entre mulheres jovens (12 a 29 anos) segundo o tratamento do parceiro e faixa etária da gestante. Distrito Federal, 2007 a 2017 (Continua)

		Faixa etária							
		12 a 18	8 anos	19 a 24	4 anos	25 a 29	anos	To	tal
	Total	261	19%	640	47%	450	33%	1.351	100%
Parceiro tratado	Sim	98	38%	226	35%	153	34%	477	35%
concomitantemente à gestante	Não	76	29%	153	24%	91	20%	320	24%
a gestaine	Ignorado	87	33%	261	41%	206	46%	554	41%
Motivo para o não tratamento do	Parceiro não teve mais contato com a gestante	36	14%	54	8%	40	9%	130	10%
parceiro	Parceiro não foi comunicado/ convocado à US para tratamento	2	1%	11	2%	9	2%	22	2%
	Parceiro foi comunicado/ convocado à US para tratamento, mas não compareceu	14	5%	30	5%	14	3%	58	4%

Tabela 11 - Distribuição das notificações de casos de sífilis na gestação entre mulheres jovens (12 a 29 anos) segundo o tratamento do parceiro e faixa etária da gestante. Distrito Federal, 2007 a 2017 (Conclusão)

		Faixa etária									
		12 a 18 anos 19 a 24 anos 25 a 29 anos Total									
	Total	261	19%	640	47%	450	33%	1.351	100%		
Motivo para o não tratamento do parceiro	Parceiro foi comunicado/ convocado à US mas recusou o tratamento	10	4%	16	3%	5	1%	31	2%		
	Parceiro com sorologia não reagente	8	3%	20	3%	13	3%	41	3%		
	Outro motivo	40	15%	109	17%	66	15%	215	16%		
	Ignorado	151	58%	400	63%	303	67%	854	63%		

3.3. PeNSE

Os resultados da PeNSE 2015 (Tabela 12) mostram a porcentagem de alunos do nono ano do ensino fundamental que iniciaram a sua vida sexual, utilizaram camisinha na primeira relação sexual e utilizaram algum tipo de contraceptivo ou preservativo na última relação sexual, além dos alunos que receberam orientação sobre camisinha e sobre ISTs na escola.

Tabela 12 - Comportamentos sexual dos estudantes do Distrito Federal que frequentavam o nono ano do ensino fundamental em 2015

Descrição	Todos	Masculino	Feminino
Já teve relação sexual	23,2%	31,7%	15,6%
Camisinha na primeira relação	59,5%	54,9%	67,9%
Camisinha na última relação	66,2%	66,3%	66,0%
Orientação escolar sobre ISTs	86,3%	85,1%	87,5%
Orientação escolar sobre camisinha grátis	66,9%	68,3%	65,7%

Fonte: PeNSE, 2015

De acordo com os dados do Distrito Federal em 2015, 23,2% dos jovens escolares do nono ano já haviam iniciado a vida sexual. Proporcionalmente, a proporção de alunos que já haviam tido essa iniciação em 2015 foi mais que o dobro da proporção de alunas. 67,9% das meninas reportaram terem usado camisinha na primeira relação, o que representa 13 p.p. a mais que a proporção de meninos que reportou a mesma resposta. As proporções do uso na relação sexual mais recente em relação à data da entrevista por meninos e meninas, tiveram valores próximos, com vantagem de 0,3 pontos percentuais entre meninos.

A escola cumpre um importante papel para a prevenção às ISTs. Segundo a pesquisa, em 2015, no DF, a proporção de meninas que receberam orientações sobre ISTs na escola foi maior que a de jovens do sexo masculino (2,4 p.p. a mais). Por outro lado, os meninos foram mais orientados sobre como conseguir a camisinha grátis (2,6 p.p. a mais).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as notificações de ISTs no Distrito Federal e o comportamento sexual de adolescentes e jovens entre 12 e 29 anos para atender a demanda da Secretaria de Juventude do Distrito Federal (SEJUV). Foram usados dados da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) e do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan).

A evolução de casos de ISTs no Distrito Federal pode ser um fator preocupante para as autoridades de saúde. Além dos riscos de aumentar o número de vetores de contaminação, há o custo associado a tratamentos longos ou até para o resto da vida. Os dados da PeNSE mostram que aproximadamente 1 em cada 3 jovens escolares do nono ano do DF já iniciaram sua vida sexual. De acordo com Lara e Abdo (2015), a precocidade na iniciação sexual aumenta a probabilidade de relações sexuais desprotegidas e, consequentemente, as chances de contrair algumas IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis.

As Regiões Administrativas que apresentaram maior proporção de notificações de ISTs no período analisado de 2007 a 2017, são SCIA/Estrutural e Sobradinho. A quantidade de notificações representa mais de 2% da população entre 12 e 29 anos nos dois locais. As menores proporções de notificações foram em Sobradinho II e Jardim Botânico (menor que 0,1% da população estudada). Outro achado consistente refere-se à educação: a maior parte das notificações aponta pessoas menos escolarizadas, indicando que a educação e a escola possuem papel significativo na disseminação da informação sobre infecções sexualmente transmissíveis e sobre a prevenção – é importante lembrar que o primeiro grupo etário (12 a 18) ainda está em idade escolar.

Fontes *et al.* (2017) mostram resultados de um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas realizado com jovens de 18 a 29 anos no Brasil. Segundo dados coletados em 2011, 40% dos entrevistados não consideram o uso de camisinha um método muito eficaz de prevenção de IST/Aids ou gravidez. E 40% dos entrevistados opinaram que, quando o relacionamento é estável, não é necessário usar camisinha, e cerca de 20% dos jovens se sentiriam insultados ou com raiva se o (a) seu (sua) parceiro (a) quisesse usar um preservativo ao fazer sexo. Em termos de práticas, 36,1% não usaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais e apenas 9,4% foram a centros de saúde nos 12 meses anteriores para obter informações ou tratamento para ISTs-Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Políticas públicas que evitem a evasão escolar precoce (antes de completar, pelo menos o ciclo básico de educação), podem ser importantes para a redução das infecções, de modo a aumentar a informação dos jovens sobre os riscos da prática sexual sem o uso de preservativos. Algumas RAs se mostram mais suscetíveis às ISTs, de forma que políticas públicas junto às Unidades Básicas de Saúde, às escolas e às universidades, podem colaborar com a redução da disseminação de tais doenças.

Cabe salientar que esta análise foi limitada. Primeiramente, porque muitos dados sobre as notificações não foram preenchidos completamente, dificultando traçar o perfil completo dos jovens do DF que contraíram ISTs nos últimos anos. Outro ponto importante é que a análise foi descritiva, sem inferências sobre as variáveis e as relações entre elas.

A terceira meta de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável identificados na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é a seguinte: "3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis" (UN, [s.d.]). A expectativa, frente ao cumprimento dessa meta é a desaceleração de novas infecções sexualmente transmissíveis e nas mortes relacionadas a essas infecções (incluindo natimortos e câncer cervical) e a melhoria da saúde individual, saúde sexual e do bem-estar de todas as pessoas (WHO, 2016).

No Distrito Federal, a Lei nº 4,235, de 30 de outubro de 2008 instituiu a Semana Distrital de Ações de Prevenção ao HIV/aids e outras ISTs. Estão previstas ações em estabelecimentos públicos de ensino e de saúde, repartições públicas, penitenciárias, dentre outros (DISTRITO FEDERAL, 2008). E nas ações previstas, podem ser oferecidas palestras e seminários sobre HIV/aids e outras ISTs, oficinas de capacitação para educadores e representações da sociedade civil e ações de distribuição de preservativos.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) também disponibiliza preservativos, gel e profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV e pós-exposição (PEP) ao HIV e outras ISTs em suas unidades de atendimento. Além disso, fornece fórmula láctea infantil para crianças expostas ao HIV. Na perspectiva da articulação com outras áreas, a prevenção ao HIV é um dos temas centrais do programa Saúde na Escola, com importante alcance para o público adolescente e jovem (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Faz-se urgente a proposição e implementação de ações e atividades permanentes, que não fiquem restritas a uma semana do ano ou aos ambientes escolares, que contribuam na redução dos casos de ISTs para o grupo jovem no Distrito Federal. O Quadro 4 faz um resumo das principais ações para a prevenção e enfrentamento das ISTs, separadas em três grandes áreas: planejamento e ações governamentais, ações para o acesso à informação e ações educativas.

Quadro 4 - Síntese de ações para prevenção e enfrentamento de ISTs

(Continua)

Área	Ação	Referência
	Garantir que pessoas com algum tipo de deficiência (em especial mulheres, jovens e seus acompanhantes) aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Esses serviços devem contemplar exames preventivos e material para a prevenção e tratamento de IST.	
	Gerar evidências por meio de pesquisas - com a participação da sociedade - sobre saúde sexual e reprodutiva de pessoas portadoras de alguma deficiência, com especial atenção à população negra, às mulheres, aos jovens e aos temas de ISTs e HIV/aids.	UNFPA/CEDAPS (2018)
Planejamento e ações	Reconhecer as necessidades do que se refere à saúde reprodutiva e sexual, HIV/aids e informação.	
governamentais	Fomentar mudanças culturais, políticas e econômicas que colocam direitos e a dignidade das pessoas e dos grupos de pessoas atingidos pelo HIV em risco.	MANN, et al. (1992) apud Ministério da Saúde (2017)
	Utilizar a prevenção combinada, que é a junção de três abordagens para a prevenção do HIV: biomédica, estrutural e comportamental.	Ministério da Saúde (2017)
	Institucionalizar políticas para que jovens colaborem na resposta ao HIV.	UNFPA, ALL IN (2016) apud Ministério da Saúde (2017)

Quadro 4 - Síntese de ações para prevenção e enfrentamento de ISTs

(Conclusão)

Área	Ação	Referência
	Fazer intervenções comportamentais para que indivíduos e segmentos sociais sejam capazes de gerir diferentes níveis de risco a que são expostos, de posse do conhecimento das estratégias de prevenção e tratamento disponíveis no SUS, em especial os grupos prioritários, para que possam ter uma mudança de comportamento que os leve à ficar menos expostos ao HIV/Aids.	Ministério da Saúde
Ações voltadas para o acesso à informação	Manter a combinação de ofertas de Prevenção Combinada do HIV com temas de relevância (luta contra discriminação, respeito pelas escolhas diversas, autonomia de corpos, defesa dos direitos humanos e uso de drogas) em todas esferas de intervenções.	(2017)
	Criar materiais com conteúdo que expandam o conhecimento de todos sobre os preservativos femininos	
	Disseminar informações para que haja transformação na percepção das pessoas em relação ao HIV, utilizando os veículos de comunicação em campanhas nacionais.	MANN, <i>et al.</i> (1992) apud Ministério da Saúde (2017)
	Usar a estratégia de educação por pares com o intuito de fomentar debates sobre sexualidade e prevenção.	Brasil (2007)
	Informar sobre as ISTs e a maneira correta de utilização dos insumos disponíveis para a prevenção.	
Ações educativas	Mostrar que preservativos não apenas são estratégias para evitar infecções sexualmente transmissíveis, mas também são importantes ferramentas para a saúde reprodutiva.	Ministério da Saúde
	Ressignificar para casais soro diferentes que o uso combinado de preservativo e TARV reduz ainda mais as chances de transmissão de HIV e protege de outras ISTs.	(2017)
	No contexto de Prevenção Combinada ao HIV, incentivar que se use preservativo combinado a outras medidas, como adesão à PrEP e à PEP.	

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

O Distrito Federal realiza ações educativas, para o acesso à informação e de vigilância epidemiológica das ISTs:

- Semana Distrital de prevenção da Aids e demais ISTs (na última semana de novembro) instituída pela Lei nº 4.235 de 30 de outubro de 2008;
- Campanha Dezembro Vermelho de prevenção ao HIV e Aids (AGÊNCIA BRASILÍA, 2021);
- Campanha Outubro Verde de combate à sífilis (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2021);
- Campanha Educar para Prevenir atividade educativa destinada à prevenção, causas e consequências de gravidez na adolescência e de ISTs (DISTRITO FEDERAL, 2020);
- Atendimento e acompanhamento de referência de ISTs a partir das Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Testagem e Controle (NTA) e Hospital DIA (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Para estudos futuros, é importante analisar a dinâmica das notificações durante o período de pandemia, visto que HIV é classificada como uma comorbidade de risco para o coronavírus. Estudos sobre os comportamentos sexuais de adolescentes e jovens se faz importante, visto que a PeNSE é limitada a adolescentes que estão nas escolas e a faixa de 12 a 18 anos possui a menor proporção das notificações, conforme resultados apresentados na Tabela 2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BRITO, Wagner Izidoro de e SOUTO, Francisco José Dutra. **Vacinação universal contra hepatite A no Brasil: análise da cobertura vacinal e da incidência cinco anos após a implantação do programa**. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. v. 23. e200073. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720200073. Acesso em: 1 mar. 2021.

CARVALHO *et al.* Conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis por estudantes adolescentes de escolas públicas. Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 7-17, jan/mar 2018.

CODEPLAN. Projeções populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020. Brasília - DF: Codeplan, 2019.

CONJUVE. Conselho Nacional de Juventude *et al.* (Org.). **Política nacional de juventude: diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2006.

DECICCA, Philip; KRASHINSKY, Harry. **Does education reduce teen fertility? Evidence from compulsory schooling laws**. Journal of Health Economics, v. 69, p. 102268, 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 4235, de 30 de outubro de 2008**. Institui a Semana Distrital de Prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e das Demais Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2008

Secretaria de Estado de Saúde. Saúde debate ações para prevenir casos de
HIV/Aids entre jovens. 2019. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/saude-debate-
acoes-para-prevenir-casos-de-hiv-aids-entre-jovens/#:~:text=A%C3%87%C3%95ES%
20%E2%80%93%20A%20%C3%BAltima%20semana%20de,%2C%20penitenci%C3%A1
rias%2C%20dentre%20outros%20locais. Acesso em: 30 abr. 2021.
DECRETO Nº 39.546, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sistema Integrado de Normas Jurídicas, Brasília (DF). Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/
c7d8594440ea48969cee564fafa77865/Decreto_39546_19_12_2018.html. Acesso em:
3 nov. 2021.
Secretario de Saúde, Atendimento e germanhamento de referência: Infocesos

______. Secretaria de Saúde. Atendimento e acompanhamento de referência: Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV, AIDS, Hepatites Virais, Hanseníase e Tuberculose. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/atendimento-e-acompanhamento-de-referencia-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-hiv-aids-hepatites-virais-hanseniase-e-tuberculose/. Acesso em: 3 nov. 2021.

_____. Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania. Sejus conclui ações de prevenção da gravidez na adolescência em Centros de Juventude do DF. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/atendimento-e-acompanhamento-de-referencia-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-hiv-aids-hepatites-virais-hanseniase-e-tuberculose/. Acesso em: 3 nov. 2021.

FONTES MB *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em **DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1343-1352, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo da Educação** Superior, 2007. Brasília: MEC, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/resultados. Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo da Educação Superior, 2017**. Brasília: MEC, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/resultados. Acesso em: 01 mar. 2021.

LARA, Lucia Alves da Silva; ABDO, Carmita Helena Najjar. **Aspectos da atividade sexual precoce**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 37, n. 5, p. 199-202, 2015.

OLIVEIRA, DC *et al.* Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das **DST/HIV/AIDS** em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/

<u>scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400020&lng=en&nrm=iso</u>. Acesso em: 8 set. 2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e prática. São Paulo: Guanabara Koogan (Grupo Gen). 1995. 598 p.

PEREIRA, G. F. M. *et al.* **HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas**. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. v. 22, n. Suplemento 1, e190001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.1. ISSN 1980-5497. Acesso em: 1 mar. 2021.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Vol. 2, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

_____. A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis. Disponível em: <a href="https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis<emid=812. Acesso em: 1 mar. 2021.

TAQUETTE SR, VILHENA MM. **Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência**. Psicol Estud. 2008;13(1):105-14. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000100013. Acesso em: 9 set. 2020.

UNFPA. **Direitos da população jovem**: um marco para o desenvolvimento. -- 2 ed. -- Brasília, 2010.

UN. **Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3**. [s. d.] Disponível, em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3. Acesso em: 30 abr. 2021.

WHO. **Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections**, 2016-2021. 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=5DE036CC5129E635AEC30C3C699D814A?sequence=1. Acesso em: 30 abr. 2021.

_____. **HIV/AIDS**. [s.d]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1. Acesso em: 5 maio 2021.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Tabela 13 - Distribuição das notificações de casos de HIV e Aids entre jovens (12 a 29 anos) segundo faixa etária e critério de definição de caso por RA de residência. Distrito Federal, 2007 a 2017

Caracterização das notificações	Total de notificações	População de 12 a 29 anos	Casos/ População	
Total	9.899	879.430	2,10%	
Plano Piloto	687	50.689	1,36%	
Gama	423	44.286	0,96%	
Taguatinga	936	56.821	1,65%	
Brazlândia	170	20.485	0,83%	
Sobradinho	421	19.984	2,11%	
Planaltina	649	62.803	1,03%	
Paranoá	345	24.778	1,39%	
Núcleo Bandeirante	92	6.903	1,33%	
Ceilândia	1.503	134.633	1,12%	
Guará	456	35.051	1,30%	
Cruzeiro	142	7.998	1,78%	
Samambaia	1.053	71.721	1,47%	
Santa Maria	399	42.010	0,95%	
São Sebastião	528	35.291	1,50%	
Recanto das Emas	571	45.330	1,26%	
Lago Sul	55	6.866	0,80%	
Riacho Fundo	187	12.428	1,50%	
Lago Norte	71	8.219	0,86%	
Candangolândia	84	4.903	1,71%	
Águas Claras	242	40.571	0,60%	
Riacho Fundo II	128	28.246	0,45%	
Sudoeste/Octogonal	63	10.592	0,59%	
Varjão	43	3.125	1,38%	
Park Way	53	6.172	0,86%	
SCIA - Estrutural	279	13.293	2,10%	
Sobradinho II	3	23.728	0,01%	
Jardim Botânico	12	15.934	0,08%	
Itapoã	191	21.076	0,91%	
SIA*	4	797	0,50%	
Vicente Pires	91	21.443	0,42%	
Fercal	18	3.254	0,55%	

Fonte 1: SES-DF/Sinan

Fonte 2: Projeções populacionais por sexo, idade e região administrativa, 2010-2020 (CODEPLAN, 2019) Elaboração: DIPOS/Codeplan.

_____12 a 29 anos _____30 a 59 anos

Aids НΙ Otde. -100 -100 —12 a 29 anos ——30 a 59 anos -12 a 29 anos -30 a 59 anos Hepatites virais Sífilis adquirida Qtde. Otde. Ano de notificação Ano de notificação _____12 a 29 anos ______30 a 59 anos _____12 a 29 anos ______30 a 59 anos Sífilis congênita Sífilis na gestação Otde. Otde.

Apêndice 2 - Figura 5 - Distribuição das notificações por IST por faixa etária e ano de notificação. Distrito Federal, 2007 a 2017

Fonte: SES-DF/Sinan

_____12 a 29 anos _____30 a 59 anos

Apêndice 3 - Tabela 14 - Distribuição das notificações de casos de HIV e Aids entre jovens (12 a 29 anos) segundo faixa etária e critério de definição de caso por RA de residência. Distrito Federal, 2007 a 2017

	Faixa etária															
RA residência	A residência 12 a 1					19	a 24		25 a 29				Total			
	Ai	ids	Н	IIV	A	Aids		HIV		Aids		IV	Aids		HIV	
DF	72	100%	135	100%	692	100%	1.074	100%	1.055	100%	946	100%	1.819	100%	2.155	100%
Plano Piloto	2	1%	13	5%	76	36%	114	43%	131	63%	137	52%	209	11%	264	12%
Gama	3	4%	3	3%	23	33%	62	57%	43	62%	44	40%	69	4%	109	5%
Taguatinga	5	2%	5	3%	84	39%	99	50%	125	58%	96	48%	214	12%	200	9%
Brazlândia	0	0%	4	13%	13	59%	17	53%	9	41%	11	34%	22	1%	32	1%
Sobradinho	3	4%	9	10%	33	40%	41	47%	47	57%	37	43%	83	5%	87	4%
Planaltina	4	3%	8	9%	39	34%	48	51%	73	63%	38	40%	116	6%	94	4%
Paranoá	3	5%	4	6%	29	49%	38	54%	27	46%	28	40%	59	3%	70	3%
Núcleo Bandeirante	0	0%	0	0%	8	40%	10	48%	12	60%	11	52%	20	1%	21	1%
Ceilândia	2	1%	23	8%	100	44%	150	53%	126	55%	111	39%	228	13%	284	13%
Guará	6	6%	8	5%	39	39%	87	56%	56	55%	61	39%	101	6%	156	7%
Cruzeiro	2	5%	3	6%	16	36%	25	50%	26	59%	22	44%	44	2%	50	2%
Samambaia	8	7%	11	7%	39	36%	78	49%	60	56%	69	44%	107	6%	158	7%
Santa Maria	1	2%	4	5%	20	34%	42	53%	37	64%	34	43%	58	3%	80	4%
São Sebastião	6	6%	5	6%	40	40%	47	59%	54	54%	28	35%	100	5%	80	4%
Recanto das Emas	5	5%	11	13%	46	43%	51	61%	57	53%	22	26%	108	6%	84	4%
Lago Sul	0	0%	2	10%	4	27%	6	30%	11	73%	12	60%	15	1%	20	1%
Riacho Fundo	4	11%	5	10%	9	24%	19	39%	24	65%	25	51%	37	2%	49	2%
Lago Norte	2	10%	1	4%	4	20%	8	32%	14	70%	16	64%	20	1%	25	1%
Candangolândia	2	17%	1	5%	6	50%	10	45%	4	33%	11	50%	12	1%	22	1%
Águas Claras	2	3%	3	3%	15	24%	27	29%	46	73%	62	67%	63	3%	92	4%
Riacho Fundo II	2	9%	4	14%	9	39%	14	50%	12	52%	10	36%	23	1%	28	1%
Sudoeste/Octogonal	2	7%	2	9%	9	33%	9	39%	16	59%	12	52%	27	1%	23	1%
Varjão	1	11%	1	50%	4	44%	1	50%	4	44%	0	0%	9	0%	2	0%
Park Way	1	11%	1	6%	3	33%	6	33%	5	56%	11	61%	9	0%	18	1%
SCIA - Estrutural	4	13%	2	5%	11	35%	23	52%	16	52%	19	43%	31	2%	44	2%
Sobradinho II	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Jardim Botânico	1	14%	0	0%	1	14%	1	33%	5	71%	2	67%	7	0%	3	0%
Itapoã	0	0%	0	0%	7	64%	16	84%	4	36%	3	16%	11	1%	19	1%
SIA*	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	0%	0	0%
Vicente Pires	1	6%	2	5%	5	31%	23	59%	10	63%	14	36%	16	1%	39	2%
Fercal	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%

Apêndice 4 - Tabela 15 - Distribuição das notificações de casos de hepatites entre jovens (12 a 29 anos) por RA de residência segundo o ano de notificação. Distrito Federal, 2007 a 2017

DF 376	RA residência	Faixa etária							
Plano Piloto	RA residericia	12 a 18	3	19 a 2	4	25 a 29	9	Tota]
Gama 9 2% 11 2% 10 2% 30 2% Taguatinga 19 5% 31 6% 45 8% 95 7% Brazlândia 111 3% 111 2% 8 1% 30 2% Sobradinho 19 5% 22 4% 21 4% 62 4% Planatina 41 11% 33 7% 36 6% 110 8% Paranoá 14 4% 25 5% 9 2% 48 3% Núcleo Bandeirante 5 1% 1 0% 4 1% 10 1% 48 10% 70 12% 48 3% Núcleo Bandeirante 5 1% 1 0% 4 1% 10 1% 48 10% 70 12% 155 11% Guará 14 4% 20 4% 21 <	DF	376	%	503	%	572	%	1451	%
Taguatinga	Plano Piloto	8	2%	24	5%	18	3%	50	3%
Brazlândia 11 3% 11 2% 8 1% 30 2% Sobradinho 19 5% 22 4% 21 4% 62 4% Planaltina 41 11% 33 7% 36 6% 110 8% Paranoá 14 4% 25 5% 9 2% 48 3% Núcleo Bandeirante 5 1% 1 0% 4 1% 10 1% Ceilàndia 37 10% 48 10% 70 12% 155 11% Guará 14 4% 20 4% 21 4% 55 4% Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65	Gama	9	2%	11	2%	10	2%	30	2%
Sobradinho	Taguatinga	19	5%	31	6%	45	8%	95	7%
Planaltina 41 11% 33 7% 36 6% 110 8% Paranoá 14 4% 25 5% 9 2% 48 3% Núcleo Bandeirante 5 1% 1 0% 4 1% 10 1% Ceilàndia 37 10% 48 10% 70 12% 155 11% Guará 14 4% 20 4% 21 4% 55 4% Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 5 1% <	Brazlândia	11	3%	11	2%	8	1%	30	2%
Paranoá 14 4% 25 5% 9 2% 48 3% Núcleo Bandeirante 5 1% 1 0% 4 1% 10 1% Ceilândia 37 10% 48 10% 70 12% 155 11% Guará 14 4% 20 4% 21 4% 55 4% Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 2 0% 10 2%	Sobradinho	19	5%	22	4%	21	4%	62	4%
Núcleo Bandeirante 5 1% 1 0% 4 1% 10 1% Ceilândia 37 10% 48 10% 70 12% 155 11% Guará 14 4% 20 4% 21 4% 55 4% Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 5 1% <t< td=""><td>Planaltina</td><td>41</td><td>11%</td><td>33</td><td>7%</td><td>36</td><td>6%</td><td>110</td><td>8%</td></t<>	Planaltina	41	11%	33	7%	36	6%	110	8%
Ceilândia 37 10% 48 10% 70 12% 155 11% Guará 14 4% 20 4% 21 4% 55 4% Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 5 1% 7 0% Aguas Claras 4 1% 4 1% 1 2 0% <td>Paranoá</td> <td>14</td> <td>4%</td> <td>25</td> <td>5%</td> <td>9</td> <td>2%</td> <td>48</td> <td>3%</td>	Paranoá	14	4%	25	5%	9	2%	48	3%
Guará 14 4% 20 4% 21 4% 55 4% Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Aguas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 <td>Núcleo Bandeirante</td> <td>5</td> <td>1%</td> <td>1</td> <td>0%</td> <td>4</td> <td>1%</td> <td>10</td> <td>1%</td>	Núcleo Bandeirante	5	1%	1	0%	4	1%	10	1%
Cruzeiro 4 1% 2 0% 5 1% 11 1% Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 </td <td>Ceilândia</td> <td>37</td> <td>10%</td> <td>48</td> <td>10%</td> <td>70</td> <td>12%</td> <td>155</td> <td>11%</td>	Ceilândia	37	10%	48	10%	70	12%	155	11%
Samambaia 86 23% 106 21% 126 22% 318 22% Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Aguas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 2 1% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0	Guará	14	4%	20	4%	21	4%	55	4%
Santa Maria 19 5% 23 5% 23 4% 65 4% São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Aguas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% <td< td=""><td>Cruzeiro</td><td>4</td><td>1%</td><td>2</td><td>0%</td><td>5</td><td>1%</td><td>11</td><td>1%</td></td<>	Cruzeiro	4	1%	2	0%	5	1%	11	1%
São Sebastião 19 5% 43 9% 57 10% 119 8% Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Âguas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0 2 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 0 0% 0	Samambaia	86	23%	106	21%	126	22%	318	22%
Recanto das Emas 26 7% 52 10% 57 10% 135 9% Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Águas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6	Santa Maria	19	5%	23	5%	23	4%	65	4%
Lago Sul 0 0% 5 1% 5 1% 10 1% Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Águas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2%	São Sebastião	19	5%	43	9%	57	10%	119	8%
Riacho Fundo 6 2% 2 0% 10 2% 18 1% Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Águas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2%<	Recanto das Emas	26	7%	52	10%	57	10%	135	9%
Lago Norte 0 0% 2 0% 5 1% 7 0% Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Águas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 1% 5 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0%	Lago Sul	0	0%	5	1%	5	1%	10	1%
Candangolândia 1 0% 3 1% 2 0% 6 0% Águas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Riacho Fundo	6	2%	2	0%	10	2%	18	1%
Águas Claras 4 1% 4 1% 12 2% 20 1% Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Lago Norte	0	0%	2	0%	5	1%	7	0%
Riacho Fundo II 0 0% 2 0% 2 0% 4 0% Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Candangolândia	1	0%	3	1%	2	0%	6	0%
Sudoeste/ Octogonal 0 0% 0 0% 2 0% 2 0% Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Águas Claras	4	1%	4	1%	12	2%	20	1%
Varjão 1 0% 2 0% 1 0% 4 0% Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Riacho Fundo II	0	0%	2	0%	2	0%	4	0%
Park Way 0 0% 1 0% 4 1% 5 0% SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Sudoeste/ Octogonal	0	0%	0	0%	2	0%	2	0%
SCIA - Estrutural 18 5% 19 4% 6 1% 43 3% Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Varjão	1	0%	2	0%	1	0%	4	0%
Itapoã 14 4% 10 2% 8 1% 32 2% SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 4 1% 4 0%	Park Way	0	0%	1	0%	4	1%	5	0%
SIA* 0 0% 0 0% 1 0% 1 0% Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	SCIA - Estrutural	18	5%	19	4%	6	1%	43	3%
Vicente Pires 0 0% 0 0% 4 1% 4 0%	Itapoã	14	4%	10	2%	8	1%	32	2%
	SIA*	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%
	Vicente Pires	0	0%	0	0%	4	1%	4	0%
Fercal 1 0% 1 0% 0 0% 2 0%	Fercal	1	0%	1	0%	0	0%	2	0%

Apêndice 5 - Tabela 16 - Distribuição das notificações de casos de sífilis adquirida (AS) entre jovens (12 a 29 anos) por RA de residência segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017

RA de residência 12 a 18 anos 19 a 24 anos DF 249 13% 863 45 Plano Piloto 13 5% 57 7 Gama 15 6% 41 5 Taguatinga 22 9% 83 10 Brazlândia 0 0% 13 2 Sobradinho 5 2% 22 3 Planaltina 18 7% 58 7	59 30 8 87 6 4	7% 44% 11%	129 86	100% 7%
Plano Piloto 13 5% 57 7 Gama 15 6% 41 5 Taguatinga 22 9% 83 10 Brazlândia 0 0% 13 2 Sobradinho 5 2% 22 3 Planaltina 18 7% 58 7	59 30 8 87 6 4	7% 4% 11%	129 86	7%
Gama 15 6% 41 5 Taguatinga 22 9% 83 10 Brazlândia 0 0% 13 2 Sobradinho 5 2% 22 3 Planaltina 18 7% 58 7	30 87 4	4% 11%	86	
Taguatinga 22 9% 83 10 Brazlândia 0 0% 13 2 Sobradinho 5 2% 22 3 Planaltina 18 7% 58 7	% 87 % 4	11%		
Brazlândia 0 0% 13 2 Sobradinho 5 2% 22 3 Planaltina 18 7% 58 7	% 4			5%
Sobradinho 5 2% 22 3 Planaltina 18 7% 58 7		1%	192	10%
Planaltina 18 7% 58 7	22	3 3	17	1%
	70	3%	49	3%
	% 47	6%	123	6%
Paranoá 8 3% 30 3	% 39	5%	77	4%
Núcleo Bandeirante 3 1% 9 1	% 12	2%	24	1%
Ceilândia 61 24% 183 21	% 153	19%	397	21%
Guará 6 2% 33 4	% 32	4%	71	4%
Cruzeiro 5 2% 10 1	% 16	2%	31	2%
Samambaia 30 12% 93 11	% 81	10%	204	11%
Santa Maria 3 1% 28 3	% 18	2%	49	3%
São Sebastião 11 4% 59 7	% 36	5%	106	6%
Recanto das Emas 15 6% 36 4	% 39	5%	90	5%
Lago Sul 1 0% 2 0	% 4	1%	7	0%
Riacho Fundo 3 1% 16 2	% 15	2%	34	2%
Lago Norte 2 1% 8 1	% 5	1%	15	1%
Candangolândia 2 1% 6 1	% 10	1%	18	1%
Águas Claras 1 0% 9 1	% 18	2%	28	1%
Riacho Fundo II 2 1% 9 1	% 9	1%	20	1%
Sudoeste/Octogonal 1 0% 5 1	% 4	1%	10	1%
Varjão 1 0% 6 1	% 8	1%	15	1%
Park Way 0 0% 5 1	% 3	0%	8	0%
SCIA - Estrutural 8 3% 15 2	% 14	2%	37	2%
Jardim Botânico 0 0% 0 0	% 1	0%	1	0%
Itapoã 10 4% 19 2	% 26	3%	55	3%
SIA* 1 0% 0 0	% 0	0%	1	0%
Vicente Pires 2 1% 7 1	% 2	0%	11	1%
Fercal 0 0% 1 0	% 0	0%	1	0%

Apêndice 6 - Tabela 17 - Distribuição das notificações de casos de sífilis congênita de filhos de mulheres jovens (12 a 29 anos) por RA de residência e faixa etária. Distrito Federal, 2007 a 2017

RA residência	Faixa etária da mãe								
RA residencia	12 a 18		19 a 2	19 a 24		9	Tota	ıl	
DF	205	17%	581	48%	431	35%	1217	100%	
Plano Piloto	1	0%	8	1%	6	1%	15	1%	
Gama	9	4%	38	7%	35	8%	82	7%	
Taguatinga	22	11%	60	10%	53	12%	135	11%	
Brazlândia	3	1%	21	4%	7	2%	31	3%	
Sobradinho	7	3%	33	6%	21	5%	61	5%	
Planaltina	17	8%	49	8%	22	5%	88	7%	
Paranoá	8	4%	20	3%	18	4%	46	4%	
Núcleo Bandeirante	2	1%	3	1%	3	1%	8	1%	
Ceilândia	37	18%	94	16%	71	16%	202	17%	
Guará	5	2%	16	3%	14	3%	35	3%	
Cruzeiro	1	0%	2	0%	2	0%	5	0%	
Samambaia	16	8%	53	9%	25	6%	94	8%	
Santa Maria	12	6%	31	5%	26	6%	69	6%	
São Sebastião	10	5%	25	4%	17	4%	52	4%	
Recanto das Emas	15	7%	33	6%	28	6%	76	6%	
Lago Sul	0	0%	2	0%	0	0%	2	0%	
Riacho Fundo	1	0%	13	2%	10	2%	24	2%	
Lago Norte	0	0%	1	0%	1	0%	2	0%	
Candangolândia	2	1%	5	1%	5	1%	12	1%	
Águas Claras	3	1%	5	1%	11	3%	19	2%	
Riacho Fundo II	3	1%	17	3%	6	1%	26	2%	
Sudoeste/ Octogonal	0	0%	1	0%	0	0%	1	0%	
Varjão	1	0%	2	0%	5	1%	8	1%	
Park Way	2	1%	2	0%	2	0%	6	0%	
SCIA - Estrutural	11	5%	24	4%	22	5%	57	5%	
Sobradinho II	0	0%	1	0%	1	0%	2	0%	
Jardim Botânico	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	
Itapoã	11	5%	18	3%	15	3%	44	4%	
SIA*	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%	
Vicente Pires	3	1%	3	1%	2	0%	8	1%	
Fercal	3	1%	1	0%	1	0%	5	0%	

Apêndice 7 - Tabela 18 - Distribuição das notificações de casos de sífilis na gestação entre mulheres jovens (12 a 29 anos) por RA de residência e faixa etária da gestante. Distrito Federal, 2007 a 2017

RA residência	Faixa etária										
RA residencia	12 a 18		19 a 2	19 a 24		25 a 29		ı			
Total	261	19%	640	47%	450	33%	1351	100%			
Plano Piloto	1	0%	10	2%	9	2%	20	1%			
Gama	6	2%	20	3%	21	5%	47	3%			
Taguatinga	16	6%	47	7%	37	8%	100	7%			
Brazlândia	4	2%	24	4%	10	2%	38	3%			
Sobradinho	12	5%	39	6%	28	6%	79	6%			
Planaltina	27	10%	64	10%	27	6%	118	9%			
Paranoá	8	3%	22	3%	15	3%	45	3%			
Núcleo Bandeirante	2	1%	3	0%	4	1%	9	1%			
Ceilândia	49	19%	114	18%	74	16%	237	18%			
Guará	6	2%	17	3%	15	3%	38	3%			
Cruzeiro	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%			
Samambaia	34	13%	85	13%	53	12%	172	13%			
Santa Maria	12	5%	43	7%	23	5%	78	6%			
São Sebastião	21	8%	19	3%	31	7%	71	5%			
Recanto das Emas	19	7%	36	6%	23	5%	78	6%			
Lago Sul	0	0%	1	0%	0	0%	1	0%			
Riacho Fundo	2	1%	12	2%	11	2%	25	2%			
Lago Norte	1	0%	0	0%	1	0%	2	0%			
Candangolândia	4	2%	3	0%	7	2%	14	1%			
Águas Claras	2	1%	9	1%	9	2%	20	1%			
Riacho Fundo II	3	1%	16	3%	8	2%	27	2%			
Varjão	0	0%	1	0%	4	1%	5	0%			
Park Way	2	1%	1	0%	4	1%	7	1%			
SCIA - Estrutural	16	6%	35	5%	16	4%	67	5%			
Itapoã	8	3%	13	2%	9	2%	30	2%			
Vicente Pires	3	1%	3	0%	7	2%	13	1%			
Fercal	3	1%	3	0%	3	1%	9	1%			

ANEXO

Anexo 1 - Ficha de notificação de HIV/Aids

(Continua)

9 Data de Nascimento

13 Raça/Cor

R

8 Nome do Paciente

Número do Cartão SUS

10 (ou) Idade

11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

14Escolaridade

0-Analfabeto 1-1* a 4* série incompleta do EF (antigo primário ou 1° grau) 2-4* série complet

3-5* à 5* série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1* grau) 4-Ensino fundamental completo
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2° grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educ

Notificação Individual

	íblica Federativa do Brasil inistério da Saúde	NAN AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	Nº	
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO HI	EPATITES VIRAIS	
- N He - N He - N He	patite A Alenção de hepatite A em qualqu <u>patite B:</u> - Indivíduo que aprese . HBsAg reagente Alenção de hepatite B em qualqu <u>patite C:</u> - Indivíduo que aprese . Anti-HCV reagen Anti-HCV reagen Anti-HDV total re: Anti-HEV IgM e aprese	er um dos campos da declaração de ól nte um ou mais dos marcadores reage . Anti-HBc IgM reagente er um dos campos da declaração de ól nte um ou mais dos marcadores reage te . HCV-RNA detectável er um dos campos da declaração de ól hepatite B, com pelo menos um dos ma gente . HDV-RNA detectável er um dos campos da declaração de ól hepatite B, com pelo menos um dos ma gente . HDV-RNA detectável er um dos campos da declaração de ól nte um ou mais dos marcadores reage anti-HEV IgG reagentes . HEV	bito ou após investigação do óbito entes ou exame de biologia moleci . HBV-DNA detectável bito ou após investigação do óbito entes ou exame de biologia moleci bito ou após investigação do óbito arcadores a seguir: I bito ou após investigação do óbito entes ou exame de biologia moleci /-RNA detectável	por hepatite sem etiologia especificada. ular para hepatite C a seguir: por hepatite sem etiologia especificada. por hepatite sem etiologia especificada.
	1 Tipo de Notificação	2 - Individua	al	J
Dados Gerais	2 Agravo/doença HI	EPATITES VIRAIS	Código (CID10 B 19	3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notifica	ação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra	fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas

12 Gestante
12-1
2ºTrime
4- Idade ge

16 Nome da mãe

Anexo 1 - Ficha de notificação de HIV/Aids

(Conclusão)

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas
Trat. Crité	Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) Herpes simples mucocutâneo > 1 mês Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) Histoplasmose disseminada Toxoplasmose cerebral Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm³ 43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Código (IBGE) Godigo (IBGE) Código (IBGE)
Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
Investigador	Nome Função Assinatura
	Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 08/06/2006

Anexo 2 - Ficha de notificação das Hepatites virais

(Continua)

República Federativa do Brasil

15 Número do Cartão SUS

SINAN

М	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	N°
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS	
- M - M - M - M - M - M - M	CASO CONFIRMADO lepatite A: Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado nepatite A Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite lepatite B: Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hej HBSAg reagente Anti-HBC IgM reagente HBV-DNA detectável Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite lepatite C: Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hej Anti-HCV reagente HCV-RNA detectável Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite lepatite D: Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir: Anti-HDV total reagente HDV-RNA detectável Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite lepatite E: Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hej Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes HEV-RNA detectável	e sem etiologia especificada. patite B a seguir: e sem etiologia especificada. patite C a seguir: e sem etiologia especificada. e sem etiologia especificada. patite E a seguir:
- N	Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite	sem etiologia especificada.
	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
erais		da Notificação
Dados Gerais	4 JF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	a dos Primeiros Sintomas
_	IP	ata de Nascimento
ificação Individual	10(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ignorad	Raça/Cor Branca 2-Preta 3-Amarela Parda 5-Indígena 9- Ignorado
ificação	14 Escolaridade O-Analfabeto 1-1* a 4* série incompleta do EF (antigo primário ou 1° grau) 2-4* série completa do EF (antigo primário ou 1° grau) 3-5* a 8* série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1° grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1° grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo ginásio ou 1° grau) 5-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2° grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	ntigo colegial ou 2º grau) 6-

16 Nome da mãe

Anexo 2 - Ficha de notificação das Hepatites virais

(Conclusão)

	38 _O	paciente foi sub	ometido o	u exposto a 1 - Si	m, há menos d	e seis meses 2 -	Sim, há mais de se	eis meses 3 - Não 9	9 - Ignorado		
1	Medicamentos Injetáveis				Tatuagem/Piercing			rial Biológico			
	Drogas inaláveis ou Crack				Acupuntura			Transfusão de san	gue /derivados		
	Drogas injetáveis				Tratamento Cirúrgico						
	Água/Alimento contaminado				Trat	Tratamento Dentário		do acidente ou tra	nsfusão ou transplante		
	Três ou mais parceiros sexuais				Hen	Hemodiálise		39 Pata do acidente ou transfusación transplan			
	Transplante				Outras		<u></u>	 /			
ógico	40 Local/ Municipio da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para caso de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)										
Antecedentes Epidemiológicos	(para caso de Hepi UF Município de exposição			Local de exposição		e, transitusao de sai	igue e derivados, t	Fone			
	410	adaa daa aamu	nicontos								
		[41]Dados dos comunicantes Nome Idade Tipo de contato			HBsAq	HBsAg Anti-HBc total Anti-HC\		Indicado vacina	Indicado Imunoglobulina		
	D-Dias 1-Não sexual/domi			1-Não sexual/domiciliar	1-Reagente 2-Não reagente	1-Reagente 2-Não reagente	1-Reagente 2-Não reagente	contra Hepatite B	humana anti hepatite B		
			M-Meses A-Anos	3-Sexual/não domiciliar	3-Inconclusivo 4-Não realizado	3-Inconclusivo 4-Não realizado	3-Inconclusivo 4-Não realizado	2-Não 3-Indivíduo já imune	2-Não		
			5-Outro	9-Ignorado 9-Ignorado		9-Ignorado 9-Ignorado		- Griginorius			
	42 Pa	aciente encamir	nhado de	[43]	Data da Coleta	a da Amostra	44 Resultado da	Sorologia do Banco	o de Sangue ou CTA		
	1- Ba	nco de sangue ntro de Testage		니니	Realizada em Sangue ou CT		1-Reagente	4-Não realizado			
Dados Laboratoriais		(CTA)	eni e acoi	isemamento	Sangue ou CTA 2-Não reagente 9-Ignorad 3-Inconclusivo				Anti HBc (Total)		
	$\overline{}$	o se aplica	la Carolo						Anti-HCV		
	Uata da Coleta da Sorologia / Teste rapido 45							oido Anti-HBs	Anti -HDV - JgM		
dos]	(T)				/ 2 - Não Reag	ente/Negativo 💳	HBsAg	HBeAg	Anti-HEV - IgM		
Da		enótipo para H(nótipo 1 4	∪v -Genótipe	o 4 7-Não se aplica	3 - Inconclus 4 - Não Reali		Anti-HBc laM	Anti-HBe	Anti-HCV		
	2- Genótipo 2 5-Genótipo 5 9-Ignorado Anti-HBc (Tota					Anti -HBc (Total)	Anti-HDV Tot	al HCV-RNA			
	0.00	опрос	о оснопр			, .	Sti Class	ficação Eticlágica			

Anexo 3 - Ficha de notificação de Sífilis adquirida

(Continua)

		SINAI SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AG FICHA DE INVESTIGAÇÃO S IF	RAVOS DE NOTIFICAÇÃ FILIS ADQUIRIDA				
CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente. CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com sorologia treponêmica reagente.							
Dados Gerais	1 ipo de Notificação	2 - Individua		J			
	2 Agravo/doença SÍ	FILIS ADQUIRIDA	Código (CID10) Data da Notificação				
	4 JF 5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte	notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico			
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento			
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mics 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	б - Não se aplica	6 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Paroa 5-Indigena 0-Ignorado			
otificação	3-5" à 8" série incompleta do EF (antigo ginás	(artigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do io ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (artigograu) 7-Educação superior incompleta 8-Educação grau) 7-Educação	go ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médi				
	Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe					
	17 UF 18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito			
ência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,)		Código			
Dados de Residência	22 Número 23 Complemento (a	oto.,casa,)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2	Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Igno		idente fora do Brasil)			

Anexo 3 - Ficha de notificação de Sífilis adquirida

(Conclusão)

Observações adicionais				
Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde Nome Função Assinatura				
Nome Função Assinatura				
OBSERVAÇÕES: Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data da coleta d material para exame laboratorial ou da evidencia clínica.				
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco.				
31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo o sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômica desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).				
32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.				
33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.				
34 - Informar o comportamento sexual.				
35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Veneral Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)				
36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.				
37 - Informar a data da coleta do teste				
38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemaglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).				
 39 - Registrar a classificação clínica para sífilis: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sifilides papulosas, condiloma plano, alopécia); 3 - sífilis terciária lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sifilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas. 				
 40 - Esquema detratamento: Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cadaglúteo). Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I. Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I. 				
41 - Informar a data do início do tratamento.				
42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o indivíduo com sorologia treponêmica reagente . Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente				
Para fins de vigilância no nível local atentar para:				
Evidências de outras DST;				
2. Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, considerando abordagem consentida				

Sífilis Adquirida Sinan NET 05/10/2010

Anexo 4 - Ficha de notificação de Sífilis congênita

(Continua)

1		SINAN blica Federativa do Brasil Ministério da Saúde SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA Nº				
	Ministério da Saúde FICHA DE NOTIFICAÇAO / INVESTIGAÇAO SIFILIS CONGENITA Definição de caso: Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis a não tratada ou tratada de forma não adequada b, c. a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). Difratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. Situação 2 ^d : Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: -Manifestação clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; -Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; -Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no sequimento da criança exposta ² ; -Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no sequimento da criança exposta ² ; -Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; -Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prêvio de sífilis congênita. d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. e Seguimento da criança exposta: 1,3,6,12 e 18 meses de idade Situação 3: Evidência microbiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necróp de criança, aborto ou natimorto.					
ıΤ		1 Ipo de Notificação 2 - Individual				
	Dados Gerais	SÍFILIS CONGÊNITA Código (CID10) 3 Data da Notificação A 5 0.9				
	Dados	Todigo (IBGE) Código (IBGE				
1						
	dual	Nome do Paciente				
	o Indivi	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 2 - Dia 3 - Amarela 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ignorad				
	Notificação Individual	14 Escolaridade 10 - Não se aplica				
	Not	Número do Cartão SUS To Nome da mãe				
dência	idência	17 UF 18 Municipio de Residência Código (IBGE) 19 Distrito 20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,)				
	Dados de Residência	223 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1 25 Geo campo 2 125 Ponto de Referência 127 CEP				
	Dac					
l		Dados Complementares ந்துIdade da mãe ந்து Raça/cor da mãe ந்து Ocupação da mãe				
	gestante / mãe	Anos Anos 4-Parda 5-Indigena 9-Ignorado				
		0-Ansifabeto 1-1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-6º a 8º série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino médio incompleto (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio completa (antigo ginásio ou 1º grau) 7-Educação superior normipleta 8-Educação superior normipleta 9-Ensino médio ormipleta 9-Ensino médio ormipleta 9-Ensino médio ormipleta 9-Ensino médio incompleta				
	id. da	S. Realizou Pré-Natal nesta gestação 36 UF 37 Município de Realização do Pré-Natal Código (IBGE)				
	entes Ep	38 Unidade de Saúde de realização do pre natal				
	Antecedentes Epid. da	39 Diagnóstico de sífilis materna				
		1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado				
	ab, da mãe	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado 1:				
Dados do Lab, da	Jados do Lab. d gestante/mãe	43] Teste treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
	Trat. da gestante / mãe	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado				
ı	UI)	Sifilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008				

Anexo 4 - Ficha de notificação de Sífilis congênita

(Conclusão)

Ant. Epidem. da Criança	Município de nascimento / Ap Local de Nascimento Código (Matemidade/Hospital) Código								
Ē									
_	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico								
anca	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado								
CHI	53] Teste treponêmico (após 18 meses)								
o da	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado								
tóri	55) Teste não treponêmico - Líquor								
oora									
Dados do Laboratório da Criança	Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado								
os d	3								
Dad	60) Alteração Liquórica Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos								
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado								
Dados Clínicos da Criança	Diagnóstico Clínico [63] Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado								
ados Clímico da Criança	1 - Assintomático 3 - Não se aplica								
ado da (2 - Sintomático 9 - Ignorado								
Tratamento	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 Ul/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema								
atan	2 - Penicilina G procaína 50.000 Ul/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado								
Tr	3 - Penicilina G benzatina 50.000 Ul/Kg/dia 9 - Ignorado								
ção	t≒n Evolução do Caso ☐ 166 Data do Óbito								
Evolução	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas								
Á	4-Aborto 5-Natimorto 9-Ignorado								
Obser	ações Adicionais:								
\vdash									
dor	Município / Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde								
tigador	Manifestro y Sinadade de Sadado								
Investigador	Município / Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde Função Assinatura								
Investigador	Nome Função Assinatura								
OBSER	Nome Função Assinatura Ações PARA O PREENCHIMENTO								
OBSER	Nome Função Assinatura Ações PARA O PREENCHIMENTO								
OBSER 7 - Anot	Nome Função Assinatura								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida	Nome Função Assinatura								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 43 e 53 hemagli	Nome Função Assinatura a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da ão. as anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora. ETA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de inação para Treponema pallidum). ELISA (Ensaio imunossorvente licado à enzima) teste imunológico com revelação quimioluminescente e								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 43 e 53 hemagle suas de diagnós	Nome Função Assinatura Tracha de caso vigente no momento da de caso vigente no momento de caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora. FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de inação para Treponema pallidum), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e vações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a Treponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o reponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o reponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o reperencial.								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 43 e 53 hemagle suas de diagnós	Nome Função Assinatura Tracha de caso vigente no momento da de caso vigente no momento de caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora. FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de inação para Treponema pallidum), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e vações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a Treponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o reponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o reponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o reperencial.								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 43 e 53 hemagle suas de diagnós de acor 44 - Esc	Nome Função Assinatura Assi								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 43 e 53 hemagle suas de diagnós de acor 44 - Esc	Nome Função Assinatura Assi								
OBSER 7 - Anotifica 10 - Ida 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esc Esquen Enquad Esquen	Nome Função Assinatura Assinatura Função Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Função Função Função Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Funç								
OBSER 7 - Anotifica 10 - Ida 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esc Esquen Enquad Esquen	Nome Função Assinatura Assinatura Função Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Função Função Função Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Funç								
OBSER 7 - Anotifica 10 - Ida 13 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esc Esquen Etodos Etodos Etodos Etodos Etodos Etodos 53 - Ref	Nome Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Função Função Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 110	Nome Função Assinatura Assinatura Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função Assinatura Assinatura Função Assinatura Função Assinatura Função Assinatura								
OBSER 7 - Anotinotifican 10 - Idan 43 e 53 hemaglis suas de diagnos de acor 44 - Esc Esquent E todo for tratame 53 - Referença analisac	Função Função Assinatura Assinatura Função Função Função Função Função Função Função Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Função								
OBSER 7 - Anot notifical 10 - Idal 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esc Esquen E todo i enquad Esquen E todo i tratame 53 - Ref criança analisac dos tes 58 - Tittu o	Função Assinatura Função Função Assinatura Função Função Assinatura Função Função Função Função Função Função Função Função Assinatura Assinatura Função Fu								
OBSER 7 - Anot notifica 10 - Ida 110	Função Assinatura AçÕES PARA O PREENCHIMENTO ra a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da do. e: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora. FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de inação para Treponema pallidum), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e vações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a Treponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o co da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, o com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. In de Tratamento Adequado: a de Tratamento Adequado: a de Tratamento Inadequado: a de Tratame								
OBSER 7 - Anot notificada 10 - Idar 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esc Esquen E todo fenquad Esquen E todo feratame 53 - Referiança analisados tes 58 - Titu dos tes 58 - Evicorado) 50 - Alte for anola for a contratame for a contratament for a contratame	Nome Função Assinatura								
OBSER 7 - Anot notificad 10 - Idad 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acos de acos de acos de acos de squen E todo i tratame 53 - Ref crianica analisad dos tes 58 - Titu de segu corado) 66 - Alte 663 - Em	Nome Função Assinatura								
OBSER 7 - Anot notificad 10 - Idar 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esquen E todo i enquad Esquen E todo i enquad Esquen E todo i enquad esque 53 - Referiança analisados tes 58 - Titu dorado jo - Alte 60 - Alte 60 - Alte 60 - Em Vertical	Função								
OBSER 7 - Anot notificad 10 - Idad 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esc Esquen E todo lenquad Esquen E todo tratame 53 - Ref criança analisad dos tess 58 - Titu de seguito corado) 60 - Alte 63 - Em Vertical 65 - Info	ra data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da 30. e: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora. FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de inação para <i>Treponema pallidum</i>), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e vações. TPPA (Ensaio de a glutinação) passiva de partículas par a Treponema pallidum, estestes rápidos treponêmicos: indicados para o co da sifilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, o com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sifilis e Hepatites Virais. Lema de Tratamento da mãe: a de Tratamento Adequado: atamento completo para estágio clínico da sifilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se ma nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. a de Tratamento Inadequado: atamento Inadequado: atamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou· tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou on não adequado ao estágio clínico da sifilis; ou tratamendo iniciado com menos de 30 dias antes do parto. Gestantes que não se mor nero que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre so juntamente com os resultados es esquentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre so juntamente com os resultados es acomparação dos títulos da sorologa não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema moto (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses). en se executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de								
OBSER 7 - Anot notificad 10 - Idar 43 e 53 hemagli suas de diagnós de acor 44 - Esquen E todo i enquad Esquen E todo i enquad Esquen E todo i enquad esque 53 - Referiança analisados tes 58 - Titu dos esque 50 - Alte 63 - Em Vertical 65 - Info Conside inadequ	Função								

Anexo 5 - Ficha de notificação de Sífilis na gestação

(Continua)

Re	pública Federativa do Brasil Ministério da Saúde SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SIFILIS EM GESTANTE Nº Nº						
Si re: si re: a F Pe Si titi	Picha de caso: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio. Situação 2 - Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, eom qualquer titulação. a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigillancia em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e 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, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. * Casos confirmados de cicatriz sorológica não devemser notificados.						
	1†ipo de Notificação 2 - Individual						
Dados Gerais	SÍFILIS EM GESTANTE Código (CID10) 3 Data da Notificação O98.1 O98.1 Código (IBGE) O98.1 Código (IBGE)						
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						
	10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 2-Dia 3-Mês 4-Ano F-Feminino						
	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe						
ência	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 13 Distrito 20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,) Código						
Dados de Residência	22]Número 23]Complemento (apto., casa,)						
Dados	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP						
\equiv	Dados Complementares do Caso						
Ant. epid. gestante	Ocupação ST Ocupação ST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do pré-natal: Código OST UF 33 Município de realização do pré-natal: Código OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do pré-natal: Código OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 34 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) OST UF 35 Município de realização (IBGE) OST UF 35 Município de realização (IBGE) OST UF 35 Município de realização (IBGE) O						
Dados	40 Teste treponêmico no pré-natal						
0/	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado						
Tratamento/	4-1 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado						
ógicos da xual	Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
Ant. epidemiológicos da	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado						
Silini	em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008						

Anexo 5 - Ficha de notificação de Sífilis na gestação

(Conclusão)

Ant. epidemiológicos da parceria sexual		1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.					
Ant. epidem parceris		 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para trata 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recu 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: 	amento, mas não compareceu. usou o tratamento.				
Investigador	l	lunicípio/Unidade de Saúde Nome	Função		Cód. da l Assinatur	Unid. de Saúde	
		Sífilis em gestante	Sinan NET		SVS	29/09/2008	

Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan

Setor de Administração Municipal SAM, Bloco H, Setores Complementares Ed. Sede Codeplan CEP: 70620-080 - Brasília-DF Fone: (0xx61) 3342-2222 www.codeplan.df.gov.br codeplan@codeplan.df.gov.br