



PORTARIA S.S. N° 05 de 19 de dezembro de 2023

Dispõe sobre o Regimento Interno da Comissão Municipal de Transmissão Vertical de Sífilis do Município de Mauá.

CÉLIA CRISTINA PEREIRA BORTOLETTO, Secretária de Saúde no uso das atribuições legais, **RESOLVE:**

Art. 1º - Instituir a Comissão Municipal de Transmissão Vertical de Sífilis, no âmbito no uso das atribuições que lhe confere o inciso IV do art. 66 da Lei orgânica Municipal, considerando o Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical do MS de 2014.

Título I - DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 2º - Considerando que a referida Comissão vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo um órgão colegiado, com caráter tem interinstitucional congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional, tendo caráter ético, técnico, investigativo, educativo, sigiloso e de assessoria, que tem como objeto analisar as circunstâncias da ocorrência de mortes, congênita, gestante e adquirida, ocorridos neste município, que tem por objetivo analisar as circunstâncias dos casos de sífilis congênita, gestante e adquiridas, identificando os determinantes da transmissão vertical e contribuindo na proposição de medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução dos indicadores de sífilis congênita, gestante e adquirida.

Título II – DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

Art. 3º- A COMISSÃO será constituída por representantes titulares e suplentes, compostos pelos membros que se seguem.

Art. 4º - São MEMBROS NATOS da COMISSÃO:

- I. 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Vigilância à Saúde, sendo um titular e um suplente;
- II. 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Apoio à Gestão, sendo um titular e um suplente;
- III. 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Atenção Básica, sendo um titular e um suplente;
- IV. 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Urgência e Emergência, sendo um titular e um suplente;
- V. 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Atenção Especializada, sendo um titular e um suplente;



- VI. 2 (dois) representantes do Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini, sendo um titular e um suplente.
- VII. 2 (dois) representantes do Hospital América, sendo um titular e um suplente.
- VIII. 2 (dois) representantes do Hospital Vital, sendo um titular e um suplente.
- IX. 2 (dois) representantes da Santa Casa de Misericórdia de Mauá, sendo um titular e um suplente.

Art. 5º - A Comissão poderá convidar outros membros para a discussão de temas relevantes.

Título III – OBJETIVO DA COMISSÃO MUNICIPAL DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE SÍFILIS

Art. 6º - São objetivos da comissão:

I - Investigar os casos de transmissão vertical de HIV e sífilis para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública;

II - Identificar os determinantes da transmissão vertical do HIV e da Sífilis;

III - Corrigir falhas na prevenção, assistência vigilância na transmissão vertical de Sífilis no pré-natal, parto e puerpério;

IV - Contribuir para o monitoramento das ações de prevenção e controle da transmissão vertical de Sífilis.

Título IV - DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES

Art. 7º - São atribuições da COMISSÃO:

- I. Estimular a investigação nos casos de sífilis gestante, congênita pela Secretaria Municipal de Saúde segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e de acordo com a realidade e interesse local, assumida como uma responsabilidade institucional cotidiana;
- II. Realizar o diagnóstico precocemente nos casos de sífilis, seus componentes de evitabilidade, os principais problemas relacionados e sua distribuição na população no nível municipal;



- III. Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos casos de sífilis congênita, identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde aos setores competentes, necessárias para a redução dos casos de sífilis gestante e congênita, com destaque para a transmissão vertical;
- IV. Elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução dos indicadores relacionados à sífilis;
- V. Promover e favorecer a articulação e a integração entre os diferentes setores da atenção à saúde na investigação dos casos de sífilis congênita e gestante, garantindo o enfoque adequado ao problema da sífilis, que envolve a investigação e a análise dos casos para o adequado planejamento e organização das intervenções de assistência de saúde, de maneira a prevenir novas ocorrências;
- VI. Assessorar o gestor municipal na emissão de pareceres para as demais instâncias dos governos municipal, estadual e federal;
- VII. Incentivar a criação das Comissões Hospitalares;
- VIII. Acompanhar a execução das medidas propostas.
- IX. Elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução dos indicadores de sífilis;
- X. Promover e favorecer a articulação e a integração entre os diferentes setores da atenção à saúde na investigação nos casos de sífilis gestante, congênita, garantindo o enfoque adequado ao problema de transmissão vertical, que envolve a investigação e a análise dos casos para o adequado planejamento e organização das intervenções de assistência de saúde, de maneira a prevenir novas ocorrências;
- XI. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, especialmente a Ficha de investigação e inquerido de investigação



de casos de sífilis congênita precoce, sem prejuízo do correto preenchimento do prontuário do paciente em regime hospitalar e do prontuário ambulatorial;

- XII. Promover e estimular a qualificação das informações sobre Sífilis, com a ampliação da cobertura do sistema de informação, melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e a qualificação da informação registrada na Ficha de Investigação (FE) visando garantir maior credibilidade ao sistema e quando necessário, promover a correção da evolução final.
- XIII. Elaborar relatório mensal e consolidado trimestral para a prestação de contas, relatórios analíticos semestrais e anuais e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência;
- XIV. Assessorar o gestor municipal na emissão de pareceres para as demais instâncias dos governos municipal, estadual e federal;
- XV. Consolidar periodicamente os dados de investigação para o envio à Comissão Regional/Estadual;
- XVI. Incentivar a criação das Comissões Hospitalares;
- XVII. Promover o acompanhamento e a integração das Comissões Hospitalares, estimulando a troca de informações, análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação;
- XVIII. Divulgar os dados técnicos relativos à prevenção e à redução da sífilis e transmissão vertical, por meio de ações educativas e sensibilizadoras, da elaboração de relatórios, da promoção de debates, seminários, boletins e outras iniciativas de socialização das informações;
- XIX. Sensibilizar os gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários sobre a situação da Sífilis congênita no Município;
- XX. Subsidiar a formulação de políticas públicas e a implementação de ações e estratégias para redução progressiva da transmissão vertical



- XXI. Divulgar experiências exitosas, na assistência à gestante com Sífilis, e à criança exposta a estas doenças da rede de saúde do Município de Mauá

Título V - DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Art. 8º - A Comissão estará vinculada ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 9º - A Secretaria Executiva da comissão está vinculada à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Coordenadoria de Vigilância à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 10º - A Comissão reunir-se-á ordinariamente a cada 30 dias, de acordo com cronograma anual pré-estabelecido, para análise e discussão técnica dos casos investigados.

Art. 11º - Os assuntos tratados e as deliberações tomadas em cada reunião serão registrados em ata, que após lida e aprovada na reunião subsequente, será encaminhada para os gestores municipais e dos serviços que compõem a comissão.

Art. 12º - A Comissão manterá comunicação periódica com os serviços de saúde pública e privados, propiciando o conhecimento da análise dos óbitos ocorridos com o intuito de gerar ações de intervenção.

Art. 13º - O fluxo da investigação dos casos de sífilis vem sistematizado no anexo I do presente regimento.

Art. 14º - As informações para divulgação na mídia, somente serão fornecidas pelo Gabinete da Secretaria de Saúde.

Art. 15º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Mauá, 19 de dezembro de 2023.

Célia Cristina Pereira Bortoletto
Secretária de Saúde



ANEXO I

FLUXO DA INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE SÍFILIS DO MUNICÍPIO DE MAUÁ

a) Identificação dos Casos Sífilis Congênita: a captação das Fichas de Investigação (F.E.) ocorrerá pela Unidade de Avaliação e Controle, que imediatamente encaminhará cópia e formulários correspondentes à investigação, à Diretoria de Vigilância Epidemiológica e à Coordenadoria de Atenção Básica, para o início da investigação hospitalar e ambulatorial.

b) Investigação da transmissão Vertical

b.1) Investigação hospitalar: é desencadeada pelo recebimento da cópia da F.E. e formulários correspondentes, na Diretoria de Vigilância Epidemiológica, que imediatamente encaminhará ao técnico responsável pela **investigação**, para coleta dos dados referentes à internação. Após análise inicial, os formulários de investigação hospitalar deverão ser encaminhados ao Coordenador da Atenção Básica e para os serviços hospitalares o membro representante do hospital, encaminha para Vigilância Epidemiológica para discussão do caso com membros da Comissão Básica.

b.2) Investigação Ambulatorial e Domiciliar: é desencadeada pelo recebimento da cópia da F.E. e formulários correspondentes, na Coordenadoria de Atenção Básica, que imediatamente encaminhará à **Unidade de Saúde de Referência**, que deverá iniciar imediatamente a **investigação** do caso. Após a coleta das informações a equipe da Unidade de Saúde de referência deverá se reunir para discussão, análise e conclusão do caso e, no **prazo máximo de 90 dias** (a contar a partir do recebimento da F.E. e formulários correspondentes) encaminhará à Coordenadoria de Atenção Básica o **estudo do caso, suas conclusões e ações de intervenção propostas**, que encaminhará a Coordenadoria da Comissão para discussão do caso pela COMISSÃO BÁSICA.

c) Análise final dos óbitos: será realizada pelos membros da Comissão, assim que concluída a investigação hospitalar, ambulatorial e visita domiciliar, determinando o pré-natal da mãe e parceiro e situação pós-parto, verificando conduta adequada e não adequada conforme protocolo do Estado de São Paulo.



d) Divulgação do estudo: depois de finalizada, a análise da transmissão vertical será elaborado um relatório pela comissão, que enviará uma cópia da "conclusão, classificação e propostas de ações e intervenções", para a Secretária Municipal de Saúde e demais setores envolvidos na ocorrência, para as medidas que se fizerem necessárias.



ANEXO II

Município de Mauá

Secretaria de Saúde

**PROTOCOLO CLÍNICO DE DIRETRIZES
TERAPÊUTICAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS**

2023

**Volume 1 – 1ª edição
Dezembro / 2023**

**MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE SAÚDE**

**PROTOCOLO CLÍNICO
E
DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
PARA O MANEJO DA SÍFILIS**

2023

Volume 01 – 1º edição

Dezembro/2023

2023. Prefeitura do Município de Mauá

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Elaboração, distribuição e informações:

Prefeitura do Município de Mauá – Secretaria de Saúde.

Coordenadoria de Atenção Básica, Coordenadoria de Atenção Especializada, Coordenadoria de Proteção à Saúde e Coordenadoria e Departamento de Apoio à Gestão.

Av: Capitão João 2301, Matriz Mauá/SP, CEP: 09360-120 Fone: (11) 4512-7838

E-mail: vigilanciaepidemiologica@maua.sp.gov.br

sifilis.comissão@maua.sp.gov.br

Supervisão Geral e Coordenação Técnica

Iris Vinha
Fabiana Marinho

Grupo Técnico da Vigilância

Epidemiológica
Camila Louzada
Walkiria Silva Zacheu

Grupo Técnico Farmacêutico

Daniela c. Marino Oliveira

Grupo Técnico da Atenção Especializada

Maria do Perpétuo Socorro Gonçalves Pereira
Mika Oishi

Grupo Técnico Hospitalar

Clemilda Aparecida Matias Toledo
Amália Luci Benedito
Tiago Augusto Soares
Nádia M.Kido

Grupo Técnico da Atenção Básica

Marcia O. D. Ferrari
Livia Machado
Valeria Cristina Nascimento Nunes
Aline de Brito Ramos
Luana Tognolio Soares
Vanessa A. L. Valinhos

Secretária de Saúde

Célia Bortoleto

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
INTRODUÇÃO.....	<i>Erro! Indicador não definido.</i>
1. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	6
1.1. INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:	7
1.2. DEVERÁ SER NOTIFICADO E INVESTIGADO:	7
1.3. TESTES IMUNOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS	8
2. FLUXOGRAMA DA GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
3. TRATAMENTO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
4. TRATAMENTO DE SÍFILIS	9
5. EVOLUÇÕES ESPERADAS DE TÍTULOS, EM TESTES NÃO-TREPONÊMICO, APÓS O TRATAMENTO DE SÍFILIS.....	18
6. FLUXOGRAMA DE CONDUTAS NO RN COM SÍFILIS E EXPOSTO A SÍFILIS MATERNA.....	20
ANEXO.....	27
REFERÊNCIAS	33

APRESENTAÇÃO

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que representa um grande problema de Saúde Pública, conforme classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), apesar de contar com diagnóstico e tratamento bem estabelecidos e de baixo custo.

Uma das principais preocupações no controle dessa doença é a infecção de mulheres em idade reprodutiva, o que pode resultar em casos de Sífilis Congênita por meio da transmissão vertical.

De acordo com a OMS, a situação da sífilis no Brasil não difere de outros países. Os números de casos dessa infecção são alarmantes, e sua disseminação precisa ser controlada. Em 2019, a sífilis adquirida, que é de notificação compulsória desde 2010, apresentou uma taxa de detecção de 72,8 casos por 100.000 habitantes. No mesmo ano, a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil foi de 20,8 por 1.000 nascidos vivos, enquanto a taxa de incidência de Sífilis Congênita foi de 8,2 por 1.000 nascidos vivos.

Em 2020, na cidade de Mauá, foram registradas taxas de detecção de Sífilis em gestantes de 20,86 por 1.000 nascidos vivos e de incidência de Sífilis Congênita de **7,41 por 1.000** nascidos vivos. Esses números ainda estão muito acima da meta estabelecida de 0,5 para a eliminação desse agravo à saúde.

O objetivo primordial deste protocolo é proporcionar um acesso rápido às informações técnicas e aos procedimentos de atendimento no município de Mauá.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica e exclusiva do ser humano. Ela pode ser transmitida sexualmente, por via sanguínea e vertical (da mãe para o filho), representando um problema significativo de saúde pública. O agente causador da sífilis, o *Treponema pallidum*, pode ser transmitido ao feto através da placenta, em qualquer estágio da doença e em qualquer fase da gestação.

Nos últimos anos, houve um aumento considerável nos casos de sífilis adquirida, sífilis na gestação e sífilis congênita em todo o Brasil. É motivo de preocupação constante a falta de cuidado no uso de preservativos, especialmente durante a gestação, resultando em diagnósticos tardios e tratamentos inadequados ou inoportunos. É fundamental destacar que o aprimoramento

da vigilância, com aumento das notificações de casos e a ampliação da cobertura do teste rápido (TR) para detecção da sífilis, contribuíram para a identificação e aumento do número de casos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como objetivo eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, visando a uma incidência de menos de 0,5 casos novos para cada mil nascidos vivos por ano.

Epidemiologia e Formas Clínicas da Sífilis

Etiologia: Bactéria Gram negativa espiroqueta *Treponema pallidum*.

Transmissão sexual: Mais comum nos estágios iniciais da doença, sífilis primária e secundária.

Período de incubação: Varia de 10 a 90 dias, com média de 21 dias.

Transmissão vertical: A transmissão da mãe para o feto ocorre em 70 a 100% dos casos de sífilis primária ou secundária durante a gestação, mas também pode ocorrer na sífilis latente. A infecção fetal pode levar a morte intrauterina, parto prematuro ou morte neonatal, com uma taxa de mortalidade de 30-50%.

Formas clínicas:

Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução)

Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução)

Primária: Apresenta úlcera única, indolor, com bordos elevados e endurecidos e fundo limpo, conhecida como cancro duro. Desaparece espontaneamente em 2 a 6 semanas.

Secundária: Caracterizada por lesões cutâneas e mucosas não ulceradas, como exantema maculopapular róseo, não pruriginoso, geralmente no tronco e raiz dos membros. Pode durar de 4 a 12 semanas, podendo evoluir em surtos por até dois anos. Pode haver produção intensa de anticorpos contra o treponema, resultando em testes não treponêmicos com altos títulos.

Latente: Período assintomático entre a sífilis secundária e a terciária, com risco de transmissão, inclusive para o feto.

Terciária: Caracterizada por lesões gomosas e nodulares, comprometimento cutâneo-mucoso e articular, além de envolvimento cardiovascular (como aneurisma aórtico) e neurológico (Neurossífilis, tabes dorsalis, afasias, paresias, convulsões e demência).

DIAGNÓSTICO:

Teste Rápido (TR) de sífilis: É um teste treponêmico que identifica a presença do treponema. Em caso de resultado positivo no TR, tanto a gestante quanto o parceiro devem ser tratados o mais rápido possível. Caso o parceiro não seja tratado, a gestante corre o risco de reinfeção. O teste deve ser realizado no início da gravidez e repetido na 32ª semana, caso a gestante seja negativa para sífilis até então.

Sorologia para Sífilis: É parte da rotina do pré-natal para o diagnóstico da sífilis na gestação. Deve ser realizada nos três trimestres, com a primeira análise feita na primeira consulta do pré-natal, a segunda no segundo trimestre (aproximadamente na 20ª semana de gestação) e a terceira na 28ª semana.

VDRL: É fundamental para o acompanhamento do tratamento da sífilis na gestante. Em gestantes com sífilis, o VDRL deve ser repetido mensalmente.

1. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública:



I. Devem ser notificadas oportunamente no pré-natal

- Gestantes com evidência clínica de sífilis;
- Gestantes com teste treponêmico reagente;
- Gestantes com sorologia não treponema reagente, com qualquer titulação.

II. Quem deve notificar

Todos os serviços de Saúde que realizam o atendimento ao Pré-Natal, e ou os que realizam o teste rápido treponêmico.

Sífilis Congênita

Devem ser investigados para SC:

- Todas as crianças nascidas de mãe com sífilis com evidência clínica e/ou laboratorial diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

1.1. Investigação Laboratorial:

- Realizar VDRL em sangue periférico em todas as crianças que devem ser investigadas. Não há indicação de realização do teste treponêmico no recém-nascido;
- Realizar radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR em todos RN com VDRL reagente e suspeita clínica de sífilis congênita ou ausência de tratamento materno adequado.

1.2. Deverá ser notificado e investigado:

- Toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica (VDRL) reagente para sífilis com qualquer titulação realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem ou que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: Titulação ascendente de testes e/ou testes não treponêmico reagentes após 6 meses de vida (exceto em situação de seguimento terapêutico), e/ou testes treponêmicos após 24 meses de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita;

Os Serviços de Saúde (Hospitais, Unidade de Saúde, Ambulatório, Clínicas) devem preencher a Ficha de Investigação Epidemiológica, e enviar para Vigilância Epidemiológica IMEDIATAMENTE.

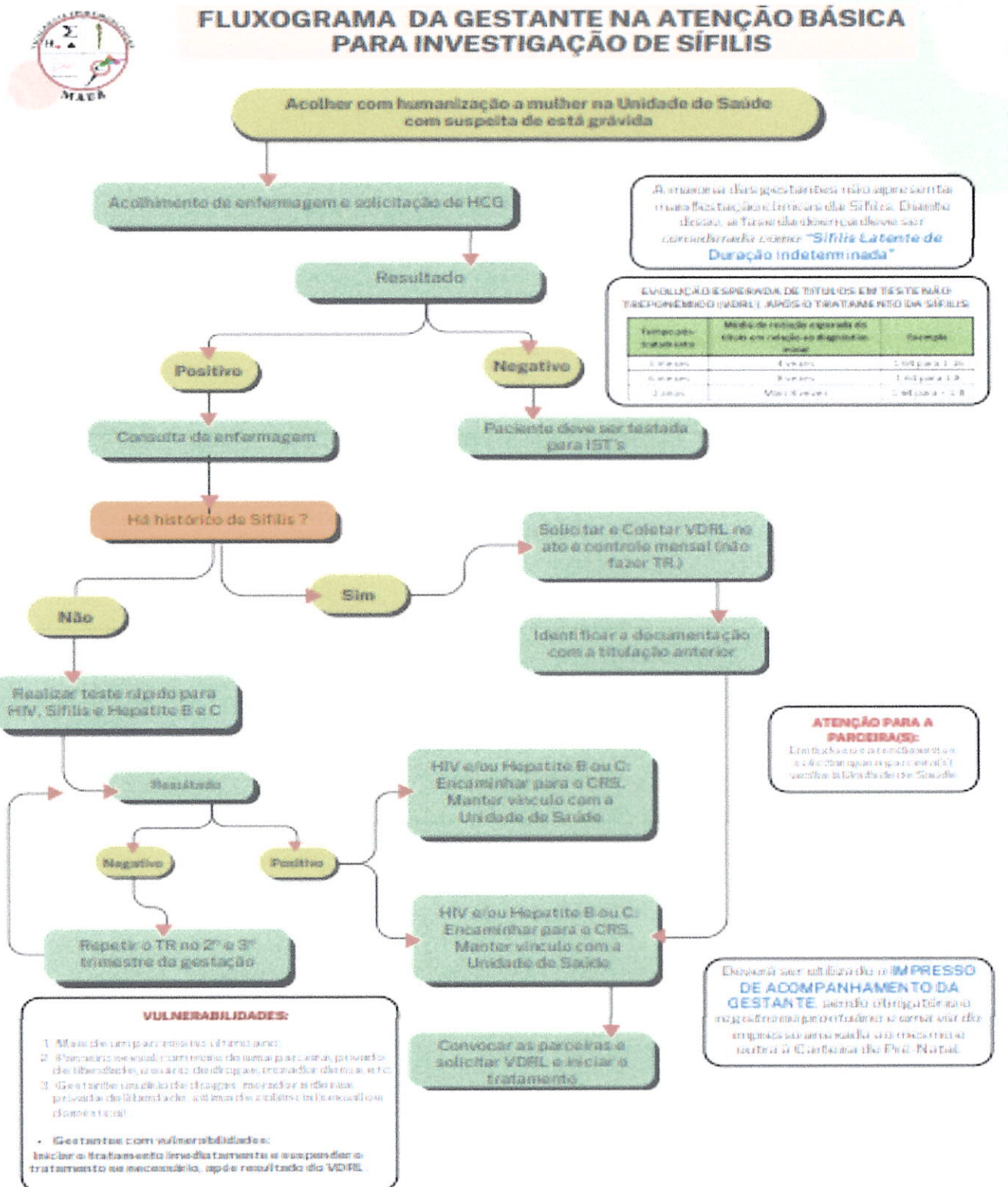
Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Dividem-se em Treponêmicos e não Treponêmicos, conforme o quadro abaixo.

1.3. Testes Imunológicos para Diagnóstico de Sífilis



TESTE IMUNOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS		
NÃO TREPONÊMICOS	VDRL RPR TRUST	<p>IMPORTANTES PARA O DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO.</p> <p>DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO:</p> <p>QUANTIFICÁVEIS (EX.: 1:2, 1:4, 1:8)</p> <p>MONITORAMENTO DO TRATAMENTO</p>
TREPONÊMICO	FTA-ABS ELISA/EQL TPHA/TPPA/MHA-TP TESTE RÁPIDO(TR)	<p>NA MAIORIA DAS VEZES, PERMANECEM REAGENTES MESMO APÓS O TRATAMENTO PELO RESTO DA VIDA DA PESSOA. NÃO SÃO INDICADOS PARA MONITORAMENTO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO.</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>PODEM PERMANECER POSITIVOS POR TODA A VIDA (CICATRIZ SOROLÓGICA)</p> <p>NÃO USADO PARA MONITORAR TRATAMENTO.</p>

2. Fluxograma da gestante na Atenção Básica para investigação de Sífilis.



TRATAMENTO DE SÍFILIS

A aplicação da penicilina G Benzatina é um procedimento seguro e deve ser realizada conforme a Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011.

Considerando o papel do enfermeiro no manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em conformidade com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do enfermeiro, e também conforme a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regula o exercício da enfermagem e estabelece que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

Destaca-se a Decisão nº 0094/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reforça a importância da administração da penicilina Benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica (disponível em http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html), além da Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, que reafirma esse compromisso com a saúde, disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFENCTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>.

Ressalta-se também o parecer técnico do Conselho Regional de Enfermagem COREN-SP 033/2019, que trata da prescrição de medicamentos por abordagem sindrômica para Prevenção Pré-exposição (PrEP), Prevenção Pós-Exposição (PEP) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) pelo enfermeiro. O parecer conclui que, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, é permitido ao enfermeiro, como membro da equipe de saúde, prescrever os medicamentos previstos nos protocolos, desde que essa conduta esteja estabelecida em protocolos, normas e rotinas da instituição, e que o profissional se sinta tecnicamente apto para realizá-la, conforme disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/33.pdf>.

Considerando o papel do enfermeiro no manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), conforme estipulado na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do enfermeiro, e também de acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e estabelece que cabe ao enfermeiro, como membro da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

O Sistema COREN/COFEN, reafirmando seu compromisso com o cuidado à saúde prestado pelos profissionais de enfermagem, deixa claro, por meio desta nota técnica, os seguintes pontos:

- I. A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- II. Os enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotinas aprovadas pela instituição de saúde, não sendo necessária a presença do médico na unidade de saúde.

Doses perdidas não são aceitas em gestantes como terapia para sífilis secundária, latente ou terciária. Perda de qualquer dose do tratamento preconizado deverá reiniciar todo o tratamento. Para a realização do tratamento, é necessário que haja uma identificação precisa da fase clínica da doença. A gestante poderá ser tratada de acordo com a fase, conforme descrito no quadro abaixo:

TERAPIA PARA SÍFILIS EM GESTANTES UTILIZANDO PENICILINA G BENZATINA, SEGUNDO FASE CLÍNICA, RESULTADO DE TESTES TREPONÊMICO, DOSE E INTERVALO ENTRE AS SÉRIES*.					
FASE CLÍNICA	TIPO DE LESÃO MAIS FREQUENTE	RESULTADO DO TESTE NÃO-TREPONÊMICO	RESULTADO DO TESTE TREPONÊMICO	PENICILINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES

SÍFILIS RECENTE

FASE PRIMÁRIA	Ulceração ou erosão	Pode ser reagente ou não reagente	Pode ser reagente ou não reagente	2 séries total de 4.800.000 UI IM	Uma por semana
FASE LATENTE PRECOCE	Assintomático – até 1 ano a partir do contato	Reagente	Reagente	2 séries total de 4.800.000 UI IM	Uma por semana

SÍFILIS TARDIA

FASE LATENTE TARDIA	Assintomático – mais de 1 ano a partir do contato	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries total de 7.200.000 UI IM	Uma por semana
FASE TERCIÁRIA	Lesão de órgão alvo	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries total de 7.200.000 UI IM	Uma por semana
SÍFILIS LATENTE COM DURAÇÃO INDETERMINADA	Assintomático	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries total de 7.200.000 UI IM	Uma por semana

TRATAMENTO DE GESTANTE NEGATIVA COM PARCEIRO POSITIVO

GESTANTE NEGATIVA COM PARCEIRO POSITIVO	Assintomática	Não reagente	Não reagente	2 séries total de 4.800.000 UI IM	Uma por semana
---	---------------	--------------	--------------	-----------------------------------	----------------

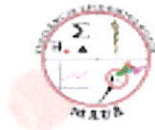
Nota: *1 série de Penicilina G Benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI, aplicada intramuscular em cada glúteo.

É CONSIDERADO TRATAMENTO ADEQUADO DA GESTANTE COM SÍFILIS

1. Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, exclusivamente com Penicilina G Benzatina;
2. Tratamento iniciado pelo menos 30 dias antes do parto;
3. Gestante ter apresentado QUEDA de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL e RPR) ou TÍTULOS ESTÁVEIS de sorologia não-treponêmica, se o título inicial foi menor ou igual a 1:4.

IMPORTANTE

1. O tratamento da gestante e do(s) parceiro(s) deverá ser iniciado, preferencialmente, até a 20ª semana de Gestação.
2. Respeitar, o INTERVALO DE SETE DIAS entre as séries, porém o intervalo até o nono dia pode ser toletado.
3. Caso a gestante NÃO receba qualquer uma das doses de Penicilina G Benzatina, esta deverá ser convocada (busca ativa) e deve receber a dose até o nono dia. Reiniciando o tratamento a partir do décimo dia.
4. Caso alguma das doses coincida na data de algum feriado, ou final de semana prolongado, realizar contato com a Unidade de Pronto-atendimento (UPA) mais próxima da residência da gestante, para que a mesma receba a dose naquela unidade. Entregar para a paciente o receituário e justificativa do procedimento para o profissional da unidade que receberá o paciente.
5. Nas situações em que a gestante não manteve contato sexual com o(s) parceiro(s) ou não possui mais parceiro sexual, após o tratamento padronizado ou adequado para a fase clínica da doença, e desde que seja instituído 30 dias antes do parto, o tratamento será considerado adequado, ainda que não haja o tratamento desse(s) parceiro(s);
6. A Penicilina G Benzatina deverá ser aplicada preferencialmente no período da manhã, a fim de possibilitar a busca ativa da gestante, uma vez que o intervalo de 7 dias é preconizado.
7. Caso a Gestante apresente VDRL "Reagente", mas o parceiro apresente Teste Rápido e/ou VDRL "Não Reagente", deverá ser realizado o tratamento dos 2: Gestante e Parceiro.
8. Caso a Gestante apresente VDRL "Não Reagente", mas o parceiro apresente VDRL "Reagente", deverá ser realizado o tratamento dos 2: Gestante e Parceiro.
9. Controle de cura: deve ser realizado durante DOIS anos. Após tratamento adequado e documentado, a persistência de títulos baixos de VDRL (menor ou igual a 1:4), com testes treponêmicos reagentes, indica Cicatriz Sorológica ou Memória Imunológica.



FLUXOGRAMA PARA TESTE RÁPIDO (TR) E VDRL DE SÍFILIS EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO DE GINECOLOGIA/OBSTETRIA E MATERNIDADE



TRATAMENTO DA PARCERIA SEXUAL

Todas as parcerias sexuais expostas nos últimos 90 dias antes do diagnóstico de sífilis da gestante devem ser tratadas, mesmo que os resultados dos testes sorológicos sejam não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente.

As parcerias sexuais expostas há mais de 90 dias às mesmas circunstâncias também devem ser tratadas, mesmo que os resultados dos testes não estejam imediatamente disponíveis. Parcerias sexuais antigas de pacientes com sífilis latente devem ser avaliadas clinicamente e sorologicamente, e o tratamento deve ser realizado de acordo com os achados diagnósticos. É fundamental tratar todas as parcerias identificadas.

TRATAMENTO PARA SÍFILIS EM NÃO GESTANTES, NUTRIZES, PARCERIAS SEXUAIS E CONTROLE DE CURA.

RESUMO DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA SÍFILIS EM NÃO GESTANTES, NUTRIZES, PARCERIAS SEXUAIS E CONTROLE DE CURA.			
FASE CLÍNICA	ESQUEMA TERAPÊUTICO	OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA IMPOSSIBILIDADE DE USO DA PENICILINA **	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série de 2.400.000 UI IM *Dose única	*Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 15 dias *Tetraciclina 500mg, 6/6 horas VO por 15 dias *Ceftriaxona 1gr EV ou IM, 1 vez ao dia, por 8/10 dias	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 1 série de 2.400.000 UI IM *Dose única	*Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 15 dias *Ceftriaxona 1gr EV ou IM, 1 vez ao dia, por 8/10 dias	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de	Penicilina G Benzatina 3 séries de 2.400.000 UI IM	*Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 30 dias	Exame sorológico não-treponêmico trimestral

evolução ou com duração ignorada	Total: 7.200.000 UI IM *Intervalo de 1 semana entre as séries	*Ceftriaxona 1gr EV ou IM, 1 vez ao dia, por 8/10 dias	
Neurossífilis Parceria de Gestante com Sífilis, com resultado negativo.	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI EV 4/4 h diariamente por 10/14 dias Penicilina G Benzatina 1 séries de 1.200.000 UI IM	*Ceftriaxona 2gr EV ou IM, 1 vez ao dia, por 10/14 dias *Doxiciclina 100mg 12/12h VO por 15 dias *Tetraciclina 500mg, 6/6 horas VO por 15 dias *Ceftriaxona 1gr EV ou IM, 1 vez ao dia, por 8/10 dias	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização Exame sorológico não-treponêmico trimestral
<p>Nota: *1 série de Penicilina G Benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI, aplicada intramuscular em cada glúteo.</p> <p>**Em casos de alergia ou intolerância a Penicilina</p>			

IMPORTANTE

1. INTERVALO ENTRE AS SÉRIES DE PENICILINA BENZATINA PARA NÃO GESTANTES E HOMENS:

- a. Intervalo mínimo de 5 dias entre as séries da Penicilina Benzatina
- b. Intervalos menores que 5 dias são inadequados, pois podem encurtar a duração total da Penicilina no organismo até final do tratamento;
- c. Intervalos maiores que 15 dias: há risco de queda acentuada dos níveis de Penicilina o que pode levar a falha terapêutica.

2. CONTROLE DE CURA:

- a. Deve ser realizado durante DOIS anos
- b. Após tratamento adequado e documentado, a persistência de títulos baixos de VDRL menor ou igual a 1:4, com testes treponêmicos Reagentes, indica Cicatriz Sorológica ou Memória Imunológica.
- c. Intervalo mínimo de 5 dias entre as séries da Penicilina Benzatina
- d. Intervalos menores que 5 dias são inadequados, pois podem encurtar a duração total da Penicilina no organismo até final do tratamento;
- e. Intervalos maiores que 15 dias: há risco de queda acentuada dos níveis de Penicilina o que pode levar a falha terapêutica.

Sífilis curada não confere imunidade - Existe a possibilidade de contrair a doença a cada exposição.

Os testes treponêmicos NÃO devem ser usados para monitorar a resposta ao tratamento, pois permanecem reagentes ao longo da vida. O monitoramento deve ser realizado por meio dos testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRVST) e, sempre que possível, com o mesmo teste utilizado no diagnóstico. Por exemplo, se o diagnóstico foi feito com VDRL, o monitoramento deve continuar com VDRL.

Após o tratamento, os testes treponêmicos devem ser solicitados da seguinte forma:

Em gestantes:

Mensalmente até o parto

A cada 3 meses após o parto até completar 12 meses de acompanhamento

A cada 6 meses no segundo ano

Na população em geral:

A cada 3 meses no primeiro ano (3, 6, 9 e 12 meses)

A cada 6 meses no segundo ano

Observação: os testes não treponêmicos não são automatizados. Portanto, pode haver diferenças entre leituras em momentos diferentes ou quando realizadas por diferentes observadores. Variações no título em uma diluição, por exemplo, de 1:2 para 1:4 ou de 1:8 para 1:16, não devem ser consideradas.

Sífilis curada não confere imunidade - Existe a possibilidade de contrair a doença a cada exposição.

Os testes treponêmicos NÃO devem ser usados para monitorar a resposta ao tratamento, pois permanecem reagentes ao longo da vida. O monitoramento deve ser realizado por meio dos testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRVST) e, sempre que possível, com o mesmo teste utilizado no diagnóstico. Por exemplo, se o diagnóstico foi feito com VDRL, o monitoramento deve continuar com VDRL.

Após o tratamento, os testes treponêmicos devem ser solicitados da seguinte forma:

Em gestantes:

Mensalmente até o parto

A cada 3 meses após o parto até completar 12 meses de acompanhamento

A cada 6 meses no segundo ano

Na população em geral:

A cada 3 meses no primeiro ano (3, 6, 9 e 12 meses)

A cada 6 meses no segundo ano

Observação: os testes não treponêmicos não são automatizados. Portanto, pode haver diferenças entre leituras em momentos diferentes ou quando realizadas por diferentes observadores. Variações no título em uma diluição, por exemplo, de 1:2 para 1:4 ou de 1:8 para 1:16, não devem ser consideradas.

Solicitação do teste não treponêmico (VDRL):

A cada 3 meses no primeiro ano

A cada 6 meses no segundo ano

Sucesso no tratamento:

Diminuição de duas diluições em 3 meses

Diminuição de três diluições em 6 meses

Se houver elevação de duas diluições ou mais, deve-se considerar a possibilidade de reinfecção."

3. EVOLUÇÕES ESPERADAS DE TÍTULOS, EM TESTES NÃO-TREPONÊMICO, APÓS O TRATAMENTO DE SÍFILIS

Tempo pós-tratamento	Média de redução esperada do título em relação ao diagnóstico inicial	Exemplo
3 meses	4 vezes	1:64 para 1:16
6 meses	8 vezes	1:64 para 1:8
2 anos	+ 8 vezes	1:64 para <1:8

*Evolução esperada em 75% dos pacientes tratados com penicilina, sem coinfeção pelo HIV^{1,5}

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional da saúde:

- Aumento da titulação em 2 diluições (ex. 1:16 para 1:64) em qualquer momento do seguimento; ou
- Não redução da titulação em 2 diluições no intervalo de 6 meses (sífilis primária, secundária e latente recente) ou 12 meses (sífilis latente tardia ou terciária) após tratamento adequado; ou
- Persistência ou recorrência de sinais ou sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

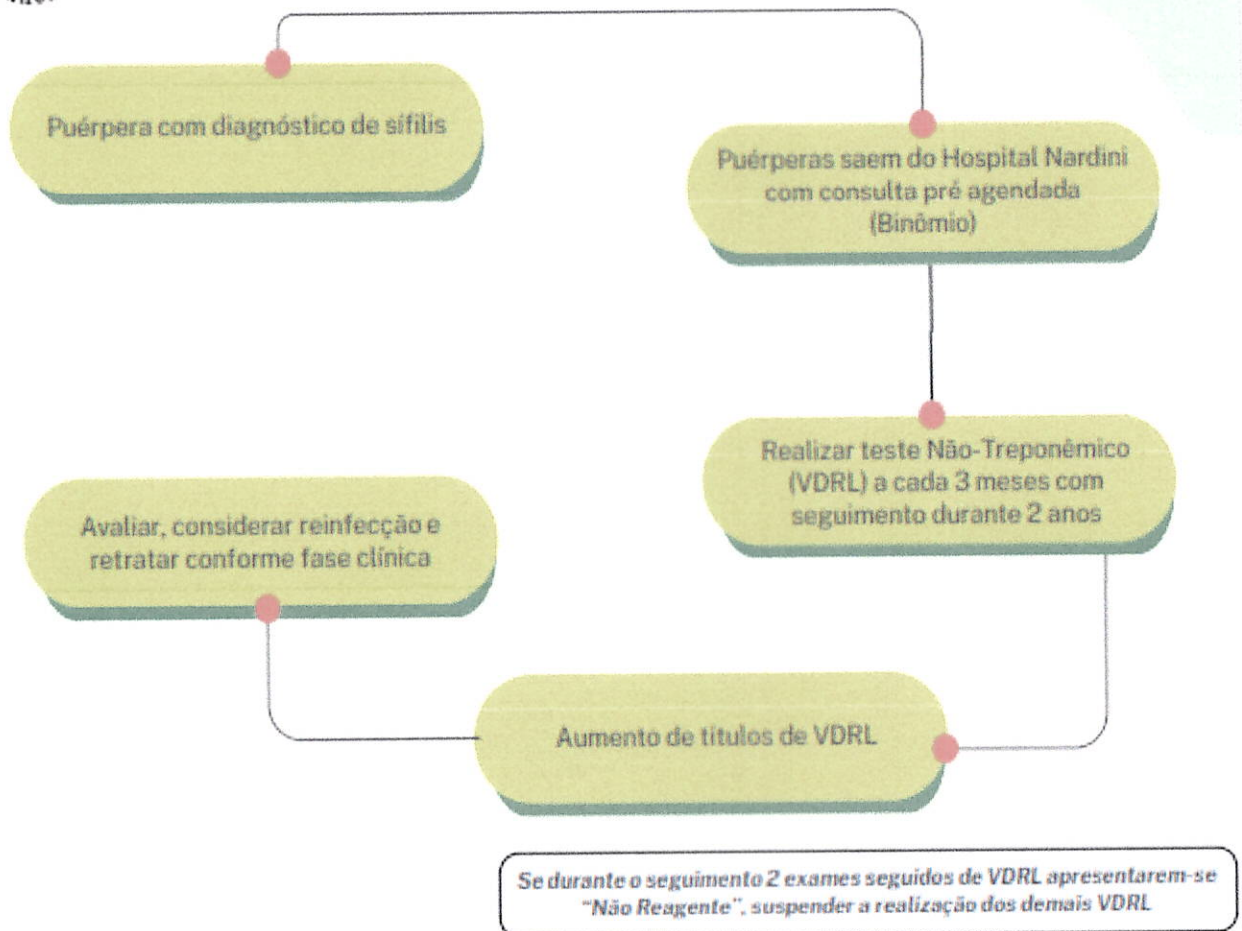
Diante de um caso de possibilidade de falha terapêutica ou reinfecção:

- Excluir infecção HIV;
- Reinfecção;
- Reavaliar esquema terapêutico utilizado;
- Excluir neurosífilis.

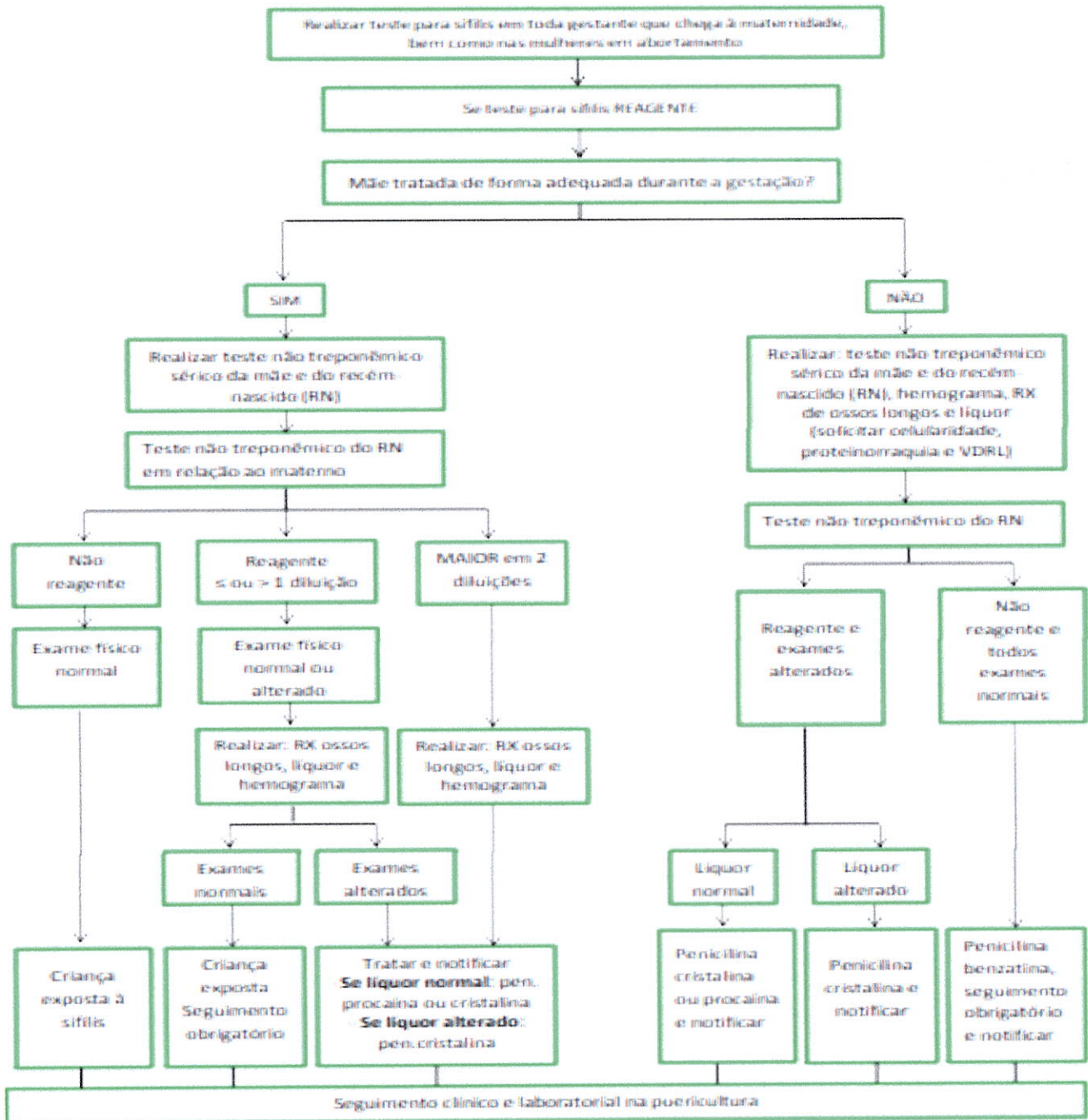
SEGUIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA, DA PUÉRPERA/MULHER QUE TEVE DIAGNÓSTICO (NA GESTAÇÃO OU PUERPÉRIO)



SEGUIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA, DA PUÉRPERA/MULHER QUE TEVE DIAGNÓSTICO (GESTAÇÃO OU PUERPÉRIO)



4. FLUXOGRAMA DE CONDUTAS NO RN COM SÍFILIS E EXPOSTO A SÍFILIS MATERNA



Fonte: nota informativa conjunta nº 001/2019/spsp/sbi/atsc/crt-pedst/aids/ses-sp

Realizar teste não treponêmico em sangue periférico de todos os recém-nascidos de mães com testes reagentes para sífilis no momento do parto, independentemente de tratamento prévio realizado;

- Recém-nascidos de mães tratadas adequadamente para sífilis, mas com teste não treponêmico reagente, com qualquer titulação, devem ser investigados (realizar radiografia de ossos longos, hemograma e coleta de líquido), independentemente da presença de sinais e sintomas clínicos;

- Recém-nascidos de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente: realizar radiografia de ossos longos e coleta de líquido mesmo quando apresentarem resultados não reagentes em testes não treponêmicos e independentemente da presença de sinais e sintomas clínicos;

- Seguimento ambulatorial clínico e sorológico por 18 a 24 meses para todas as crianças com sífilis congênita ou exposta à sífilis materna;

- Suspender a realização de teste não treponêmico quando obtiver dois resultados não reagentes consecutivos, durante o seguimento ambulatorial da criança com sífilis congênita ou exposta à sífilis;

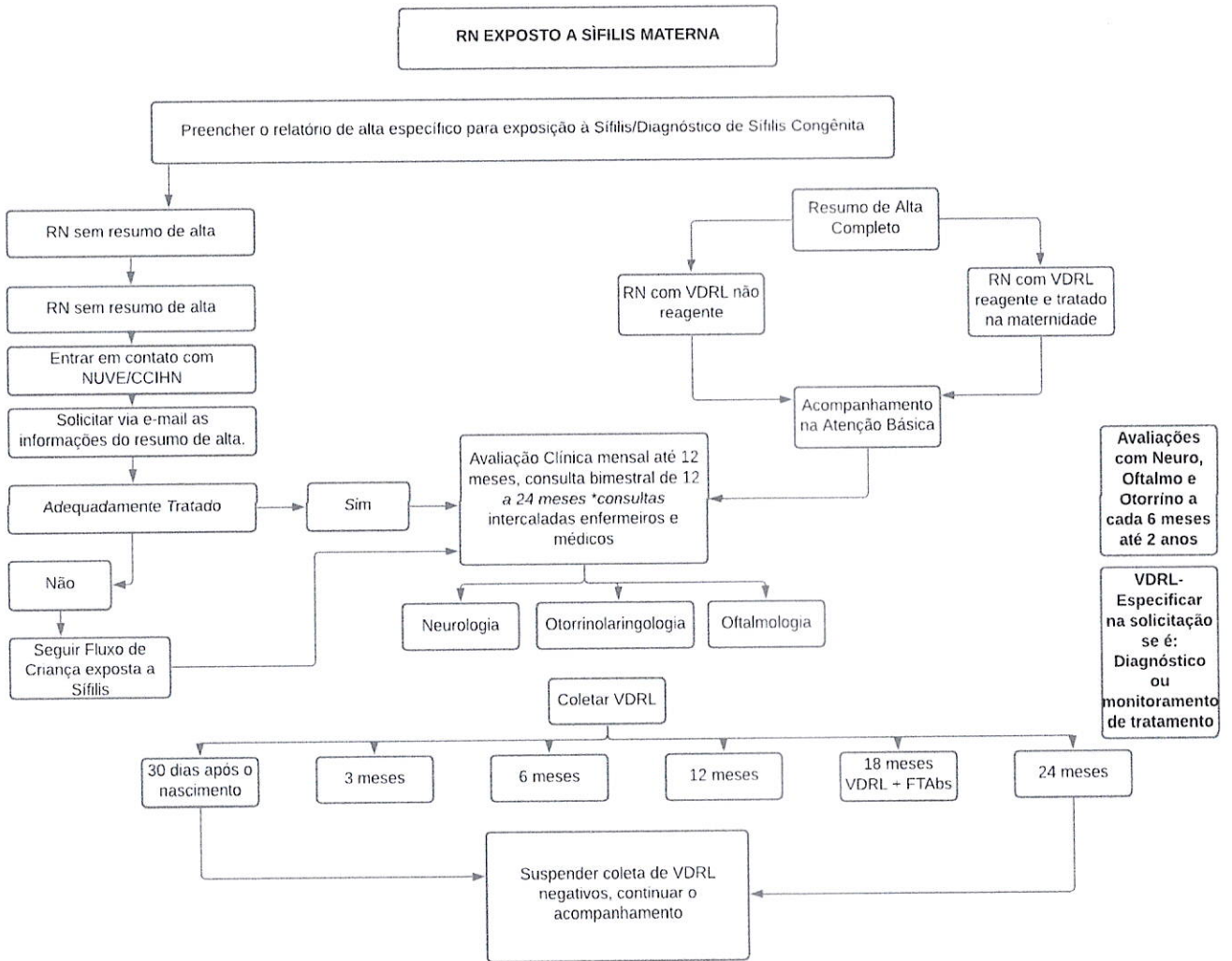
- Realizar avaliação audiológica, neurológica e oftalmológica, a cada seis meses durante dois anos;

- Realizar teste treponêmico após os 18 meses de idade.

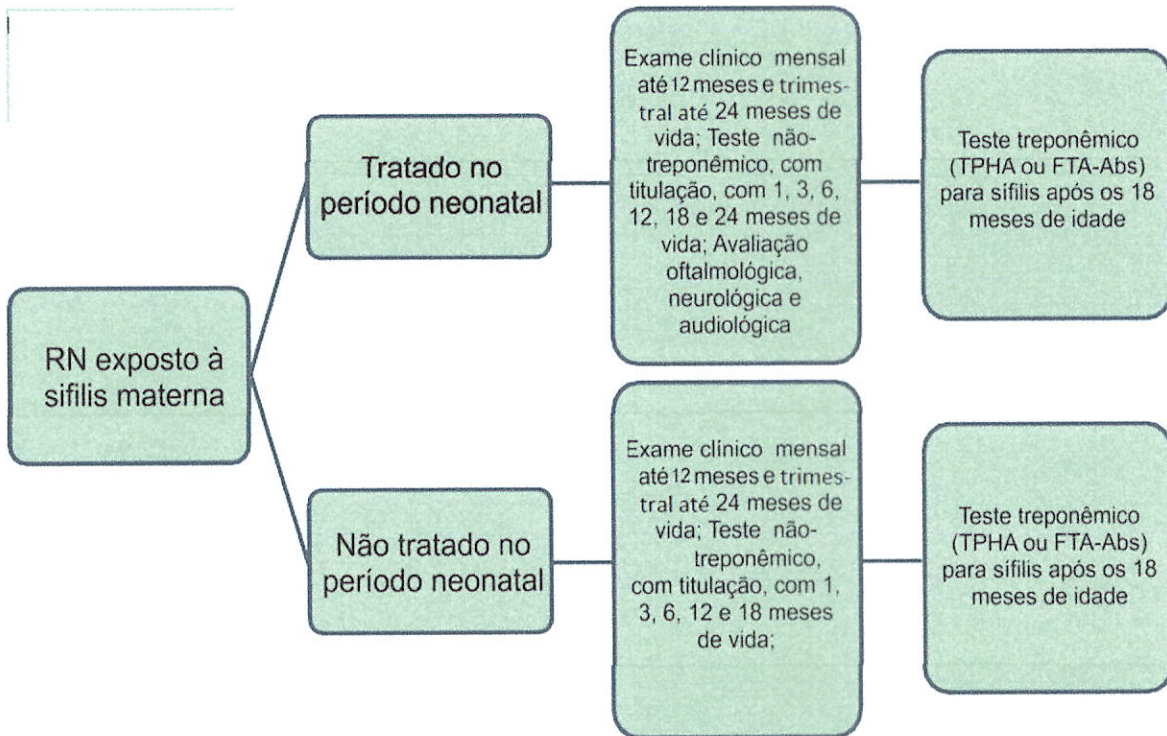
IMPORTANTE

1. Preencher a Ficha Investigação Epidemiológica e encaminhar para a Vigilância Epidemiológica
2. Na alta da maternidade, mãe e recém-nascido deverão ter consultas agendadas na Unidade Básica de Saúde de referência para seguimento.
3. Gestante com Sífilis e infectada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) deverá ser acompanhada no Serviço de Infectologia, CRS.

FLUXOGRAMA DO RESUMO DE IMPRESSOS PARA SEREM PREENCHIDOS PARA CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NOS SERVIÇOS HOSPITALARES E ATENÇÃO BÁSICA.



SEGUIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA, DA CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS E EXPOSTO A SÍFILIS MATERNA.



ENCERRAMENTO DOS CASOS AOS 18 MESES

***VDRL MENOR OU IGUAL 1:4: CRIANÇA ADEQUADAMENTE TRATADA = SÍFILIS CONGÊNITA**

Se durante o seguimento, 2 exames seguidos de VDRL apresentarem-se "Não Reagentes", suspender a realização dos demais VDRL, porém manter a realização do FTA-Abs ou Teste Rápido aos 18 meses.

A planilha compartilhada no Google Drive deve ser preenchida com os dados de acompanhamento do RN.

Deverá ser iniciado o IMPRESSO DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA e deve ser anexada ao prontuário.

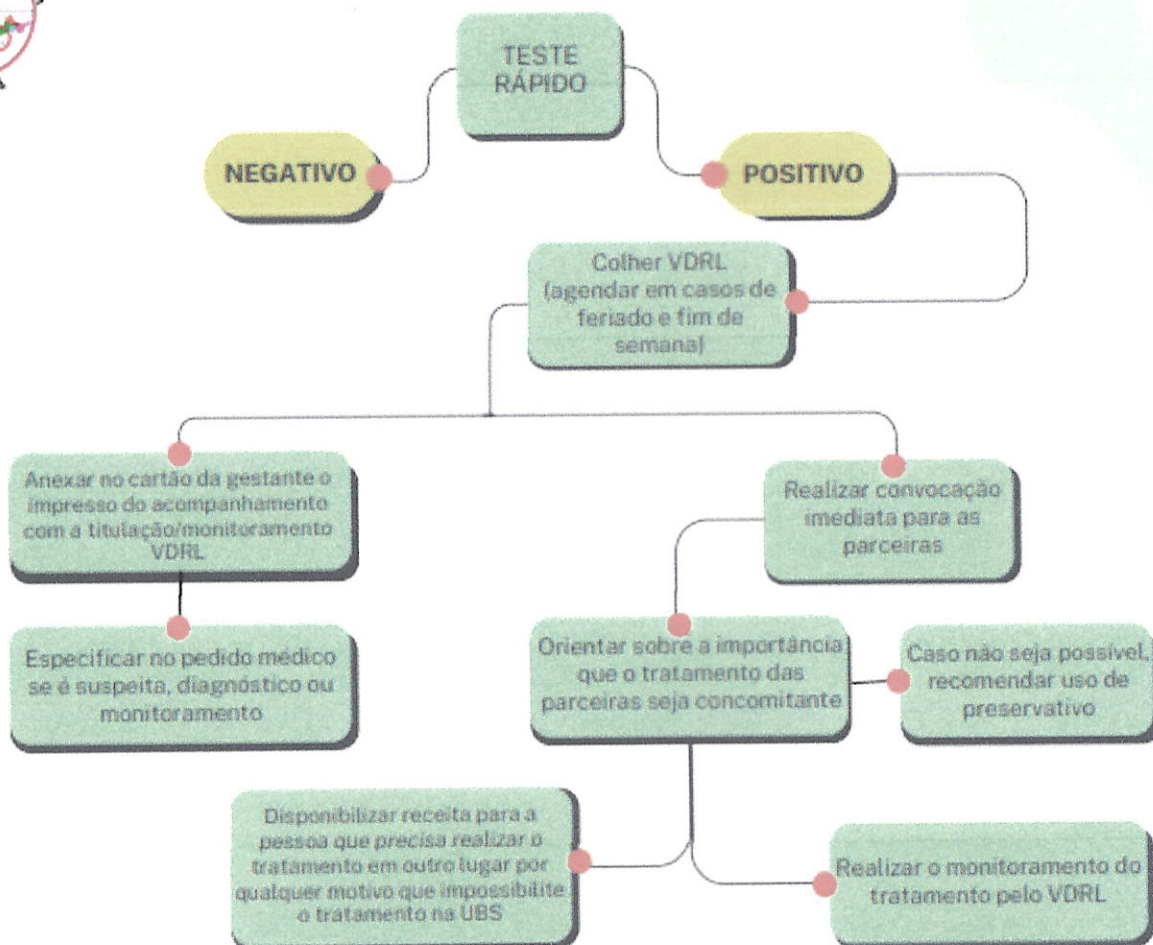
Títulos do VDRL

- * Queda do Título nos 3 primeiros meses ou negativação entre 6 e 18 meses, a criança será considerada tratada adequadamente.
- * Se não ocorrer queda esperada e/ou observados sinais clínicos de Sífilis Congênita, repetir os exames e reavaliar o caso com encaminhamento para avaliação do infecto-pediatra.
- * Se ocorrer o aumento de títulos (≥ 4 vezes) em relação ao anterior, encaminhar para tratamento hospitalar.

FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE VDRL NO SANGUE



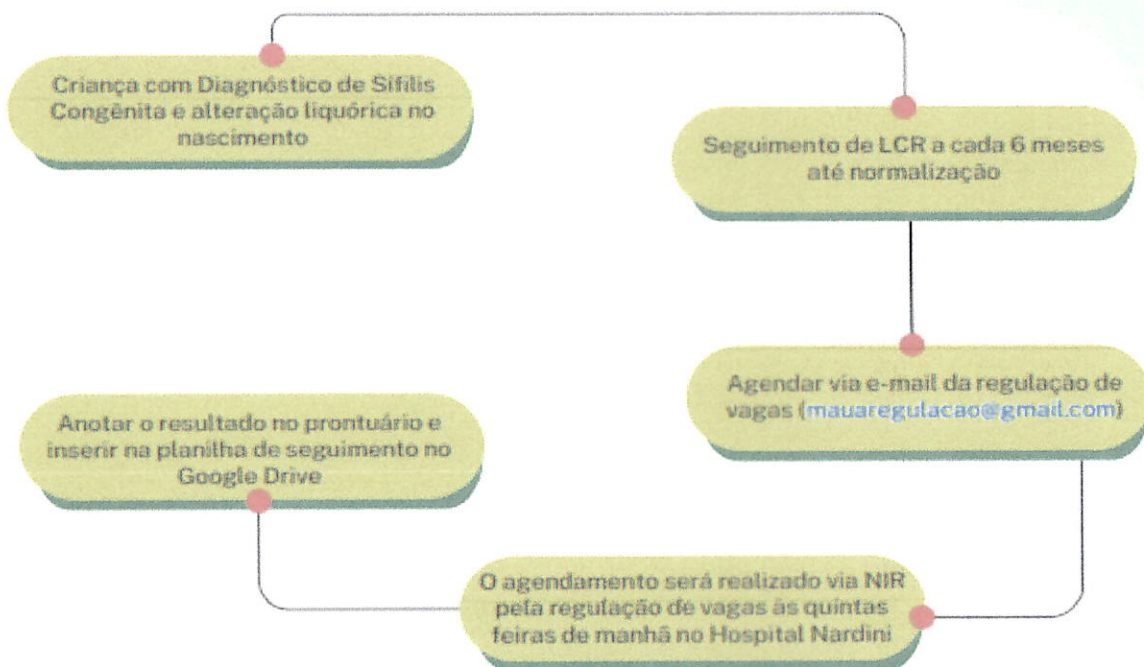
FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE VDRL NO SANGUE



FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE LÍQUOR AMBULATORIAL DE SEGUIMENTO (CRIANÇAS COM SÍFILIS CONGÊNITA NASCIDAS COM ALTERAÇÃO LICÒRICA)



FLUXO DE COLETA AMBULATORIAL DE LÍQUOR PARA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E ALTERAÇÃO LIQUÓRICA NO NASCIMENTO



II. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO BÁSICA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENADORIA DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS
GERÊNCIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA





FICHA DE SEGUIMENTO DE SÍFILIS CONGÊNITA			
Nº SINAN: _____			
Unidade Referência:	_____	Data Notificação:	/ /
Nome da Criança:	_____	Data nasc.:	/ /
Nome da Mãe:	_____		
Endereço:	_____	nº:	_____
Bairro:	_____	Telefone: cel.:	res.: _____
DADOS DE NASCIMENTO			
Hospital de Nascimento: _____			
VDRL da mãe no parto:	Data: / /	Titulação:	_____
VDRL RN - Nascimento:	Data: / /	Titulação:	_____
Coleta Líquor:	VDRL - Data: / /	Titulação:	() não realizado
RX de Ossos Longos:	Data: / /	Alterado? () sim () não	_____
Tratamento Realizado do RN: _____			
DADOS DO SEGUIMENTO DO RN			
VDRL 30 Dias de Vida -	Data: / /	Titulação:	() não realizado
VDRL 3 Meses de Vida -	Data: / /	Titulação:	() não realizado
VDRL 6 Meses de Vida -	Data: / /	Titulação:	() não realizado
VDRL 12 Meses de Vida -	Data: / /	Titulação:	() não realizado
VDRL 18 Meses de Vida -	Data: / /	Titulação:	() não realizado
FTA-Abs 18 Meses de Vida	Data: / /	Titulação:	() não realizado
VDRL 24 Meses de Vida -	Data: / /	Titulação:	() não realizado
AVALIAÇÃO DE ESPECIALIDADES:			
Oftalmologista	Data: / /	Local:	_____
Neurologista	Data: / /	Local:	_____
Avaliação Auditológica	Data: / /	Local:	_____
Observação:			

III. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS GESTANTE

		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº _____			
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresenta evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2	Individual		
	2	Agravado(a)		3	Código (CID10)		
	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)	
Notificação Individual	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8	Código		
	9	Nome do Paciente		10	Data de Nascimento		
	11	10 - Idade	11	Sexo	12	Gestante	
Dados de Residência	13	1 - Feminino 2 - Masculino		14	Raça/Cor		
	14	Escolaridade		15	1 - Analfeta 2 - Alfabetado 3 - Analfeta 4 - Alfabetado 5 - Analfeta 6 - Alfabetado 7 - Analfeta 8 - Alfabetado 9 - Analfeta 10 - Não se aplica		
	16	Número do Cartão SUS		17	Nome da Mãe		
	18	UF	19	Município de Residência	20	Código (IBGE)	
	21	Bairro		22	Logradouro (rua, avenida...)	23	Código
	24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)	26	Geo campo 1
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência	29	CEP
Dados Complementares do Caso							
Anti-epid. gestante	30	Ocupação		31	UF		
	32	Município de realização do Pré-Natal		33	Código (IBGE)		
	34	Unidade de realização do pré-natal		35	Código		
Dados laboratoriais	36	Nº da Gestante no SISPRENATAL		37	Classificação Clínica		
	38	1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 5 - Ignorada		39	Resultado dos Exames		
	40	Teste não treponêmico no pré-natal		41	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 4 - Ignorado		
Tratamento gestante	42	Teste treponêmico no pré-natal		43	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 4 - Ignorado		
	44	Esquema de tratamento prescrito à gestante		45	1 - Penicilina G benzatina 4.000.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outros esquemas 5 - Não realizado 6 - Ignorado		
	46	Parcelas tratadas concomitantemente à gestante		47	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Anti-epidemiologia da parceria sexual	48	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		49	1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.000.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outros esquemas 5 - Não realizado 6 - Ignorado		
	50	Método para o não tratamento do Parceiro		51	1 - Parceiro não se trata porque não é gestante 2 - Parceiro não se trata porque não sabe onde é o parceiro 3 - Parceiro não se trata porque não sabe onde é o parceiro 4 - Parceiro não se trata porque não sabe onde é o parceiro 5 - Parceiro não se trata porque não sabe onde é o parceiro 6 - Outros motivos		
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde				
	Nome	Função		Assinatura			

IV. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÊNITA (PARTE 1)

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº
Definição de caso: Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida. Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente a evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema Pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.				
Dados Gerais		1 Tipo de Notificação: 2 - Individual 2 Agravado/ença: SÍFILIS CONGÊNITA Código (CID 10): A 5 0.9 3 Data da Notificação:		
Notificação Individual		4 UF: 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: 10 (ou) Idade: 11 Sexo: M Masculino <input type="checkbox"/> F Feminino <input type="checkbox"/> 12 Gestante: <input type="checkbox"/> 13 Raça/Cor: 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 9 Ignorado		
Dados de Residência		14 Escolaridade: 15 Número do Cartão SUS: 16 Nome da mãe: 17 UF: 18 Município de Residência: Código (IBGE): 19 Distrito: Código: 20 Bairro: 21 Logradouro (rua, avenida, ...): 22 Número: 23 Complemento (apto., casa, ...): 24 Geo campo 1: 25 Geo campo 2: 26 Ponto de Referência: 27 CEP: 28 (DDD) Telefone: 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil):		
Dados Complementares				
Antecedentes Epid. da gestante / mãe		31 Idade da mãe: Anos 32 Raça/Cor da mãe: 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 9 Ignorado 33 Ocupação da mãe: 34 Escolaridade: 0 Analfabeto 1 1ª a 4ª série incompleta do EF (até 4º grau) ou 1º grau 2 4ª série completa do EF (até 4º grau) ou 1º grau 3 5ª a 8ª série incompleta do EF (até 8º grau) ou 1º grau 4 Ensino fundamental completo (até 8º grau) ou 1º grau 5 Ensino médio completo (até 2º grau) ou 2º grau 6 Ensino médio completo (até 2º grau) ou 2º grau 7 Educação superior incompleta 8 Educação superior completa 9 Ignorado 10 Não se aplica 35 Realizou Pré-Natal nesta gestação: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 36 UF: 37 Município de Realização do Pré-Natal: Código (IBGE): 38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal: Código: 39 Diagnóstico de sífilis materna: 1 Durante o pré-natal 2 No momento do parto/natalegem 3 Após o parto 4 Não realizado 9 Ignorado		
Dados de Lab. de gestante / mãe		40 Teste não treponêmico no parto/curetagem: 1 Reagente 2 Não reagente 3 Não realizado 9 Ignorado 41 Título: 42 Data: 43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem: 1 Reagente 2 Não reagente 3 Não realizado 9 Ignorado		
Trat. da gestante / mãe		44 Esquema do tratamento: 45 Data do início do Tratamento: 46 Parcela(s) tratada(s) concomitantemente a gestante: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
SÍFILIS CONGÊNITA 09/01/2008 COREL MR		Sinan NET SVS 05/12/2007		

V. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÊNITA (PARTE 2)

Anl. Epidemiol. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1. Reagente 2. Não reagente 3. Não realizado 9. Ignorado			51 Título 1:	52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1. Reagente 2. Não reagente 3. Não realizado 4. Não se aplica 9. Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1. Reagente 2. Não reagente 3. Não realizado 9. Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1. Sim 2. Não 3. Não realizado 9. Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1. Sim 2. Não 3. Não realizado 9. Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1. Sim 2. Não 3. Não realizado 9. Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1. Sim 2. Não 3. Não realizado 9. Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1. Assintomático 3. Não se aplica 2. Sintomático 9. Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado		
			<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Espilonomegalia
Tratamento			<input type="checkbox"/> Osteocondrite	<input type="checkbox"/> Outdo	
			<input type="checkbox"/> Fíbria muco-sanguinolenta	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas
Evolução			<input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
	64 Esquema de tratamento 1. Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia - 10 dias 2. Penicilina G procaina 50.000 UI/kg/dia - 10 dias 3. Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg/dia			4. Outro esquema	5. Não realizado 9. Ignorado
Observações Adicionais:	65 Evolução do Caso 1. Vida 2. Óbito por sífilis congênita 3. Óbito por outras causas 4. Aborto 5. Natimorto 9. Ignorado			66 Data do Óbito	
Investigador	Município / Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura		
<p>INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</p> <p>Nenhum campo deverá ficar em branco. Na ausência de informação, usar categoria ignorada.</p> <p>7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.</p> <p>8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com "Filho de: (o nome da mãe).</p> <p>9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.</p> <p>10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.</p> <p>40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRI (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicados para a triagem e seguimento terapêutico.</p> <p>43 - 53 - FIA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-1p (Microhemagglutination <i>Treponema pallidum</i>), IPHA (<i>Treponema pallidum</i> Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não-treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.</p> <p>44 - Esquema de Tratamento da mãe:</p> <p>Esquema de Tratamento Adequado: É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.</p> <p>Esquema de Tratamento Inadequado: * É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.</p> <p>53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses.</p> <p>58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRI, com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).</p> <p>59 - Evidência de <i>T. pallidum</i> - Registrar a identificação do <i>Treponema pallidum</i> por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.</p> <p>60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança.</p> <p>65 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.</p> <p>65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas. Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.</p>					
<p>SÍFILIS CONGÊNITA 09/01/2008 COREL MR Sinan NET SVS 05/12/2007</p>					

VI. FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS ADQUIRIDA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA

Nº

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	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/enferma		3	Data da Notificação		
	SÍFILIS ADQUIRIDA		4	Código (CID 10)	5		
	6	Município de Notificação		Código (IBGE)			
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9			
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	
Dados de Residência	14	Especialidade				15	Raça/Cor
	16	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe	
	17	UF	Município de Residência		19	Distrito	
	20	Bairro	21		Logradouro (rua, avenida, ...)	22	Código
	23	Complemento (apto., casa, ...)	24		Geo campo 1	25	Geo campo 2
	26	Ponto de Referência	27		CEP	28	(DDD) Telefone
Dados Complementares do Caso							
Dados clínicos epidemiológicos	31	Ocupação					
	32	Antecedente de sífilis		33		Se sim, o tratamento foi realizado?	
	34	Comportamento Sexual					
Dados clínicos e laboratoriais	35	Resultado dos Exames		36	Título		
	38	Teste treponêmico					
	39	Classificação Clínica					
Tratamento	40	Esquema de tratamento realizado			41		Data do início do tratamento
Condição	42	Classificação Final do caso					

Sífilis Adquirida

Sinan NET

05/10/2010

REFERÊNCIAS

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. *Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde.2016.112p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília.2015.139p.

BRASIL. Lei nº 8080, de 10 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. P.3 Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>> Acesso em 26/2/2018.

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 001/2019/SPSP/SBI/ATSC/CRT-PEDST/AIDS/SES-SP Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/nt.001.2019_spsp_sbi_ses_25.11.2019.pdf Acesso em 09/09/2021.