

GUIA PRÁTICO ESTADUAL PARA MULTIPLICADORESPREVENÇÃO, CONTROLE E REDUÇÃO DA SÍFILIS

CURITIBA-PR 2017

Secretário de Estado da Saúde

Michele Caputo Neto

Diretor-Geral

Sezifredo Paz

Superintendente de Vigilância em Saúde

Cleide Aparecida de Oliveira

Superintendente de Atenção em Saúde

Juliano Gervaerd

Diretora do Centro Estadual de Epidemiologia

Júlia Valeria Cordellini

Chefe da Divisão de IST Aids, Hepatites Virais e Tuberculose

Francisco Carlos dos Santos

Chefe do Departamento de Atenção e Promoção a Saúde

Monique Costa Budk

Coordenadora da Rede Mãe Paranaense

Débora Bilovus

Equipe de Elaboração

Grupo Técnico Estadual / IST - GTEIST/PR

Carla Archetti - SESA/SAS/ 7ª RS

Cibele Domingues Prado da Luz - SESA/SAS

Cyntia Helena Baroni Aires - SESA/SVS/3ª RS

Cleonice Aparecida de Oliveira - SMS-Aráucaria

Edvilson Cristiano Lentine - SMS-Londrina

Irene Zanetti - SESA/SVS/21aRS

Janine Trompczinski - SESA/SAS

Juliana Cioffi - SESA/SVS/ 15ª RS

Juliana Marques - SMS- Londrina

Lilian Zanchettim - DEPEN/PR

Liza Regina Rosso - SMS- Curitiba

Luiz Fernando Manfron - SESA/SVS/2ª RS

Luiz Toshio Ueda - SESA/SVS/17aRS

Mara Carmen Ribeiro Franzoloso- SESA/SVS

Marlene Raphaelli Lisot - SESA/SVS/11a RS

Rosiane Aparecida da Silva -SESA/SAS

Colaboradores

Divisão DST/Aids/HV/TB

Betina Gabardo

Francisco Carlos dos Santos

Joanilda Leskievicz

Merari Gomes de Souza

Marianna Freitas

Sandra Aparecida Grochovski

Revisão Técnica

Julia Valéria Cordellini - Médica Pediatra e Hebiatra - Diretora CEPI/SESA.

Andrea Maciel de Oliveira Rossoni - Infectologista Pediátrica, médica do Hospital de

Clínicas - UFPR, professora do Departamento de Medicina - UEPG.

Secretaria de Estado da Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária em Saúde

Adaptado do Manual do CURSO RÁPIDO DE VIGILÃNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HIV/AIDS E SÍFILIS. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015.

APRESENTAÇÃO

A prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis está sendo intensificada e priorizada no estado do Paraná. O número de casos de sífilis vem acompanhando o cenário nacional com um aumento expressivo, atribuído em parte ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e ampliação de testes rápidos.também contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico, a Rede Mãe Paranaense, preconizando 3 testes para diagnóstico da Sífilis na gestação.

A notificação Compulsória da Sífilis Congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542/MS, de 22 de dezembro de 1986; a de Sífilis em Gestante foi instituída pela Portaria nº 33/MS, de julho de 2005; e a de Sífilis Adquirida, pela Portaria 2.472/MS, publicada em 31 de agosto de 2010.

Conforme o Boletim Epidemiológico de Sífilis (MS, 2016), no ano de 2015, o número total de casos de Sífilis Adquirida, notificados no Brasil foi de 65.878, com uma Taxa de Detecção de 42,7/100 mil hab. O número total de Sífilis em Gestante foi de 33.365, com uma taxa de detecção 11,2 casos de Sífilis em Gestante/1.000 Nascidos Vivos. Por fim, neste mesmo ano de 2015, foram diagnosticados 18.938 casos de Sífilis Congênita, com uma incidência de 6,5/1.000 Nascidos Vivos.

Conforme dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINANNET), de Janeiro de 2017, da Divisão Estadual DST/Aids/HV/Tb/CEPI/SVS/SESA, o número total de casos de Sífilis Adquirida, notificados no Paraná foi de 3.579, com uma Taxa de Detecção de 38,64/100 mil hab. O número total de Sífilis em Gestante foi de 1.699, com uma taxa de detecção 10,5 casos de Sífilis em Gestante/1.000 nascidos vivos. Por fim, neste mesmo ano de 2015, foram diagnosticados 649 casos de Sífilis Congênita, com uma incidência de 4,1/1.000 Nascidos Vivos.

No Paraná, no período de 2010 a 2016 foram notificados no SINANNET um total de 11.558 casos de Sífilis Adquirida (Gráfico 1); Neste mesmo período foram notificados no SINANNET, um total de 7.610 de Sífilis em Gestante (Gráfico 2) e 3.141 de Sífilis Congênita (Gráfico 3).

Esse Guia foi elaborado com base no Manual do Curso Rápido de Vigilância Epidemiológica, CRVE, do Ministério da Saúde,2015. Visando fornecer um manual didático, prático e esclarecedor, contendo dados epidemiológicos, referencial teórico, perguntas e respostas comentadas, para ser utilizado na Oficina de

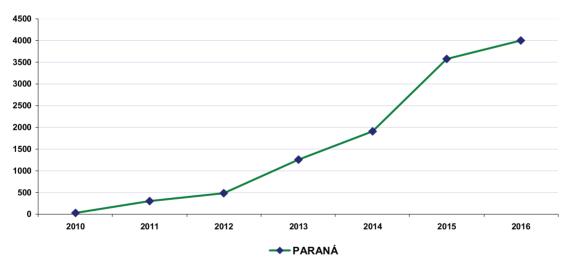
Formação de Multiplicadores para Prevenção, Controle e Redução da Sífilis no Paraná. Posteriormente este material servirá de base para todos os profissionais da saúde para multiplicar, proporcionando orientação, atualização e conhecimentos indispensáveis ao desempenho das ações de trabalho.

As oficinas visam subsidiar os profissionais dos serviços de saúde do estado do Paraná, que atuam na Vigilância em Saúde e Atenção Básica, reiterando as rotinas e fluxos estabelecidos pelos protocolos do Ministério da Saúde.

Espera-se que este material possa facilitar o acesso às informações técnicas, aos procedimentos para a notificação e investigação dos agravos relativos a Sífilis e suas formas clinícas, e consequentemente, contribuirá para a qualificação das informações e redução da subnotificação e principalmente reduzindo a Transmissão Vertical da Sífilis.

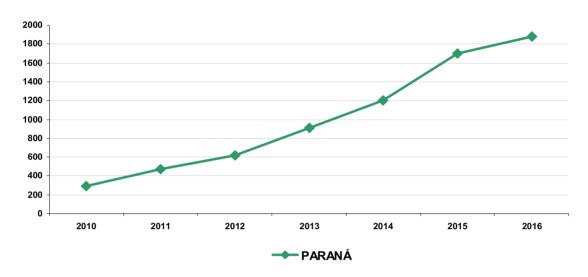
GRÁFICO 1- CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA, POR ANO DE DIAGNÓSTICO.

PARANÁ 2010 A 2016.



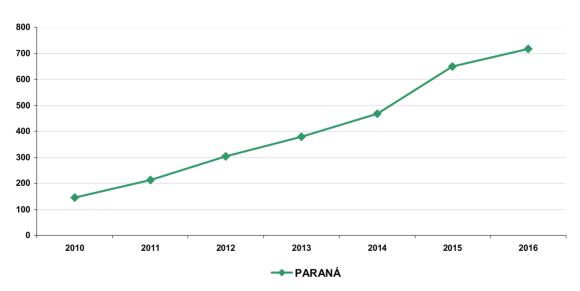
FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB- SINANNET, ATUALIZADO EM 02/03/2017

GRÁFICO 2- CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTE, POR ANO DE DIAGNÓSTICO.
PARANÁ, 2010 A 2016.



FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB- SINANNET, ATUALIZADO EM 02/03/2017

GRÁFICO 3- CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, POR ANO DE DIAGNÓSTICO.
PARANÁ 2010 A 2016.



FONTE: SESA/SVS/CEPI/DVDST/AIDS/HV/TB- SINANNET, ATUALIZADO EM 02/03/2017

SUMÁRIO

- 12 INTRODUÇÃO
- 17 SÍFILIS
- 31 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA
- 33 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS
- 34 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTES
- 39 SÍFILIS CONGÊNITA
- 50 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA

FLUXOGRAMA LABORATORIAL PARA DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

FICHA DE NOTIFICAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA E INSTRUÇÕES PREENCHIMENTO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

GRÁFICO DE REAÇÕES SOROLÓGICAS NA SÍFILIS E FASE CLÍNICA

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Casos de Sífilis adquirida, por ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2016.
Figura 2	Casos de Sífilis em Gestante, por ano de diagnóstico. Paraná 2010 a 2016.
Figura 3	Casos de Sífilis Congênita, por ano de diagnóstico. Paraná, 2010 a 2016.
Figura 4	Fluxo de Informação para notificação das IST/aids no SVE.
Figura 5	Reatividade dos pacientes às principais provas sorológica para o diagnóstico de sífilis segundo o tempo e estágio clínico da doença. ²⁵ (Anexo 4)
Figura 6	Resumo do diagnóstico laboratorial da sífilis adquirida em adulto não gestante e gestante. ²⁴
Figura 7	Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não-treponêmico confirmatório.
Figura 8	Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não-treponêmico inicial com teste rápido confirmatório.
Figura 9	Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido.
Figura 10	Oportunidades estratégicas para o controle da sífilis na gestação.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais sistemas de informação para busca ativa de casos da vigilância das IST/Aids.
Quadro 2	Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida. ²⁴
Quadro 3	Painel de exames laboratoriais para diagnóstico da sífilis adquirida. 24,25
Quadro 4	Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em adulto não gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento. 24
Quadro 5	Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento. ²⁴
Quadro 6	Tratamento materno, segundo critério de adequado e inadequado.
Quadro 7	Tratamento da sífilis congênita no período neonatal (<28 dias). ²
Quadro 8	Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis. ²⁴
Quadro 9	Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal (≥ 28 dias).
Quadro 10	Indicadores de sífilis na gestação (SG), para vigilância da transmissão vertical da sífilis.
Quadro 11	Indicadores de sífilis congênita (SC), para vigilância da transmissão vertical da sífilis.

SIGLAS

DOU - Diário Oficial da União

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUM - Data da última menstruação

ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ensaio imunoenzimático indireto)

EQL – *Electrochemiluminescence* (quimioluminescência)

FNI - Ficha de Notificação e Investigação de Doenças Compulsórias

FTA-Abs - Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (teste de imunofluorescência indireta)

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LDNC - Lista de Doenças de Notificação Compulsória

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RPR - Rapid Test Reagin

SC - Sífilis congênita

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SG – Sífilis em gestante

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SICTA - Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento

SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SISPACTO - Sistemas de Informação em Saúde e Sistema do Pacto pela Saúde

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS - Sistema Único de Saúde

SVE - Sistema de Vigilância Epidemiológica

TPHA – Treponema pallidum Haemagglutination Test (testes de hemaglutinação e aglutinação passiva)

TR - Testes rápidos - imunocromatográficos

TRUST - Toluidine Red Unheated Serum Test

TVHIV - Transmissão Vertical do HIV

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi instituído em 1976, por meio da Lei 6.259/75¹ e do decreto 78.231/76.² A constituição do SNVE, no Brasil, ocorreu impulsionada pela tendência do desenvolvimento de Sistemas de Vigilância Epidemiológica (SVE) no mundo, e a necessidade do controle das doenças epidêmicas de forma mais efetiva.³

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, por meio da Lei nº 8080 publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 20/09/1990.4

Entende-se por vigilância epidemiológica:

"Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos" (Lei 8080).4

Para a vigilância a informação destina-se à tomada de decisões: **Informação para a ação.**⁵ Das fontes de informação em vigilância uma das mais importantes é a notificação.

Segundo o Ministério da Saúde (MS)⁵ a notificação é:

"Comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinente" (Brasil, MS, SVS,p.21).5

A última lista de doenças de notificação compulsória (LDNC) foi regulamentada pela Portaria nº 1.271 do MS de 06 de junho de 2014.6 O instrumento utilizado para a notificação dos casos é a ficha de notificação e investigação (FNI). As fichas são digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN). Assim como outros agravos de notificação compulsória, os casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e aids (IST/aids), também fazem parte da LDNC, e são digitados no SINAN.

Os dados gerados são revisados (realizada a retirada de duplicidade, verificação de inconsistências e de casos descartados) e analisados. As informações produzidas, além de permitir o monitoramento de indicadores de saúde, presentes no pacto pela saúde⁷ (SISPACTO), também subsidiam as ações de controle e prevenção das IST/Aids nos Estados e Municípios.

O envio das notificações para o nível federal segue um fluxo já estabelecido, descrito na Figura 1. As vigilâncias municipais, regionais (se houver), estaduais e nacionais tem a responsabilidade de analisar, consolidar e divulgar as informações geradas pelo SVE.

Figura 3. Fluxo de Informação para notificação das IST/Aids no SVE.

FLUXO DA INFORMAÇÃO NÍVEL LOCAL

(UBS, CENTROS DE REFERÊNCIA, HOSPITAIS) Consolidar, analisar e divulgar os dados

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNIÇIPAL

(SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE) Consolidar, analisar e divulgar os dados

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA REGIONAL

(GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA) Consolidar, analisar e divulgar os dados

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ESTADUAL

(SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE) Consolidar, analisar e divulgar os dados

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

(SVS - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE) Consolidar, analisar e divulgar os dados Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais No Brasil, de acordo com a Portaria nº33, de 14 de julho de 2005⁸ em seu artigo 3º os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975¹, são obrigados a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças de interesse nacional.

O caráter compulsório da notificação implica em responsabilidades formais para todo cidadão. É uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde.

Faz-se necessário também, o estabelecimento de normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparabilidade de dados e informações, além da LDNC, FNI e o fluxo de informação. Esta padronização é realizada por meio da definição de caso de uma doença ou agravo, que possibilita assim tornar comparáveis os critérios diagnósticos que regulam a entrada de caso no sistema.^{9, 10}

A definição de caso pode ser conceituada como:

"Um conjunto de critérios que se utilizam para decidir se uma pessoa tem ou não uma particular doença ou apresenta um determinado evento adverso à saúde" (Waldman, p. 19).¹⁰

A vigilância dos casos a serem notificados ocorre por meio do que chamamos de vigilância passiva e/ou ativa. Considera-se vigilância passiva aquela em que se baseia na notificação espontânea dos serviços que identificam os casos. 10 Esta vigilância pode apresentar um maior risco de subnotificação, pois, depende da iniciativa dos profissionais e serviço. Já a vigilância ativa é realizada por meio de consultas a prontuários médicos, visitas a serviços de saúde e comunidades, e pesquisa de outros meios que possibilitem identificar casos que porventura possam não ter sido notificados. 11

Na vigilância das IST/aids, a vigilância ativa de casos é uma das principais estratégias para a redução da subnotificação. A existência de vários sistemas de informação em saúde (Figura 2 e Quadro 1) e o estabelecimento

de fluxos com laboratórios podem contribuir para a busca ativa e consequentemente aumentar a captação de casos.

Para gerar informação para a ação é importante a notificação de todos os casos. Para tanto, é indispensável:

- A disponibilidade FNI em todos os serviços de saúde;
- Notificar o caso, ou seja, no momento do diagnóstico do agravo;
- Evitar atraso de notificação;
- Preencher adequadamente todos os campos da FNI para garantir a qualidade e a completude das informações;
- Observar o fluxo do sistema de informação, de acordo com os diferentes níveis da vigilância;
- Digitar os casos após uma análise critica de todos os campos da ficha;
- Revisar e atualizar periodicamente o banco de dados, buscando identificar possíveis inconsistências e não completude.

Quadro 1. Principais sistemas de informação para busca ativa de casos da vigilância das IST/Aids.

Sistema	Nome do Sistema	Finalidade	Competência
SICTA	Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento	Obter dados sobre indivíduos que se dirigem aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realização de teste de HIV. Traz informações relevantes sobre subgrupos populacionais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis.	MS - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais	Monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4 +/CD8+ e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral (TARV). Traz informações relevantes da contagem inicial de linfócitos TCD4+, para avaliar indicação de tratamento, bem como número médio anual de exames por paciente em TARV, entre outras.	MS - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	Gerenciar a logística dos medicamentos antirretrovirais.	MS - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade	O sistema foi criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da Declaração de Óbito (DO) em todo o território nacional. Justificado não só para o atendimento de exigências legais, o SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no País.	MS
SINASC	Sistema de informações de nascidos vivos	Obter dados sobre nascidos vivos (sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras). Por meio de documento padrão, que é a Declaração de Nascimento (DN).	MS
SIH	Sistema de informações hospitalares do SUS	O SIH apresenta informações relativas às principais causas de internações no Brasil, aos procedimentos mais freqüentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, entre outros. As informações são provenientes das autorizações de internação hospitalares (AIH).	MS

SIFILIS

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. A doença é curável e exclusiva do homem. Se a sífilis não for tratada, pode evoluir para formas mais graves ao longo de muitos anos, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular. 15,24

A transmissão da sífilis pode ser sexual, vertical ou sanguínea. A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária. Os sítios de inoculação do *T. pallidum* são, em geral, os órgãos genitais (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus), podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade). 15,24

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. A transmissão por transfusão de sangue ou derivados pode ocorrer, mas tornou-se rara, devido ao controle realizado pelos hemocentros.²⁴

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), por via transplacentária, apesar de também poder ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto.²⁴

O período de incubação da sífilis adquirida pode variar de 10 a 90 dias, com média de 21 dias, a partir do contato sexual infectante.¹⁵

A suscetibilidade à doença é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. O indivíduo pode adquirir sífilis sempre que se expuser ao *T. pallidum*. ¹⁵

Todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento.²⁴

Existem duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida, a saber, pelo tempo de infecção e por suas manifestações clínicas.²⁴

1. Segundo o tempo de infecção:

- Sífilis adquirida recente (até um ano de evolução);
- Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução).

2. Segundo as manifestações clínicas da sífilis adquirida:

- Sífilis primária
- Sífilis secundária
- Sífilis latente:
 - latente recente (até um ano de infecção)
 - latente tardia (mais de um ano da infecção)
- Sífilis terciária

Manifestações clínicas 15,24

- Sífilis primária caracteriza-se por apresentar no local de entrada da bactéria uma mácula ou pápula vermelha escura que progride rapidamente para uma erosão ou úlcera (0,5 a 2,0 cm), denominada "cancro duro". Em geral, a lesão é única, indolor, com bordos endurecidos, bem delimitados e com fundo liso e limpo. A lesão é acompanhada de linfadenopatia inguinal e é rica em treponemas. Esse estágio pode durar entre duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea, independentemente de tratamento. Nas mulheres, a fase primária é de difícil diagnóstico clínico, devido ao cancro duro não causar sintomas e sua localização ser geralmente em parede vaginal, cérvix ou períneo.
- Sífilis secundária marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro duro e duram entre quatro a 12 semanas; porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até dois anos. No entanto, a sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento. As lesões secundárias são ricas em treponemas. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas brancoacinzentadas nas mucosas; lesões pápulo- hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata): alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. Mais raramente, comprometimento hepático e quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral como uveíte. Merece destaque o fato de as lesões de pele do secundarismo não serem pruriginosas, o que auxilia no diagnóstico dínico. Nesse estágio, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes nãotreponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos.
- Sífilis latente tem fase de duração variável em que não se observam sinais e sintomas clínicos, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos. É dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. Diante de um individuo com diagnóstico confirmado, em que não e possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), trata-se como sífilis latente tardia.
- Sífilis terciária ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência (entre dois a 40 anos depois do início da infecção). A sífilis terciária é rara e, quando presente, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sifilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais. Para o diagnóstico, devem ser consideradas as lesões: Cutâneas (gomosas e nodulares, de caráter destrutivo); Ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares); Cardiovasculares (aortite sifilítica, aneurisma e estenose de coronárias); Neurológicas (meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Importante:

A **neurossífilis** acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce, no entanto, ocorre por reação inflamatória da bainha de mielina, não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente, ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, só diagnosticada pela sorologia do líquor, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica.²⁴

Quadro 2. Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida.²⁴

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
	 Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou 	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não
Sífilis recente (até um ano de duração)	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato - As lesões desaparecem sem cicatrizes em 4 a 12 semanas - Pode haver novos surtos	fistulizam - Lesões cutaneomucosas sintomáticas ^a - Sintomas gerais, micropoliadenopatia - Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo)
	Latente recente ^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia	Latente tardia ^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
(mais de um ano de duração)	Terciária ^c	 Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sifilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

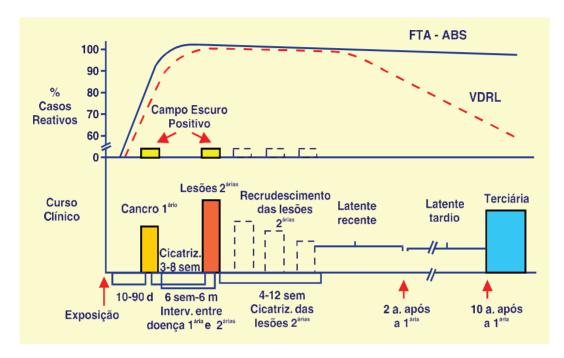
^aErupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênues e acinzentadas), lesões papulohipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopécia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).

^bA maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia.

[°]Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sifilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Figura 4. Reatividade dos pacientes às principais provas sorológica para o diagnóstico de sífilis segundo o tempo e estágio clínico da doença.²⁵

(Anexo 4)



Fonte: Adaptado de Gutman LT. Syphilis. In: Feigin R, Cherry JD. Textbook of pediatric infectious diseases²⁶.

Quadro 3. Painel de exames laboratoriais para diagnóstico da sífilis adquirida.^{24,25}

Categorias	Tipo	Características
Exames diretos	Microscopia de campo escuro	- sensibilidade de 74 a 86% - na sífilis recente (primária e secundária)
(pesquisa direta T. pallidum)	Imunofluorescência direta	- exame de material corado e biópsias
	Treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL*, Elisa*, testes rápidos*‡)	- detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do <i>T. pallidum</i> - são os primeiros a se tornarem reagentes - importante para confirmação diagnóstica - na maioria das vezes, permanecem positivos pelo resto da vida, mesmo após o tratamento - podem indicar infecção ativa ou memória imunológica - não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento
Testes imunológicos	Não-treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST)	- detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do <i>T. pallidum</i> - podem ser qualitativos (indica presença ou ausência do anticorpo) e quantitativos (permite titulação de anticorpos – 1:2; 1:8; 1:64) - são reagentes cerca de 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro duro - importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento - queda do título indica sucesso terapêutico - resultados falso-negativos podem ocorrer pelo excesso de anticorpos – efeito pró-zona - laboratórios devem iniciar a execução do teste com uma alíquota diluída (1:8) para evitar resultados falso-negativos (pró-zona) - resultados falso-positivos podem ocorrer, uma vez que as reaginas podem surgir em outras situações: infecções (malária, hanseníase, TB, hepatite, sarampo, endocardite bacteriana, leptospirose, varicela, mononucleose, tripanossomíase, pneumonia viral); doenças autoimunes (doenças reumáticas), gestação, drogadição; por isso, para confirmação do diagnóstico da sífilis é necessário um teste treponêmico

^{*} Mais utilizado como teste de triagem

[‡]Testes rápidos – são de fácil execução, com resultado, no máximo, em 30 minutos; realizados com amostras de sangue total, colhidas por punção venosa ou punção digital.

Figura 5. Resumo do diagnóstico laboratorial da sífilis adquirida em adulto não gestante e gestante.²⁴

01 teste treponêmico (teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA)

+

01 teste não-treponêmico (VDRL ou RPR ou TRUST)

A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde.

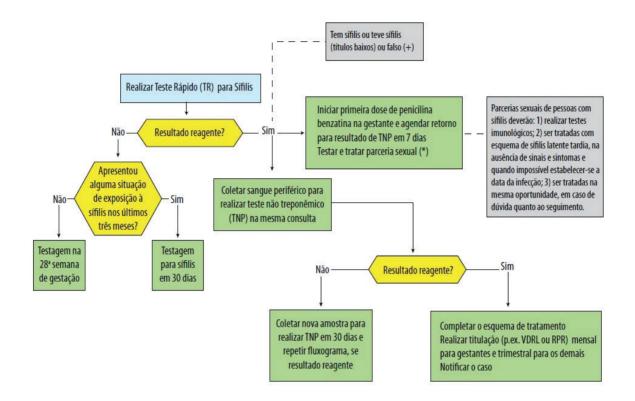
Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico.²⁴

Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponênico ou não-treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.²⁴

Os fluxogramas laboratoriais para diagnóstico e acompanhamento da sífilis, conforme Portaria nº 3.242/DDAHV/MS, de dezembro de 2011(dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para a triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações), estão no Anexo 6.

Nas gestantes, tanto durante o pré-natal quanto antes do parto, a escolha do fluxograma pode ser feita pelo serviço ou gestão municipal, segundo a sua conveniência, que deverá levar em consideração a infraestrutura laboratorial disponível, inclusive nos finais de semana, a disponibilidade de profissionais para a pronta execução dos testes escolhidos e finalmente, o tipo de testes disponíveis na instituição.²⁴ As Figuras 10, 11 e 12, apresentam os fluxogramas para diagnóstico de sífilis, com as diversas possibilidades, utilizando testes rápidos.

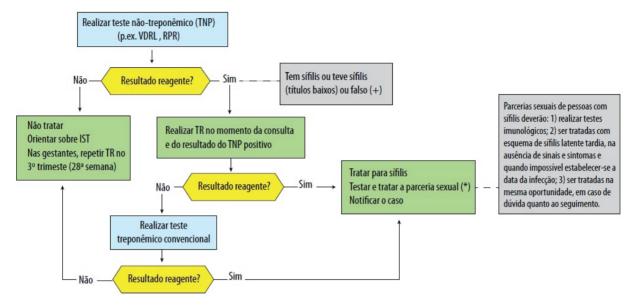
Figura 6. Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não-treponêmico confirmatório.



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

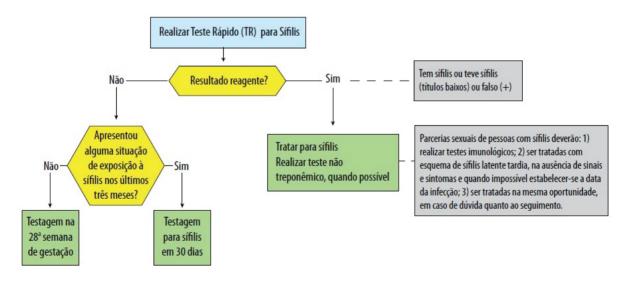
Figura 7. Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste nãotreponêmico inicial com teste rápido confirmatório.



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Figura 8. Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido.



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Situações e locais recomendados para utilização de testes rápidos e tratamento imediato²⁴

- Localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial e/ou regiões de difícil acesso;
- Programa do Ministério da Saúde (MS), tais como Rede Cegonha,
 Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, entre outros programas;
- CTA Centro de Testagem e Aconselhamento;
- Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas de até 5 amostras diárias para o diagnóstico da sífilis);
- Populações—chave (pessoas que apresentam risco acrescido à infecção do agente etiológico em questão, no caso o *T. pallidum*, quando comparadas com a população geral);
- Populações flutuantes;
- Populações ribeirinha e indígena;
- Pessoas atendidas em prontos-socorros;
- Pessoas atendidas em unidades básicas de saúde;
- Pessoas vivendo com HIV/aids;
- Pessoas em situação de violência sexual, como prevenção das IST/aids.
- Pessoas com diagnóstico de hepatites virais;
- Gestantes e parcerias sexuais em unidades básicas de saúde, principalmente, no âmbito da Rede Cegonha;
- Gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades;
- Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- Parcerias de pessoas com diagnóstico de sífilis;
- Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST,
 Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde (DDAHV/SVS/MS) para ampliação do diagnóstico da sífilis.

Quadro 4. Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em adulto não gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento. ²⁴

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)			
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento	
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 15 dias OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- se tratado com penicilina: seguimento, com TNT*, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. - se tratado com outra medicação: seguimento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas diluições, em TNT* - ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado).	
	ais de 1 ano do contato) d gnorada ou sífilis terciári		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento	
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- se tratado com penicilina: seguimento, com TNT*, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. - se tratado com outra medicação: seguimento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas diluições, em TNT* - ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado).	
	Neurossífilis**		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento	
Penicilina G cristalina 18 a 24 milhões Ul/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias	 se tratado com penicilina: seguimento, com TNT**, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. se tratado com outra medicação: seguimento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas diluições, em TNT* - ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado). 	

^{*}TNT – Teste não-treponêmico
**Se líquor inicial alterado (células e/ou proteínas), realizar exame de líquor a cada 6 meses até normalização.

Quadro 5. Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento. ²⁴

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)			
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento	
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- seguimento mensal, com testes não-treponêmicos	
Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)*			
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento	
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas Dose total: 4,8 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- seguimento mensal, com testes não-treponêmicos	
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária			
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento	
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- seguimento mensal, com testes não-treponêmicos	

^{*}Algumas evidências sugerem que uma terapia adicional é benéfica para mulheres grávidas. Para as mulheres que têm sífilis primária, secundária e latente recente, uma segunda dose de penicilina G benzatina de 2,4 milhões UI, IM pode ser administrada uma semana após a dose inicial.

Gestantes com alergia confirmada à penicilina²⁴

- Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina.
- Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante poderá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

Parcerias sexuais de pessoas com sífilis*24

- Realizar testes imunológicos;
- Tratar com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção;
- Tratar na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento.

*Parceiro sexual de gestante com sífilis recente, com provas sorológicas não reagentes, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, com esquema para sífilis recente, se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela). Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias deverão ser avaliados clinica e laboratorialmente e tratados conforme achados diagnósticos ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, deverão ser tratados com esquema para sífilis latente tardia.

Controle de cura²⁴

- Realizar testes não-treponêmicos mensalmente nas gestantes, e na população geral, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;
- Redução de dois ou mais títulos do teste não-treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negativação após 6 a 9 meses do tratamento demonstra a cura da infecção. É importante ressaltar que a completa negativação dos testes não-treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento.
- No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em 3 meses e três diluições em 6 meses (ex.: de 1:32 para 1:8, após 3 meses e para 1:4 após 6 meses). Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta.
- A elevação de títulos dos testes não-treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64), em relação ao ultimo exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado.
- Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica (incluindo HIV) em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA (CID: A53.9)

A vigilância da sífilis adquirida tem como objetivos identificar os casos para subsidiar as ações de prevenção e controle; monitorar o perfil epidemiológico e suas tendências; monitorar a sífilis adquirida de acordo com seu estadiamento e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns; monitorar os casos de sífilis adquirida em mulheres em idade fértil, intensificando-as no pré-natal; e monitorar os casos em gestantes para evitar a sífilis congênita.¹⁵

CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS ADQUIRIDA¹⁵

Todo indivíduo assintomático **ou** com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação **e** teste treponêmico reagente.

A sífilis adquirida é de notificação compulsória regular (em até 7 dias) e todo caso confirmado, segundo o critério de definição de caso descrito acima, deve ser notificado à vigilância epidemiológica. A notificação é registrada no Sinan mediante o preenchimento e envio da FNI.¹⁵

INSTRUMENTO PARA NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA

Ficha de notificação/investigação de sífilis adquirida - SINAN

Estratégias para Sífilis adquirida:15

- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL e para hepatites B e
 C, se disponíveis;
- Vacinar contra hepatite B: ver calendário de vacinação do Programa
 Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde;
- Enfatizar a adesão ao tratamento;
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento, mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido;
- Oferecer preservativos, orientando o uso em todas as relações sexuais e informando sobre as técnicas de uso;
- Notificar e investigar o caso;
- Marcar os retornos para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura;
- Solicitar o comparecimento das parcerias sexuais para serem atendidas e tratadas.

TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

A sífilis é uma IST considerada como um grande problema de Saúde Pública pela OMS, apesar de apresentar diagnóstico e tratamento bem estabelecidos, e de baixo custo. Uma das principais preocupações sobre as dificuldades no controle da disseminação dessa doença é a infecção de mulheres em idade reprodutiva, que pode acarretar a ocorrência de casos de sífilis congênita (SC) por meio da transmissão vertical.^{20,27}

Em 1986, o Ministério da Saúde determinou que a SC no país fosse de notificação compulsória (Portaria nº 542/MS, de 22/12/1986). Contudo, foi a partir de 1993 que as estratégias voltadas, inicialmente para a redução da SC, começaram a ser elaboradas. Em 2006, com a aprovação do Pacto pela Saúde, com o eixo - Pacto pela Vida, incorporando entre as prioridades básicas a redução da mortalidade materna e infantil, onde a diminuição da transmissão vertical do HIV e da sífilis é um dos componentes para a execução desta prioridade, foi que se observou a intensificação de estratégias e organização de planos com esta finalidade.

Ao longo desses anos, foram sendo criadas ações e estratégias, agora direcionadas para a eliminação da sífilis congênita no país, centradas principalmente na atenção básica à saúde (pré-natal). Com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença, estas estratégias e ações foram importantes para o melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como a prevenção dos casos. Entretanto, ainda não foram suficientes para alcançar a meta de eliminação da SC (0,5 caso de SC para cada 1.000 nascidos vivos), proposta pela OPAS para a América Latina e Caribe^{28,29} e incorporada pelo Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, como uma diretriz nacional.

Devem ser intensificadas ações voltadas para a qualificação do cuidado à gestante no pré-natal, através da captação precoce; cobertura de testagem para sífilis e de tratamento com penicilina, adequado para a fase da doença; tratamento do parceiro sexual; monitoramento sorológico;

registro do tratamento e dos resultados dos exames, da gestante e parceiro, no cartão do pré-natal; cuidado à parturiente; e atenção ao recém-nascido, garantindo o cumprimento dos protocolos clínico-laboratorial e de tratamento, bem como seu acompanhamento, pelo menos, até os 18 meses de vida.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTES (CID:098.1)

Toda a gestante deverá ser **testada para sífilis** na sua **primeira** visita ao serviço de saúde, ou seja, no momento em que realiza o diagnóstico de gravidez, no **segundo** e **terceiro trimestre** de gestação e na admissão para o **parto** ou **curetagem por abortamento**, independentemente dos exames realizados durante o pré-natal. Nas unidades que dispõem de teste rápido para o diagnóstico de sífilis, o mesmo deverá ser realizado imediatamente após o diagnóstico da gestação. Nas unidades que não dispõe de teste rápido, a coleta da amostra sanguínea deverá ser encaminhada para o laboratório de referência.²⁵

Figura 9. Oportunidades estratégicas para o controle da sífilis na gestação.



Unidades de Saúde com pré-natal devem:21,25

- Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- Realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- Realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana;
- Realizar busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta ou aquelas com resultados reagentes;
- ☐ Priorizar a coleta e envio de exames das gestantes;
- Monitorar o retorno dos resultados das sorologias de sífilis, HIV, dentre outras;
- ☐ Garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
- Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante póstratamento, observando as quedas de títulos em testes nãotreponêmicos;
- Incentivar a implantação do pré-natal do homem;
- □ Viabilizar o tratamento do parceiro sexual;
- Preencher a carteira/cartão da gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestante e parceiro;
- Orientar a gestante para levar a carteira/cartão da gestante na admissão ao parto;
- Notificar os casos de sífilis na gestação.

A gestante infectada deve ser diagnosticada e prontamente tratada, assim como suas parcerias sexuais. Portanto, a medida mais efetiva de controle da doença consiste no cumprimento do Protocolo de Assistência ao Pré-Natal da Atenção Básica. As medidas de controle devem abranger os momentos antes da gravidez, durante a gravidez e no momento da internação para o parto ou curetagem por abortamento.¹⁵

Na ausência de teste treponêmico, deve ser considerado para o tratamento da gestante o teste não-treponêmico reagente, com qualquer titulação, desde que não tenha sido tratada anteriormente de forma adequada

ou o registro do tratamento não esteja disponível.¹⁵ Devem ser oferecidos preservativos, orientando o uso em todas as relações sexuais.

Solicitar o comparecimento da(s) parceria(s) sexual(is), para atendimento e tratamento:

- as parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes sorológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).¹⁵
- as parcerias sexuais expostas há mais de 1 ano a paciente com sífilis latente devem ser avaliadas clínica e sorologicamente e tratadas de acordo com o diagnóstico. Na ausência de sinais e sintomas e quando for impossível estabelecer a data da infecção, deverão ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia (penicilina G benzatina intramuscular,

2.400.000 UI em 3 doses, sendo uma dose por semana – dose total de 7.200.000UI). 15,24

Tratamento adequado da gestante com sífilis

- Tratamento completo com penicilina G benzatina
- Adequado para a fase da doença
- Parceiro com sífilis* tratado concomitantemente

*Parceiro com sífilis – parceiro sexual com sorologia reagente em teste não-treponêmico ou teste treponêmico, sem tratamento prévio documentado, e/ou presença de sinais/sintomas clínicos de sífilis

A vigilância da sífilis em gestante tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção por sífilis nas gestantes, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle, bem como, para interromper a cadeia de transmissão da mãe para o filho.²¹

CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTE

Caso suspeito

 Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação.

Caso confirmado

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

A sífilis em gestante é de notificação compulsória regular (em até 7 dias), segundo os critérios de definição de caso descritos acima e é registrada no Sinan mediante o preenchimento e envio da FNI de sífilis em gestante. A notificação e vigilância da sífilis na gestação são imprescindíveis para o monitoramento e eliminação da transmissão vertical.

INSTRUMENTO PARA NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTE

Ficha de notificação/investigação de sífilis em gestante - SINAN

A notificação da gestante com sífilis deve ser realizada apenas no prénatal, momento em que foi possível realizar as medidas preventivas (tratamento da gestante e parceiro) para evitar a transmissão do *T. pallidum* para o feto. Quando o diagnóstico é realizado no momento do parto, a parturiente deverá ser notificada como sífilis adquirida (se preencher os critérios de definição de caso) e o recém-nascido notificado como caso de sífilis congênita.

A notificação realizada no momento do parto pode superestimar a taxa de detecção de gestante com sífilis, levando a uma análise equivocada deste indicador. Esta taxa indica a capacidade que o município ou estado tem em identificar gestantes com sífilis e realizar as intervenções necessárias para evitar a SC. A elevação da taxa de detecção de sífilis em gestantes deve levar a redução da taxa de incidência de SC, mostrando a eficiência das ações programáticas, da mesma forma que a baixa taxa de detecção de gestante com sífilis deve levar a elevada taxa de incidência de sífilis congênita. Se a notificação também é realizada na maternidade, as taxas de detecção de sífilis em gestante e de incidência de sífilis congênita estarão elevadas, mostrando a ineficiência ou insucesso das ações preventivas.

No caso de gestação gemelar, apenas <u>uma</u> FNI de sífilis em gestante deverá ser preenchida no pré-natal. Os recém-nascidos decorrentes desta gestação se tiverem sífilis congênita, deverão ser notificados em fichas separadas.²⁵

Em relação ao tratamento do parceiro sexual, é considerado como concomitante aquele que ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante. Nas situações em que o parceiro sexual encontra-se ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.²⁵

Importante: A detecção da sífilis utilizando Teste Rápido treponêmico é feita exclusivamente com testes rápidos com registro vigente na Agência Nacional de Vigilância à Saúde (ANVISA). O Teste Rápido treponêmico deverá ser realizado imediatamente após a coleta da amostra e somente por profissionais capacitados e certificados para a execução, leitura e interpretação dos resultados. A detecção da sífilis com Teste Rápido treponêmico poderá ser realizada como triagem em Unidades de Atenção à Saúde. Destaca-se a importância da realização deste teste para gestantes e seus parceiros em Unidades Básicas de Saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha.²⁵

SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estagio clínico da doença materna. No entanto, existe uma dependência do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será afetado. Inversamente, infecção antiga leva a formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção do concepto, produzindo lesões mais tardias na criança.¹⁵

A taxa de transmissão varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, e cerca de 30% nas fases tardias (latente e terciária). Ocorrendo a transmissão do *T. pallidum* para o concepto, cerca de 40% dos casos podem evoluir para aborto, natimorto ou óbito perinatal (quadro clínico típico – "septicêmico"). Atualmente, maior parte dos casos é assintomática (mais de 50%), com surgimento dos primeiros sintomas, em geral, nos primeiros três meses de vida, por isso, a importância da triagem sorológica da mãe na maternidade.²⁵

Não há um período de incubação estabelecido para a criança desenvolver a doença. Ao nascer, a criança com sífilis congênita pode apresentar-se aparentemente saudável ou com manifestações clinicas menos intensas, vindo a manifestar a doença mais tardiamente (meses ou anos depois), quando seguelas graves e irreversíveis podem se instalar.¹⁵

O quadro clínico pode variar, dependendo: do tempo de exposição fetal ao treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento); da carga treponêmica materna; da virulência do treponema; do tratamento da infecção materna; da coinfecção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Esses fatores poderão acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como sífilis congênita "sintomática" ou "assintomática" ao nascimento.

Didaticamente, divide-se a sífilis congênita em precoce ou tardia, conforme a manifestação clinica tenha aparecido antes ou depois dos dois primeiros anos de vida. 15

Sífilis congênita precoce¹⁵

Mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos. Quando a criança apresenta sinais e sintomas, estes surgem logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas 5 primeiras semanas. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascer, os principais sintomas são, excluídas outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitroclear). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal (rágades periorais), síndrome nefrotica, hidropisia, edema, convulsão e meningite.

Sífilis congênita tardia¹⁵

Os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração. Essa fase da doença caracteriza-se pelo aparecimento de estigmas que, em geral, resultam da cicatrização das lesões iniciais produzidas pelo treponema. As principais características da sífilis congênita tardia são: tíbia em "lamina de sabre", articulações de Clutton, fronte "olímpica", nariz "em sela", dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em "amora", mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

A remissão espontânea da doença é improvável. O tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas em poucos dias. No entanto, as lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção (apesar do tratamento adequado da criança), não serão revertidas com a antibioticoterapia.¹⁵

A evolução da infecção treponêmica, não tratada, determinará lesões deformantes, com destruição de tecido cutaneomucoso e ósseo, além das graves sequelas neurológicas.¹⁵

Diagnóstico da Sífilis Congênita

Clínico + Epidemiológico + Laboratorial

(Não existe um teste sorológico ideal)

- Clínico: principalmente as manifestações clínicas da SC precoce, descritas acima.
- Epidemiológico: história materna de sífilis na gestação, sem tratamento ou tratamento inadequado.
- Laboratorial: pesquisa direta do *T. pallidum*, provas sorológicas, exame radiológico, exames hematológicos e de líquor.

Laboratorial

- Pesquisa direta: identificação do treponema, por meio do campo escuro, em material coletado de lesão cutaneomucosa, secreção nasal, biópsia ou necropsia, placenta e de cordão umbilical.
- Testes sorológicos: não-treponêmicos (VDRL e RPR) e treponêmicos (FTA-Abs, TPHA, Elisa) – podem ser passados passivamente da mãe – RN:

a) Não-treponêmicos:

- realizar em todos RN de mães com sífilis no PN, no parto ou suspeita SC
- comparar título do RN com o materno realizado no parto
- <u>não</u> realizar coleta de sangue de cordão baixa sensibilidade
- negatividade do teste não exclui a infecção no RN infecção materna próxima do parto

b) Treponêmicos:

- realizar após os 18 meses de idade
- não é preconizado FTA-Abs IgM não tem boa sensibilidade resultados falsos negativos
- Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) amplificação e detecção de DNA do *T. pallidum* no sangue, líquor ou em tecidos. Não disponível comercialmente, limitado a centros de pesquisa. Aumenta a sensibilidade, mas custo elevado.
- Exame de líquor: VDRL reagente no líquor e/ou alteração na celularidade e/ou na proteinorraquia:
 - RN < 28 dias: > 25 células/mm³ e/ou proteínas > 150 mg/dL
 - RN ≥ 28 dias: > 5 células/mm³ e/ou proteínas > 40 mg/dL
- RX de ossos longos: metafisite bilateral e simétrica (alternância de zonas de maior ou menor densidade), periostite, osteíte, osteocondrite etc.
- RX de tórax: nos casos de pneumonia Alba.
- ☐ Hemograma completo
- Outros: dosagem de bilirrubinas, transaminases etc.

Recém-nascidos de mães com sífilis, mesmo os não infectados, podem apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente pela placenta. Recém-nascidos com títulos de VDRL superiores ao da mãe (mais de duas diluições), tem suspeita de sífilis congênita. Recém-nascidos com sorologias não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, devem repetir estes testes após o terceiro mês, devido à possibilidade de positivação tardia.

O tratamento do recém-nascido com sífilis congênita depende do tratamento materno e é classificado em três grupos:

- A RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada:
- **B** RN de mães com sífilis adequadamente tratada.
- C RN de mães com sífilis adequadamente tratada.

Quadro 6. Tratamento materno, segundo critério de adequado e inadequado.

ADEQUADO	INADEQUADO
Tratamento completo	Tratamento com outro medicamento que não seja a penicilina; ou
Adequado para a fase da doença	Incompleto mesmo se feito com penicilina benzatina; ou
doonga	Inadequado para a fase da doença; ou
Com pencilina G benzatina	Instituição do tratamento dentro dos 30 dias que antecedem o parto; ou
Parceiro com sífilis* tratado concomitante.	Parceiro com sífilis* não tratado ou tratado inadequadamente.

^{*}Parceiro com sífilis: parceiro sexual com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado ou tratado inadequadamente.

Importante: Elevação de títulos em sorologia não-treponêmica ou ausência de queda (exceto quando o título inicial for menor ou igual a 1:4), após tratamento considerado adequado, pode ser devido à reinfecção da gestante, falha terapêutica ou a tratamento inadequado.

Quadro 7. Tratamento da sífilis congênita no período neonatal (<28 dias)²⁴

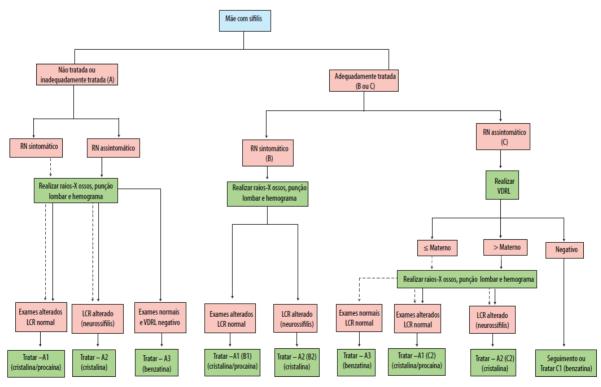
A – RN de mães com sífilis não tratado (realizar avaliação clínica-laboratoria	•
A1 – se alterações clínicas e/ou sorológica e/ou radiológicas e/ou hematológicas.	- Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) – por 10 dias ou
	- Penicilina G procaína — 50.000 UI/Kg, IM, 1x/dia — por 10 dias (se perda maior 1 dia — recomeçar)
A2 – se alteração liquórica ou se não colheu líquor	- Penicilina cristalina (igual em A1)
A3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia do RN não reagente.	- Penicilina G benzatina, 50.000 UI/kg, IM, dose única – acompanhamento é obrigatório incluindo seguimento com TNT*, após conclusão do tratamento.
	- Na impossibilidade de garantir o
	seguimento – tratar com esquema A1
. , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	o RN. Se reagente com título MAIOR
. , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	clínicas: realizar hemograma, RX de - Esquema A1
que o materno e/ou com alterações ossos longos e análise do líquor) B1 – presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem	clínicas: realizar hemograma, RX de
que o materno e/ou com alterações ossos longos e análise do líquor) B1 – presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alteração liquórica	clínicas: realizar hemograma, RX de - Esquema A1 - Esquema A2
que o materno e/ou com alterações ossos longos e análise do líquor) B1 – presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alteração liquórica B2 – se houver alteração liquórica C – Para RN de mães com sífilis adec (VDRL) no sangue periférico do RN C1 – se for assintomático e TNT* (VDRL) não	clínicas: realizar hemograma, RX de - Esquema A1 - Esquema A2
que o materno e/ou com alterações ossos longos e análise do líquor) B1 – presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alteração liquórica B2 – se houver alteração liquórica C – Para RN de mães com sífilis adec (VDRL) no sangue periférico do RN	clínicas: realizar hemograma, RX de - Esquema A1 - Esquema A2 quadamente tratada, realizar o TNT*

^{*}TNT – Teste não-treponêmico

Notas:24

- 1. Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurossífilis.
- 2. Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando o uso da penicilina cristalina.
- 3. O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.
- 4. Na indisponibilidade de penicilina cristalina, penicilina G benzatina e penicilina G procaína, constitui-se opção terapêutica:
 - Ceftriaxona 25 50mg/kg peso dia, IV ou IM, por 10 a 14 dias Ressalta-se, contudo, que os dados são insuficientes com relação à eficácia de tratamentos não-penicilínicos para sífilis congênita. Assim, o RN ou a criança com sífilis congênita deverão ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 30 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica.

Figura 8. Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis.²⁴



Fonte: Adaptado de Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, 2006.

Quadro 9. Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal (≥ 28 dias)

	aterno, sorologia da criança, revisão lade – afastar agressão/abuso sexual
Realizar: RX de ossos longos, hemograma e análise do líquor	- Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 4/4 hs - por 10 dias (respeitando dose máxima 200.000 a 300.000 UI/Kg/dia).
Se a criança não apresentar manifestações da doença e líquor normal	- Penicilina G procaína – 50.000 UI/Kg, IM, 12/12 hs – por 10 dias (se perda maior que 1 dia – recomecar)

Manejo do recém-nascido na maternidade^{22,25}

- Realizar teste não-treponêmico em amostra de sangue periférico de TODOS os recém-nascidos cujas mães apresentaram sorologia reagente para sífilis na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita.
- O sangue do cordão umbilical <u>NÃO</u> deve ser utilizado para o diagnóstico sorológico devido à presença de sangue materno (com anticorpos maternos) e ocorrência de atividade hemolítica, o que pode determinar resultados falsos.
- Deve ser realizada radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso de sífilis congênita.
- Realizar tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita e sífilis materna, incluindo a parceria sexual.
- Nenhum recém-nascido deve ter alta hospitalar até que pelo menos a sorologia materna seja conhecida, já que parte considerável das sífilis maternas é diagnosticada neste momento, o que possibilita a pesquisa e diagnóstico, com posterior tratamento da sífilis congênita.
- O acompanhamento é imprescindível para todos os recém-nascidos expostos à sífilis materna e deve ser realizado na puericultura para detecção de sintomas e sinais clínicos ou sorológicos. O pediatra, quando da alta hospitalar, deve esclarecer a mãe sobre os riscos da sífilis, especialmente sobre manifestações tardias, como surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro.

Seguimento e controle de cura da sífilis congênita^{22,24,25} (clínico e laboratorial)

- Realizar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida, bimensais do
 6º ao 12º mês e semestral até 24 meses, com exames clínicos minuciosos;
- Realizar teste não-treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com 1 mês, 3, 6,
 12 e 18 meses de idade, interrompendo a realização deste exame após dois exames não- treponêmicos consecutivos não reagentes;
- Realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Diante da elevação do título do teste não-treponêmico (VDRL/RPR), ou da não negativação até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao retratamento;
- Se observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, ou não ocorra a queda esperada de títulos, deve-se proceder a repetição dos exames imunológicos, ainda que fora do período acima previsto e reavaliação da criança para conduta adequada;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos.
- Em crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado inicialmente, deve-se fazer uma reavaliação liquórica a cada 6 meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica. Espera-se que o teste não-treponêmico (VDRL) do líquor se apresente não reagente por volta do 6º mês de vida e que o líquor esteja normal ao fim do 2º ano. Alterações liquóricas persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;
- O teste da orelha normal n\u00e3o afasta a necessidade da solicita\u00e7\u00e3o de exames espec\u00edficos para avaliar a surdez do oitavo par craniano;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos;
- Se os títulos de testes não-treponêmicos (VDRL/RPR) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem não reagentes entre 6 e 18 meses de vida, a criança foi tratada de maneira adequada.

O Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o seguimento ambulatorial de recém-nascidos expostos à sífilis materna, mas que não atingiram os critérios de diagnósticos de sífilis congênita e, portanto, não foram tratados no período neonatal.³⁰

Seguimento ambulatorial de recém-nascidos expostos à sífilis materna³⁰

- Realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de vida;
- Realizar teste não-treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com 1,
 3. 6. 12 e 18 meses de vida:
- Com 18 meses, é recomendável realizar também um teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs);
- Se os títulos de teste não-treponêmico (VDRL/RPR) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos no sexto mês ou com 12 a 18 meses, acompanhados por um teste treponêmico negativo após os
 - 18 meses de vida, considera-se que o lactente não foi afetado pela sífilis ou foi tratado de maneira apropriada durante a vida fetal. Caso contrário, deve-se proceder à reavaliação diagnóstica e ao tratamento adequado;
- Pode-se interromper a coleta do teste não-treponêmico (VDRL/RPR)
 seriado após a obtenção de dois exames consecutivos negativos.

A coleta do líquor, quando indicada segundo o protocolo clínico, é sempre importante. Caso o recém-nascido tenha um líquor inicial alterado, deverá realizar reavaliação liquórica a cada 6 meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica. A persistência de alterações liquóricas indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento. Se o líquor não for colhido, não teremos estes parâmetros para avaliação da criança.

A impossibilidade de coleta de líquor deveria ser uma exceção, uma vez que, profissionais neonatologistas e pediatras geralmente são capacitados para realizar este procedimento.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA (CID:A50)

Vigilância da sífilis congênita tem como objetivos: monitorar o perfil epidemiológico da sífilis congênita e suas tendências; identificar os casos de sífilis congênita para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal e; acompanhar e avaliar as ações para a eliminação da sífilis congênita.¹⁵

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Primeiro critério

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

Segundo critério

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

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

Terceiro critério

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

Quarto critério

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

A sífilis congênita é de notificação compulsória regular (em até 7 dias), segundo os critérios de definição de caso descritos acima, e é registrada no Sinan mediante o preenchimento e envio da FNI de sífilis congênita.

A FNI deve ser preenchida pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função e as principais fontes de notificação são as maternidades (onde se realiza a triagem para sífilis na admissão para o parto ou curetagem) e ambulatórios pediátricos (onde se realiza a puericultura), principalmente para crianças que nasceram de parto domiciliar ou não foram diagnosticadas na maternidade.

INSTRUMENTO PARA NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Ficha de notificação/investigação de sífilis congênita - SINAN

Importante:

Em casos de sífilis congênita tardia deve ser realizada sempre uma investigação para exclusão de sífilis adquirida por agressão ou abuso sexual.

As medidas de prevenção e controle da SC possuem como objetivos: desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade; definir e indicar as medidas de controle da transmissão vertical da sífilis e; interromper a cadeia de transmissão para eliminar a sífilis congênita. Para que estes objetivos possam ser alcançados, é importante identificar as oportunidades perdidas e corrigir as falhas e, principalmente, qualificar a assistência pré-natal.

Principais Estratégias

- Realizar triagem de sífilis para mulheres em idade fértil e sua(s) parceria(s) sexual(is);
- Realizar sorologia para sífilis no 1º trimestre de gestação ou na primeira consulta do pré-natal, no início do 3º trimestre e no momento do parto;
- Tratar e acompanhar adequadamente todas as gestantes diagnosticadas com sífilis e sua(s) parceria(s) sexual(is);
- Investigar o(s) recém-nascido(s) de parturiente com teste nãotreponêmico (VDRL/RPR) reagente;
- Tratar adequadamente todos os casos de sífilis congênita;
- Notificar à vigilância epidemiológica todos os casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita;
- Estabelecer comitês/grupos de trabalho estaduais e municipais de investigação de casos de sífilis congênita.

COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL E PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Em face de todas as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis e da continuada incidência de casos, o Ministério da Saúde, em 2014, passou a recomendar a instituição de comitês de investigação de transmissão vertical nas Unidades da Federação e municípios, visando identificar falhas e subsidiar intervenções. Para viabilizar a atuação dos comitês, foram disponibilizados instrumentos de referência, como o "Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical" (Anexo 4).

Foram elaborados protocolos para investigação de casos de transmissão vertical do HIV e da sífilis. Os protocolos são compostos por questionários que procuram investigar as possíveis causas envolvidas no processo de transmissão vertical destes agravos, nos diferentes momentos: pré-natal, parto e puerpério (seguimento da criança).

Foram incluídas questões socioeconômicas, demográficas e outras, que possibilitam analisar as situações de vulnerabilidade vivenciadas pela mãe e que podem interferir no diagnóstico do HIV e da sífilis, assim como, no tratamento, adesão das medidas preventivas e profiláticas e falha nos processos da gestão e dos serviços de assistência a gestante e seu concepto.

Nos casos de sífilis congênita, o protocolo deve ser preenchido para todos os casos de aborto, natimortos e óbitos por sífilis e para os casos de sífilis congênita precoce (≤ 2anos de idade). Após a investigação e preenchimento do protocolo, os casos devem ser apresentados e discutidos nos comitês para as providências cabíveis.

O protocolo e o manual de preenchimento encontram-se disponíveis no site do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv 2 p df 18693.pdf.

A seguir, alguns indicadores propostos para a vigilância da transmissão vertical da sífilis, além dos indicadores já realizados pelos Estados e Municípios, como taxa de incidência de sífilis congênita, taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita e taxa de detecção de gestante com sífilis. Os indicadores propostos têm como base o registro de casos do SINAN.

Quadro 10. Indicadores de sífilis na gestação (SG), para vigilância da transmissão vertical da sífilis.^{29,31}

Nº Discussão	Indicador	Cálculo		Parâmetro Discussão
1	Cobertura de municípios com notificação de SG	Nº municípios c/ casos notificados de SG x 100 Nº municípios do estado	%	Ajuda a verificar "municípios silenciosos" Monitorar casos de SG na região.
2	Taxa de SG tratadas adequada mente	Nº de casos notificados de SG tratadas adequadamente x 100 Nº casos notificados de SG	%	Verificar o % de tratamento adequado da sífilis na gestante. Qualidade do pré-natal.
3	Taxa de parceiros de SG tratados	Nº de casos notif. de SG c/ parceiros tratados x 100 Nº casos notificados de SG	%	Verificar o % de tratamento da sífilis nos parceiros. Qualidade do pré-natal
4	Taxa de parceiros e de SG tratados	Nº de casos de parceiros e SG tratados x 100 Nº casos notificados de SG		Verificar o % de tratamento da sífilis na gestante e parceiros. Qualidade do pré-natal

Quadro 11. Indicadores de sífilis congênita (SC), para vigilância da transmissão vertical da sífilis.^{29,31}

N°				
Discussã	o Indicador	Cálculo		Parâmetro Discussão
1	Cobertura de maternidades notificadoras	Nº maternidades c/ casos notificados de SC x 100 Nº maternidades no Estado	%	Busca ativa de casos, monitoramento da vigilância da SC nas maternidades, inclusive na saúde suplementar
2	Cobertura de maternidades SUS notificadoras	Nº maternidades SUS c/ casos notificados de SC x 100 Nº maternidades SUS no estado	%	Monitoramento da vigilância da SC nas maternidades SUS, busca ativa de casos e verificar cobertura de sorologia para sífilis no parto.
3	Taxa de realização de VDRL no sangue periférico do RN	N° de casos notif. de SC c/ VDRL realizado X 100 N° casos notificados de SC	%	Avalia a qualidade da assistência prestada ao RN e cumprimento do protocolo clínico- laboratorial p/ RN
4	Taxa de realização de VDRL no líquor do RN	Nº de casos notif. de SC c/ VDRL-líquor realizado x 100 № casos notificados de SC	%	Avalia a qualidade da assistência prestada ao RN e cumprimento do protocolo clínico- laboratorial p/ RN
5	Taxa de realização de RX de ossos longos do RN	Nº de casos notif. de SC c/ RX ossos longos realizado X 100 Nº casos notificados	%	Avalia a qualidade da assistência prestada ao RN e cumprimento do protocolo clínico- laboratorial p/ RN
6	Taxa de SC tratada adequadamente	N° de casos notif. de SC c/ tratamento adequado X 100 N° casos notificados de SC	%	Avalia a qualidade da assistência prestada ao RN e cumprimento do protocolo de tratamento do RN
7	Taxa de abortos, natimortos por sífilis	N° de casos notif. de aborto/natimorto s por SC x 100 N° casos notificados de SC	%	Avalia a gravidade da doença

PERGUNTAS FREQUENTES

SÍFILIS ADQUIRIDA

1) Qual a forma de transmissão da Sífilis Adquirida?

Transmissão sexual, vertical ou sanguínea.

2) Como é feito o diagnóstico da Sífilis Adquirida?

Diagnóstico clínico, epidemiológica e laboratorial.

O diagnóstico da Sífilis Adquirida é feito através da anamnese, aspecto das lesões, sintomas associados e evolução clínica; laboratorial – exames diretos (Microscopia de campo escuro e imunofluorescência direta) e testes imunológicos (teste treponêmico e não treponêmico); e epidemiológica - avaliação do parceiro sexual, identificação das diferentes vulnerabilidades, presença de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, uso associado de drogas.

3) Qual o critério para definição de caso de Sífilis Adquirida?

Todo o indivíduo assintomático ou com evidencia clínica de sífilis primaria ou secundária (presença de cancro duro ou lesões cutaneomucosa, compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

4) Qual a classificação da Sífilis Adquirida considerando o tempo de infecção?

- ☑ Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução);
- ☑ Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução).

5) Qual a classificação da Sífilis Adquirida considerando as manifestações clínicas?

- ☑ Sífilis primária
- ☑ Sífilis secundária
- ☑ Sífilis latente (recente e tardia)
- ☑ Sífilis terciária

6) O paciente apresenta manifestações neurológicas (neurossífilis) apenas na fase terciária da doença?

Não. A neurossífilis acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode

ser observado já nas fases iniciais da infecção.

Esse acometimento precoce, no entanto, ocorre por reação inflamatória da bainha de mielina, não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente, ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, só diagnosticada pela sorologia do líquor, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica.

7) Como deve ser tratado um caso de Sífilis Adquirida em adulto não gestante?

- Sífilis Primária, Secundária e Latente Recente Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular dose única.
- Sífilis Latente Tardia ou Latente com Duração Ignorada ou Terciária -Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI intramuscular por três semanas. (Dose total de 7,2 milhões UI IM)
- Neurossífilis Penicilina G Cristalina 18 a 24 milhões UI ao dia por via endovenosa administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua por 14 dias.

*Na falta da penicilina ver esquemas alternativos (Quadro nº 4)

8) Quais pontos devem ser considerados durante o seguimento clínico da Sífilis Adquirida em adulto não gestante?

Testes não treponêmicos devem ser realizados a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano após o tratamento com penicilina. No esquema terapêutico alternativo o seguimento deve ser com intervalos mais curtos, a cada 60 dias, e avaliados quanto a necessidade de retratamento devido a possibilidade de falha terapêutica.

9) Quando considerar falha terapêutica no tratamento da Sífilis Adquirida em adulto não gestante?

Quando não houver redução de dois ou mais títulos do teste não-treponêmico após 6 a 9 meses do tratamento ou elevação de títulos dos testes não-treponêmicos em duas diluições.

É importante ressaltar que a completa negativação dos testes nãotreponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento.

10) Devo notificar os casos de sífilis adquirida CONSIDERADOS COMO CICATRIZ sorológica?

Não, os casos de seguimento sorológico que já tenham sido previamente notificados não necessitam de uma nova notificação. Entretanto, o profissional deverá estar atento para casos de reinfecção que devem ser notificados já que se trata de uma nova infecção.

11) Os Casos suspeitos de Sífilis Adquirida já devem ser inseridos no sistema?

Não, de acordo com a definição de caso, serão notificados apenas os casos confirmados.

12) Como posso encontrar a ficha de notificação de sífilis adquirida?

A ficha de notificação de sífilis adquirida encontra-se disponível no: "formulários de notificação de doenças", no link abaixo em "Documentação" -> "SINAN NET 4.0/Patch 4.2 (Versão em uso)" -> "Fichas". http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde

Sífilis Adquirida

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. 1 Tipo de Notificação 2 - Individual Código (CID10) 3 Data da Notificação 2 Agravo/doença Gerais SÍFILIS ADQUIRIDA A53.9 Dados Código (IBGE) 4 UF 5 Município de Notificação 7 Data do Diagnóstico Código 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) 8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento 6 13 Raça/Cor 6 - Não se aplica Notificação 4| 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° à 6° série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1° grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1° grau)

6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2° grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica 16 Nome da mãe 15 Número do Cartão SUS Código (IBGE) 17 UF 18 Município de Residência 19 Distrito 20 Bairro Código 21 Logradouro (rua, avenida,...) Dados de Residência 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1 25 Geo campo 2 27 CEP 26 Ponto de Referência 29 ^{Zona} 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil) 28 (DDD) Telefone Dados Complementares do Caso 31 Ocupação 33 Se sim, o tratamento foi realizado? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 9 - Ignorado Resultado dos Exames 36 Título 35 Teste não treponêmico 3-Não Realizado Dados elínicos e laboratoriais 1-Reagente 2-Não Reagente 9-Ignorado 1: 38 Teste treponêmico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado 39 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado 40 Esquema de tratamento realizado 41 Data do início do tratamento 4 - Outro esquema 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 5 - Não realizado 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 9 - Ignorado Classificação Final do caso 1 - Confirmado 2 - Descartado 05/10/2010

Sinan NET

Obs	servações adicionais				
	Município/Unidade de Saúde		Cód, da Ur	nid. de S	Saúde
opus		J			
Investigador	Nome Função	li li	Assinatura		
Consi	ERVAÇÕES: idera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da fich ial para exame laboratorial ou da evidencia clínica.	a de notificação e a data de diagnóstico como	o sendo a da	ata da co	oleta de
INST	RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em	branco.			
sua úl	Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à Iltima atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo d avolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extra	e atividade econômica do paciente refere-se	às atividad	es econ	nômicas
32 - lı	Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será	considerado.			
33 - 0	Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.				
34 - li	Informar o comportamento sexual.				
35 - '	Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Vene	ral Diseases Research Laboratory ou RPR - F	Rapid Plasma	a Reagii	n)
36 - lı	Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.				
37 - lı	Informar a data da coleta do teste				
	FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microloglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes				
1 - 2 - 3 -	Registrar a classificação clínica para sífilis: - sífilis primária - cancro duro; - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sifilides papulos: - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alteraç cardiovasculares (aortite sifilitica, aneurisma aórtico); alterações articular - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por mei	ões neurológicas (tabes dorsalis, demência); es (artropatia de Charcot);	alterações		
· S	Esquema de tratamento: Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 ífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, ífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, se	, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 n			
41 - lı	Informar a data do início do tratamento.				
	Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o intado com sorologia treponêmica não reagente	ndivíduo com sorologia treponêmica reage	nte. Soment	te consi	dera-se
Para	fins de vigilância no nível local atentar para:				
1. Evi	ridências de outras DST;				
2. Ab	ordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, con:	siderando abordagem consentida			

Sífilis Adouirida Sinan NET 05/10/2010

PERGUNTAS FREQUENTES

SÍFILIS EM GESTANTES

1) Qual o esquema terapêutico adequado para gestante com sífilis?

- ☑ Tratamento recomendado conforme protocolo com penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI por 3 semanas, dose total 7,2 milhões UI
- Ou adequado para a fase da doença (somente quando puder definir a fase).
- Investigar e definir o tratamento do parceiro conforme diagnóstico estabelecido. Caso essa avaliação seja impossibilitada, tratar também o parceiro como sífilis (tratamento presumível).

2) Caso o serviço identifique uma gestante com sorologia treponêmica reagente que refira TRATAMENTO ANTERIOR, documentado, devo notificar o caso?

O profissional deve fazer a investigação clínica, laboratorial e epidemiológica do caso. Com a confirmação de uma reinfecção ou de tratamento inadequado anterior o caso deverá ser novamente tratado e notificado.

Se confirmado, ser apenas uma cicatriz sorológica, não é necessário tratar nem notificar.(avaliar a situação clinica epidemiológica, parceria sexual e risco social).

OBS: cicatriz sorológica: Títulos persistentes ≤1:4, FTA-Abs e quimiluminescência positivos, com história de tratamento anterior adequado e documentado.

3) Como tratar parceria sexual?

- ☑ Realizar testes imunológicos;

- Parceiro sexual de gestante com sífilis recente, com provas sorológicas não reagentes, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, com esquema para sífilis recente, se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela). Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias deverão ser avaliados clínica e laboratorialmente e tratados conforme achados diagnósticos ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, deverão ser tratados com esquema para sífilis latente tardia.

4) Quais são os critérios de definição de Sífilis em gestante?

- Caso suspeito: Gestante que no pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou TNT com qualquer titulação,
- Caso confirmado: Gestante que apresente TNT reagente, com qualquer titulação e TT reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; Gestante com TT reagente* e TNT não reagente ou não realizado, sem tratamento prévio.

*Quando houver testes discordantes realizar um terceiro teste com metodologia diferente.

5) Em que momento devemos notificar a Sífilis em Gestante?

Durante o pré-natal. Quando o diagnóstico for realizado no momento do parto, deve-se notificar como Sífilis Adquirida.

6) Para gestação gemelar é necessário fazer duas notificações?

Não, somente uma notificação para a gestante com sífilis.

7) O que pode ser considerado como tratamento de sífilis do parceiro sexual, concomitante a gestante?

Em relação ao tratamento do parceiro sexual, é considerado como concomitante aquele que ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante. Nas situações em que o parceiro sexual encontra-se ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.

8) Como podemos considerar o tratamento adequado para prevenção de sífilis congênita?

É todo tratamento completo com Penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceria tratada concomitantemente com a Gestante. Idealmente observar a queda de duas titulações em sorologia não treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis, se inicialmente for menor ou igual a 1:4.

9) Como devemos proceder o seguimento ambulatorial para sífilis em gestante:

Seguimento mensal com acompanhamento por meio de testes não treponêmicos.

10) Em que período devemos iniciar o tratamento de Sífilis em Gestantes?

O tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), sem aguardar o resultado do segundo exame.

11) Quantos Testes de Sífilis deverão ser realizados durante a gestação?

Deverão ser realizados um exame por trimestre gestacional e um no

momento da admissão do parto, independente do intervalo entre o exame realizado no último trimestre (pré-natal) e o do parto.

12) Pode ser considerado tratamento adequado, uma gestante com sífilis tratada com Ceftriaxona?

Não, durante a gestação somente será considerado como tratamento adequado para prevenção da sífilis congênita, o uso de penicilina G benzatina, na dose adequada para a fase clínica. Ainda não se tem garantia de que outro esquema terapêutico possa atravessar a barreira transplacentária e tratar o feto.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE

)		

	inição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica gente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.
	1 Tipo de Notificação 2 - Individual
srais	2 Agravo/doença SÍFILIS EM GESTANTE Código (CID10) 3 Data da Notificação O98.1
Dados Gerais	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
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Més 4 - Ano 1 Sexo F - Feminino F -
otificação	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1* a 4* śrie incompleta do EF (antigo primário ou 1* grau) 2-4* śrie completa do EF (antigo primário ou 1* grau) 0-2* śrie completa do EF (antigo primário ou 1* grau) 0-2* śrie incompleta do EF (antigo ginásio ou 1* grau) 0-2* śrie incompleta do EF (antigo ginásio ou 1* grau) 0-2* grau)
Ž	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito
dência	20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,) Código
Dados de Residência	22] Número 23 Complemento (apto., casa,)
Dados c	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares do Caso
ınte	31 Ocupação
Ant. epid. gestante	32 UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) 34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Ant. ep	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado
S	Resultado dos Exames 37 Teste não treponêmico no pré-natal 38 Título 39 Data 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado 1:
Dados	
9	Ad Sequema de tratamente procerite à gestante
Tratamento	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
s da	Parceiro tratado concomitantemente à gestante
ológico	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Ant. epidemiológicos da	43
	sem gestante Sinan NET SVS 29/09/2008

Sinan NET

da		Motivo para o não tratamento do Parceiro		
Ant. epidemiológicos parceria sexual		Parceiro não teve mais contato com a gestante. Parceiro não foi comunicado/convocado à US para	tratamento.	
pidemi arceria		3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para trata 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recu		
Ant. e		5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo:		
ador	M	lunicípio/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
Investigador		Nome	Função	Assinatura
		Cifilis am acetanto	Sinan NET	20/02/2000

PERGUNTAS FREQUENTES

SIFILIS CONGÊNITA

1) A sífilis congênita é resultado da disseminação hematogênica do Treponema pallidum da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária. Como ela pode ser classificada?

Sífilis Precoce e Tardia:

Precoce: Quando a criança apresenta sinais e sintomas clínicos ou laboratoriais logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas 5 primeiras semanas.

Tardia: Os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração.

2) Quais são os critérios de Sífilis Congênita? Primeiro critério

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

- e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste nãotreponêmico, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio adequado;
- Criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste nãotreponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio adequado.

Segundo critério

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

Terceiro critério

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

Quarto critério

- 2) Se a mãe apresentar teste não-treponêmico reagente no parto independentemente do título, com teste treponêmico positivo ou na impossibilidade de ser realizado, SEM história de TRATAMENTO PRÉVIO de sífilis, devo REALIZAR TRATAMENTO E NOTIFICAR A CRIANÇA?

Sim, independentemente do título se a mãe apresentar teste nãotreponêmico reagente no parto, sem história de tratamento anterior de sífilis, a criança deverá ser tratada e notificada como sífilis congênita, segundo o critério vigente de definição de caso. Mesmo que os exames da criança sejam normais.

3) Se, na maternidade a mãe apresentar teste NÃO-TREPONÊMICO REAGENTE (títulos até 1:4) e relatar TRATAMENTO ADEQUADO, tenho

que notificar a criança?

A criança só deve ser notificada se configurado sífilis congênita. Neste caso, se o VDRL (teste não treponêmico materno) tiver aumentado duas diluições ou o RN apresentar VDRL maior que o materno, ou algum sintoma clínico ou ainda, se investigado, exames alterados.

4) Se a MÃE da criança NÃO apresentou QUEDA DE TÍTULOS no momento do PARTO, apesar do tratamento adequado, devo considerar esta criança como sífilis congênita?

Caso os testes treponêmicos anteriores sejam títulos estáveis, se inicialmente for menor ou igual a 1:4, e a gestante apresenta-se assintomática, pode ser considerado tratamento adequado, caso contrário, deve-se proceder com inadequado. Sendo assim, considerar como sífilis congênita e notificar, investigar e tratar o RN.

6) Devo realizar a sorologia TREPONÊMICA NA CRIANÇA para o diagnóstico ao nascer?

Não, na criança, o exame treponêmico (FTA-Abs, ELISA, TPHA) não terá valor diagnóstico ao nascimento, pois, a passagem de anticorpos maternos para o recém-nascido, poderá ocasionar resultado falso positivo. A sorologia treponêmica deverá ser realizada a partir dos 18 meses de idade.

7) É possível ocorrer TÍTULOS ASCENDENTES do teste não-treponêmico no SEGUIMENTO DA CRIANÇA, que não foi considerada sífilis congênita na maternidade?

Sim, a criança poderá apresentar títulos ascendentes* no seguimento, no caso de mães que se infectaram no final da gestação. Por isso é importante o seguimento clínico-sorológico de todos os recém-nascidos expostos à sífilis materna (tratados ou não na maternidade). E nestes casos, essas crianças são consideradas como sífilis congênita, devendo ser reinvestigadas, tratadas e notificadas.

* Considerar aumento de titulação quando houver aumento de duas diluições ou mais. Se for aumento de apenas uma diluição (e crianças assintomática), sugere-se que o exame deva ser repetido em 1 mês para avaliar se foi flutuação ou realmente aumento de títulos.

8) O que considerar no CAMPO TITULAÇÃO ASCENDENTE para o preenchimento correto da ficha?

Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não-treponêmica realizados durante o acompanhamento da criança. Considera-se titulação ascendente a elevação de título sorológico.

9) Após a alta hospitalar como deve ser o ENCAMINHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO com diagnóstico de sífilis congênita?

Sempre na alta da maternidade, o recém-nascido deve ser encaminhado para um serviço de acompanhamento de pediatria, ou seja, unidade básica de saúde (UBS), idealmente que tenha garantido o agendamento prévio dessa consulta. Essa avaliação inicial deve ser realizada o mais precocemente possível, não ultrapassando 30 dias da alta hospitalar.

No momento da alta hospitalar, a criança deve receber o resumo de internação com:

- Anotação dos dados referentes ao parto;
- Dados antropométricos do nascimento e da alta:
- ☑ Intercorrências apresentadas no berçário;
- ☑ Informações sobre os resultados de exames para sífilis e tratamento da sífilis congênita no recém-nascido;
- ☑ Alimentação;
- ☑ Vacinação, além de outras informações pertinentes à situação.

10) Quando a criança deve ser encaminhada para o infectologista? Quando apresentar:

- ☑ Aumento de títulos ou não negativação do VDRL até o 6º meses de vida;
- Persistência de positivação da quimioluminescência / FTA-Abs após os 18 meses de vida:
- Presença de algum sintoma clínico sugestivo de doença/sequela;
- ☑ Crianças que tiveram LCR alterado ao nascimento;
- Dúvidas nos tratamentos realizados ou acompanhamento do caso.

11) Qual a DATA DE DIAGNÓSTICO da criança com sífilis congênita?

No caso da sífilis congênita precoce, quando o diagnóstico é feito na maternidade, a data de diagnóstico é a data de nascimento do recémnascido. Em outras situações, como por exemplo, a sífilis congênita tardia, a data do diagnóstico será a data da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

12) Como preencher o campo "NOME DO PACIENTE" na ficha de notificação de sífilis congênita, quando tratar-se de casos de ABORTO E NATIMORTO?

A sugestão é que a ficha seja preenchida com o nome da mãe precedido da palavra ABORTO ou NATIMORTO (o mesmo vale para RN). Exemplo: NATIMORTO de Maria da Luz ou RN de Maria da Luz. No caso de gemelar, informar GEMELAR 1 ou PRIMEIRO GEMELAR no final do nome

13) APÓS 18 MESES de acompanhamento do caso verifico que o resultado de teste TREPONÊNICO É NEGATIVO, posso excluir o caso notificado do Sinan?

Não, o caso não deve ser excluído do Sinan. O caso notificado preencheu critério de definição de caso de sífilis congênita no momento da notificação, o teste treponêmico negativo aos 18 meses reclassificará o caso. No entanto, um estudo canadense mostrou que crianças com sífilis congênita tratada logo após o nascimento, negativaram o teste treponêmico. Portanto, um teste treponêmico reagente aos 18 meses confirma um caso de sífilis congênita, mas se negativo não descarta.

14) Qual serviço de saúde deve NOTIFICAR o caso de sífilis congênita?

O caso de sífilis congênita deve ser notificado na maternidade no momento do parto ou no serviço de pediatria que realizou o diagnóstico na criança.

15) Após o PREENCHIMENTO DA FICHA de notificação de sífilis congênita no serviço de atendimento para onde ENCAMINHO A FICHA?

A ficha de notificação e investigação (FNI) deve ser enviada para o serviço de vigilância epidemiológica municipal, através de rotina estabelecida previamente. Para a vigilância regional (se houver), seguindo a estadual e nacional será através do Sinan. É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta e em tempo hábil.

16) Como é feito o diagnóstico da Sífilis Congênita?

- ☐ Clínico: principalmente as manifestações clínicas da SC precoce, .
- ☑ Epidemiológico: história materna de sífilis na gestação, sem tratamento ou tratamento inadequado.

17) Qual o tratamento indicado para RN < 28 dias de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada?

- ☑ Se alterações clínicas e/ou sorológica e/ou radiológicas e/ou hematológicas: Penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) por 10 dias ou Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, IM, 1x/dia por 10 dias (se perda maior 1 dia recomecar).
- ⊠ se alteração liquórica ou se não colheu líquor: : Penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) por 10 dias.
- se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia do RN não reagente: Penicilina G benzatina, 50.000 Ul/kg, IM, dose única acompanhamento é obrigatório incluindo seguimento com TNT*, após conclusão do tratamento.

Na impossibilidade de garantir o seguimento, tratar com Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) – por 10 dias ou Penicilina G procaína – 50.000 UI/Kg, IM, 1x/dia – por 10 dias (se perda maior 1 dia – recomeçar).

18) Qual o tratamento do RN < 28 dias de mães com sífilis adequadamente tratadas, cuja titulação do RN for maior que o Materno e ou com alterações clinicas?

Se presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alteração liquórica: Penicilina cristalina – 50.000 Ul/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) – por 10 dias ou Penicilina G procaína – 50.000 Ul/Kg, IM, 1x/dia – por 10 dias (se perda maior 1 dia – recomeçar).

- Se houver alteração liquorica: Penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) por 10 dias.
- 19) Qual o tratamento para RN < 28 dias de mães com sífilis adequadamente tratadas, em que o RN for assintomático e TNT* (VDRL) não reagente?
 - Seguimento clínico-laboratorial e na impossibilidade de garantir o seguimento, tratar com Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg, IM, dose única.
- 20) Qual o tratamento para RN < 28 dias de mães com sífilis adequadamente tratadas, em que o RN for assintomático e TNT* (VDRL) reagente com título igual ou menor que o materno e demais exames normais?
 - Na possibilidade de garantir o seguimento tratar com Penicilina cristalina − 50.000 UI/Kg/dose, IM, dose única. * Quadro 11- C2- A3

21) Qual a conduta ambulatorial para o seguimento de RN exposto à Sífilis Materna:

- ☑ Realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de vida;
- ☑ Realizar teste não-treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com 1, 3,
 6, 12 e 18 meses de vida;
- ☑ Com 18 meses, é recomendável realizar também um teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs);
- Se os títulos de teste não-treponêmico (VDRL/RPR) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos no sexto mês ou com 12 a 18 meses, acompanhados por um teste treponêmico negativo após os 18 meses de vida, considera-se que o lactente não foi afetado pela sífilis ou foi tratado de maneira apropriada durante a vida fetal. Caso contrário, deve-se proceder à reavaliação diagnóstica e ao tratamento adequado;
- ☑ Pode-se interromper a coleta do teste não-treponêmico (VDRL/RPR) seriado após a obtenção de dois exames consecutivos negativos.
- Crianças que persistem com positivação dos testes NT > 6 meses TT por > 18 meses, ou que apresentaram algum sintoma clínico ou outros exames laboratoriais alterados, devem ser encaminhadas para avaliação com neurologista, BERA e oftalmo a cada 6 meses, dentro dos dois anos de vida.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Ν°

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SIFILIS CONGENITA

Definição de caso:

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 prê-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 seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos 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.

our	rceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou liquórica radiológica de sifilis congênita.
	arto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo Treponema pallidum em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da ão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.
	1 Tipo de Notificação 2 - Individual
Gerais	2 Agravo/doença SÍFILIS CONGÊNITA Código (CID10) Data da Notificação A 5 0.9
Dados Gerais	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico
lun	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mas 2- Dia 3- Mas 4- Ano 14 Escolaridade 15 Sexo M- Masculno F- Feminino 1- Ignorado 14- Parda 6- Indigena 9- Ignorado
otific	
Z	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito
dência	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
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	Dados Complementares
mãe /	31 Idade da mãe 32 Raça/cor da mãe 33 Ocupação da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 6-Indigena 9-Ignorado
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	Socilaridade D-Analfabeto 1-1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º à 8º série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
da :	6-Ensino medio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica 35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 7 36 UF 37 Município de Realização do Pré-Natal Código (IBGE)
Epid	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
ceden tes	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal Código
Ante	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
Dades do Lab. da gestante / máe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado 1: Data
ting do	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem
Dad	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento Data do Início do Tratamento Farceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante
Trat	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado
	Sifilis Congénita Sinan NET SVS 04/08/2008

Ant. Epidem. da	47 UF 48 Município de nascimento / Có	digo (IBGE)	49 Local de Nasc (Maternidade/		Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico		51 Título	. 52	2 Data
5.	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não r	ealizado 9-Ignorado	1:		
į	53 Teste treponêmico (após 18 meses)				4 Data
0 5	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não r	ealizado 4 - Não se an	lica 9-Ignorado		4 Data
io.		ealizado 4 - Nao se ap			7 Data
rató	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não r	ealizado 9-Ignorado	56 Título 1:	2	,,, , , , , , , , , , , , , , , , , ,
ode	58 Titulação ascendente		Evidência de <i>Trej</i>	nonema nallidum	
Dados do Laboratório da Criança	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado			Não 3 - Não reali	izado 9-Ignorado
sopi	60 Alteração Liquórica		Diagnóstico Radio	ológico da Criança: A	Alteração do
ď	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado	9-Ignorado	Exame dos Ossos		
-				1-3m 2-mao 3-	- Nao realizado - 9-ignoral
Dados Clínicos da Criança		ça de sinais e sintomas	1 - Sim 2	- Não 3 - Não se a	aplica 9 - Ignorado
ados Clínic da Criança	1 - Assintomático 3 - Não se aplica	ia Anemia E	splenomegalia	Osteocondrite	Outro
da C	2 - Sintomático 9 - Ignorado			Lesões Cutâneas	=
		muco-sanguinoienta	Hepatomegalia		Pseudoparalisia
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000	Ul/Ko/dia - 10 dias 4	- Outro esquema		
. a	2 - Penicilina G procaína 50.000 Ul/Kg/dia - 1		Não realizado		
Ē	3 - Penicilina G benzatina 50.000 Ul/Kg/dia		Ignorado		
.0	65 Evolução do Caso			[66]	Data do Óbito
Evolução	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congê	nita 3 - Óbito nor outras	causas		
Ew		gnorado			
Ohsei	rvações Adicionais:				
-	rayoes nationals.				
<u> </u>					
-	11				Código da Unid. de Saúd
-	I Municipio / Unidade de Saúde				
ador	Município / Unidade de Saúde				
estigador		Função		Assina	tura
Investigador	Municipio / Unidade de Saúde	Função		Assinal	tura
	Nome	Função		Assinal	tura
INSTR	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO	Função		Assinal	tura
INSTR Nenhu Na au	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. sencia de informação, usar categoria ignorada.				
INSTR Nenhu Na au 7 - An	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. sência de informação, usar categoria ignorada. otar a data do diagnóstico ou da evidência laborate		a de acordo com a		
INSTR Nenhu Na au: 7 - Ani notifica 8 - No	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. isência de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborato ação. ume do Paciente: preencher com o nome completo	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç	őes); se desconhe	a definição de caso v	igente no momento da
INSTR Nenhu Na au: 7 - An notifica 8 - No 9 - Da	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. séncia de informação, usar categoria ignorada. totar a data do diagnóstico ou da evidência laborato	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia,	őes); se desconhe	a definição de caso v	igente no momento da
INSTR Nenhu Na au: 7 - And notifica 8 - No 9 - Da 10 - Id 40 - 50	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. isência de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate ação. ume do Paciente: preencher com o nome completo ita do nascimento: deverá ser anotada em números ade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida.	ões); se desconhe mês e ano.	a definição de caso vicido, preencher com	igente no momento da Filho de: (o nome da mã
INSTR Nenhu Na au 7 - And notifica 8 - No 9 - Da 10 - Id 40 - 50 seguin 43 - 53	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. iséncia de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborato ação. ime do Paciente: preencher com o nome completo ta do nascimento: deverá ser anotada em números dade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Pluorescent Treponemal Antibody-ab:	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. I Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr	a definição de caso vicido, preencher com spid Plasma Reagin):	igente no momento da Filho de: (o nome da mã : indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun
INSTR Nenhu Na au: 7 - An: notifica 8 - No 9 - Da 10 - Id 40 - 50 seguin 43 - 53 Hema	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. isência de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate ação. ume do Paciente: preencher com o nome completo ita do nascimento: deverá ser anotada em número ade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapéutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab: glutination), ÉLISA (Enzyme-Linked Immunosorber	orial e/ou clínica da doeng da criança (sem abreviaç s correspondentes ao día, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl tt Assay): indicados na oc	ões); se desconhe més e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr onfirmação diagnós	a definição de caso v cido, preencher com upid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de re	igente no momento da Filho de: (o nome da mã : indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não
INSTR Nenhu Na au 7 - An notifica 8 - No 9 - Da 10 - Id 40 - Id 40 - S seguin 43 - S Hema trepon definiç	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. isência de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate iação. ume do Paciente: preencher com o nome completo ita do nascimento: deverá ser anotada em números dade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab- iglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber emicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica.	orial e/ou clínica da doeng da criança (sem abreviaç s correspondentes ao día, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl tt Assay): indicados na oc	ões); se desconhe més e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr onfirmação diagnós	a definição de caso v cido, preencher com upid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de re	igente no momento da Filho de: (o nome da mã : indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não
INSTR Nenhu Na au: 7 - Ano notific: 8 - No 9 - Da 10 - Id 40 - 5(seguin 43 - 5(Hema trepon definio 44 - E	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. iséncia de informação, usar categoria ignorada. totar a data do diagnóstico ou da evidência laborato ação. ime do Paciente: preencher com o nome completo tad o nascimento: deverá ser anotada em números tade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera moto terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab- iglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber iêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. isquema de Tratamento da mãe:	orial e/ou clínica da doeng da criança (sem abreviaç s correspondentes ao día, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl tt Assay): indicados na oc	ões); se desconhe més e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr onfirmação diagnós	a definição de caso v cido, preencher com upid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de re	igente no momento da Filho de: (o nome da mã : indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não
INSTR Nenhu Na au: 7 - An: notifica 8 - No: 9 - Da: 10 - Id 40 - 50 seguin 43 - 50 Hema; trepon definio 44 - E: Esque É todo	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. isência de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate iação. ume do Paciente: preencher com o nome completo ita do nascimento: deverá ser anotada em números dade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab- iglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber hemicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 ção diagnóstica. squema de Tratamento da mãe: ema de Tratamento Adequado: to tratamento completo, com penicilina e adequado	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao día, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na co meses de idade, a perfon	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnós nanoe dos testes t	a definição de caso v cido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de re reponêmicos pode n	igente no momento da Filho de: (o nome da mã : indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para
INSTR Nenhu Na au: 7 - And notific: 8 - No 9 - Dai 10 - Id 40 - 50 seguin 43 - 53 Hemai trepon definio 44 - Ei Esque É todo conco Esque	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Isância de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate agão. Im do Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Isade: anotar a idade somente se a data de nascime Iota - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab gilutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber lemicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. squema de Tratamento da mãe: ema de Tratamento Adequado: o tratamento completo, com penicilina e adequado umitantemente com a gestante. ema de Tratamento Inadequado:	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl tt Assay): indicados na oc meses de idade, a perfon para a fase clínica da do	ões); se desconhe més e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnos nanoe dos testes t ença, instituído pel	a definição de caso v cido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de re reponêmicos pode no o menos 30 dias ant	igente no momento da Filho de: (o nome da mã i indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata
INSTR Nenhu Na au: 7 - An: notifica 8 - No. 9 - Da 10 - Id 40 - 50 seguin 43 - 50 Hemal trepon definio 44 - E Esque É todo concor Esque " É todo	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. ssência de informação, usar categoria ignorada. totar a data do diagnóstico ou da evidência laborate ação. ume do Paciente: preencher com o nome completo tas do nascimento: deverá ser anotada em números dade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapéutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab- glutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber hemicos faloso positivos. Em crianças, menores 18 ção diagnóstica. squema de Tratamento da mãe: ema de Tratamento Adequado: to tratamento completo, com penicilina e adequado mitantemente com a gestante. ema de Tratamento feito com qualquer medicamento que do tratamento feito com qualquer medicamento que	orial e/ou clínica da doeno da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl et Assay): indicados na co meses de idade, a perfon para a fase clínica da do	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnós nance dos testes t ença, instituído pel amento incompleto	a definição de caso vicido, preencher com spid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de rereponêmicos pode nico menos 30 dias anto o mesmo tendo sido	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou
INSTR Nenhu Na au: 7 - An: notifica 8 - No 9 - Da: 10 - Id 40 - 50 Seguin 43 - 50 Hema trepon definig 44 - E: Esque É todo concoo Esque ' É todo Esque ' É todo Esque Esque ' É todo Esque ' É todo Esque Esque ' É todo Esque E	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Isância de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate agão. Im ed o Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Isade: anotar a idade somente se a data de nascime Iotar a respector de la responêmica: VDRL (Veneral mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab glutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber Iremicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. Squema de Tratamento da mãe: Isquema de Tratamento Adequado: Io tratamento completo, com penicilina e adequado Intratamento responsamento que Intratamento la pestante. Intratamento feito com qualquer medicamento que Intratamento feito com qualquer medicamento que Intratamento não adequado para a fase clínica da doença; Intratamento, no seguimento; ou - quando o(s) paro Intratamento, no seguimento; ou - quando o(s) paro	orial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç correspondentes ao dia, ento for desconhecida. I Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Micro nt Assay): indicados na co meses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnós nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto tento com menos o	a definição de caso vi cido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), stica e exclusão de re reponêmicos pode ni o menos 30 dias anto o, mesmo tendo sido le 30 dias antes do p	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para es do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou · elevação dos títu
INSTR Nenhu Na au: 7 - Ann notifica 8 - No 9 - Dai 10 - Id 40 - 5(seguin 43 - 5(Hema) trepon defining 44 - E: Esque É todo concor Esque ' É todo concor Esque seguin após o concor es seguin ' É todo concor es seguin ' É todo concor esque ' É todo esque esque ' É todo esque esque esque esque ' É todo esque e	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. isência de informação, usar categoria ignorada. iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborato ação. ime do Paciente: preencher com o nome completo ita do nascimento: deverá ser anotada em números lade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Pluorescent Treponemal Antibody-ab- iglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber lemicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. Squema de Tratamento da mãe: ema de Tratamento Adequado: o tratamento completo, com penicilina e adequado initantemente com a gestante. ema de Tratamento lnadequado: o tratamento feito com qualquer medicamento que iento não adequado para a fase clínica da doença; o tratamento, no seguimento; ou · quando o(s) paro informação disponível. lefere-se ao resultado do teste treponêmico, confiri	orial e/ou clínica da doeno da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl It Assay): indicados na co meses de idade, a perfon para a fase clínica da do e não a penicilina; ou trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnós nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto tento com menos o lo(s) ou foi(ram) tra	a definição de caso vicido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de rereponêmicos pode não o menos 30 dias ante o, mesmo tendo sido le 30 dias antes do patado(s) inadequadar	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou · elevação dos titu mente, ou quando não se te
INSTR Nenhu Na au notifica 8 - No 9 - Da 40 - 50 Segurio 44 - E Esque É todo v É tomo cessa ir v É tom	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Isância de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate agão. Im do Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Isade: anotar a idade somente se a data de nascime Iotar a respector de la responêmica: VDRL (Veneral mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab gilutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber Iradianio), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorb	prial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl It Assay): indicados na co meses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad natório, realizado após os	ões); se desconhe mês e ano. pratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnos nanoe dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto elo(s) ou foi(ram) tra s 18 meses de idad	a definição de caso v cido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), stica e exclusão de re reponêmicos pode ni o menos 30 dias anto o, mesmo tendo sido le 30 dias antes do p atado(s) inadequadar le da criança. Inform.	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para es do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou aarto; ou · elevação dos titu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando
INSTR Nenhu Na au: 7 - An notifica 8 - No 10 - Id 40 - 5ú 53 - St Hema trepon definig 44 - Ei Esque de concor Esque sessa in idade 53 - R	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. Isolar a data do diagnóstico ou da evidência laborato agão. Impedo Paciente: preencher com o nome completo tata do nascimento: deverá ser anotada em números dade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab: glutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorben rêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. Isquema de Tratamento da mãe: ema de Tratamento Adequado: o tratamento completo, com penicilina e adequado intratamento feito com qualquer medicamento que nento não adequado para a fase clínica da doença; o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) paro informação disponível. efere-se a o resultado do teste treponêmico, confir da criança for menor que 18 meses. fitulação ascendente - Refere-se à comparação dos guimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).	prial e/ou clínica da doeno da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. I Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na co meses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad natório, realizado após os stítulos da sorologia não s	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnos nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto iento com menos o lo(s) ou foi(ram) tra s 18 meses de idad treponêmica da cri	a definição de caso vicido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), stica e exclusão de rereponêmicos pode ni o menos 30 dias anto o menos 30 dias anto de 30 dias antes do patado(s) inadequadar le da criança. Informança após cada teste	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para es do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou · elevação dos titu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque
INSTR Nenhu Na au: 7 - An notifici 8 - No 10 - Id 40 - 50 15 - 10 44 - E 16 todo conco definio 44 - E 16 todo conco essa in 58 - Ti idade 58 - Ti idade 59 - E 16 todo cos essa in 59 - E 16 todo cos essa in 50 - E 16 todo essa in 50 - E 16	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. sência de informação, usar categoria ignorada. otar a data do diagnóstico ou da evidência laborate ação. ume do Paciente: preencher com o nome completo ta do nascimento: deverá ser anotada em números tade: anotar a idade somente se a data de nascime to terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab glutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber têmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 ção diagnóstica. squema de Tratamento da mãe: tema de Tratamento Adequado: o tratamento completo, com penicilina e adequado unitantemente com a gestante. ema de Tratamento Inadequado: do tratamento feito com qualquer medicamento que tento não adequado para a fase clínica da doença; o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) paro informação disponível. telere-se ao resultado do teste treponêmico, confir da criança for menor que 18 meses. itulação ascendente - Refere-se à comparação dos guimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses). vidência de T. pallidum - Registrar a identificação	prial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na co meses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad natório, realizado após os stítulos da sorologia não to do Treponema pallidum	ões); se desconhe mês e ano. pratory) e RPR (Ra hemaglutination Tri infirmação diagnos nanoe dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto elento com menos o lo(s) ou foi(ram) tri s 18 meses de idad treponêmica da cri por microscopia e	a definição de caso vicido, preencher com spid Plasma Reagin): eponema pallidum), titoa e exclusão de reponêmicos pode nicipal de 30 dias antes do patado(s) inadequadar de da criança. Informança após cada teste mimaterial colhido er	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou sarto; ou · elevação dos títu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque m placenta, lesões cutâneo
INSTR Nenhu Na au: 7 - An notifica 8 - No 10 - Id 40 - 5ú 15 - Dal 10 - Id 42 - 5ú 15 - Ca 16	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO um campo deverá ficar em branco. Iso acido de informação, usar categoria ignorada, otar a data do diagnóstico ou da evidência laborate agão. Impedo Paciente: preencher com o nome completo tata do nascimento: deverá ser anotada em números dade: anotar a idade somente se a data de nascime 0 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera mento terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab: glutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorben rêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. Isquema de Tratamento da mãe: ema de Tratamento Adequado: o tratamento completo, com penicilina e adequado initantemente com a gestante. ema de Tratamento Inadequado: o tratamento feito com qualquer medicamento que nento não adequado para a fase clínica da doença; o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) paro informação disponível. efere-se a o resultado do teste treponêmico, confir da criança for menor que 18 meses. fitulação ascendente - Refere-se à comparação dos guimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses), vidência de T. pallidum - Registrar a identificação sas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela literação liquorica - Informar detecção de alteraçõe ilteração ilquorica - Informar detecção de alteraçõe.	prial e/ou clínica da doeno da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. I Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na comeses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad natório, realizado após os si títulos da sorologia não do do Treponema pallidum es na celularidade e/ou pr	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnos nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto iento com menos o lo(s) ou foi(ram) tra s 18 meses de idad treponêmica da cri por microscopiac e o imunofoucopesa e o teinas ou outra al	a definição de caso vicido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), stica e exclusão de rereponêmicos pode ni o menos 30 dias anto o menos 30 dias antes do patado(s) inadequadar le da criança. Informança após cada teste ma material colhido en color método teração específica ni	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para es do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou · elevação dos titu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque e realizado durante o esque e specífico. o líquor da criança;
INSTR Nenhu Na aux 7 - An notifica 8 - No 9 - Da 10 - Id 40 - 50 9 - Da 44 - Ei Fe todo concor efinio 44 - Ei E todo concor essa in 58 - Ti idade 58 - Ti idade 59 - E So 9 - B 10 - Id 10 - I	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Isância de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate agão. Im do Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Isade: anotar a idade somente se a data de nascime Iotar a como de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente se a data de nascime Internaciona de la comente de la comente se la Internaciona de la comente de la comente de la comente Internaciona de la comente de la la comente de la comente de la la comente del comente de la la comente del comente del comente de la la comente del comente del comente de la la comente del	prial e/ou clínica da doeno da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. I Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na comeses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad natório, realizado após os si títulos da sorologia não do do Treponema pallidum es na celularidade e/ou pr	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnos nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto iento com menos o lo(s) ou foi(ram) tra s 18 meses de idad treponêmica da cri por microscopiac e o imunofoucopesa e o teinas ou outra al	a definição de caso vicido, preencher com apid Plasma Reagin): eponema pallidum), stica e exclusão de rereponêmicos pode ni o menos 30 dias anto o menos 30 dias antes do patado(s) inadequadar le da criança. Informança após cada teste ma material colhido en color método teração específica ni	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para es do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou · elevação dos titu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque e realizado durante o esque e specífico. o líquor da criança;
INSTR Nenhu Na au: 7 - An notific: 8 - No 10 - Id 40 - 5i ns au 10 - Id 40 - Id	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Issencia de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate Iação. Im do Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Idade: anotar a idade somente se a data de nascime Il o 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Veneral Imento terapéutico. Il - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab- Iglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorben Pemicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 Igado diagnóstica. Isquema de Tratamento da mãe: Isquema de Tratamento Adequado: In tratamento completo, com penicilina e adequado In tratamento com a gestante. In teramento de materia da doença; In tratamento feito com qualquer medicamento que Intento não adequado para a fase clínica da doença; In tratamento no seguimento; ou - quando o(s) paro Informação disponível. Itelefere-se ao resultado do teste treponêmico, confirir Ida da cascendente - Refere-se à comparação dos Iguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses). Interação ao tratamento da criança com sífilis con Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Idera-se ôbito por sífilis congênita - o caso de mo Informar a evolução do caso de sífilis congênita: Idera-se ôbito por sífilis congênita - o caso de mo	prial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na oc meses de idade, a perfon para a fase clínica da do e não a penicilina; ou trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratado natório, realizado após os stítulos da sorologia não do do Treponema pallidum a técnica de campo escur is na oelularidade e/ou pri génita consultar o Manual	ões); se desconhe mês e ano. oratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnós nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto iento com menos o lo(s) ou foi(ram) tra is 18 meses de idao treponêmica da cri por microscopia e o, imunofluorescêr oteínas ou outra al ide Sífilis Congêni	a definição de caso vicido, preencher com pid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de reponêmicos pode não menos 30 dias anto parte do menos 30 dias antes do patado(s) inadequadar le da criança. Informança após cada teste m material colhido er cida ou outro método teração específica na calidado específica	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou - elevação dos titu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque m placenta, lesões cutâneo específico. o líquor da criança; Controle, 2005.
INSTR Nenhu Na aux 7 - An notifici 8 - No 10 - Id 40 - 50 59 - Da 44 - E E E todo conco definio 44 - E E E todo conco tratam ' É tod tratam ' É tod conso essa in 58 - Ti de se 69 - E mucos 60 - Al 60 - Al 61 - Al 61 - Al 62 - Al 63 - Al 65 - Al 65 - Al 66 - Al 66 - Al 66 - Al 66 - Al 66 - Al 66 - Al 67 - Al 67 - Al 68 - Al 6	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Isência de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate Iagão. Im ed o Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Iadae: anotar a idade somente se a data de nascime Io - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venera Imento terapêutico. Io - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab: Iglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber Iremicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 ção diagnóstica. Isquema de Tratamento da mãe: Iman de Tratamento Adequado: In tratamento completo, com penicilina e adequado In tratamento com a gestante. In tratamento feito com qualquer medicamento que Intenta de Tratamento da máe: In tratamento feito com qualquer medicamento que Intenta de Tratamento da máe: In tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) paro Informação disponível. Informação disponível. Informação ascendente - Refere-se à comparação dos Iguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses). Itulação ascendente - Refere-se à comparação dos Iguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses). Itulação ascendente - Refere-se à comparação dos Iguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses). Itulação ascendente - Refere-se à comparação dos Iguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses). Itulação ascendente - Refere-se à comparação dos Identificação do caso de sífilis congénita: Informar a evolução do caso de sífilis congénita:	prial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na co meses de idade, a perfor para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam eiro(s) não foi(ram) tratad natório, realizado após os stítulos da sorologia não to do Treponema pallidum a técnica de campo escur es na celularidade e/ou pa gênita consultar o Manual orte do recém-nato, após o	ões); se desconhe més e ano. pratory) e RPR (Ra hemaglutination Tr infirmação diagnos nance dos testes ti ença, instituído pel amento incompleto iento com menos tolo(s) ou foi(ram) tra is 18 meses de idad treponêmica da cri por microscopia e o, imunofluorescén por microscopia e o, imunofluorescén por accidente de Sifilis Congêni o nascimento com	a definição de caso vicido, preencher com spid Plasma Reagin): eponema pallidum), titoa e exclusão de reponêmicos pode ni comenos 30 dias antes do patado(s) inadequadar de da criança. Informança após cada teste m material colhido encia ou outro método teração específica ni ta - Diretrizes para o vida, filho de mãe co	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou elevação dos títu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque m placenta, lesões cutâneo nespecifico. o líquor da criança; Controle, 2005. m sífilis não tratada ou trat
INSTR Nenhu Na au: 7 - An notifica 8 - No 10 - Id 40 - 5t 9 - Da 10 - Id 40 - 5t Hema 143 - 5t Hema 144 - E 5t todo concor E 53 - R 153 - R 153 - R 164 - E 164 - E 165 - E 16	Nome RUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO Im campo deverá ficar em branco. Isância de informação, usar categoria ignorada. Iotar a data do diagnóstico ou da evidência laborate agão. Im ed o Paciente: preencher com o nome completo Ita do nascimento: deverá ser anotada em números Isade: anotar a idade somente se a data de nascime In esta entra esta esta entra esta entra entre terapêutico. 3 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-ab glutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorber Imminos falsos positivos. Em crianças, menores 18 gão diagnóstica. Isquema de Tratamento da mãe: Isquema de Tratamento Adequado: Io tratamento completo, com penicilina e adequado In intratamento falso com qualquer medicamento que Intento não adequado para a fase clínica da doença; Io tratamento feito com qualquer medicamento que Intento não adequado para a fase clínica da doença; Intratagão ascendente - Refere-se à comparação dos Intratagão ascendente - Refere-se à comparação dos Itulação ascendente - Refere-se à comparação dos Jitulação ascendente - Refere-se à compara	prial e/ou clínica da doenç da criança (sem abreviaç s correspondentes ao dia, ento for desconhecida. Diseases Research Labo sorption), MHA-Tp (Microl at Assay): indicados na oc meses de idade, a perfon para a fase clínica da do e não a penicilina; ou-trat ou a instituição do tratam ou a instituição do tratam ceiro(s) não foi(ram) tratado natório, realizado após os stítulos da sorologia não do do Treponema pallidum a técnica de campo escur es na celularidade e/ou pro gênita consultar o Manual ret do recém-nato, após o manas de gestação ou co	ões); se desconhe mês e ano. pratory) e RPR (Ra hemaglutination Trinfirmação diagnós nance dos testes trença, instituído pel amento incompleto tento com menos o lo(s) ou foi(ram) tra 18 meses de idad treponêmica da cri por microscopia e o, imunofluorescêro teínas ou outra al ide Sífilis Congênio nascimento com m peso menor ou per micro com com peso menor ou por micro com com peso menor ou promisson de la sífilis congênio passimento com com peso menor ou pratorio pratorio de la sífilis com peso menor ou pratorio pratorio de la sífilis com peso menor ou pratorio di pratorio de la sífilis com peso menor ou pratorio di pratorio d	a definição de caso vicido, preencher com pid Plasma Reagin): eponema pallidum), tica e exclusão de reponêmicos pode não menos 30 dias anto parte do menos 30 dias antes do patado(s) inadequadar le da criança. Informança após cada teste m material colhido er cicia ou outro método teração específica na cara propersidado de mão covida, filho de mão co igual a 500 gramas.	igente no momento da Filho de: (o nome da mã indicados para a triagem e TPHA (Treponema pallidun esultados de testes não ão ser adequada para les do parto e parceiro trata feito com penicilina; ou parto; ou elevação dos títu mente, ou quando não se te ar - Não se aplica - quando e realizado durante o esque m placenta, lesões cutâneo nespecifico. o líquor da criança; Controle, 2005. m sífilis não tratada ou trat

REFERÊNCIAS

- 1. **Brasil**. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. DOU, 30 out 1975, p. 14433. [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei6259.pdf.
- 2. **Brasil**. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei n. 6.259, de 30 e outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. DOU, 13 ago 1976, p. 10731. [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/c-geral/lc0303.htm.
- 3. **Teixeira MG**, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em saúde: É necessária uma legislação de emergência? Revista de Direito Sanitário, v. 10, 2009, p. 126-144.
- 4. **Brasil.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU, 20 set 1990. [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf.
- 5. **Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª Ed. Brasília, 2009 p. 19. [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve 7ed web atual.pdf.
- 6. **Brasil**. 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 nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. DOU, 09 jun 2014, p 67.
- 7. **Brasil**. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 2011. DOU 06 nov 2009. [acesso em 17 ago 2015]. Disponível em: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669 versao impressao.pdf.
- 8. **Brasil**. Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. DOU, 15 jul 2005, p111. [acesso em 17 ago 2015].

 Disponível

 em:

http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=1 5/07/2005.

- 9. **Brasil**.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Curso Básico de Vigilância epidemiológica em HIV e aids. Caderno do aluno. Brasília, 2005, p.91.
- 10. **Waldman**, Eliseu Alves. Vigilância em Saúde Pública. In: Waldman EA, Rosa TEC (Coordenadores). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Série Saúde & Cidadania), 1998, p. 1-267.
- 11. **Gaze R**, Perez MA. Vigilância Epidemiológica. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL (Coordenadores). Epidemiologia. São Paulo (SP): Atheneu, p. 73-90, 2002.
- 12. **Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, 2014, p. 285-341.
- 13. **Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. Brasília; 2007.
- 14. **São Paulo**, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso Definições de casos de agravos de notificação em DST/HIV/Aids. São Paulo, 2012. 112 p. ISBN 9788 5997 921729.
- 15. **Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST e Aids. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília, DF; 2009.
- 16. **Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 17. **Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para a redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde. 2014, p. 12.
- 18. **Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 120p.
- 19. **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. 2014. 112p.
- 20. **Gutman LT**. Syphilis. In: Feigin R, Cherry JD. Textbook of pediatric infectious diseases. 4th ed. Philadelphia (USA): WB Saunders; 1998. p. 1543-56.
- 21. **WHO**. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action; 2007 [acesso em 8 mar 2012]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858 eng.pdf.
- 22. **PAHO** Pan American Health Organization. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and

the Caribbean: Regional Monitoring Strategy. Washington, DC: PAHO; 2010 [acesso em 15 fev 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/lac/Regional Monitoring Strategy.pdf.

- 23. **PAHO** Pan American Health Organization. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington, DC: PAHO, 2014.
- 24. **Guinsburg R**, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010. [documento na internet], [acesso em 31 out 2015]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento_sifilis.pdf.
- 25. **São Paulo**. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2010. 196 p.