

ALTA RESPONSÁVEL DO RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA
OU EXPOSTO A SÍFILIS MATERNA
“ VINCULAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE”

ROBERTA RICARDES PIRES
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA – SES/SP

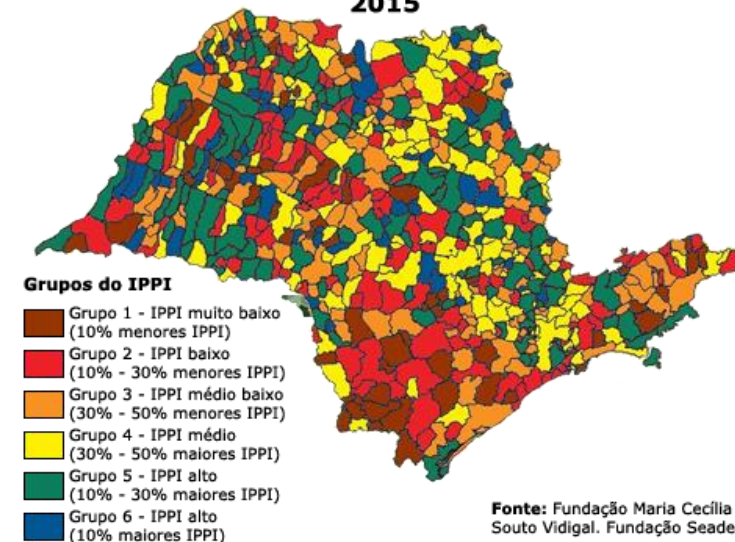


Nascidos Vivos por DRS de Residência	2019	2020
3501 Grande São Paulo	291 716	271 796
3502 Araçatuba	8 684	8 030
3503 Araraquara	11 615	11 296
3504 Baixada Santista	22 494	22 241
3505 Barretos	5 166	4 894
3506 Bauru	21 019	20 187
3507 Campinas	58 475	55 210
3508 Franca	8 633	8 384
3509 Marília	13 109	12 679
3510 Piracicaba	18 645	18 116
3511 Presidente Prudente	8 781	8 417
3512 Registro	3 823	3 638
3513 Ribeirão Preto	17 601	17 041
3514 São João da Boa Vista	9 384	8 806
3515 São José do Rio Preto	18 613	18 183
3516 Sorocaba	33 043	32 170
3517 Taubaté	32 032	30 880
3500 Município ignorado - SP	6	3
Total	582 839	551 971



ÍNDICE PAULISTA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Municípios do Estado de São Paulo
2015

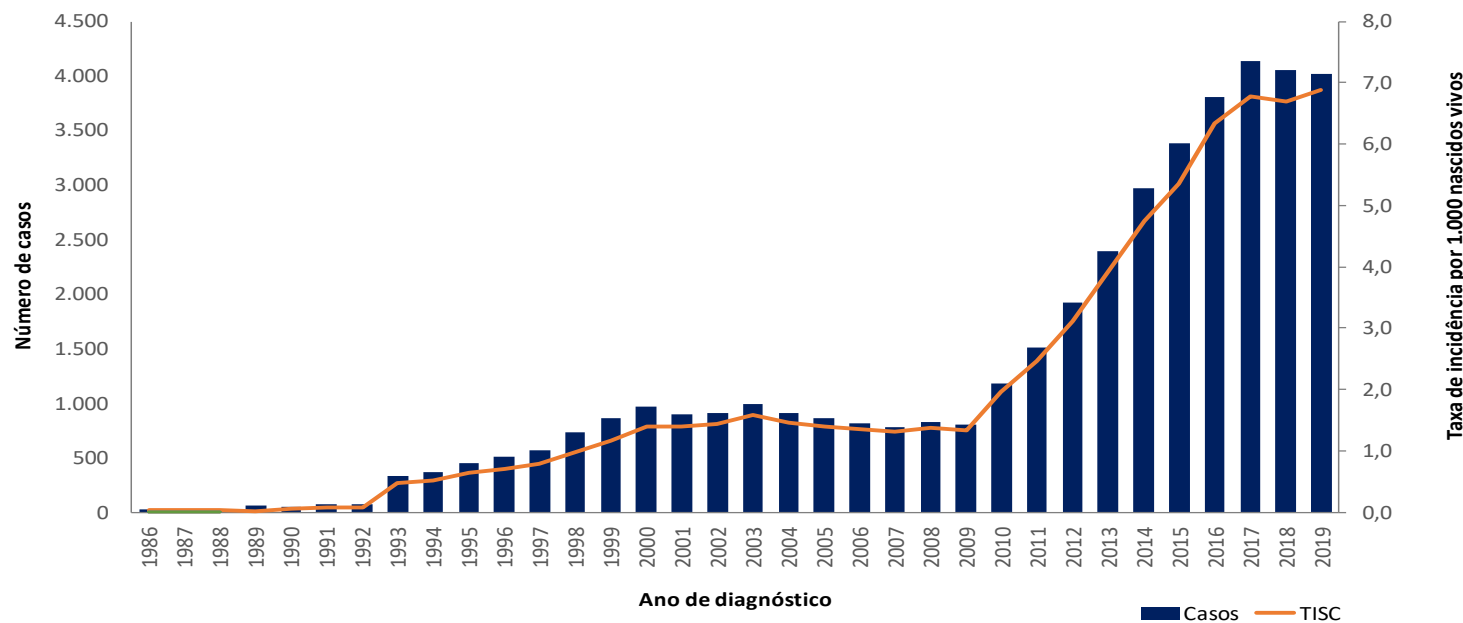


Fonte: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Fundação Seade.

<http://www.ippi.seade.gov.br/>

Figura 1 - Casos e taxa de incidência de sífilis congênita (TISC), por 1.000 nascidos vivos (NV), segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1986 a 2019*.

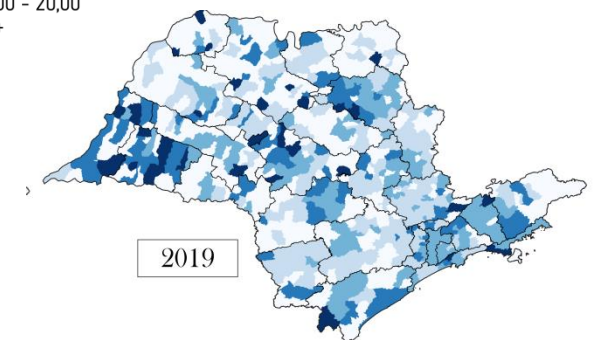
Em 2019, foram notificadas 4.013 crianças com sífilis congênita.



Fonte: SINAN -Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/Aids-SP (VE-PEIST/AIDS-SP) ; Fundação Seade (2007 a 2018) e SINASC (2019).
*Dados preliminares até 30/06/2020, sujeitos a revisão mensal .

Taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos

□ GVEs / Municípios
TISC por 1.000 NV
0,00 - 0,00
0,00 - 5,00
5,00 - 10,00
10,00 - 20,00
20+



Produzido por. Alec Lacerda e Sabrina Plugliese

A SIFILIS É UM AGRAVO QUE PODE SER DETECTADO E TRATADO NA ATENÇÃO BÁSICA

- DEPENDE DE ESFORÇO CONJUNTO DO TERRITÓRIO
- NÚMERO DE CASOS DE SIFILIS EM GESTANTES?
- NÚMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENTITA?
- MONITORAMENTO NOS OFERECE O NORTE SOBRE O
RESULTADO DAS AÇÕES PROPOSTAS
- QUALIFICAÇÃO PERMANETE DA EQUIPE

MONITORAR/
ACOMPANHAR

- REVISAR E ATUALIZAR OS PROTOCOLOS
- LINHA DE CUIDADO

Deve-se fazer Teste rápido para HIV e sífilis da gestante antes do parto

No momento do parto deve-se solicitar a caderneta da gestante e observar :



Anotações em Caderneta da Gestante ATUALIZADA.

- TESTES REALIZADOS
- TRATAMENTO REALIZADOS

Lembrando que PARCEIRO deve ser convidado para PRÉ NATAL DO HOMEM

- Realizar tratamento do parceiro

ENCAMINHAR PARA O PARTO COM UM RELATÓRIO DE TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

- Todas as crianças que preencherem o critério de sífilis congênita devem ser tratadas e notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

ANEXO VI - Ficha de Notificação de Sífilis Congênita

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO - INVESTIGAÇÃO
SÍFILIS CONGÊNITA

Definição de caso:
Primeiro critério: toda criança, no aborto, no nascimento de mãe com evidência clínica para sífilis, além de ser sorológica não treponêmica reagente para sífilis, com qualquer etiologia, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal no momento do parto ou durante o parto, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
Segundo critério: todos indivíduos com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas (testes não-treponêmicos): são testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); são testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; são testes em teste não-treponêmico realizado no que se dá mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser tratada a possibilidade de sífilis adquirida.
Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente a evidência clínica ou líquida ou radiológica de sífilis congênita.
Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo *Tréponema Pallidum* em placenta ou cordão umbilical ou amostra da lesão, bífida ou necrosada de criança, aborto ou natimorto.

1. Tipo de Notificação: 2. Individual

3. Agravos e Síndrome: **SÍFILIS CONGÊNITA** Código (CID10): **A50.9** Data de Notificação

4. UF: 5. Município de Notificação Código (IBGE)

6. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

7. Data do Diagnóstico

8. Nome do Paciente

9. Data de Nascimento

10. (ou) Idade: 1. Hora, 2. Dia, 3. Mês, 4. Ano

11. Sexo: 1. Masculino, 2. Feminino, 3. Não informado

12. Gestante

13. Raça/Cor: 1. Branca, 2. Preta, 3. Amarela, 4. Parda, 5. Indígena, 9. Ignorado

14. Escolaridade

15. Número do Cartão SUS

16. Nome da mãe

17. UF: 18. Município de Residência Código (IBGE)

19. Distrito

20. Bairro

21. Logradouro (rua, avenida, ...)

22. Número

23. Complemento (apto., casa, ...)

24. Geo campo 1

25. Geo campo 2

26. Ponto de Referência

27. CEP

28. (DDD) Telefone

29. Zona: 1. Urbana, 2. Rural, 3. Perturbana, 9. Ignorado

30. País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

31. Idade da mãe

32. Raça/cor da mãe

33. Ocupação da mãe

34. Escolaridade

35. Realizou Pré-Natal nesta gestação

36. UF

37. Município de Realização do Pré-Natal Código (IBGE)

38. Unidade de Saúde de realização do pré-natal Código

39. Diagnóstico de sífilis materna

40. Teste não treponêmico no parto/curetagem

41. Título

42. Data

43. Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem

44. Esquema de tratamento

45. Data do Tratamento

46. Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante

SÍFILIS CONGÊNITA 05012008 CORDEL MR Sinan NET SVS 05/12/2007

47. UF: 48. Município de nascimento / aborto / natimorto Código (IBGE)

49. Local de Nascimento (Maternidade/Hospital) Código

50. Teste não treponêmico - Sangue Periférico

51. Título

52. Data

53. Teste treponêmico (após 18 meses)

54. Data

55. Teste não treponêmico - Líquor

56. Título

57. Data

58. Titulação ascendente

59. Evidência de *Tréponema pallidum*

60. Alteração Líquida

61. Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos

62. Diagnóstico Clínico

63. Presença de sinais e sintomas

64. Esquema de tratamento

65. Evolução do Caso

66. Data do Óbito

Observações Adicionais:

Município / Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhuma caixa deve ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Assurar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com "Filho de:" (o nome da mãe).

9 - Data de nascimento: deverá ser anotada em sistema correspondente ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 46 - Vire - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicadas para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination *Tréponema pallidum*), TPHA (Tréponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); indicadas em confirmação diagnóstica e rotulagem de resultados de testes não-treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 18 dias antes do parto e parcerio tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição de tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou duração dos dias após o tratamento; ou tratamento, no parcerio, em quando <60 parcerio(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1:10, 1:20 e 1:40 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Tréponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lóculos materno-meseno da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência no soro materno específico.

60 - Alteração Esquelética - Informar alteração de alterações na radiografia em qualquer parte do esqueleto ou em outra alteração específica no líquor da criança.

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes e Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita.

66 - Considerar-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nascido, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considerar-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

SÍFILIS CONGÊNITA 05012008 CORDEL MR Sinan NET SVS 05/12/2007



- O cumprimento de protocolos clínicos é fundamental para o manejo adequado dos recém-nascidos com sífilis congênita.



**CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - PROGRAMA
ESTADUAL DE DST/AIDS – CCD – SES-SP
AREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA– CRS – SES-SP
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO – SPSP
SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA - SBI**

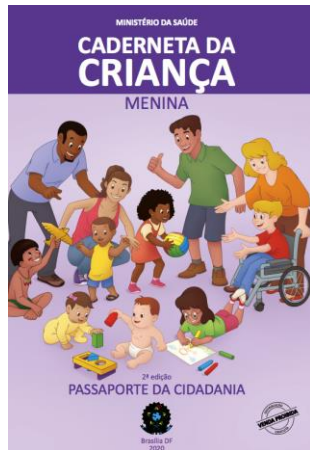
**NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 001/2019/SPSP/SBI/ATSC/CRT-PE-
DST/AIDS/SES-SP**

**Assunto: Orientações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita no estado
de São Paulo**

- Após alta da maternidade a atenção básica é responsável pelo acompanhamento dos casos de sífilis congênita e expostas à sífilis até 18 ou 24 meses de vida.

A **alta responsável** consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o ...

PORTARIA MS Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013



INFORMAÇÕES:

- Parto
- Triagem neonatal
- Consulta 1 sem.
- Consultas 1; 2; 4;6; 9;12;18; 24 e 36 meses

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CID-10)

Agravos	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			Vacinas no pré-natal		
	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	DPTa	SIM	NÃO
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	DPTa	()	()
Z21	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Influenza	()	()
B18	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B	()	()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()			
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()			

Parto em: () Hospital () Centro de Parto Normal () Domicílio

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamou na primeira hora de vida? () Não () Sim

Apgar 1º min: ___ 5º min: ___ Clampeamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: ___ Semanas e ___ dias () DUM () USG () Exame RN. Qual? _____

Peso: ___ g Comprimento: ___ cm PC: ___ cm Adequação peso/IG: () AIG () PIG () GIG

Reanimação neonatal () Não () Sim. RN assistido no parto por: _____

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe _____ CI _____ Bebê _____ CD _____

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (vit. K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Utin ___ dias () Ucinco ___ dias () Ucinca ___ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ___/___/___ Peso na alta: _____ g Comprimento: _____ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais ___/___/___

Esta consulta deve ser realizada nos primeiros sete dias de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Triagens neonatais

a. Teste do reflexo vermelho - Teste do olhoinho
 Deve ser realizado antes da alta da maternidade
 Não realizado Realizado em ___/___/___
 Olho Direito: Normal Alterado
 Olho Esquerdo: Normal Alterado
 Observação/Encaminhamento: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica Oximetria de pulso - Teste do coraçãozinho
 Realizado na maternidade após 24h de vida
 Não realizado Realizado em: ___/___/___
 Resultado: Normal Alterado
 Observação/Encaminhamento: _____

c. Triagem auditiva - Teste da orelhinha
 Deve ser realizada na maternidade entre 24 e 48h depois do nascimento e no máximo, durante o 1º mês de vida
 Não realizado Realizado em: ___/___/___
 Testes: Emissão Otoacústica Evocada
 Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
 Ouvido direito: Normal Alterado
 Ouvido esquerdo: Normal Alterado
 Conduta: _____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho
 Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia
 Não realizado Realizado em: ___/___/___

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data ___/___/___

1. Medidas: PC*: _____ **cm** **Peso*:** _____ **g** **Comprimento*:** _____ **cm**
*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Aleitamento/alimentação
 Leite materno exclusivo (LME)
 Leite materno e leite artificial (LM+LA)
 Leite artificial (LA)
 Dificuldade para amamentar? Não Sim
 Parou de amamentar? Não Sim
 Com que idade? _____
 Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

3. Sinais de alerta
 Coto umbilical infeccionado Não Sim
 Icterícia Não Sim
 Diarreia/Vômitos Não Sim
 Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) Não Sim
 Febre (≥37,5°C) Não Sim
 Hipotermia (<36,5°C) Não Sim
 Convulsões ou movimentos anormais Não Sim
 Ausculta cardíaca alterada/Cianose Não Sim
 Outros: _____

4. Vacinas
 Registrar no quadro pág.102
 Hepatite B Não Sim
 BCG Não Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

Após a alta da maternidade o binômio deve ser encaminhado a Atenção Básica de referência, para acompanhamento conforme protocolo de alta responsável e Cuidados Especializados.

- Agendamento da primeira consulta deve ser realizado ainda com o binômio na maternidade.
- Realizar busca ativa quando não retorna para UBS

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

“com sífilis congênita ou exposta a sífilis “

Consulta da 1ª Mês

Consulta do 1º Mês Data ___/___/___

Esta consulta deve ser realizada no 1º mês de vida por médico ou enfermeiro, no domicílio ou na unidade de saúde.

1. Medidas: **PC***: _____ cm **Peso***: _____ g **Comprimento***: _____ cm

*Anotar nos gráficos para Prematuros pág. 86 e para criança a termo pág. 87 à 90.

2. Triagem neonatal - Testes	Realizado		Resultado		Encaminhado
	Não	Sim	Normal	Alterado	
Pezinho					AB [†] CER ^{††} SSA ^{†††} SSE ^{††††}
Orelhinha - Exame auditivo					
Olhinho - Reflexo olho vermelho					
Coraçãozinho					

†AB-Atenção Básica; ††CER-Centro Especializado em Reabilitação; †††SSA - Serviço de Saúde Auditiva; ††††SSE - Serviço de Saúde especializado (Oftalmológico – Auditivo – Outros).

3. Aleitamento/alimentação

() Leite materno exclusivo

() Leite materno e leite artificial

() Leite artificial

Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim

Com que idade? _____

Em caso de desmame precoce descreva o motivo: _____

4. Sinais de alerta

Secreção nasal () Não () Sim

Cólica/Engasgos () Não () Sim

Diarreia/Constipação () Não () Sim

Vômitos/Golfadas () Não () Sim

Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30) () Não () Sim

Febre (≥37,5°C) () Não () Sim

Hipotermia (<36,5°C) () Não () Sim

Convulsões ou movimentos anormais () Não () Sim

Outros: _____

5. Exame ocular

Abertura ocular normal () Não () Sim

Pupilas normais () Não () Sim

Estrabismo () Não () Sim

Segue com o olhar () Não () Sim

6. Verificações importantes

Vacinas de acordo com o calendário () Não () Sim

7. Desenvolvimento †

Observação da interação mãe-filha _____

† Avalie a presença dos marcos na pág. 79 e classifique pelo instrumento da pág. 78

Adequado para idade ()

Alerta para o desenvolvimento ()

Provável atraso no desenvolvimento ()

Observações: _____

8. Atenção e cuidados especiais nesta fase

Tempo de sono em 24 horas _____

Posição no sono quando deitado no berço: _____

De barriga para cima? _____

Funcionamento do intestino e cólicas _____

Higiene e cuidados gerais _____

Sinais de violências/negligências _____

Acidentes domésticos () Não () Sim

9. Laços de afeto

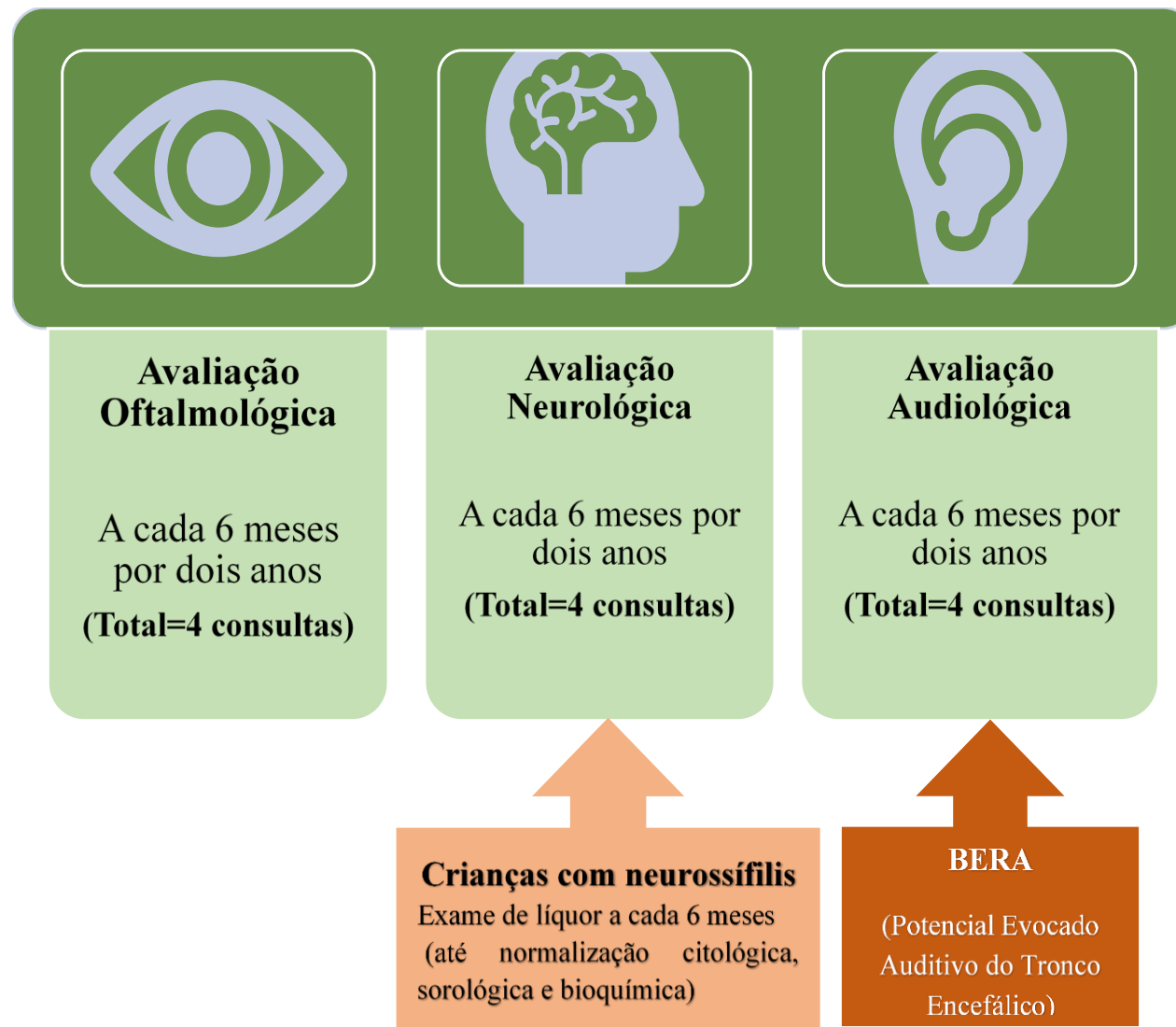
Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para aconchegar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido asfixia grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuária de drogas, com depressão, entre outros.

O seguimento ambulatorial (Atenção Básica) da criança com sífilis congênita ou exposta a sífilis na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança deve ser realizado na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18.

Avaliação laboratorial com teste não treponêmico (TNT) deve ser realizada com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.

A sífilis congênita pode trazer complicações para a criança, sendo importante que os casos sejam avaliados por especialistas no seguimento pós-neonatal, a cada seis meses, durante dois anos.

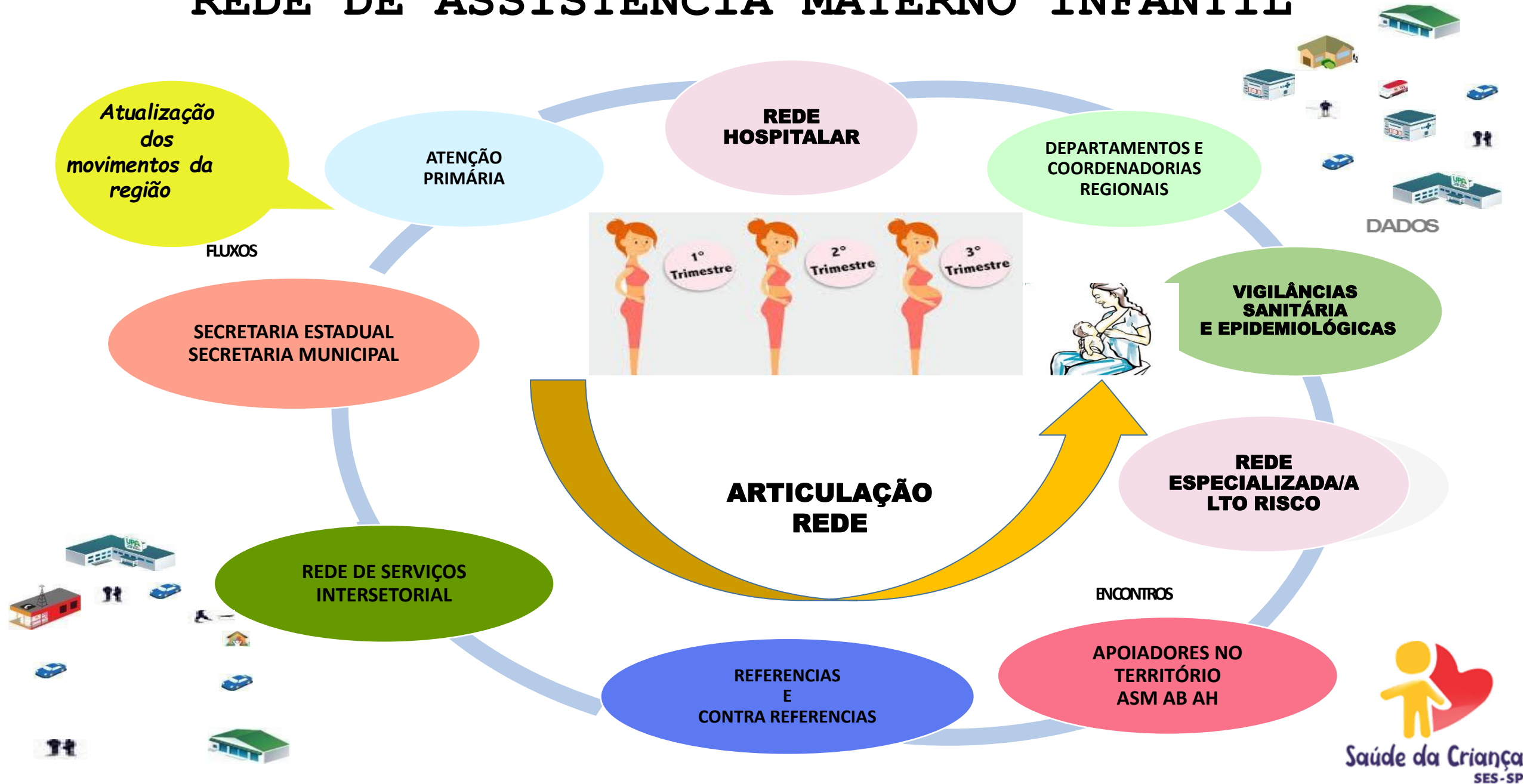


LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA



<https://docs.bvsalud.org/biblioref/SES-SP/2018/ses-37502/ses-37502-6988.pdf>

REDE DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL



ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

“O fortalecimento da rede de atenção materno-infantil”

- Comunicação efetiva entre os diversos níveis de atenção
- Alta responsável do binômio
- Monitoramento/Acompanhamento do binômio.
- Levantamento de espaços na rede que necessitavam de pactuação.
- Esforço conjunto entre os entes públicos que atuam nos territórios.



O trabalho em Rede fortalecendo a assistência aos recém-nascidos



**REDUZIR A SIFILIS CONGENITA
É MAIS QUE UM DESAFIO
É UM DEVER DE TODOS OS COMPROMETIDOS
PROFISSIONAIS, GESTORES E SOCIEDADE**

rricardes@saude.sp.gov.br

113066 8226



Saúde da Criança
SES-SP