

**ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO
VERTICAL DO
HIV E DA SÍFILIS:**

**COMPROMISSO
DE TODOS NÓS**

**GUIA DE
REFERÊNCIAS
TÉCNICAS E
PROGRAMÁTICAS
PARA AS AÇÕES
DO PLANO DE
ELIMINAÇÃO
DA SÍFILIS
CONGÊNITA**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS

**GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E
PROGRAMÁTICAS PARA AS AÇÕES DO PLANO
DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Organizadores:
Dreyf Assis Gonçalves
Luiza Harunari Matida

**SÃO PAULO – SP
2010**

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

NILSON FERRAZ PASCHOA

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

ALICE TIAGO DE SOUZA

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS

MARIA CLARA GIANNA

ARTUR O. KALICHMAN

Grupo de Elaboração do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita do Estado de São Paulo - Áreas e Técnicos participantes:

Coordenadoria de Controle das Doenças (Clélia Maria Aranda, Sylmara Zotto), Programa Estadual de DST/AIDS (Maria Clara Gianna, Ivone Aparecida de Paula, Angela Tayra, Carmen Lúcia Soares, Sara Romera da Silva, Vilma Cervantes, Elizabete Onaga, Herculano Alencar, Rosa Alencar, Fernanda Neves, Andre Correa, Dreyf de Assis Gonçalves, Luiza H. Matida), Instituto Adolfo Lutz (Marta Salomão, Edilene Silveira), Vigilância Epidemiológica (Ana Freitas), Vigilância Sanitária (Cristina Megid, Monica Aparecida Fernandes Grau), Área da Mulher (Tânia Lago), Área da Criança (Sandra Regina de Souza), Atenção Básica (Marta Campagnoni Andrade), Cosems (Jorge Harada, Sonia Barbosa), Agência Nacional de Saúde Suplementar (Marizélia Leão Moreira)

Coordenação Plano Eliminação Sífilis Congênita

Luiza H. Matida

Revisão Final

Dreyf A. Gonçalves

Luiza H. Matida

Revisão Pedagógica

Izabel Rios – Cedem FM-USP/SP

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Alex Cardoso

Álvaro Marinho

Ilustração

Alex Cardoso

Marina Real

Setor Responsável

Comunicação Interna - COMINT

Ficha Catalográfica

São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids.
GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA AS AÇÕES DO
PLANO DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA & S. São Paulo, 2010. 196 p.
Transmissão Vertical do HIV/Sífilis
ISBN: 978-85-99792-06-3

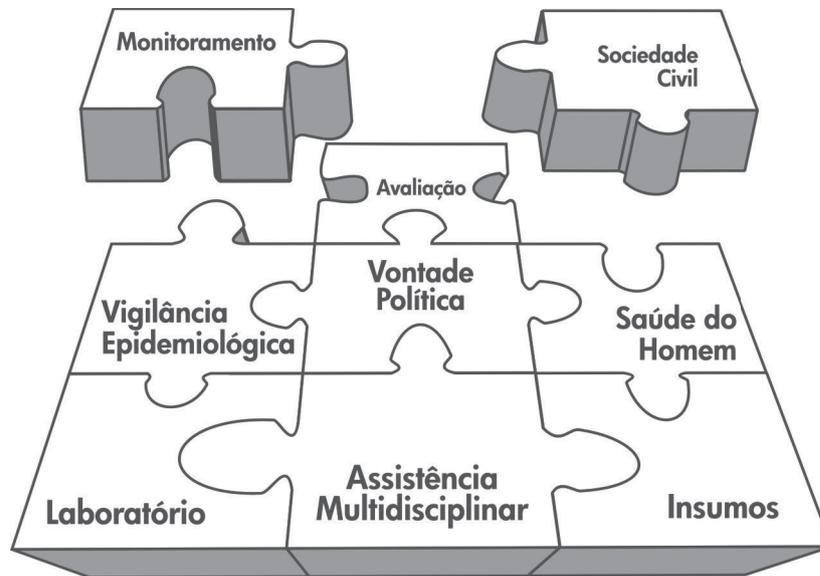
1. Sífilis 2. Sífilis Congênita 3. HIV/aids 4. Ações e Programas 5. São Paulo

Índice

Apresentação	06
Sobre o Plano Estadual de Eliminação da Sífilis Congênita	12
Unidades Didáticas	15
Unidade A - Planos Prioridades e Ações	16
Unidade A - Módulo I	
Planejamento e Definição de Prioridades	17
Unidade A - Módulo II	
Prevenção: Os Desafios da Organização de Serviços	24
Unidade B - Atenção e Controle da Sífilis	37
Unidade B - Módulo III	
Acolhimento e Aconselhamento	39
Unidade B - Módulo IV	
Assistência Clínico-Laboratorial	58
Unidade B - Módulo V	
Vigilância Epidemiológica da Sífilis Adquirida e Congênita	117
Unidade C - Anexos e Referências	149
Unidade C - Glossário Geral	150
Unidade C - Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada	151
Unidade C - Materiais Educativos sobre Sífilis e Sífilis Congênita	189



O enfrentamento da transmissão vertical da sífilis no Estado de São Paulo.



Luiza Harunari Matida
Maria Clara Gianna
Clélia Maria Aranda
Grupo de Elaboração do Plano de
Eliminação da Sífilis Congênita*

A sífilis congênita é uma doença que pode ser totalmente evitada se a mãe e o seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente.

A sífilis é uma doença de elevada magnitude: em um estudo sentinela realizado em 2004, uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, no Estado de São Paulo, apresentou uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa, com uma estimativa de cerca de 10.400 parturientes com sífilis e de 2.600 nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%) ao ano.

Frente a este panorama é necessária e urgente uma priorização no enfoque da sífilis na gestante, um agravo que tem diagnóstico e tratamento disponíveis, mas que vem se mostrando um incômodo desafio para a saúde pública.

A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, em razão da passagem dessa bactéria pela placenta. É, portanto, a transmissão do treponema da mãe para o filho. Tal infecção pode provocar aborto ou a morte do bebê, quando este nasce gravemente enfermo. Quando não há óbito da criança ou quando o diagnóstico não é feito, sequelas como: cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas, podem ser observadas.

Embora de notificação compulsória desde 1986 (Brasil, 2003), foram notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, no período de 1998 a junho de 2007 (São Paulo, 2007),

apenas 8.521 casos de sífilis congênita, demonstrando assim os possíveis sub-registros e subdiagnósticos desse agravo.

Entre os casos notificados no período de 2001 a 2007 (São Paulo, 2007), 77,3% das mães frequentaram o pré-natal, sendo que 60% foram tratadas durante a gravidez e apenas 11,9% tiveram os seus parceiros sexuais tratados. Sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no País e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou aqueles diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.

Esses indicadores apontam para um problema de grande magnitude, com a necessidade de implementação de ações eficazmente direcionadas à eliminação da sífilis congênita.

Como elemento fundamental para seu enfrentamento, as ações de prevenção precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal (na primeira consulta e no início do terceiro trimestre) e no parto, com o consequente tratamento oportuno e adequado e também do seu parceiro sexual.

A ação paulista

O Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids de São Paulo (DST/AIDS-SP), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), implantou a notificação compulsória de sífilis em gestante a partir da Resolução SS-59, de 22 de julho de 2004, uma importante estratégia de controle da sífilis na gestação.

A inclusão da sífilis na gestação como doença sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por suas elevadas taxas de prevalência e de transmissão vertical, que variam de 30% a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado (Szwarcwald, 2004).

Quando a sífilis é diagnosticada em uma gestante, o tratamento deve ser iniciado de imediato e os parceiros também devem ser tratados, principalmente para evitar uma possível reinfecção da gestante (Brasil, 2005). Algumas maternidades executam uma estratégia bastante oportuna e eficaz, que é a de tratar o parceiro sexual após consultar e discutir com a parturiente/puérpera esta possibilidade. O diagnóstico da sífilis na parturiente ou na puérpera não impedirá o caso de sífilis congênita, e o recém-nascido terá de ser submetido ao tratamento com dez dias de penicilina cristalina ou procaína.

Enquanto o tratamento e/ou profilaxia do HIV é feito com a administração de drogas antirretrovirais na gestação, há necessidade de um trabalho de adesão junto às mulheres, já que estas drogas são utilizadas ao longo de toda a gestação (Matida, 2004), o tratamento contra a sífilis é realizado eficazmente e simplesmente com a penicilina benzatina (Brasil, 2009), que pode e deve ser administrada na unidade básica de saúde.

A eliminação da sífilis congênita requer insumos de baixo custo que precisam ser garantidos, assim como a qualificação dos recursos humanos envolvidos na assistência pré-natal, momento crítico para a prevenção da sífilis congênita.

É de fundamental importância a priorização da sífilis na gestação, com o envolvimento das diversas áreas de atuação da SES-SP como Atenção Básica, da Mulher, da Criança e DST/Aids, em todos os níveis, e a inclusão do tema na agenda dos gestores, pois o agravo tem diagnóstico e tratamento disponíveis e de baixo custo, mas ainda permanece, como já foi dito, um incômodo desafio para a saúde pública.

A sífilis não tratada durante a gestação resulta em uma considerável proporção de mortes fetais e neonatais precoces (Saraceni, 2005), agravando o quadro epidemiológico da sífilis congênita. Toda esta situação descrita aponta para a necessidade urgente da qualificação da atenção pré-natal, com garantia dos insumos necessários específicos para a sífilis, momento crucial para se atingir a meta de eliminação do agravo.

Eliminando o agravo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a doença é eliminada com 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos (OMS, 2010), e esta é a meta do Estado de São Paulo.

O Programa Nacional de DST/Aids propõe para a região Sudeste do país: reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita para 1,96 caso para cada 1.000 nascidos vivos até 2011.

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo propõe que todo caso diagnosticado e notificado de sífilis congênita seja investigado, a fim de que sejam detectadas todas as oportunidades perdidas para que esta gestante e seu parceiro sexual tivessem sido adequadamente diagnosticados e tratados. A identificação destas oportunidades perdidas deverá orientar o devido planejamento, monitoramento e avaliação das ações necessárias para o controle do agravo.

Visando ao alcance deste objetivo, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo elaborou o "Plano de Eliminação da Sífilis Congênita", contando

todas as áreas necessariamente envolvidas na questão. No âmbito da Secretaria, além das áreas de Atenção Básica à Saúde, da Mulher e da Criança, o plano envolve órgãos vinculados à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), como o Instituto Adolfo Lutz (IAL), o Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE) e o Centro de Vigilância Sanitária (CVS). No âmbito externo, integram o esforço de eliminação da sífilis congênita o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems), representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O plano estadual, apresentado também na Câmara Técnica de DST/Aids do Conselho Estadual de Saúde, tem como meta alcançar 0,5 caso de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos em São Paulo até o ano de 2015.

Problemas prioritários detectados pelo Plano:

- Pouca ou nenhuma visibilidade da questão da sífilis congênita na sociedade como um todo e como questão de saúde pública, em particular.
- Resposta desarticulada da rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis nas gestantes e seus parceiros.
- Abordagem ausente ou inadequada do parceiro sexual da gestante nos serviços de saúde.
- Falta de integração entre os vários níveis técnicos e de gestão para o desenvolvimento das ações na atenção básica.
- Ausência de um projeto integrado de educação permanente para eliminação da sífilis congênita.
- As organizações da sociedade civil desconhecem a magnitude e transcendência da sífilis adquirida na gestação, dificultando o controle social.

Para o enfrentamento destes problemas, estão sendo desenvolvidas várias estratégias:

- Em junho de 2007 foi realizado um evento de divulgação do Plano, com a participação de 600 gerentes e técnicos da rede de saúde, no qual houve a apresentação clínica e laboratorial deste agravo, tanto no adulto como na criança, e os aspectos polêmicos, mas tecnicamente contornáveis, que envolvem seu diagnóstico e seu tratamento. Também neste evento houve a premiação de dez trabalhos, os quais apresentavam experiências exitosas em diferentes áreas de prestação de serviço e em diferentes municípios paulistas (www.crt.saude.sp.gov.br).

- A partir do evento acima, cerca de 4.000 gerentes e técnicos de várias regiões do Estado também tiveram acesso ao conhecimento técnico e do Plano.
- Foram distribuídos, até o momento, 100 mil materiais informativos, abordando a necessidade da sensibilização dos técnicos de saúde para a magnitude da sífilis adquirida e, conseqüentemente, da sífilis congênita.
- Foram publicadas duas notas técnicas: 1) recomendação do oferecimento de consulta de pré-natal para os parceiros sexuais de todas as gestantes, 2) e recomendação para a realização de teste treponêmico na detecção de teste não treponêmico reagente. Ampla divulgação da Portaria 156, do Ministério da Saúde, de 19 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o uso da penicilina na rede de Atenção Básica à Saúde.
- Apresentação da magnitude da transmissão vertical do HIV e da sífilis para operadoras de planos de saúde do Estado, situação oportunizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este trabalho conjunto está tendo continuidade em um projeto de avaliação da transmissão vertical do HIV e da sífilis em São Paulo.
- Impressão de folder distribuído para todos os médicos cadastrados (cerca de 100 mil) no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP).
- Impressão de folder e cartazes destinados à população de gestantes e seus parceiros sexuais.
- Elaboração de material instrucional para subsidiar diferentes eventos técnico-informativos, paralelamente à discussão de uma proposta de educação permanente.
- Disponibilização de documentos, apresentações, novidades/experiências exitosas no site do Programa Estadual de DST/Aids (www.crt.saude.sp.gov.br), com o intuito de subsidiar e divulgar informações a serem aplicadas nos diferentes locais de trabalho.
- Elaboração e aplicação de indicadores para o monitoramento e avaliação do Plano, em consenso com as propostas da Secretaria de Estado da Saúde.
- Assessoria aos municípios e regiões na organização de eventos para a divulgação do Plano e discussão técnica do agravo em questão; assim como para a detecção de falhas na organização dos serviços de atendimento e conseqüente discussão de estratégias efetivas, sempre de acordo com as especificidades locais.

- Pactuação de proposta de controle da realização do VDRL nas maternidades e notificação negativa de sífilis congênita nas maternidades na Comissão Intergestora Bipartite, em março de 2008.
- Continuidade de reuniões do grupo elaborador do plano para o seu monitoramento e discussão da devida viabilização das estratégias.

No Estado de São Paulo, pretende-se a ampliação deste Plano nos vários segmentos da sociedade envolvidos com este enfrentamento, diminuindo o estigma em relação às doenças sexualmente transmissíveis para que a sífilis se torne mais visível como um problema para a população em geral e para os profissionais de saúde e, assim, contribua com o tão almejado alcance da eliminação da sífilis congênita.

* Grupo de Elaboração do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita do Estado de São Paulo - Áreas e Técnicos participantes: Coordenadoria de Controle das Doenças (Clélia Maria Aranda, Sylmara Zotto); Programa Estadual de DST/Aids (Maria Clara Gianna, Ivone Aparecida de Paula, Angela Tayra, Carmen Lúcia Soares, Sara Romera da Silva, Vilma Cervantes, Elizabete Onaga, Herculano Alencar, Rosa Alencar, Fernanda Neves, Andre Correa, Dreyf de Assis Gonçalves, Luiza Harunari Matida); Instituto Adolfo Lutz (Marta Salomão, Edilene Silveira); Vigilância Epidemiológica (Ana Freitas), Vigilância Sanitária (Cristina Megid, Monica Aparecida Fernandes Grau), Área da Mulher (Tânia Lago), Área da Criança (Sandra Regina de Souza), Atenção Básica (Marta Campagnoni Andrade); Cosems (Jorge Harada, Sonia Barbosa); Agência Nacional de Saúde Suplementar (Marizélia Leão Moreira)

E-mail para contato: imatida@crt.saude.sp.gov.br

SOBRE O PLANO ESTADUAL DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A situação descrita acima aponta para a necessidade urgente da qualificação da atenção pré-natal com garantia dos insumos necessários específicos para a sífilis, momento crucial para se atingir a meta de eliminação do agravo.

A Organização Mundial de Saúde considera que a doença é eliminada quando existe a ocorrência de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos e, esta é a meta do Estado de São Paulo.

No Estado de São Paulo, pretende-se amadurecer a ampliação do debate nos vários segmentos da sociedade envolvidos com este enfrentamento para diminuir o estigma em relação às doenças sexualmente transmissíveis, para que a sífilis se torne mais visível como um problema à população em geral e aos profissionais de saúde e para que isto contribua para o tão almejado alcance da eliminação da sífilis congênita.

META

Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública (0,5 caso/1.000 nascidos vivos) por meio do diagnóstico precoce e da assistência adequada à gestante e seu parceiro sexual até 2015.

DESAFIOS

- ✓ Aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal;
- ✓ Ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o consequente;
- ✓ Tratamento durante o pré-natal e no momento do parto.

ESTRATÉGIAS

- ✓ Oferecer de maneira adequada o VDRL a 100% das gestantes (duas vezes no pré-natal e no momento do parto);
- ✓ Tratamento de 100% das gestantes soropositivas ao *Treponema pallidum* e de seus parceiros sexuais na rede de atenção básica;
- ✓ Investigar e informar todas as oportunidades perdidas para as devidas intervenções quando identificados e notificados casos de sífilis congênita, para a avaliação e consequente implantação/ implementação das devidas ações;
- ✓ Implementar a notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação e de casos de sífilis congênita.

Quadro I - Problemas prioritários e metas do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita.

Problema Eleito como Prioritário	Metas
<p>Pouca ou nenhuma visibilidade da questão da sífilis congênita na sociedade como um todo e como questão de saúde pública em particular.</p>	<p>Produzir e distribuir material educativo com foco na gestante, em linguagem adequada, voltado para profissionais de saúde dos 645 municípios do Estado até junho de 2008. (100 a 200 mil).</p> <p>Produzir e distribuir material educativo com foco na gestante, em linguagem adequada*, voltado para os (as) usuários (as) das UBSs dos 645 municípios do Estado até junho de 2008. (600 mil). (*) texto e/ou ilustração.</p> <p>Realizar um evento anual e cinco eventos regionais sobre sífilis congênita voltada para gestores, profissionais de saúde e sociedade civil até 2012.</p> <p>Publicar pelo menos um artigo, nota, mensagem, vinheta ou spot de rádio referente à sífilis congênita nos diversos veículos de mídia leiga e especializada mensalmente até 2012.</p>
<p>Resposta desarticulada da rede de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis nas gestantes e seus parceiros.</p> <p>Abordagem ausente ou inadequada do parceiro sexual da gestante nos serviços de saúde.</p> <p>A falta de integração entre os vários níveis técnicos e de gestão para o desenvolvimento das ações na atenção básica.</p> <p>Ausência de um projeto integrado de educação permanente para eliminação da sífilis congênita.</p>	<p>Pactuar um fluxo resolutivo, no tocante à sífilis, de atenção à saúde da gestante e seu parceiro do pré-natal ao parto e puerpério, envolvendo os vários responsáveis que atuam na rede de saúde do Estado até dezembro de 2008.</p> <p>Elaborar e disponibilizar propostas de identificação, diagnóstico e tratamento da sífilis dos parceiros de gestantes com sífilis para 100% dos municípios até 2008.</p> <p>Expandir as ações voltadas para a prevenção da sífilis congênita na rede básica, alcançando 170 municípios prioritários até dezembro de 2008.</p> <p>Constituir espaços que integrem as várias instâncias loco-regionais e a Sociedade Civil investigação dos casos de sífilis congênita até dezembro de 2012.</p> <p>Realizar uma reunião anual do grupo formulador do Plano para repactuação da gestão e integração dos serviços de saúde para a eliminação da sífilis congênita de 2007 até 2015.</p> <p>Elaborar e implantar projeto integrado de educação permanente de eliminação da sífilis congênita até dezembro de 2008.</p> <p>Ampliar de 128 para 410 o número de municípios com pelo menos uma notificação de sífilis congênita por local de ocorrência até dezembro de 2007.</p> <p>Ter pelo menos uma meta ligada à eliminação da sífilis congênita em parceria com a sociedade civil aprovada e monitorada no PAM estadual e nos PAMs dos 145 municípios do Estado, anualmente, até 2012.</p>
<p>As OSCs desconhecem a magnitude e transcendência da sífilis adquirida na gestação, dificultando o controle social.</p>	<p>Definir a eliminação da sífilis congênita como uma das linhas prioritárias de financiamento em todas as seleções públicas de projetos para OSC com recursos do incentivo em DST/Aids até 2012.</p> <p>Desenvolver ações para sensibilização do Conselho Estadual de Saúde, 30% dos conselhos municipais e do movimento social organizado (RNP, Fórum GLBTT, Fórum de ONG/Aids, movimento de mulheres, movimentos de defesa de crianças e adolescentes, movimento de redução de danos e movimento negro) para a importância da eliminação da sífilis congênita até 2015.</p>

Por que um Guia de Referências?

O presente Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita consiste em uma iniciativa da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids do Estado de São Paulo para oferecer aos profissionais de saúde das diferentes esferas de atuação uma organização e sistematização de referências técnicas para favorecer a implementação de ações programáticas em DST/Aids e alcance das metas previstas no Plano de Eliminação da Sífilis Congênita.

Assim, o conjunto de atividades que englobam o Plano de Eliminação da Sífilis Congênita consiste em uma iniciativa de âmbito programático que necessita de ações contínuas em diferentes esferas de atuação, dado que iniciativas isoladas e pontuais, sabidamente, têm uma eficácia limitada. Desta forma, o documento foi elaborado no formato de um guia de consulta rápida que visa a atender às principais dúvidas e dificuldades tanto dos profissionais de saúde que atuam no processo assistencial, como no âmbito da gestão e do planejamento das ações.

O conteúdo foi compilado a partir de três unidades didáticas que comportam cinco módulos específicos:

UNIDADE A – PLANOS, PRIORIDADES E AÇÕES

Articula os módulos Planejamento e Prevenção

UNIDADE B – ATENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS

Articula os módulos de Convocação dos Parceiros Sexuais, Assistência Clínico-Laboratorial e Vigilância Epidemiológica.

UNIDADE C – ANEXOS E REFERÊNCIAS

Apresenta a situação-problema discutida nas sínteses didáticas de cada unidade e conjunto de documentos e portarias vigentes.

Reúne os documentos e referências do CD-ROM que acompanha este guia.

Cada unidade é encerrada com um tópico chamado “Síntese Didática”, que articula as informações técnicas dos módulos específicos à situação-problema em todo o guia.

**Núcleo de Desenvolvimento
Gerência de Recursos Humanos**

UNIDADES DIDÁTICAS

UNIDADE A – PLANOS, PRIORIDADES E AÇÕES

Os conteúdos tratados nesta unidade têm como objetivo demonstrar a importância e a necessidade da realização de atividades de planejamento das ações em DST/Aids conforme os contextos de vulnerabilidades de cada município e região do Estado de São Paulo.

São apresentadas de forma breve as principais ferramentas de gestão utilizadas na elaboração dos Planos de Ações e Metas – PAMs, sendo este o instrumento para a inclusão das ações que visam a favorecer ao cumprimento das metas previstas no Plano de Eliminação da Sífilis Congênita – PESC.

Por fim compõem esta unidade, as diretrizes e referências para o processo de institucionalização e descentralização das ações de prevenção no contexto dos serviços de atenção primária.

UNIDADE B – ATENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS

Nesta unidade são reunidos os módulos de Assistência Clínico-Laboratorial, Vigilância Epidemiológica.

São apresentadas as principais referências para o diagnóstico clínico-laboratorial, bem como os conteúdos e procedimentos para o tratamento.

Considerando a urgência e necessidade do efetivo envolvimento do parceiro da gestante quer no tratamento, quer nos critérios para vigilância epidemiológica, problematizaremos os principais conceitos e estratégias para o processo de aconselhamento e convocação de parceiros.

UNIDADE C – ANEXOS E REFERÊNCIAS

Nesta unidade apresentamos a situação-problema que se desdobra ao longo dos módulos deste guia, além dos documentos de referências e anexos citados em todo o texto.

Além disto, esta unidade agrega o conjunto de informações e documentos sistematizados ao longo deste guia, disponibilizados no CD-ROM que acompanha este guia e também disponíveis na página da internet do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, sede da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo (www.crt.saude.sp.gov.br).

UNIDADE **A**

PLANOS, PRIORIDADES E AÇÕES

**ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO
VERTICAL DO
HIV E DA SÍFILIS:**

**COMPROMISSO
DE TODOS NÓS**



MÓDULO I - PLANEJAMENTO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

São apresentadas as principais ferramentas para acesso aos documentos da política de incentivo fundo a fundo, bem com os instrumentos de monitoramento e gestão implicados na elaboração das ações programáticas em DST/Aids.

Após conhecer e entender o Plano Estadual de Eliminação da Sífilis Congênita, você irá encontrar um conjunto de conceitos básicos sobre o processo de planejamento na área de DST/Aids.

Neste Módulo você vai saber:

- Conceitos básicos de planejamento
- O que significa planejamento?
- O que significa planejamento estratégico?
- O que significa plano de ação?
- O que significa monitorar e avaliar um plano de ação?
- O que são indicadores?

Créditos do Módulo

Assessoria de Planejamento¹

Sara Romera da Silva
Vilma Cervantes
Alessandro de Oliveira

Diretora: Vilma Cervantes

E-mail: planejamento@crt.saude.sp.gov.br

¹ Material deste módulo foi adaptado a partir da aula sobre Monitoramento e Avaliação, organizada pela Assessoria de Planejamento.

Introdução

Os conceitos e instrumentos para a realização de ações de Planejamento em DST/Aids foram construídos a partir do conjunto de estudos e pesquisas direcionados à construção do Sistema de Monitoramento em DST/Aids, conhecido como Monitoraids (Brasil, 2004), que pode ser consultado no endereço eletrônico: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids/>

As informações, instrumentos e resultados das pesquisas, assim como toda a documentação, estão disponíveis na página da internet do Departamento de DST/AIDS/Hepatites Virais, que pode ser consultado no endereço eletrônico: <http://www.aids.gov.br/incentivo/>

Para um aprofundamento nesse tema recomendamos aos profissionais que participem das Oficinas de Monitoramento e Avaliação que são realizadas periodicamente pela Assessoria de Planejamento do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo (Brasil, 2005).

Existem muitas formas de se trabalhar com planejamento em saúde, apresentamos abaixo um conjunto de perguntas que nos ajudam a entender este tipo de atividade:

1. O que significa planejamento?
2. O que significa planejamento estratégico?
3. O que significa plano de ação?
4. O que significa monitorar e avaliar um plano de ação?

²Ministério da Saúde/Centers of Diseases Control and Prevention. Oficina de capacitação em avaliação com Oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do Programa.

1. O que significa planejamento?

De modo geral a atividade de planejamento significa:

- 1.1. Preparar-se para uma ação.
- 1.2. Perscrutar o futuro para modificar o presente.
- 1.3. Estabelecer um conjunto de **metas** e **procedimentos** para realizar um **sonho** ou intervir sobre um **problema**.

2. O que significa planejamento estratégico?

Conjunto encadeado de perguntas que permite estabelecer de maneira adequada às metas e procedimentos para realizar um sonho ou intervir sobre um problema. *Onde estamos? Onde queremos chegar? Para que existimos? O que vamos realizar?*

As respostas a estas perguntas permite identificar o sonho ou problema do grupo e definir seus objetivos, missão e metas.

3. Quais são os elementos de um planejamento estratégico?

A **identificação do sonho ou problema** por meio de uma análise da situação (onde estamos?) é a condição para definição dos objetivos, da missão e metas do grupo.

Os **objetivos** refletem a visão do grupo e os resultados esperados com o seu trabalho (onde queremos chegar?). Por exemplo: diminuir o número de casos novos de tuberculose nos moradores de rua que vivem na região central da cidade de São Paulo.

A **missão** reflete a razão de ser do grupo (para que existimos?).

As metas estabelecem quantitativamente os resultados esperados do trabalho do grupo em um determinado tempo e espaço (o que vamos realizar?).

Por exemplo:

Ao final de 12 meses do trabalho do grupo, 50 agentes de saúde dos bairros do centro de SP deverão ter passado pelo treinamento sobre tratamento da tuberculose para moradores de rua.

O mais importante é ter claro que as melhores metas são aquelas possíveis de serem atingidas. Para auxiliar esse processo, foi definido um conjunto de qualidades que facilitam a definição das metas, que irão compor o Plano de Ações e Metas (PAM) dos municípios.

Neste contexto, são pospostas seis características básicas que uma meta precisa ter para ser considerada adequada, as chamadas metas **SMART**.

4. O que é SMART

O termo SMART é uma abreviação de um conjunto de conceitos que definem qualidades específicas de cada meta, que são:

Específica: A meta especifica claramente o que deve ser alcançado e por quem?

Mensurável: O alcance da meta pode ser medido quantitativamente?

Apropriada: A meta se relaciona com o que o programa se propõe a realizar?

Realista: A meta é alcançável considerando-se os insumos disponíveis, as atividades previstas e a experiência acumulada?

Temporalidade: A meta especifica quando ela será alcançada?

5. Existem exemplos de metas SMART?

Sim, seguem abaixo exemplos de metas **SMART**:

- Ao final de 12 meses, 75 profissionais de nível superior do CTA deverão ter sido capacitados em aconselhamento em DST/Aids.
- Ao final de 24 meses, 60% dos usuários que receberam o resultado do teste HIV terão estabelecido uma estratégia pessoal de redução de risco.

6. O que é um enfoque estratégico no planejamento?

Só faz sentido falar em enfoque estratégico no planejamento quando existe oposição e conflito na realização do sonho ou intervenção sobre o problema.

O enfoque estratégico no planejamento significa um conjunto de manobras com objetivo de adquirir maior capacidade de ação em situações de baixa governabilidade, onde não se detém total controle sob os eventos e variáveis envolvidos no alcance dos objetivos do grupo.

7. O que significa um plano de ação?

Significa o detalhamento do que o grupo pretende realizar para alcançar seus objetivos. Indica o que será feito, quem irá fazer, onde, por quanto tempo e os custos envolvidos.

8. Quais são os elementos quem compõem um plano de ação

Atividades - Ações direcionadas à obtenção dos resultados.

Insumos - Recursos financeiros, humanos ou materiais disponíveis para realização das atividades.

Produtos - Efeitos imediatos das atividades. Por exemplo: número de treinamentos realizados, número de encaminhamentos de pessoas em situação de pobreza para testagem de HIV.

Resultado - Efeito das atividades na população-alvo. Incluem vários tipos de efeitos podendo focalizar o conhecimento e os comportamentos. Por exemplo: aumento do uso do preservativo; melhoria do serviço para as pessoas em situação de pobreza.

Impacto - Efeito acumulado de várias atividades com populações-alvo que contribuem para modificação de tendências na população em geral ou na sociedade.

Por exemplo: diminuição da taxa de transmissão vertical do HIV;
diminuição da incidência do HIV.

9. O que significa monitorar e avaliar um plano de ação?

Monitorar significa coletar rotineiramente informações sobre o trabalho desenvolvido, acompanhando os custos e os resultados das atividades. O monitoramento provê informações que podem ser utilizadas para avaliação do trabalho.

Avaliar significa realizar uma coleta rigorosa de informações sobre as atividades, as características e os resultados do trabalho desenvolvido, determinando seu mérito ou valor. Por meio da avaliação é possível aprimorar cada vez mais o trabalho.

10. O que são indicadores?

Indicadores são medidas quantitativas que permitem monitorar o desempenho do plano de ação. Os indicadores podem ser de produto, resultado ou impacto.

Os **indicadores de produto** permitem verificar os efeitos da utilização dos insumos nas estratégias de prevenção e assistência prestadas. São exemplos de indicadores: o número de consultas e aconselhamentos; o número de capacitações e testes para HIV.

Os **indicadores de resultado** permitem verificar os efeitos das estratégias de prevenção e assistência prestadas. São exemplos de indicadores: o grau de satisfação com a qualidade dos serviços; a diminuição dos comportamentos de risco.

Os **indicadores de impacto** permitem verificar os efeitos de longo prazo acumulados das estratégias de prevenção e assistência prestadas. São exemplos de indicadores: a taxa de prevalência de sífilis em parturientes; a incidência de aids em indivíduos adultos (13 anos e mais); o número de óbitos por aids.

11. Avaliando a execução do plano de ação

Eficácia - O trabalho do grupo atingiu seus objetivos e metas?

Eficiência - Os procedimentos utilizados para atingir os objetivos e as metas foram adequados?

Impacto - Quais foram os efeitos do trabalho sobre a população em geral e o contexto social, ou seja, os efeitos de longo alcance do trabalho?

Importante

Você encontrará todas as informações, legislações e instrumentos para as atividades de Planejamento em DST/Aids na Plataforma Educacional do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e também no CD-ROM que acompanha este Guia.

Acesse a Plataforma Educacional no endereço:

<http://crtdstaidssp.nucleoad.net/moodle/>

MÓDULO II – PREVENÇÃO: OS DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

Nesse módulo são apresentadas as principais diretrizes e referências para o processo de institucionalização e descentralização das ações de prevenção no contexto dos serviços de atenção primária. São apresentados os instrumentos e recursos metodológicos utilizados para organização e realização das ações de prevenção no contexto dos serviços de atenção primária.

Neste Módulo você vai saber:

Quais as diretrizes para a descentralização das ações de prevenção para a Atenção Primária.

Quais os instrumentos para gestão e descentralização das ações de prevenção.

O que são devolutivas para atenção básica.

Créditos do Módulo

Gerência de Prevenção

Diretora: Ivone de Paula

E-mail: atencaobasica@crt.saude.sp.gov.br

MÓDULO II – PREVENÇÃO: OS DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

As atividades previstas pelo Plano de Eliminação da Sífilis Congênita vêm ao encontro das atividades programáticas que têm sido realizadas pela Gerência de Prevenção de modo articulado entre os núcleos e colaboradores.

Neste sentido, as ações de prevenção podem implicar impacto no alcance das metas propostas, pois envolvem necessariamente os conjuntos de discussões sobre o processo de descentralização e organização das ações de prevenção no âmbito da atenção básica de forma articulada aos demais serviços na atenção as DST/Aids como os SAES e CTAs.

Como ação programática a ser realizada neste contexto, a Gerência de Prevenção vem, desde 2001, realizando com os atores regionais e municipais a construção das diretrizes e sua implantação a partir de um conjunto de ações para o favorecimento da articulação entre a rede dos serviços de DST/Aids.

Nesse contexto, as principais atividades oferecidas são:

Diretrizes e Referências - Documento e propostas para Descentralização das Ações de Prevenção na Rede de Atenção Básica.

Devolutivas - Relato das ações nos municípios para discussão dos dados, envolvendo todos os atores municipais.

Instrumentos de diagnóstico - Questionário de identificação de fluxos e rotinas em DST/Aids nas UBSs.

Oficinas - Ações regionais ou de âmbito estadual, atualização de informações avaliação e planejamento de ações.

1. Quais as diretrizes do PE DST/Aids para ações de prevenção na Rede Básica?

As diretrizes para o Programa Estadual de DST/Aids, foram elaboradas a partir de um processo participativo com todos os parceiros do programa e estão compilados na publicação "*Ações de Prevenção e Assistência às DST/Aids na Rede de Atenção Básica à Saúde de Estado de São Paulo*" (São Paulo, 2005).

1.1 - Discutir e fortalecer nos espaços de representação da sociedade as ações programáticas de DST/Aids junto aos serviços da rede básica a saber: Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Intergestor Regional (CIR), Associações de Bairros e outras formas de organização social. Conselhos Tutelares, Conselhos de Classe, Centrais Sindicais, Movimentos dos Sem-Terra e outros movimentos. Fórum das Organizações Não Governamentais (ONGs) Aids, Comitê Assessor de Profissionais do Sexo, Comitê Assessor de Redução de Danos. Fórum de Meninos e Meninas em Situação de Exclusão Social, Comitê Assessor de Populações Confinadas, Fórum Deliberativo de Organizações Governamentais (OGs) e Organizações Não Governamentais (ONGs) que trabalham com prevenção entre homens que fazem sexo com homens no Estado de São Paulo.

1.2 - Estimular a incorporação das ações de promoção e prevenção às DST/Aids por outras áreas governamentais, com ênfase nas Secretarias de Educação, Segurança Pública, Administração Penitenciária e Assistência e Desenvolvimento Social.

1.3 - Atuação integrada entre as Coordenações da Região Metropolitana e da Grande São Paulo e do interior, das Coordenações Estadual e Municipais dos Programas de DST/Aids, Saúde da Mulher e do Adolescente, Saúde da Criança, Hepatite e PSF, Direções Regionais de Saúde (DIRs) e Municípios, outros governamentais e da sociedade organizada para a construção de normas e diretrizes das ações de prevenção e atenção às DST/HIV/Aids e hepatite, possibilitando à rede de atenção básica atuar de forma oportuna, resolutiva e humanizada.

1.4 - Promover a capacitação dos recursos humanos da rede pública de saúde objetivando a reorganização dos serviços (adequação de protocolos, normas e rotinas, referências e contra-referências etc.) segundo as diretrizes da NOAS e a melhoria da qualidade da assistência prestada.

2. O que é uma devolutiva?

É um momento de discussão entre o conjunto de profissionais e os níveis de gestão municipal sobre as informações e dados coletados por meio de questionário respondido pelos diretores dos serviços de atenção básica da rede de saúde municipal.

É enfatizada a importância e necessidade da presença dos vários segmentos profissionais, envolvendo, além dos profissionais de nível superior, os técnicos e auxiliares de enfermagem, pois em geral são facilmente excluídos de processos importantes como este como se não fizessem parte da rede de saúde.

As atividades realizadas há mais de cinco anos evidenciam que a presença desses profissionais qualificam e aprofundam as discussões, implicando uma lógica diferente na medida que falam de seu trabalho dentro das equipes de saúde.

Portanto, é recomendado que os municípios assegurem a presença desses e dos demais profissionais em suas devolutivas assegurando a presença de todos os segmentos profissionais.

Outro fator que reforça a importância da participação de todos é a governabilidade de cada profissional, pois se pessoas certas não estiverem presentes, são perdidas oportunidades de encaminhamentos e resoluções de questões importantes discutidas que podem ser resolvidas de forma simples.

3. Como devem ocorrer as discussões nas devolutivas?

As discussões devem ser interativas, ou seja, permitindo a exposição das informações e dados aos profissionais, mas deve ser solicitado a eles que expliquem os significados de cada informação.

É sempre importante perguntar se é daquela forma como o dado descreve que acontece no dia a dia. Sobre quais seriam, na visão deles, as dificuldades e as facilidades para a realização das atividades discutidas.

Assim, o processo das devolutivas ocorrerá a partir de uma discussão que se desenrola de forma descontraída, interativa e participativa, e as dificuldades vão aparecendo junto com as soluções e favorecendo os encaminhamentos necessários.

As devolutivas representam um momento muito rico, pois profissionais refletem sobre o seu trabalho, redimensionam as tarefas, reveem os fluxos e processos de trabalho dentro e fora da unidade em suas diferentes interfaces.

4. Por que a participação de todos é fundamental?

Porque isso aumenta a qualidade e o alcance da metodologia que tem a participação dos profissionais como elemento central para as mudanças necessárias e, justamente por isso, quanto mais abertura se dá para a participação dos profissionais mais interessantes e resolutivas as atividades se desenvolvem.

5. Quem deve conduzir o processo das devolutivas?

Preferencialmente um profissional do próprio município. É recomendado que seja definido previamente um profissional que pode ser o coordenador de DST/Aids do município, da regional de saúde (GVE) ou mesmo da atenção básica, ou saúde da mulher.

É recomendada a indicação de outro profissional que se responsabilize em anotar o conteúdo das discussões e também elaborar um relatório com os encaminhamentos discutidos na devolutiva.

Esse relatório é fundamental, pois nele deverá conter um plano de ações que contemple os encaminhamentos pertinentes à organização da rede no que for necessário para a implementação de ações que contemplem as atividades para a eliminação da sífilis congênita no município.

6. Quem pode ter acesso a este relatório?

Este relatório deve ser compartilhado com toda a rede de serviços e profissionais responsáveis pelas áreas temáticas, para que cada um possa dar segmento aos encaminhamentos de sua competência.

7. Qual a periodicidade para a realização das devolutivas?

O processo de coletas das informações e dados, que geram a realização das devolutivas, tem como recomendação o período de 12 meses, envolvendo sempre um conjunto de atividades entre um processo e outro. Ao fim deste prazo sugerimos a repetição do processo.

8. Quais são os principais assuntos discutidos nas devolutivas?

- ✓ Integração das DST/Aids nas ações de atenção básica
- ✓ Prevenção das DST/Aids na atenção básica
- ✓ Aplicação da penicilina benzatina
- ✓ Protocolo do Pré-Natal
- ✓ Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV
- ✓ Questões relativas ao atendimento das DST
- ✓ Abordagem Síndrômica das DST
- ✓ Acesso ao preservativo masculino
- ✓ Vacinação contra Hepatite B
- ✓ Fluxo de Medicamentos para DST
- ✓ Assistência laboratorial

9. Quais as instruções para realização das devolutivas?

IMPORTANTE: os questionários devem chegar na coordenação estadual de DST/Aids com 20 dias de antecedência da data da devolutiva para verificação do questionário, digitação no banco de dados e montagem da apresentação.

PARA O DIA DA DEVOLUTIVA É NECESSÁRIO: local que seja adequado para o número de participantes, *datashow* (programa *power point*) e telão (ou uma parede em branco)

10. Quem deve estar presente?

Para o bom andamento do trabalho, é imprescindível a presença das categorias profissionais abaixo:

- ✓ Secretário municipal da Saúde
- ✓ Interlocutores dos programas DST/Aids da regional
- ✓ Coordenador(a) do programa municipal de DST/Aids
- ✓ Gerentes e responsáveis pelas unidades básicas de saúde
- ✓ Enfermeiros das unidades
- ✓ Auxiliares de enfermagem das unidades
- ✓ Médicos das unidades
- ✓ Vigilância Epidemiológica do município
- ✓ Vigilância Sanitária
- ✓ Assistência farmacêutica e laboratorial
- ✓ Representante do Conselho Municipal de Saúde
- ✓ Representantes de ONGs do município
- ✓ Representante da(s) maternidade(s) referência
- ✓ Coordenadores dos diversos programas do município
- ✓ Outros profissionais que julgar necessários

11. Princípios das ações de Prevenção em DST/HIV/AIDS

Desenvolver ações de prevenção contextualizadas com base nas diretrizes do SUS, principalmente no que se refere à descentralização, equidade e universalidade.

Garantir a democratização na construção das ações preventivas, por meio de planejamento e tomada de decisões em parceria com diferentes setores da sociedade, estimulando redes de prevenção.

O processo de educação em saúde se dá com o acesso às informações técnico-científicas, a discussão e construção de valores e atitudes com a população, enfatizando a percepção dos fatores de risco individuais e sociais e para tomada de decisão.

A abordagem preventiva deve promover a autonomia da população, opondo-se a juízos de valor, credos e mensagens que induzam ao preconceito, ao fatalismo e ao sensacionalismo e deve incluir todos os temas transversais que influenciam na vulnerabilidade das populações.

Articular com os diversos programas e instâncias do SUS para o desenvolvimento de ações de prevenção dentro da rede de saúde.

Insumos de Prevenção

Materiais educativos: (para populações em geral e específicas)

- Folhetos
- Cartazes
- Cartilhas, manuais, álbuns seriados e afins
- CD-ROMs, vídeos, entre outros

Preservativos masculinos:

- Definição de política municipal de aquisição e distribuição
- Gerenciamento logístico
- Formação dos profissionais de saúde

Preservativos femininos:

- Articulação com a DIR/critérios de distribuição
- Formação dos profissionais
- Articulação com saúde da mulher

Kit redução de danos:

- Definir os PRDs e cadastrá-los no PEDST/Aids
- Gerenciamento logístico
- Aquisição centralizada no PEDST/AIDS

Gel lubrificante:

Vinculação com projetos de HSH
Gerenciamento logístico

Outros:

Prótese masculina/feminina
Kit planejamento familiar
TV, vídeos, *flip chart*

Aspectos importantes nas ações de prevenção no município

- ✓ Identificação das populações prioritárias
- ✓ Conhecer os determinantes de vulnerabilidade
- ✓ Elaborar um plano de ação factível (projeto)
- ✓ Identificação de atores chaves (programas, parceiros externos...)
- ✓ Articulação Institucional (introduzindo as ações no cotidiano/serviço)
- ✓ Articulação com CMS, DIR, CE.DST/AIDS, ONGs
- ✓ Capacitação dos profissionais
- ✓ Gerenciamento logístico de insumos
- ✓ Monitoramento e avaliação
- ✓ Incorporação das ações desenvolvidas na política municipal de saúde

Síntese Didática:

Nesta unidade foram apresentadas duas dimensões do processo de trabalho na promoção da atenção em DST/Aids, foram destacados:

A importância do planejamento como instrumento para se identificar necessidades.

A importância dos serviços de atenção básica a saúde, na atenção da saúde da gestante.

Quais são os instrumentos e recursos necessários na elaboração de metas SMART.

A importância da oferta sistemática dos insumos de prevenção (preservativos, exames anti-HIV, e VDRL,)

A importância da realização de devolutivas como produção coletiva de cada unidade.

Considerando as informações sobre Planejamento de ações e organização de serviços com foco na atenção as DST/Aids. Responda as Questões abaixo em uma folha em branco, reserve-a com você para uso em outras unidades deste guia.

Se preferir, utilize seu *blog* pessoal no ambiente Virtual da Plataforma Educacional, para arquivar suas respostas (<http://crtdstaidssp.nucleoad.net/moodle/>).

SITUAÇÃO A

Coordenadores de Unidades, ou programas de saúde *(Ler e Refletir)*

O gestor (secretário de saúde, conselho municipal de saúde) solicita informações sobre a cobertura do pré-natal e dados sobre DST/Aids. E já avisa sobre a necessidade de ações e que tem dúvidas de como colocar em prática esta demanda.

Tenho fácil acesso ou sei onde conseguir informações concretas, dados epidemiológicos, portarias sobre DST/Aids e atenção básica?

Sei argumentar com base em dados epidemiológicos a necessidade de um trabalho específico, com foco em DST/Aids para gestantes?

Atividade Situação A: *(Ler e Refletir)*

Consulte o Folheto Síntese na Unidade C deste guia.

Consulte o Folheto Síntese na Plataforma Educacional

(<http://crtdstaidssp.nucleoad.net/moodle/>)

Considerando a Unidade II – Prevenção escolha um tipo de atividade para implementar em um serviço. Elabore uma meta para a realização desta atividade no serviço.

Envie esta meta no Fórum de Discussão na Plataforma Educacional.

Resolução – Da atividade

Apresentar os links e locais onde estão disponíveis as informações epidemiológicas e de planejamento em DST/Aids

Se ocorrerem atividades de Fórum colaborativo, organizar tarefa na plataforma para envio de metas com correção e suporte tutorial.

Situação B

Profissionais de saúde no dia a dia de serviços

São apresentadas abaixo três situações bastante corriqueiras, para profissionais que estão nos serviços de saúde.

Estas situações podem ser trabalhadas:

Em grupos, reuniões e atividades de educação continuada em saúde.

Individualmente na busca de atualização ou no uso deste Guia Integrado.

Consulte uma versão de solução para estas situações na Plataforma Educacional, ou na Unidade C no Final deste Guia Integrado.

Se preferir revise a Unidade A antes de responder as questões. Consulte também a Unidade B, nesta unidade existem informações sobre o tratamento e assistência à gestante.

B1 - O diretor na Unidade de Saúde informa a todos que a unidade irá aplicar, implantar abordagem sindrômica para as DST e para isso será necessário a aplicação de Penicilina Benzatina.

Tenho certeza do que é abordagem sindrômica?

Estou realmente convencido da importância da abordagem sindrômica?

Tenho segurança técnico-profissional para a aplicação da penicilina?

B2 - Uma liderança da comunidade local procura o serviço, ou agente de saúde pede preservativos para deixar na sede da comunidade. Ele gostaria de realizar atividades de prevenção na comunidade que frequenta o serviço.

O que você faria em uma situação dessas?

É possível envolver a comunidade em atividades de prevenção?

B3 – Uma mulher chega ao serviço de saúde, visivelmente irritada, porém dentro dos limites da educação. Ela reclama que sua filha de 16 anos está com preservativos na bolsa e que recebeu isso na unidade de saúde. Ela quer saber quem foi que deu isso a ela, e como ela faz para se queixar com o chefe do serviço.

Digamos que você está passando ali bem na hora que esta mulher chega ao serviço: O que você faria?

Existem cartazes de fácil visão na entrada ou na recepção da unidade sobre preservativos? Sobre alguma informação em DST/aids?

Existem preservativos no balcão ou qualquer outra forma de livre acesso a população?

Reflita sobre a situação acima? Já passou por algo parecido?

Veja abaixo três situações propostas que podem ajudar a pensar uma saída.

Considerando que SIM para cartazes e preservativos como você reagiria em uma situação dessas?

Considerando que NÃO para cartazes e preservativos. Sua unidade não tem esses recurso e provavelmente essa jovem pegou o preservativo em outro lugar?

Considerando que SIM para preservativos mas nenhum cartaz na unidade, mas os preservativos estão em um armário e quase ninguém trabalha com ele.

UNIDADE **B**

ATENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS

**ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO
VERTICAL DO
HIV E DA SÍFILIS:**

**COMPROMISSO
DE TODOS NÓS**



UNIDADE B - ATENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS

Esta unidade é composta por três módulos: Módulo III – Convocação & Inclusão dos Parceiros Sexuais; Módulo IV – Assistência Clínico-Laboratorial, e o Módulo V - Vigilância Epidemiológica.

Os conteúdos dessa unidade foram agrupados a partir do contexto de que a atividade assistencial está implicada diretamente no contexto da atividade de Vigilância Epidemiológica da Sífilis. E entre estes processos a abordagem dos parceiros sexuais, no Módulo III.

No Módulo IV, são apresentadas as principais referências para o diagnóstico clínico e laboratorial, bem como os conteúdos e procedimentos para o tratamento.

No Módulo V, além de conceitos básicos de epidemiologia e vigilância epidemiológica, há o destaque dos critérios, dos fluxos e dos documentos utilizados que se fazem necessários para a vigilância epidemiológica da sífilis na gestante e da sífilis congênita.

Vale destacar que as atividades laboratoriais, embora nesse documento não estejam em um módulo específico, representam um elo de ligação entre os dois módulos, na medida que compõem procedimentos técnicos e metodológicos que implicam diretamente tanto no contexto assistência como no contexto de vigilância.

A opção metodológica por incluir os conteúdos de laboratório dentro do módulo assistencial visa ilustrar o lugar estratégico que estas atividades ocupam nas rotinas de assistência, especialmente quanto ao esquema de tratamento a ser aplicado.

No entanto, existem especificidades do trabalho laboratorial que não serão abordadas neste guia, já que elas são contempladas em atividades de capacitação, supervisão e organização de serviços específicas aos processos de trabalho da rede laboratorial.

Nesse sentido, as questões laboratoriais estão aqui apresentadas com vistas ao contexto assistência, no intuito de favorecer o tratamento adequado, mas sem comprometer o trabalho de vigilância.

MÓDULO III – ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO

Neste módulo, será destacada a importância da utilização destas estratégias como recurso para ampliar a adesão das mulheres gestantes e os respectivos parceiros sexuais.

No módulo seguinte será possível notar o quanto o tratamento clínico depende do tratamento obrigatório do parceiro.

Porém, a inclusão do parceiro nos serviços carece de uma abordagem acolhedora que favoreça a identificação e o vínculo com os serviços de saúde.

Neste Módulo você vai saber:

Conceitos sobre acolhimento e aconselhamento

Conhecer a estratégia de convocação de parceiros

Princípios que respaldam a convocação

Créditos do Módulo

Psicólogos:

Judit Lia Busanello, Lourdes Marchitiello,
Ricardo Barbos Martins, Zilda Pereira dos Santos

E-mail: cta@crt.saude.sp.gov.br

Assistentes Sociais:

Ângela Maria P. Pascalicchio, Angelina Reys Bellucco, Dirce Cândida de Assis, Elaine Gaete Gonzáles Pinto, Maria Filomena Cernicchiaro Aoki, Maria Inês Xavier de Toledo Duarte, Maria Aparecida da Silva

CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS: Uma estratégia para quebra da cadeia epidemiológica

1. Qual a importância de convocar o parceiro de alguém que está com sífilis?

O controle das DST não se obtém apenas com o tratamento de pessoas que se apresentam aos serviços de saúde com sinais e sintomas. Para que se rompa a cadeia de transmissão das DST e se restabeleça a saúde da população, é fundamental que os contatos sexuais do indivíduo infectado sejam localizados e tratados. A convocação dos parceiros também permite que se faça a educação sobre os riscos da infecção de outras DST para um grupo que está sob maior risco.

Toda vez que uma DST é diagnosticada devemos convocar parceiros sexuais do caso-índice, independentemente do local onde os cuidados de saúde serão oferecidos.

Um atendimento resolutivo e completo impedirá que complicações e agravos advindos de qualquer DST acometam a população direta ou indiretamente, como, por exemplo, a sífilis congênita.

2. Quem devemos convocar?

Sífilis primária	-Parceiros sexuais -Pessoas envolvidas em casos de abuso sexual	Até 90 dias (3 meses) antes do início do quadro
Sífilis secundária	-Parceiros sexuais -Pessoas envolvidas em casos de abuso sexual	Até 180 dias (6 meses) antes do início do quadro
Sífilis latente recente	-Parceiros sexuais -Pessoas envolvidas em casos de abuso sexual	Até 1 ano antes do início do quadro
Sífilis latente tardia ou indeterminada	-Tratar parceiros sexuais atuais	
Sífilis congênita	-Mãe e seus parceiros sexuais atuais	

3. Como agir no caso de gestantes?

A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer fase gestacional e durante o parto se houver lesões genitais maternas. É importante salientar que durante o aleitamento materno a infecção ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.

Lembramos que é imprescindível a triagem sorológica da mãe durante a gestação. No caso de gestantes que não fizeram acompanhamento pré-natal ou o acompanhamento foi irregular e insatisfatório a triagem sorológica deve ser feita na maternidade.

Vale lembrar que todo o profissional de saúde deve verificar dados da carteirinha da gestante que possam indicar exames, resultados recentes e tratamentos. Caso a mulher não tenha a carteira de gestante, é importante que todas as sorologias sejam oferecidas, sempre com a prática do aconselhamento.

Dentre os agravos da Transmissão Vertical da Sífilis, é frequente ocorrer aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir das mães não tratadas.

Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, os primeiros sintomas podem surgir nos primeiros 3 meses de vida.

4. Quais os princípios que respaldam a convocação de parceiro?

Qualquer que seja o método usado para convocação dos parceiros, este deve ser baseado nos seguintes princípios:

Confidencialidade

Ausência de coerção

Proteção contra discriminação

Disponibilidade de serviços para os parceiros

Legalidade da ação

5. Confidencialidade

A convocação de parceiros deve ser realizada de modo que toda a informação permaneça confidencial. Assim, qualquer informação sobre o paciente-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada ao(s) parceiro(s) e vice-versa. O profissional de saúde simplesmente explicará que a informação sobre um paciente não pode ser dada a outro.

Toda informação escrita deve permanecer confidencial. Onde isto não possa ser garantido, as fichas relacionadas ao paciente-índice que ofereçam informações para localização dos parceiros, devem ser destruídas assim que o parceiro tenha sido localizado ou fique claro que a localização não será possível.

O contrato de convocação de parceiro deve considerar o contrato de sigilo que é feito com o paciente-índice. Ele deve concordar em convocar seus parceiros, independente do modelo de convocação a ser utilizado. Preferencialmente pedir assinatura, em prontuário, de autorização de contato e das formas possíveis.

Se os pacientes e a comunidade perceberem que o serviço de saúde e o sistema de convocação de parceiros mantêm e garantem a confidencialidade, certamente não relutarão em usar estes serviços.

6. Ausência de coerção

A convocação de parceiros deve ser voluntária. Os pacientes-índice devem ter acesso aos serviços, tendo ou não cooperado nas atividades de convocação. Podem ocorrer, entretanto, situações nas quais um paciente-índice se recuse a convocar ou a permitir a convocação de um parceiro conhecido pelo profissional de saúde, que pode então sentir que o risco à saúde do parceiro e/ou outros (como um feto) é tão elevado que seria antiético deixar de informá-lo.

A decisão sobre a convocação do parceiro seria então tomada após intenso aconselhamento do paciente, que deveria ser informado da intenção do profissional de saúde em agir de acordo com regras baseadas em princípios éticos respaldados pelo Conselho Federal de Medicina (ver adiante o item Legalidade da Ação).

7. Proteção contra discriminação

A convocação de parceiros deverá ser realizada respeitando-se os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente naqueles lugares onde a estigmatização e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação.

8. Disponibilidade de serviços para os parceiros

A convocação de parceiros deve ser discutida e realizada onde e quando houver serviços de suporte disponíveis para oferecer uma resposta apropriada. É necessário repensar o modelo de atendimento no sentido de adaptar e adequar um fluxo que vise acesso ao serviço e um atendimento imediato, humanizado e resolutivo. Quando não é possível oferecer atendimento no serviço, deve-se ainda discutir a necessidade de referenciar para outro serviço de saúde.

9. Legalidade da ação

Instrumentos legais que permitam a simples convocação de parceiros pelo paciente-índice não são necessários, mas podem vir a ser para a convocação pelo profissional de saúde.

Durante a execução das atividades de busca ativa, o sigilo sobre a identidade do paciente-índice deverá sempre ser mantido.

Entretanto, de acordo com o artigo segundo da resolução número 1359/92 do Conselho Federal de Medicina, será permitida a quebra de sigilo por justa causa (proteção à vida de terceiros, incluindo-se os comunicantes sexuais) quando o próprio paciente recusar-se a lhes fornecer a informação quanto a sua condição de infectado.

10. Quais as formas de convocação de parceiros que dispomos?

A convocação dos parceiros poderá ser realizada de diferentes formas, cabe ao serviço de saúde e aos profissionais discutirem com o paciente a melhor forma de convocação a ser utilizada. Dentre as quais sugerimos: convocação pelo paciente-índice, convocação por correspondência (aerograma) e busca ativa por profissional de saúde.

Independentemente do método de convocação a ser empregado, o profissional que estiver atendendo o paciente-índice deve sempre levantar a questão da convocação de parceiros e aconselhá-lo sobre:

- a natureza confidencial de suas informações;
- a possibilidade de estarem infectados parceiros sem sintomas;
- a possibilidade de reinfecção, se um parceiro permanece infectado;
- as consequências para o parceiro, se não tratado;
- as consequências para outros contatos do parceiro, se este não for tratado.

No caso da sífilis, discutir as consequências se a parceira estiver gestante ou em idade reprodutiva.

11. Qual o modelo de convocação utilizado no DST do CRT/DST-Aids SP?

Convocação pelo paciente

É o método segundo o qual um paciente-índice é incentivado a refletir sobre a importância de discutir com seu(s) parceiro(s), sem o envolvimento direto dos profissionais de saúde, sua DST ou seus sintomas e a necessidade de investigar possível transmissão.

Neste método, o paciente-índice pode:

- I)** oferecer informações sobre a DST, tratamento e prevenção ao parceiro e sugerir que procure um serviço de saúde;

II) acompanhar o parceiro à clínica;

III) conversar com seu parceiro sobre a necessidade de cuidar-se ou simplesmente entregar um cartão de convocação para tratamento no serviço onde foi atendido. Neste caso, discute-se com o paciente-índice qual a forma de abordagem do convocado.

A convocação por intermédio do paciente pode ser usada em qualquer situação e deve fazer parte da rotina de profissionais que atendam pacientes com DST.

O ambulatório de DST garante que todo parceiro convocado seja atendido no dia em que comparecer ao serviço, facilita o acesso deste ao paciente no serviço de maneira objetiva e resolutiva,

Modelo de cartão de convocação utilizado no ambulatório de DST do CRT DST/Aids (2 vias)



Data: ____/____/____
Pront. Número: _____

Favor comparecer em nossa unidade para tratar de assunto de seu interesse.

Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana
2º a 6º feira das 08 às 19:00 (exceto as quintas-feiras)
Fone: (011) 5087-9911

Convocação pelo profissional de saúde

Este modelo de convocação acontece quando o paciente-índice não quer falar com o parceiro sexual e passa para o profissional os contatos possíveis de seus parceiros sexuais. Deve-se discutir com o paciente a possibilidade de revelar ou não sua identidade. Profissionais não médicos devem garantir o sigilo quanto a identidade do paciente, no entanto, devemos discutir com este a possibilidade do parceiro identificá-lo espontaneamente.

Devido à limitação de recursos disponíveis para convocação, é considerado prioritário convocar as parceiras grávidas de homens portadores de qualquer DST.

Para esta convocação é necessário que o paciente-fonte informe a forma de contatar o parceiro e dele depende as informações de como acessá-lo (telefone, endereço, e-mail ou outros).

12. Quem pode convocar?

Qualquer profissional de saúde que esteja oferecendo serviços para DST deve se conscientizar da necessidade da convocação de parceiros e, portanto, deve estar preparado para fazê-lo.

O treinamento deve cobrir aspectos apropriados a cada situação e tipo de profissional. Por exemplo, profissionais que venham a desempenhar atividades externas requererão treinamento especial.

Os tópicos a serem abordados no treinamento da convocação de parceiros são:

- I)** aconselhamento e habilidades educacionais: intervenção em crises de relacionamento, condução de discussões em sexualidade e comportamento sexual;
- II)** história natural e epidemiologia das DST, incluindo a infecção pelo HIV (transmissão sexual, infecção assintomática, consequências da falta de adesão ao tratamento);
- III)** implicações psicossociais das DST e infecção pelo HIV;
- IV)** habilidades e técnicas de entrevistas;
- V)** técnicas na localização e convocação de parceiros;
- VI)** mensagens de redução de risco;
- VII)** locais de atendimento;
- VIII)** manutenção de registros;
- IX)** avaliação.

13. Como avaliar os métodos de convocação?

Mesmo com pouca evidência documentada de eficiência, o bom senso sugere que a convocação de parceiros contribuirá no controle das DST e infecção pelo HIV. É importante, entretanto, tentar avaliar programas de notificação de parceiros de modo que eles possam ser modificados e melhorados. Os seguintes indicadores poderão ser utilizados: (Nº pacientes com parceiros convocados / Nº pacientes atendidos)

14. E o aconselhamento, como fazer?

O aconselhamento é entendido como um “processo de escuta ativa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.” (Brasil, 1997)

Tido como um instrumento importante para a quebra na cadeia de transmissão das DST, o aconselhamento auxilia o paciente a:

- a)** compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando;
- b)** reconhecer os recursos que tem para cuidar da sua saúde e evitar novas infecções;
- c)** avaliar a necessidade de mudança de comportamento a partir das reflexões feitas;
- d)** reconhecer a importância da convocação de seus contatos sexuais para tratamento como parte integrante das ações para a quebra da cadeia epidemiológica.

Esta prática pressupõe o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta de ambos interlocutores (profissional e paciente). Implica, portanto, a participação ativa do paciente no processo terapêutico e na promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivências do indivíduo em atendimento. A idéia demarcada no processo de aconselhamento é a TROCA:

Por um lado há o profissional com seu saber técnico-científico, suas crenças, valores e suas possibilidades e limites em manejar/conduzir cada caso, e por outro lado há o paciente com seu saber, crenças, valores e suas possibilidades e limites em adotar medidas preventivas e seguir as prescrições médicas.

15. Quais os objetivos do aconselhamento?

Na medida em que, no processo de aconselhamento, a “demanda” do paciente, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos, angústias etc., relacionadas ao seu problema de saúde, é identificada e acolhida, torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança e a promoção de apoio emocional. Dessa forma, o nível de estresse do paciente é reduzido, propiciando as condições para o alcance dos seguintes objetivos:

I) trocar informações sobre DST, HIV e aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;

II) realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão/consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção para a DST atual e para o HIV;

III) identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas, estimulando o cuidado de si e dos parceiros;

IV) promover a adesão ao tratamento;

V) promover a comunicação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is);

VI) identificar o grau de informações do paciente (tanto da sua possível infecção quanto do seu saber sobre a DST);

VII) discutir possíveis formas de infecção (sexo oral, anal, vaginal, transfusão de sangue e drogas injetáveis);

- VIII)** discutir possíveis infecções e tratamentos anteriores para sífilis (cicatriz sorológica, infecção recente);
- IX)** discutir sorologias, tratamento e acompanhamento;
- X)** investigar outras parcerias;
- XI)** investigar e oferecer outras sorologias;
- XII)** apoio emocional (possibilitar expressão de seus sentimentos, dúvidas e questionamentos suscitadas pela doença – como, quando, onde, com quem, traição etc.);
- XIII)** orientar quanto à necessidade de evitar contato sexual ou manter práticas sexuais utilizando preservativos durante o tratamento;
- XIV)** orientar sobre a importância de não se candidatar à doação de sangue enquanto não tiver confirmação do diagnóstico.

Aconselhamento individual e coletivo

O aconselhamento pode ser realizado tanto em grupo como individualmente. Na abordagem coletiva, as questões comuns expressas pelos participantes devem nortear o conteúdo a ser abordado. Nesse sentido, a identificação da demanda do grupo é fundamental.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos etc. Em algumas circunstâncias, essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional vivenciado pelos pacientes. A dinâmica grupal também pode favorecer o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes.

Os grupos realizados em sala de espera podem ser um exemplo dessa abordagem, além de otimizarem o tempo que o usuário passa no serviço de saúde.

É importante, entretanto, que o profissional esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

16. Quem faz o aconselhamento?

Todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento. É fundamental que a pessoa que realiza esta atividade tenha informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre DST/Aids. Outro aspecto importante para que o aconselhamento se desenvolva adequadamente é adotar uma postura de acolhimento valorizando o que o paciente sabe, pensa e sente a respeito do seu problema de saúde, facilitando desta forma a formação do vínculo de confiança essencial em todo o processo.

Cabe à equipe do serviço de saúde funcionar de maneira harmônica e integrada e organizar-se da forma mais conveniente para que o aconselhamento seja desenvolvido durante o processo de atendimento dos usuários.

Enfim, para que o aconselhamento seja viável, os profissionais devem reconhecer os próprios limites, saber que não podem responder a tudo, possibilitando assim um "encontro entre profissionais humanos e pacientes humanos".

17. Quais os procedimentos sugeridos em aconselhamento para assegurar um bom atendimento

- I)** reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- II)** identificar com clareza a demanda do cliente;
- III)** prestar apoio emocional ao cliente;
- IV)** facilitar ao cliente a expressão de sentimentos;
- V)** identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DST, HIV e aids;

- VI)** utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- VII)** trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- VIII)** avaliar com o cliente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram nesta DST;
- IV)** reforçar a necessidade da adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- V)** explicar as complicações decorrentes de não ser feito o tratamento ou do tratamento ser incompleto ou da automedicação. Sífilis: cegueira, cardiopatias, goma sífilítica, demência mental, alterações neurológicas tais como: paralisia geral progressiva (PGP), *Tabes dorsalis*, meningismo. Sífilis congênita: aborto, natimortalidade, prematuridade, baixo peso, hidropsia fetal, deficiência mental, visual e auditiva, que podem aparecer tardiamente, e má-formação morfológica;
- VI)** reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que apresentar algum sintoma;
- VII)** reforçar a necessidade do tratamento dos parceiros sexuais;
- VIII)** trocar informações sobre DST e HIV e aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase nas situações de risco do cliente;
- IX)** ajudar o cliente a avaliar e perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST;
- X)** identificar barreiras para a mudança das situações de risco;
- XI)** contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos;
- XII)** explicar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;

XIII) avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e sua superação;

XIV) avaliar e recomendar a possibilidade de outras práticas sexuais seguras;

XV) ajudar o cliente a reconhecer suas responsabilidades e possibilidades em lidar com seu problema;

XVI) lembrar que o consumo de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas, pode alterar a percepção de risco;

XVII) estimular a autoestima e autoconfiança do cliente;

XVIII) favorecer a desconstrução de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST e HIV e aids;

XIX) estimular a disseminação das orientações recebidas;

XX) encaminhar o cliente para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário;

XXI) enfatizar a relação entre DST e HIV e aids, principalmente o fato de uma DST facilitar a transmissão do HIV, qualquer que seja ela;

XXII) oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

18. E o uso do preservativo é importante?

Embora tenha dupla função (anticonceptiva e profilática), o preservativo sempre esteve mais diretamente ligado à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Antes de surgirem métodos anticoncepcionais, como a "pílula", o DIU, o diafragma e a esterilização cirúrgica, por exemplo, o preservativo (juntamente com a prática do coito interrompido) parece ter desempenhado papel relevante na regulação da fecundidade, em vista das reduzidas alternativas anticonceptivas então disponíveis. Contudo, a principal finalidade de seu uso era a prevenção de DST. Isto é válido tanto para os jovens e adolescentes que iniciavam a vida sexual (geralmente, com trabalhadoras sexuais) quanto para homens adultos e casados, em relações extraconjugais.

A partir da década de 50, com o desenvolvimento da penicilina e de outros antibióticos eficazes, as práticas e os comportamentos preventivos quanto às DST foram se tornando, cada vez, menos adotados. Para isto, também contribuiu a rápida evolução dos costumes (que instaurou, na maioria das sociedades, uma maior liberalidade sexual), desestimulando o recurso aos serviços das trabalhadoras sexuais. Além disso, o aparecimento da pílula anticoncepcional permitiu à mulher ter domínio sobre sua função reprodutiva pela primeira vez na história. Sem dúvida, estes foram fatores determinantes para que o uso do preservativo se tornasse, gradualmente, inexpressivo sobretudo nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o preservativo é muito pouco usado, seja como método anticonceptivo ou como método profilático das DST/Aids. Em pesquisas nacionais realizadas junto a mulheres em idade fértil (MIF), isto é, na faixa etária de 15 a 44 anos, casadas ou em união, o uso do preservativo foi reportado por apenas 1,7% ou 1,8% de todas as usuárias de métodos anticoncepcionais. Entretanto, estes resultados parecem estar subestimados.

Com efeito, levantamentos locais junto a homens sexualmente ativos, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, detectaram índices de uso do preservativo que variaram de 12,5% a 32,4% (no Rio de Janeiro, respectivamente, para os jovens unidos e não unidos); de 14,7% a 34,1% (em Curitiba); e de cerca de 18% a 40,4% (em Recife). Na cidade de Campinas (São Paulo), pesquisa realizada junto a 305 homens de 18 a 30 anos (solteiros, em

sua grande maioria), chegou a resultados similares: 75% dos entrevistados reportaram relações sexuais que ocorreram nos 30 dias anteriores à pesquisa, mas apenas 29,8% destes relataram o uso constante do preservativo.

De qualquer modo, estes níveis de uso do preservativo, sobretudo em tempos de aids, ainda são muito baixos. De certa forma, isso poderia ser justificado por fatores como: “ter um relacionamento estável”, “não manter relações casuais ou promíscuas”, “ter um bom conhecimento sobre a parceira atual” e “a parceira está usando outro método anticoncepcional”, conforme foi detectado em diversas pesquisas qualitativas. Contudo, o surgimento da aids, doença de alta letalidade, para a qual ainda não há medicamentos preventivos, impõe mudanças nos comportamentos, atitudes e práticas sexuais, tanto por parte dos indivíduos quanto da sociedade como um todo.

Sem dúvida, com a crescente possibilidade de exposição ao HIV, o exercício da sexualidade voltou a exigir cuidados com a transmissão de doenças e, neste caso, as medidas preventivas devem ser tomadas por todos os indivíduos, independentemente dos fatores idade ou sexo. Mesmo as pessoas que, por desejarem ter filhos, por serem estéreis ou terem se submetido à esterilização cirúrgica voluntária ou, ainda, por já se encontrarem fora do período reprodutivo não necessitavam recorrer ao uso de métodos anticoncepcionais, também se veem, hoje, obrigadas a utilizar em sua prática sexual um método de barreira, destinado a minimizar os riscos de exposição ao HIV.

Com isto, a aids veio revalorizar um método antigo, cujos níveis de utilização, em todo o mundo, vinham em constante declínio desde meados da década de 50. Essa rápida mudança, entretanto, também exige mudanças de atitude por parte dos indivíduos, particularmente aquelas que se referem à aceitabilidade e ao uso efetivo de um método (anticoncepcional e profilático) ainda considerado como antiquado, além de ser estigmatizado, pois muito frequentemente ele é associado a relacionamentos sexuais ilícitos e/ou promíscuos, bem como a práticas sexuais também consideradas como de alto risco.

O uso de preservativos, tanto masculinos quanto femininos, por pessoas sexualmente ativas, é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. Sua segurança, no entanto, depende da técnica de uso e de seu uso sistemático em todas as relações sexuais.

Preservativo Masculino

deve ser armazenado afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;

deve ser colocado antes da penetração, após obtida ereção peniana;

o receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior;

ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis;

devem ser usados apenas lubrificantes de base aquosa, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, ocasionando sua ruptura;

no caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente;

após a ejaculação, retirar do pênis, ainda ereto, segurando o preservativo pela base para que não haja vazamento de esperma;

o preservativo não pode ser reutilizado, e deve ser descartado no lixo (não no vaso sanitário) após o uso.

Usuários constantes dos preservativos masculinos apontam como fatores de risco para ruptura ou escape:

más condições de armazenamento;

não-observação do prazo de validade;

lubrificação vaginal insuficiente;

sexo anal sem lubrificação adequada;

uso de lubrificantes oleosos;

presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;

tamanho inadequado em relação ao pênis;

perda de ereção durante o ato sexual;

contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis;

retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo;

uso de dois preservativos (devido à fricção que ocorre entre eles);

uso de um mesmo preservativo durante coito prolongado.

Preservativo Feminino

deve ser armazenado afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;

não deve ser usado junto com o preservativo masculino;

ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação, e retirado com tranquilidade após a relação, de preferência antes da mulher levantar-se, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo;

o preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, devem ser usados, na parte interna, lubrificantes de base aquosa;

para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira,

sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada); o anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina; com o dedo indicador ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo;

deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia.

Os preservativos devem ser promovidos e oferecidos aos pacientes, como parte da rotina de atendimento.

MÓDULO DE ASSISTÊNCIA
Assistência Tratamento e Segmento Laboratorial

Neste Módulo você vai saber:

O que é Sífilis Congênita e Sífilis Adquirida
Como tratar e diagnosticar os casos
Quais os tipos e procedimentos laboratoriais

Créditos do Módulo

Atenção e Tratamento

Herculano Duarte Ramos Alencar
Daniela Vinhas Bertollini
Luiza Harunari Matida

Diagnóstico Laboratorial¹

Edilene Silveira
Elaine Lopes de Oliveria

Gerência de Assistência Integral

Rosa Alencar

E-mail: assistencia@crt.saude.sp.gov.br

¹Técnicas do Instituto Adolfo Lutz (IAL)

Apresentação

A assistência integral à saúde, com vistas ao plano de eliminação da sífilis congênita, compreende um conjunto coordenado de ações que inclui o diagnóstico e o tratamento precoce da sífilis na população em geral e na gestante, o tratamento concomitante do parceiro sexual, e, o pronto tratamento do recém-nascido com evidências clínicas, sorológicas, epidemiológicas, ou, quando não possa ser afastada, com segurança, a possibilidade de ter sido infectado durante a gravidez ou no parto.

Neste contexto, assume um papel de fundamental importância na redução da morbidade materno-infantil e da mortalidade perinatal, repercutindo de modo decisivo nos indicadores epidemiológicos de magnitude e transcendência da doença.

Este módulo está organizado de modo a responder as principais questões de ordem prática que envolvem o manejo da sífilis adquirida, da transmissão vertical e da sífilis congênita, quanto ao diagnóstico, tratamento e seguimento pós-terapêutico.

1. O que é sífilis?

É uma doença infecciosa produzida por uma bactéria, o *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual que, se não tratada, pode evoluir em estágios que comprometem desde a pele até órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central.

2. Como se contrai?

Via sexual (sífilis adquirida)

- Taxa de transmissão entre 10% e 60%
- 95% pelo contato genital com lesões infectantes (úlceras genitais, lesões cutâneas bolhosas ou erodidas, placas mucosas, condiloma plano perianal)

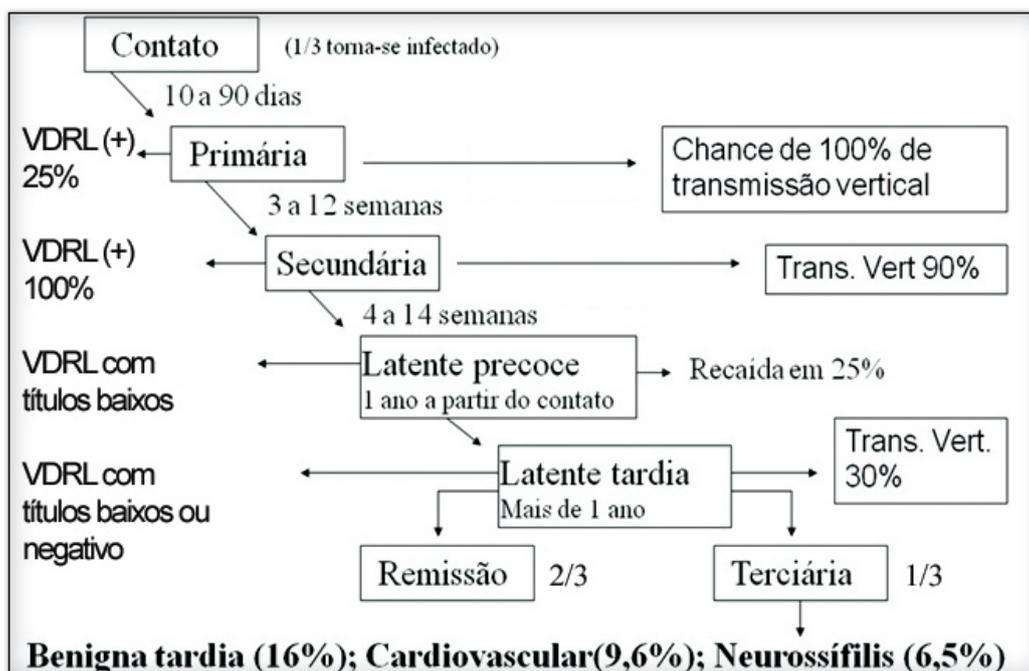
Transplacentária (sífilis congênita)

- Da mãe para o conceito em qualquer fase da gestação
- Chance de transmissão de 100% na sífilis primária
90% na sífilis secundária
30% na sífilis tardia

Outras formas de transmissão sem interesse epidemiológico

- Indireta (objetos contaminados, tatuagem)
- Transfusão de sangue

Evolução Natural da Sífilis



3. Quais os sinais e sintomas da sífilis adquirida?

Sífilis primária

- De 90% a 95% nos genitais
- Exulceração acompanhada, entre 1 e 2 semanas, de adenopatia regional (íngua) não supurativa e indolor.
- Em cerca de 25% apresenta lesões múltiplas.
- Desaparece espontaneamente em 4 ou 5 semanas sem deixar cicatrizes.
- O VDRL (teste sorológico) pode ser negativo.
- As lesões podem ser extragenitais

Sífilis secundária

- Após um período de latência de 6 a 8 semanas, surgem lesões cutâneas e mucosas acompanhadas de micropoliadenopatias (pequenas ínguas generalizadas) em 70-90% dos casos e sintomas gerais, como febre, dores articulares, mal-estar geral etc., em 50-80%.
- O VDRL (teste sorológico) tem sensibilidade elevadíssima na fase secundária, com títulos altos, geralmente superiores a 1:64.

Sífilis terciária (cutânea benigna)

- Aparecem após 2 anos de evolução.
- São mais localizadas e destrutivas.
- O VDRL (teste sorológico) geralmente com títulos baixos, mas pode ser negativo.

Sífilis terciária (órgãos internos)

- Coração (aortite / Insuficiência aórtica).
- Fígado (hepatite).
- Ossos (osteíte).
- Sistema nervoso (neurossífilis).

4. Que implicações a doença traz para a gestante?

- A sífilis na gestante é de notificação compulsória.
- Toda gestante deve ser investigada para sífilis durante o pré-natal.
- Nenhuma criança deve deixar o hospital sem que tenha sido determinado o *status* sorológico da mãe.
- Gestante sororreagente é considerada infectada, a menos que tenha uma história de tratamento adequado claramente documentada, com redução dos títulos sorológicos.
- Gestante alérgica à penicilina: Não há alternativas comprovadas que deem cobertura ao conceito e evitem a sífilis congênita. Deve-se fazer a dessensibilização e usar penicilina.

Tratamento para sífilis no pré-natal:

- Gestantes ou nutrizes comprovadamente alérgicas à penicilina, após teste de sensibilidade à penicilina, devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, deverão ser tratadas com eritromicina (estearato) 500 mg, por via oral, de 6/6 horas durante 15 dias, para a sífilis recente, ou durante 30 dias, para a sífilis tardia.

Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

Critérios para alta após o tratamento:

- Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos.
- A elevação de diluições/títulos de quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um novo tratamento. Deve-se verificar se o tratamento do parceiro foi realizado.
- Após o tratamento adequado, os testes não treponêmicos (VDRL) na sífilis primária e secundária devem declinar cerca de 4 X após 3 a 6 meses e 8 X após 6 a 12 meses, com níveis não reagentes após os 12 meses.
- Na infecção latente precoce, a queda de 4 X no título ocorre, geralmente, após um ano.
- Pacientes tratadas no estágio latente tardio ou que tiveram múltiplos episódios de sífilis podem mostrar um declínio mais gradual dos títulos.

Tratamento adequado da gestante:

- Significa tratamento completo conforme o estágio da doença, feito com penicilina e finalizado em até 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado, concomitantemente.
- Criança nascida de mãe que foi tratada com outra droga que não a penicilina deve ser tratada ao nascer.

Critérios de alta:

- Semelhante ao controle da não gestante, mas com exames mensais.

5. Como se faz o diagnóstico de sífilis adquirida?

Com base na história

Epidemiológica e Sexual (5Ps)

Parceiros;
Prevenção (de gravidez);
Proteção (contra DST);
Práticas sexuais;
Passado (de DST)

No Exame Clínico

Aspecto das lesões, sintomas associados.

Evolução

Na epidemiologia

Maior prevalência (mais oportunidade de um contato infectante)

Na avaliação de vulnerabilidades

Outras DST

Uso de drogas (inclusive álcool); vulnerabilidade social.

Nos exames laboratoriais

Campo escuro

Sorologia

Exame do LCR

Importante

As informações sobre os procedimentos laboratoriais foram incluídas no Módulo Assistencial, pois em grande medida os procedimentos para o tratamento necessitam de clareza e precisão em relação a detalhes importantes do processo laboratorial.

No entanto, existem outras especificidades do trabalho laboratorial que não serão aprofundadas neste guia.

Diagnóstico Laboratorial no contexto da atenção

Questões sobre o planejamento, as ações, articulação regional para acerto de fluxos e outros aspectos laboratoriais serão destacadas nos demais módulos sempre que for necessário.

6. Como ocorre o diagnóstico laboratorial?

Embora os testes laboratoriais apresentem um bom desempenho, não existe um teste sorológico ideal para o diagnóstico da sífilis, pois há aspectos ainda a serem investigados como a sífilis congênita, neurosífilis e pacientes com coinfeção por HIV, que podem apresentar resposta humoral atípica.

O papel do laboratório é importante no auxílio clínico, pois muitas vezes há dificuldade de diagnóstico baseado somente nos sinais clínicos da doença.

Torna-se importante enfatizar que nenhuma prova sorológica para sífilis pode constituir em diagnóstico preciso sem a associação da história clínica e dados epidemiológicos do paciente em questão.

Recursos laboratoriais

1- Pesquisa direta do agente etiológico

1.2 Microscopia óptica em campo escuro:

Indicado nas úlceras genitais, lesões cutâneas bolhosas, erosivas, placas mucosas e condilomas planos perianais.

Vantagens	Desvantagem
<ul style="list-style-type: none">• É um teste de execução rápida, de baixo custo e definitivo.• Sensibilidade de 74% a 86%, portanto pode ter falso negativo em até 25%.• A especificidade alcança 97%, dependendo da experiência do observador.	<ul style="list-style-type: none">• Requer treinamento adequado do técnico para analisar a motilidade e a morfologia do <i>T. pallidum</i>.

Imunofluorescência direta:

Ac anti-*T.pallidum* produzidos em coelhos e conjugados à FITC, adicionado ao esfregaço do exsudato da lesão, fixado em lâmina.

2 - Detecção de anticorpos

2.1 Testes não treponêmicos:

VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasm Reagin*), que são reações de floculação.

Indicados para triagem e como auxiliar no diagnóstico e seguimento pós-tratamento.

São testes que detectam anticorpos anticardiolipínicos. Os anticorpos podem ser da classe IgG e IgM.

Estes anticorpos não são específicos para o *Treponema pallidum*, mas estão presentes na sífilis.

Estes testes são positivos em 75% dos casos de infecção primária para o *Treponema pallidum*.

Geralmente todos os indivíduos com sífilis secundária apresentam estes testes positivo, com títulos superiores a 1:16.

A triagem com estes testes deve ser realizada com soro puro e com soro diluído a 1:8 ou 1:16, para evitar o fenômeno de pró-zona (uma reação falso-negativa que ocorre devido à concentração desproporcional de anticorpos em relação ao antígeno, inibindo a reação de floculação). A realização do teste com soro diluído 1:8 ou 1:16 permite evitar o fenômeno.

Toda amostra reagente no teste qualitativo deve ser testada quantitativamente para determinar o título de anticorpos.

Estes anticorpos também podem ser detectados no soro de pessoas com infecções virais, doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico e a artrite reumatóide e em situações fisiológicas, como a gravidez, podendo ocasionar reações cruzadas.

Podem ser qualitativos (resultados reagentes ou não reagentes) ou quantitativos (expresso em títulos: 1:2, 1:4 etc.).

Reações falso-negativas:

Na sífilis primária.

Na sífilis secundária (1% a 2%) decorrente do excesso de anticorpos (efeito pró-zona).

Reações falso-positivas:

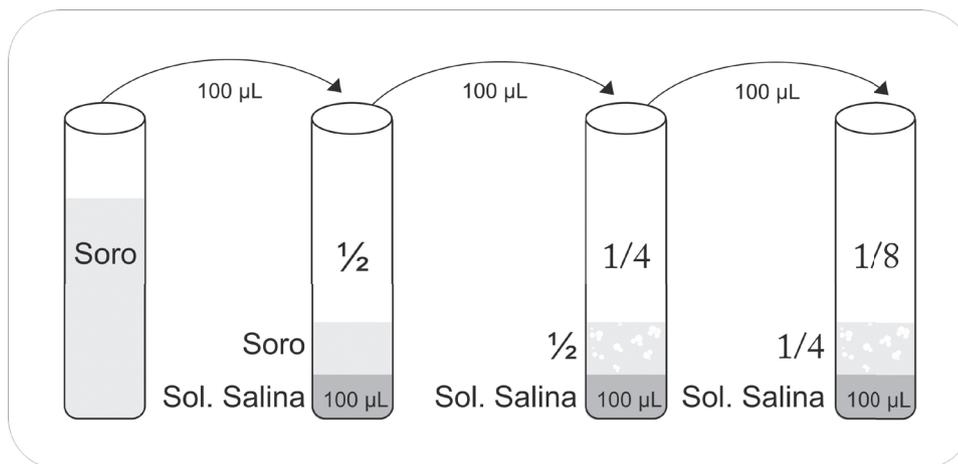
L Í P I D I C A S	Infecções / infestações	malária hanseníase tifo pneumonia viral mononucleose tuberculose hepatite	endocardite bacteriana sarampo varicela filariose tripanossomíase leptospirose
	doenças imunes	lúpus sistêmico polaridade nodosa artrite reumatóide	
	outras condições	gestação drogas ilícitas senectude	

Fonte: *Osmar Rotta, Anais Bras. Dermatol. 2005; 80(3):299-302.

Persistência, após dois anos, de reaginas em baixos títulos (de soro puro até 1:4), com provas treponêmicas positivas.

Titulação do soro nos testes não treponêmicos

O título é a última diluição do soro em que ainda se observa floculação. Todos os soros reagentes nos testes não treponêmicos devem ser diluídos em série, em solução salina, a partir do soro puro: 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 e assim por diante até que se obtenha a leitura não reagente do teste.



Exemplo de diluição seriada.

Princípio das reações não treponêmicas de VDRL e RPR

São reações de floculação que utilizam uma suspensão antigênica, contendo cardioplipina, colesterol e lecitina. O antígeno é suspenso em uma solução salina tamponada e forma grumos quando se combina com os anticorpos anticardioplipínicos presentes na amostra.

Principais diferenças entre o VDRL e o RPR

	Antígeno	Suporte da reação	Leitura	Tipo de amostra
VDRL	Cardiolipina, lecitina e colesterol.	Lâminas de vidro planas.	Microscópica	Soro, plasma ou LCR
RPR	Cardiolipina, lecitina e colesterol. Acrescido de corante ou partículas de carvão.	Cartão.	Macroscópica	Soro ou plasma

Interpretação da sorologia não treponêmica **Comportamento dos títulos de VDRL/RPR após o tratamento**

- Geralmente, há queda dos títulos em 4 vezes, após 3 meses de tratamento adequado.
- Queda de 8 títulos após 6 meses.
- Na maioria dos casos tratados adequadamente, este teste se torna negativo dentro de 2 anos após tratamento.
- Sífilis com mais de um ano de duração: o título pode cair ou permanecer estável com títulos baixos (<1:8), ou até negativar. A negatificação total dos testes sorológicos para sífilis é diretamente proporcional à precocidade do tratamento. Mesmo nos casos não tratados, pode haver queda lenta dos títulos de anticorpos, podendo ser negativo em 1/3 dos pacientes com sífilis terciária.

TESTES TREPONÊMICOS: FTA-Abs (reação de imunofluorescência indireta), TPHA e MHTP (Microhemaglutinação indireta), ELISA (ensaio imunoenzimático)

São testes que empregam como antígeno o *Treponema pallidum*, detectando anticorpos antitreponêmicos. Utilizados na confirmação dos casos positivos obtidos pelo teste de triagem. Persistem por vários anos após tratamento, sem, contudo, significar a presença de infecção ou a necessidade de um novo tratamento. Por isso não são indicados para monitorar o tratamento.

Pode haver sororreversão em 13 a 24% das pessoas no período de tempo superior a 36 meses após tratamento.

Possuem maior especificidade e sensibilidade se comparados aos não treponêmicos.

Indicados para confirmar a positividade do teste não treponêmico.

Positivam-se um pouco mais cedo.

Em 85% das pessoas tratadas com sucesso, ficam reativos por anos ou até mesmo por toda a vida, portanto não servem para triagem ou para controle sorológico pós-tratamento.

Quais os testes treponêmicos classicamente utilizados?

FTA-Abs - teste de imunofluorescência indireta

TPHA - teste de hemaglutinação para *T.pallidum*

ELISA - ensaio imunoenzimático

O que compõe FTA-Abs?

Considerado teste padrão-ouro.

Primeiro teste a detectar a reatividade da infecção por sífilis.

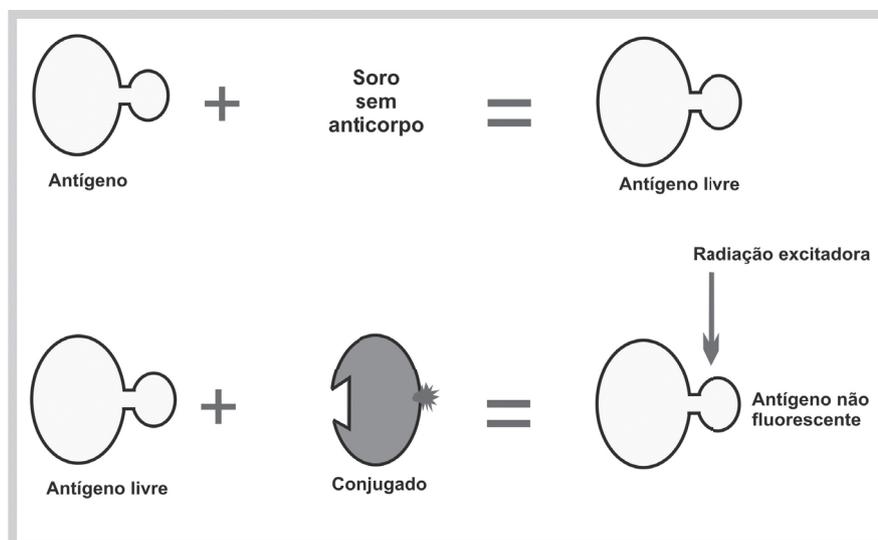
Baseia-se na técnica de imunofluorescência indireta (IFI).

O soro do paciente é tratado com um extrato de cultura de *Treponema phagedenes*, conhecido como *Treponema de Reiter*, que absorve os anticorpos inespecíficos. A amostra absorvida é colocada em uma lâmina contendo *Treponema pallidum* fixado. O sistema revelador dessa reação é um conjugado anti-imunoglobulina humana marcado com isotiocianato de fluoresceína.

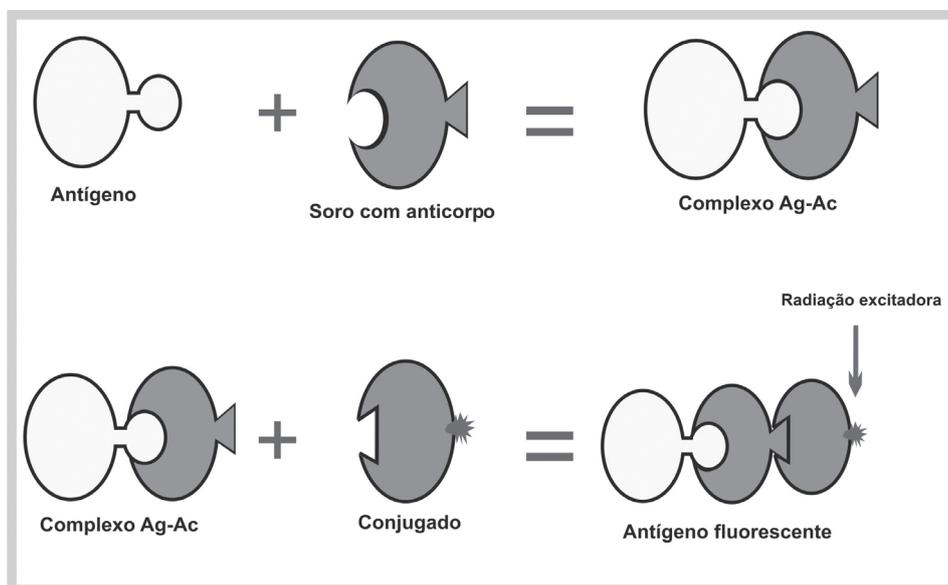
Nas amostras reagentes, os treponemas ficam fluorescentes quando examinados em microscópio de fluorescência.

Qual a representação esquemática das reações positiva e negativa do teste FTA-Abs?

Reação Negativa:



Reação Positiva:



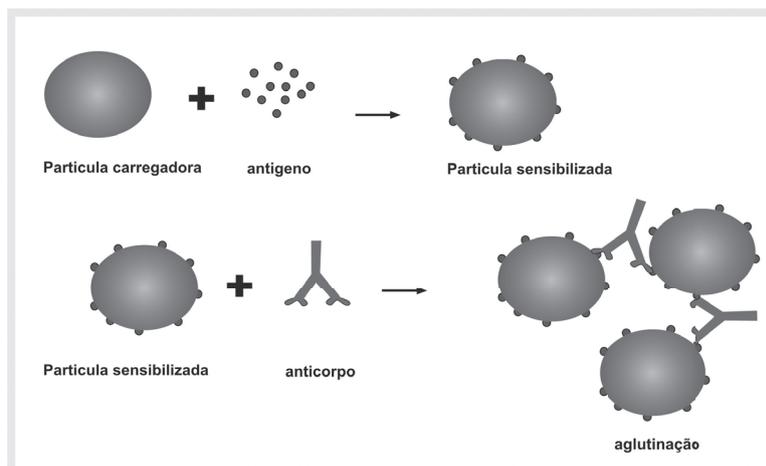
O que compõe TPHA?

Menos sensível que o FTA-Abs, na fase recente da doença.

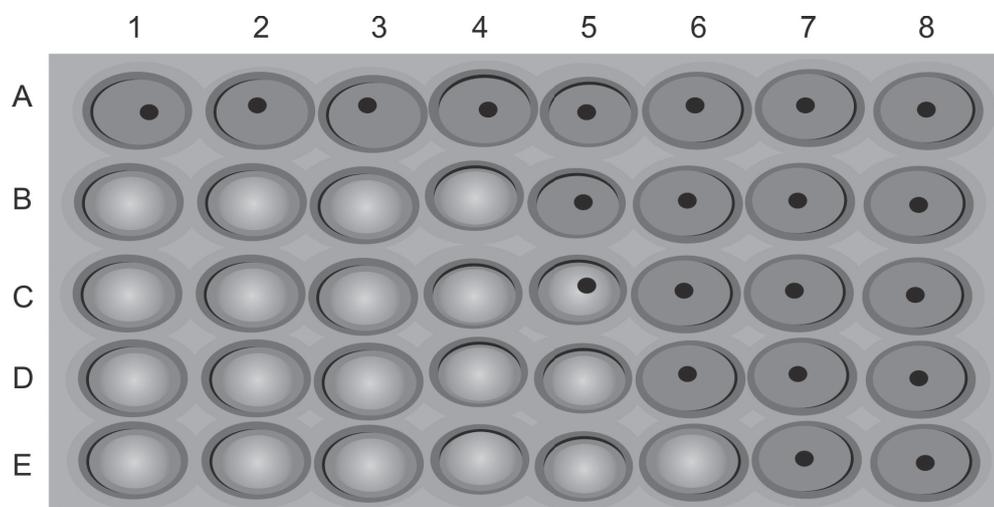
Baseia-se na aglutinação dos anticorpos treponêmicos do soro com hemácias de aves ou de carneiro, previamente sensibilizadas com antígeno de *T.pallidum*.

Vantagens: possibilidade de execução de grande número de amostras e leitura visual.

Qual a representação esquemática da reação de hemaglutinação?



Qual a representação da placa de hemaglutinação passiva?

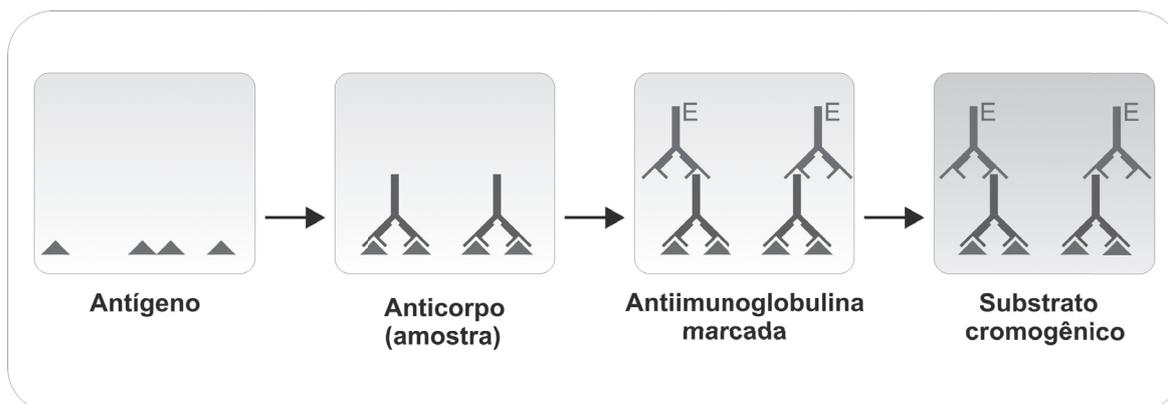


O que compõe ELISA?

Baseia-se em uma reação imunoenzimática e emprega diferentes tipos de antígenos e conjugados.

Vantagens: facilidade de automação e leitura objetiva.

Qual a representação esquemática da reação de ELISA?



Qual o tempo para positividade?

Após aparecimento do cancro o FTA-Abs positiva-se em 5 a 10 dias; 10 a 20 dias positiva-se o TPHA e ao redor de 20 dias o VDRL.

Qual o percentual de positividade nos testes em relação às fases da doença?

Fases \ Testes	Primária	Secundária	Latente	Terciária
VDRL	78%	100%	95%	71%
FTA	84%	100%	100%	98%
TPHA	79%	100%	100%	98%

Como os anticorpos podem ser encontrados na infecção por Sífilis?

Após infecção pelo *T. pallidum* há produção de anticorpos como IgM, IgG, IgA e IgE.

IgM - presente na sífilis recente, fase de latência.

IgG - resposta secundária do hospedeiro ao processo infeccioso, podendo ser observada em todas as fases da doença. Detectadas durante toda a vida do paciente.

As figuras a seguir ilustram a evolução dos anticorpos nos testes sorológicos, de acordo com o tratamento.



2. Quais os comportamentos dos testes sorológicos na sífilis congênita?

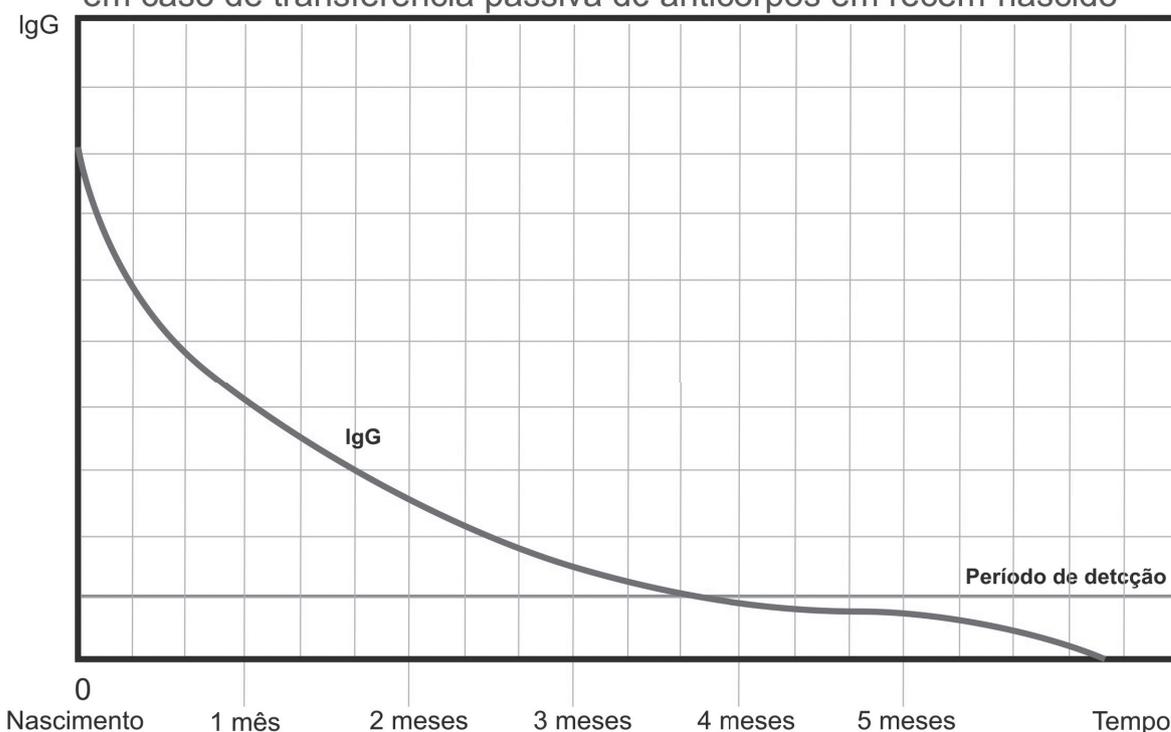
a. Com os testes NÃO treponêmicos (VDRL, RPR)?

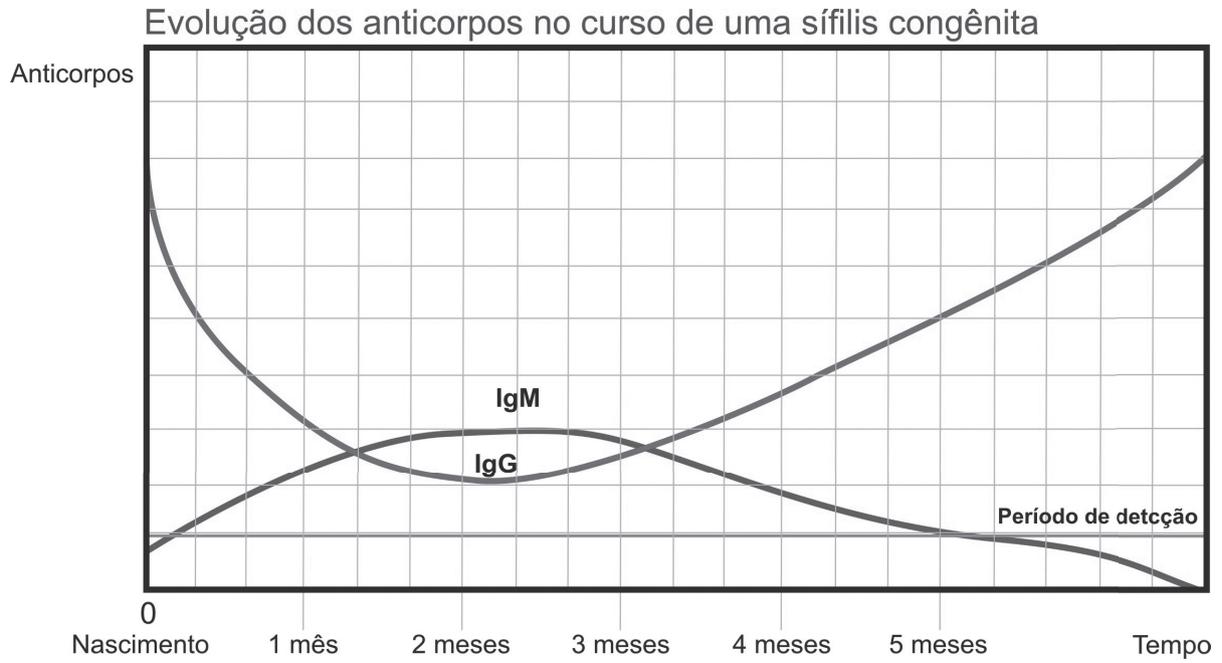
A positividade até o 6º mês pode significar transferência materna de anticorpos IgG, devendo ser investigada, exceto em crianças que estão em seguimento. Recomenda-se a comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança com a da mãe, coletados simultaneamente. Títulos da criança maiores do que os da mãe indicam suspeita de sífilis congênita.

3. Qual a conduta nos casos de recém-nascidos com sorologia negativa?

A negatividade sorológica do recém-nascido não exclui a infecção, principalmente quando a infecção materna se dá no período próximo ao parto. Nos recém-nascidos não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de positividade tardia.

Evolução dos anticorpos IgG em caso de transferência passiva de anticorpos em recém-nascido





Exame do LCR

Indicado na sífilis recente ou tardia com sintomas neurais e em pacientes com reações sorológicas sanguíneas apresentando títulos elevados após o tratamento correto.

Na sífilis latente tardia e pacientes HIV-positivos, independente do estágio da sífilis. (Tem sido questionada, embora mantida como recomendação nos manuais de controle.)

O diagnóstico de Neurosífilis é feito pela combinação de positividade à prova sorológica, aumento da celularidade (maior que 10 linfócitos/ml) e proteínas no LCR (superior a 40mg/dl).

Exame sorológico do LCR

VDRL é a prova recomendada

Tem baixa sensibilidade (30 - 47% falso-negativo) e alta especificidade, portanto, se positivo, faz o diagnóstico de neurosífilis.

Importante!

Em pacientes HIV-positivos o exame do LCR pode apresentar alterações na contagem de células e na dosagem de proteínas, e, podem ser atribuídas ao comprometimento neurológico pelo vírus.

A sífilis tem cura? Qual o tratamento?

A sífilis é uma doença facilmente curável, porém se não diagnosticada e não tratada corretamente, pode deixar sequelas definitivas e é uma causa importante de morbidade e mortalidade perinatais.

Qual o tratamento?

Primária - Penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, em dose única (1 amp. de 1,2 milhões UI em cada glúteo).

Secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução - Penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, em duas doses semanais de 2,4 milhões UI- perfazendo 4,8 milhões de UI.

Terciária, latente tardia (mais de 1 ano) e latente de duração ignorada - Penicilina benzatina 7,2 milhões de UI, IM, em três doses semanais de 2,4 milhões UI.

Neurosífilis - Penicilina cristalina (atravessa a barreira hematoencefálica) - 3 a 4 milhões UI, endovenosa, de quatro em quatro horas, ou por infusão contínua, no total de 18 a 24 milhões UI/dia por 10 a 14 dias ou Penicilina procaina 2,4 milhões UI (IM) /dia + probencida 500mg (VO)/ dia- 4 vezes ao dia, ambas de 10 a 14 dias.

Tratamento com outras drogas

Ceftriaxone tem ação no modelo animal e em pequenos grupos de pacientes, mas apresentou taxa elevada de re-tratamentos em pacientes HIV-positivos.

Azitromicina em coelhos e em pequenos grupos de pacientes, entretanto, foram observadas altas taxas de resistência. Estudos genéticos confirmaram mutantes resistentes em 28% do material examinado por PCR. A identificação de cepas resistentes mostra que a utilização desses antibióticos deverá ser cautelosa, principalmente nos portadores de HIV.

IMPORTANTE:

Se a gestante for tratada com outra opção terapêutica, que não a penicilina, o bebê deve ser tratado como portador de sífilis congênita. Assim como, se a gestante for tratada nos 30 dias anteriores ao parto, a criança também deve ser tratada como portadora de sífilis congênita.

Quais os critérios para alta após o tratamento?

Sífilis Primária e Secundária

Exame clínico entre 1 a 2 semanas e 30 dias, seguido de teste sorológico em 3,6 e 12 meses (com mais frequência se o seguimento for incerto).

Re-tratamento se persistem sinais e sintomas ou se houver aumento sustentado de 4 vezes (2 diluições) Exemplo: de 1:8 > 1:32) = Falha ou reinfecção.

Testar novamente para sífilis e, adicionalmente para HIV, caso não haja redução de 4 vezes o título, 6 meses após o tratamento (exemplo: de 1:64 < 1:16). E re-tratamento se o seguimento for incerto.

Sífilis latente

Exame sorológico não treponêmico em 3, 6, 12 e 24 meses.

Avaliação para Neurosífilis e re-tratamento se:

Título aumentar 4 X

Título inicial alto (> ou = 1:32) que não baixa 4 vezes em 12 a 24 meses

Aparecimento de sinais ou sintomas de sífilis

Quais as intercorrências relacionadas ao tratamento?

Reação de Jarisch-Herxheimer

É atribuída a antígenos lipoprotéicos da parede do *T. pallidum* liberados após a morte dos treponemas.

Consiste na exacerbação das lesões, sintomatologia sistêmica (febre, calafrios, cefaléia, mialgias, artralgias) e alterações laboratoriais (leucocitose com linfopenia). Inicia-se entre 4 e 12 horas após o tratamento.

Pode ocorrer após o tratamento em todos os estágios da sífilis e varia de 30% a 70% nos casos de sífilis primária e secundária e regride em período que varia de 6 a 12 horas.

Em gestantes pode levar a prematuridade e morte fetal, principalmente quando o feto estiver infectado.

Alergia à penicilina

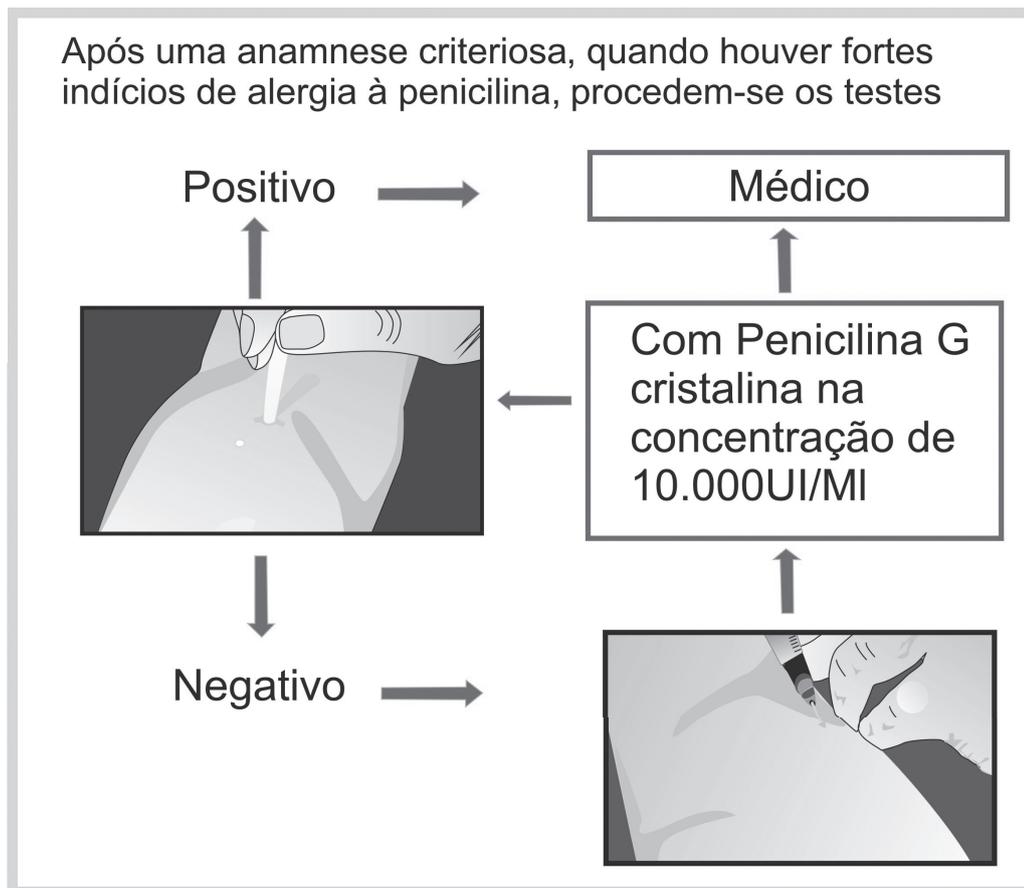
Em sua maioria de natureza benigna.

Anafilaxia pode ocorrer entre 10 e 40 por 100.000 tratamentos.

PORTARIA Nº156, DE 19 DE JANEIRO DE 2006

Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 3º Determinar que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.



Acesse o manual na íntegra no endereço:

http://www.crt.saude.sp.gov.br/resources/crt_aids/arquivos_transmissao_vertical/transmissao_vertical_sifilis/portarias_manuais_recomendacoes_outros/manual3.pdf

Como é feita a dessensibilização oral com teste cutâneo positivo?

É feita com Penicilina V (fenoximetilpenicilina potássica) em diluições gradativamente menores e em volumes inversamente maiores. Este procedimento deve ser realizado em ambiente hospitalar.

O intervalo entre as doses é de 15 min, um total de 14 doses. Tempo total = 3 horas e 45 min.

Como é o preparo da solução de penicilina V?

Para a concentração de 1:80.000: reconstituir um frasco de penicilina V colocando água filtrada diretamente dentro do frasco, aos poucos, ir agitando até que a solução atinja a marca indicada no rótulo. O frasco conterá 60 ml.

Cada 5ml = 400.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica; cada 1ml = 80.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;

para a concentração de 1:10.000: aspirar 1ml da solução acima e diluir em 7ml de água filtrada, resultando numa concentração de 1ml = 10.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;

para concentração de 1:1.000: aspirar 1ml da solução acima e diluir em 9ml de água filtrada, resultando numa concentração de 1ml = 1.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica.

Como realizar a aplicação da solução de penicilina V?

Dose da suspensão de Penicilina V	QUANTIDADE (UI/ml)	MI	UI	Dose cumulativa
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	3,2	3.200	6.300
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1,0	80.000	176.700
12	80.000	2,0	160.000	336.700
13	80.000	4,0	320.000	656.700
14	80.000	8,0	640.000	1.296.700

Quais os critérios para tratamento dos parceiros sexuais ?

Os parceiros sexuais expostos nos últimos 90 dias precedentes ao diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectados, mesmo sendo negativos, portanto, devem ser tratados presumivelmente.

Parceiros expostos a mais de 90 dias às mesmas circunstâncias devem ser tratados se o resultado dos testes não estiver imediatamente disponível ou se o seguimento for incerto.

Parceiros antigos de pacientes com sífilis latente devem ser avaliados clínica e sorologicamente e tratados de acordo com os achados diagnósticos.

Qual é relação da sífilis com a infecção por HIV?

Transmissão sexual (ambos).

Sífilis primária (úlceras genitais) = Risco aumentado da transmissão sexual do HIV.

Soroprevalência para sífilis elevada em portadores de HIV.

Cancros múltiplos são mais comuns e de resolução mais lenta.

Sífilis maligna precoce é mais comum.

Flutuações no comportamento da sorologia (resultados atípicos).

Como se previne a sífilis adquirida?

Usar consistentemente e corretamente o preservativo.

Evitar associação de drogas / álcool e sexo.

Tratamento do parceiro sexual.

Rastreamento: populações vulneráveis.

Quais são os aspectos sobre educação em saúde para a assistência integral da sífilis?

Sensibilização, capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para o acolhimento, diagnóstico e tratamento dos pacientes e seus parceiros sexuais.

Demonstração do uso correto com disponibilização do preservativo (masculino e feminino).

Disponibilização de material informativo nas unidades de saúde.

Sessões informativas em sala de espera.

Grupos de discussão.

Acesso livre a preservativos e insumos de prevenção.

SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária. A transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença materna, sendo os principais fatores que determinam a possibilidade da transmissão vertical o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero (ou seja, a fase da gestação na qual ela se infectou ou quanto tempo ela permaneceu infectada sem tratamento).

→ Agente etiológico:

1. Quais as características do *T. pallidum*?

O *Treponema pallidum* é a espiroqueta causadora da sífilis. É um microorganismo delicado, espiralado, com motilidade em “saca-rolhas”. O tempo de multiplicação do *T. pallidum* é de 30-35 horas, ocorrendo em anaerobiose. Não é um agente cultivável, mas a inoculação em cobaia permite seu isolamento e confirmação laboratorial. Pode ser visualizado sob microscopia de campo escuro, com coloração pela prata e imunofluorescência direta.

O homem é o único hospedeiro natural do *T. pallidum*. Infecções experimentais em cobaias não repetem a evolução humana, não contaminando outros animais e findando espontaneamente.

→ Transmissão:

2. Qual a taxa de transmissão vertical do *T. pallidum* e em que fases da doença ela pode ocorrer?

A transmissão da sífilis ao conceito pode ocorrer em qualquer fase da doença, mas é bem maior nas etapas iniciais, quando há “espiroquetemia” importante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será atingido.

Inversamente, a infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção no concepto, produzindo lesões mais tardias na criança. A taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, e de aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).

3. Quais as formas de transmissão vertical?

A passagem materno-fetal da doença faz-se basicamente por via transplacentária. O *T. pallidum* provoca uma placentite caracterizada macroscopicamente por uma placenta grande, pálida e grosseira, e microscopicamente por vilosite, vasculite e imaturidade relativa do vilo. A transmissão hematogênica da sífilis implica o fato de o concepto já iniciar a doença na sua fase secundária. Além da via transplacentária, o microorganismo pode ainda migrar da placenta para a câmara amniótica, atingindo também o feto, porém essa é uma forma bastante rara de infecção.

A transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança com o canal de parto é excepcional, podendo ocorrer apenas se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento essa pode ocorrer apenas se houver lesão mamária por sífilis, o que também é muito raro.

4. Em que fase da gestação pode se dar a transmissão?

Acreditava-se que a infecção do feto não ocorresse antes da 18ª semana de gestação devido às características placentárias; entretanto já se constatou a presença do *T. pallidum* em fetos a partir da 9ª semana de gestação, em estudos de abortamentos de mães sífilíticas não tratadas, mostrando, portanto, que ela pode ocorrer em qualquer fase.

Acredita-se que as lesões não são clinicamente aparentes até a 18ª ou 20ª semanas de gestação, porque só nesta fase o concepto adquire certa competência imunológica, podendo então apresentar o processo inflamatório reacional típico da sífilis congênita, observado nas fases mais avançadas da gravidez ou no período neonatal.

→ Período de incubação

5. Qual o período de incubação da sífilis congênita?

A criança com sífilis congênita ao nascer já pode se encontrar gravemente doente ou com manifestações clínicas menos intensas ou até aparentemente saudável, vindo a manifestar a doença mais tardiamente, meses ou anos depois, quando sequelas graves e irreversíveis podem se instalar. Não há, portanto, um período de incubação estabelecido como regra para a criança desenvolver a doença.

→ Quadro clínico

6. Como pode se apresentar a sífilis congênita e como se divide o quadro clínico?

A sífilis congênita comporta-se como uma doença de amplo espectro clínico. Ela se revela por meio de abortamentos (raros), natimortos (muitas vezes hidrópicos), morte perinatal com quadro clínico tipo “septicêmico”, ou mantém-se sob forma subclínica em recém-nascidos assintomáticos que poderão apresentar alterações em fases subsequentes da vida. Hoje predominam as formas óligo ou assintomáticas. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas geralmente nos primeiros 3 meses de vida. Por isso é de suma importância a triagem sorológica da mãe também na maternidade.

Essa variedade de apresentações clínicas é decorrente de alguns fatores como o tempo de exposição fetal ao treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento), a carga treponêmica materna, a virulência do treponema, o tratamento da infecção materna, a coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência.

Didaticamente, dividimos a doença em precoce ou tardia, conforme a manifestação clínica tenha aparecido antes ou depois dos 2 primeiros anos de vida.

7. Como se manifesta a sífilis congênita precoce?

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o 2º ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo. Como já descrito, mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos, necessitando de avaliações complementares para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança, ressaltando-se, então, a importância da associação dos critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais para todos os casos.

A maioria dos recém-nascidos apresenta-se com baixo peso (peso de nascimento inferior a 2.500 g), devido principalmente à prematuridade. O parto prematuro entre 30 a 36 semanas é muito frequente nos bebês com sífilis congênita. O retardo de crescimento intrauterino é ocasional, entretanto o déficit no crescimento pômbero-estatural na fase pós natal é usual em crianças não tratadas, mesmo que óligo ou assintomáticas. Habitualmente a placenta é bastante volumosa, com lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas.

Quanto aos diversos órgãos e sistemas deve-se citar:

Alterações mucocutâneas: são bastantes frequentes e características da sífilis congênita precoce. São elas:

exantema máculo-papular: rosado nas fases iniciais, torna-se acastanhado e termina por uma descamação fina. Localiza-se principalmente na região perioral, dorsal, palma das mãos e planta dos pés.

pênfigo palmoplantar: erupção vesicobolhosa que aparece no período neonatal precoce, tendo geralmente saída de secreção de aspecto hemorrágico, rica em treponemas.

condiloma plano: aparece como lesão única ou múltipla em região periorifical, geralmente é assintomático.

placas sifilíticas avermelhadas em lábios, língua e palato.

rinite piossanguinolenta: aparece ao fim da primeira semana de vida, com secreção amarelo-avermelhada abundante, rica em treponemas. Tem sido muito pouco descrita na atualidade. Pode causar também obstrução nasal.

outras alterações de pele: palidez por anemia, icterícia às custas de bilirrubina direta e/ou indireta, púrpura, edema generalizado por alterações hepáticas ou renais, fissuras orificiais.

Alterações do sistema retículo-endotelial:

Fígado: a hepatomegalia, por reação inflamatória intersticial difusa, é extremamente frequente, estando presente em mais de 90% dos casos. A hepatite neonatal ocorre em cerca de 30% dos bebês, podendo levar à icterícia prolongada às custas de bilirrubina direta. A hepatite é devida à destruição dos hepatócitos pelo próprio processo inflamatório, sendo muito raro a cirrose.

Baço: a esplenomegalia é bastante frequente, aparecendo em mais de 50% dos neonatos com sífilis congênita.

Linfonodos: gânglios aumentados, bem delimitados, não aderentes a planos profundos e indolores surgem em cerca de 50% dos casos. São característicos gânglios epitrocleares presentes à palpação.

Alterações no sistema hematológico: a anemia está quase sempre presente em graus variáveis de intensidade. Ela pode ocorrer tanto da diminuição da vida média das hemácias, como de fenômenos hemolíticos que se fazem acompanhar de hiperbilirrubinemia indireta. Nestes casos o teste de Coombs negativo auxilia no diagnóstico diferencial com a eritroblastose fetal. A anemia muito grave pode evoluir para cor anêmica que, quando se instala no período ante natal, pode levar à hidropsia fetal.

O feto hidrópico habitualmente encontra-se bastante descorado, com hepatoesplenomegalia e anasarca, havendo uma elevada taxa de mortalidade para esse tipo de situação.

Com relação às plaquetas, a trombocitopenia acompanhada ou não de púrpura é uma manifestação frequente. Sua causa está relacionada com a diminuição da vida média das plaquetas pelo próprio processo infeccioso. Pode se manifestar apenas como presença de petéquias.

A presença de vasculite com consumo de fatores de coagulação, associada a trombocitopenia, pode desencadear o processo de Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), tendo esses pacientes, também, prognóstico bastante reservado.

Alterações do sistema músculo-esquelético: a osteocondrite, a periostite e a osteomielite, que acometem ossos longos, costelas e alguns ossos cranianos, como o frontal e o parietal, estão presentes em praticamente todos os casos, podendo ser uma das causas do choro ao manuseio que as crianças com sífilis congênita apresentam. As alterações costumam ser bilaterais e simétricas, podendo também aparecer lesões assimétricas. As fraturas patológicas parecem ocorrer por meio da metáfise, com provável deslocamento posterior. O dado característico das alterações esqueléticas da sífilis congênita é a tendência para cura sem antibioticoterapia. O quadro clínico é pobre, sendo representado pela Pseudoparalisia de Parrot, em que a criança no fim do período neonatal, não consegue movimentar os membros (geralmente os superiores) por apresentar dor devido à osteocondrite. As constatações radiológicas são bastante frequentes.

Alterações do sistema nervoso central: o envolvimento assintomático do sistema nervoso central ocorre em cerca de 60% dos casos de sífilis congênita; por essa razão é fundamental a punção lombar para exame de líquido. Quando há sintomatologia, geralmente essa aparece como meningite aguda, até o sexto mês de vida, ou mais raramente, no fim do primeiro ano de vida.

Nesse último caso aparecem alterações meningovasculares crônicas que resultam em hidrocefalia progressiva, paralisia de nervos cranianos e/ou lesões vasculares no cérebro. As convulsões geralmente complicam ambos os tipos de evolução.

Outras alterações:

Renais: a sífilis congênita sempre deve ser considerada no diagnóstico diferencial da síndrome nefrótica pura ou mista que surge no primeiro ano de vida. A patogenia está ligada à deposição de imunocomplexos. Os aspectos histológicos são da glomerulonefrite do tipo membranosa ou membranoproliferativa. A insuficiência renal é ocasional.

Oculares: a corioretinite com alterações em fundo de olho em “sal e pimenta”, o glaucoma e a uveíte aparecem na sífilis congênita precoce. A fotofobia, o lacrimejamento excessivo e a diminuição da acuidade visual podem ser consequências dessas manifestações.

Pulmonares: a pneumonia Alba é o alargamento do tecido conectivo acompanhado de colapamento alveolar que leva à insuficiência respiratória grave. Pode ser uma das manifestações da sífilis congênita, porém hoje é extremamente raro ser observada.

Trato gastrointestinal: os infiltrados na submucosa, particularmente do intestino delgado, podem levar à síndrome de má absorção, com consequente desnutrição de gravidade variável.

8. Como se manifesta a sífilis congênita tardia?

A síndrome clínica da sífilis congênita tardia surge após o segundo ano de vida, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou a infecção de longa duração materna. Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais.

Além disso, deve-se sempre estar atento à possibilidade de exposição a sífilis por meio de contágio sexual.

Essa fase da doença caracteriza-se pelo aparecimento de estigmas que, em geral, resultam da cicatrização das lesões iniciais produzidas pelo treponema. Neste grupo destacam-se: fronte olímpica, nariz “em sela”, região maxilar curta com palato em ogiva e protuberância relativa da mandíbula, rágades periorais, alargamento esternoclavicular (sinal de Higoumenaki), tibia em sabre e defeitos da dentição bastante característicos - dentes de Hutchinson (incisivos superiores centrais pequenos, separados e com fenda na porção média) e molares em “amora” (primeiros molares pequenos com cúspides múltiplas e mal-formadas).

As outras alterações que aparecem na sífilis congênita tardia parecem se dever mais às reações de hipersensibilidade do que a processos cicatriciais. Fazem parte desse grupo a ceratite intersticial (que podem levar a opacificação da córnea, inclusive evoluindo para cegueira), surdez neurológica (por acometimento do oitavo par craniano, sendo geralmente progressiva) e as articulações de Clutton (edema indolor de ambos os joelhos).

Além disso, como consequência tanto do processo inflamatório continuado como da cicatrização dessa inflamação, podemos ter ainda como manifestações relevantes as alterações neurológicas como retardo mental, hidrocefalia, convulsões, dificuldades de aprendizado, problemas motores, entre outras.

A remissão espontânea da doença é improvável. Pode ocorrer contágio involuntário quando do manuseio inadequado ou desprotegido das crianças com sífilis congênita, por parte dos familiares e profissionais de saúde, quando estão presentes lesões cutâneas e mucosas ricas em treponemas.

O tratamento adequado dos casos diagnosticados tanto da sífilis precoce quanto a tardia, promove remissão dos sintomas em poucos dias. Porém as lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia.

9. Quais os diagnósticos diferenciais a serem feitos com a sífilis congênita?

O múltiplo comprometimento de órgãos e sistemas impõe o diagnóstico diferencial com septicemia e outras infecções congênitas, como rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, infecção generalizada pelo herpes simples e malária, listeriose e eritroblastose fetal. Lesões mais tardias podem ser confundidas com sarampo, varicela, escarlatina e até escabiose.

10. Como se define óbito fetal (natimorto) por sífilis?

Define-se natimorto por sífilis todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 g, cuja mãe é portadora de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

11. Como se define aborto por sífilis?

Define-se aborto por sífilis toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas, ou com peso menor a 500 g, cuja mãe é portadora de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

Diagnóstico laboratorial e radiológico

12. Como é realizada a avaliação complementar do paciente com sífilis congênita?

Baseia-se na realização de um conjunto de exames laboratoriais (sangue e líquido) e radiológicos. Quando possível, ainda podemos realizar pesquisa do *Treponema pallidum* por meio de microscopia.

13. Quais exames laboratoriais são habitualmente realizados no sangue?

Habitualmente realizamos avaliação hematológica com hemograma para pesquisa de anemia, leucocitose (em geral com linfocitose ou monocitose) e plaquetopenia, que são os achados mais frequentes. A reticulocitose pode também estar presente.

Com relação à avaliação bioquímica realizamos dosagem de bilirrubinas, podendo-se observar elevação tanto da bilirrubina indireta (por hemólise), como da direta (por hepatite neonatal). Neste último caso observamos também elevação moderada das transaminases.

Podemos realizar ainda eventualmente provas de coagulação (em casos de CIVD) e eletroforese de proteínas (hipoproteinemia por alterações hepáticas e/ou renais), entre outros, sendo estes guiados conforme a necessidade de cada caso.

Dada a dificuldade do isolamento do *Treponema pallidum*, o diagnóstico laboratorial da sífilis congênita se baseia quase inteiramente nos testes sorológicos, sendo estes de fundamental importância.

14. Qual a importância e as particularidades dos testes sorológicos na sífilis congênita?

De forma geral, os testes sorológicos permanecem como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. São divididos em testes não treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA).

Para um melhor entendimento desta abordagem diagnóstica, é preciso lembrar que a cinética dos anticorpos no período neonatal apresenta algumas particularidades. Há passagem transplacentária de IgG materna durante toda a gestação, especialmente no terceiro trimestre, e esta IgG só desaparece por volta do oitavo mês de vida pós-natal. A IgM materna, por sua vez, só atravessa a placenta se houver lesão deste órgão. Entre a décima e a vigésima semana de gestação, o feto torna-se capaz de produzir tanto IgM como IgG, produção essa que se faz evidente quando há algum agente agressor (por exemplo a presença do *T. pallidum*). Portanto a presença de IgM no soro do recém-nascido representa, em geral, produção própria, enquanto a IgG pode ser somente de origem materna ou ser um pool proveniente tanto da mãe quanto do feto. Toda interpretação de resultados sorológicos, baseados na dosagem de IgG no período neonatal, necessita de comparação dos títulos obtidos no recém-nascido com aqueles obtidos na mãe, além do acompanhamento longitudinal do exame na própria criança.

Por essas razões, o significado dos testes positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém-nascidos é bastante limitado e deve ser interpretado sempre com muita cautela. Na sífilis congênita, assim como em outras patologias, o que notamos é que há um declínio natural dos anticorpos IgG materno durante o transcorrer dos meses quando a criança não foi infectada ou foi adequadamente tratada. O contrário ocorre, com manutenção ou mesmo ascensão dos títulos de anticorpos, quando realmente existe a sífilis congênita com infecção ativa.

O ideal, para facilitar e melhorar a qualidade dos serviços assim como a eficácia dos testes, é que seja realizado de rotina o teste confirmatório treponêmico em toda gestante com teste não treponêmico reagente (a partir de títulos de 1:1 o teste não treponêmico é considerado reagente).

15. Quais são os testes não treponêmicos realizados e qual sua utilidade na sífilis congênita?

Os testes não treponêmicos são testes sorológicos que detectam a presença de anticorpos contra antígenos lipídicos liberados pelos tecidos durante a agressão treponêmica. O teste padrão é o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) existindo algumas variantes com simplificação técnica, sendo o mais utilizado o RPR (*Rapid Plasma Reagin*); ambos são testes utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e na sífilis adquirida, tendo elevada sensibilidade (giram em torno de 80 a 100%) e a possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento sistemático do tratamento.

Além da elevada sensibilidade, estes testes são de realização técnica simples, rápida e de baixo custo. As principais desvantagens referem-se aos resultados falso-positivos e falso-negativos. Os resultados falso-positivos possíveis podem ser explicados pela ocorrência de reações cruzadas com outras infecções treponêmicas ou outras doenças como lúpus, artrite reumatóide, hanseníase, entre outras. Os resultados falso-negativos podem ocorrer pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito pró-zona.

Como a maioria das crianças é assintomática ao nascer, a aplicação dos testes sorológicos é de grande valia, como já descrevemos, porém devem ser interpretados com cautela, sempre havendo a comparação dos resultados

maternos com os do neonato, preferencialmente com testes realizados por um mesmo laboratório, sempre de amostras de sangue periférico do bebê (a coleta de sangue do cordão umbilical para a realização do teste é contraindicada por apresentar baixa sensibilidade; além disso temos a presença neste cordão de sangue materno também e ocorrência de atividade hemolítica o que dificulta a interpretação dos resultados).

Títulos da criança maiores do que os da mãe indicariam suspeita de sífilis congênita. De uma forma geral, aplicando-se testes não treponêmicos, os títulos de anticorpos começam a declinar a partir dos três meses de idade, negativando-se a partir do segundo semestre de vida. Após os 6 meses de vida, a criança com VDRL reagente deve ser investigada, exceto naquelas situações em que a criança já esteja em seguimento.

Em resumo, a utilidade do VDRL na sífilis congênita é:

- realizar triagem dos recém-nascidos possivelmente infectados, filhos de mães com testes não treponêmico reagente na gravidez ou parto, para que sejam investigados com exames complementares.

permitir o seguimento do recém-nascido com suspeita de infecção.

- Caso os títulos diminuam até a negatificação, conclui-se que foi passagem passiva de anticorpos maternos e não houve sífilis congênita. Caso os títulos permaneçam reagentes até o terceiro mês de vida, a criança deverá ser tratada, pois após esse período as sequelas começam a se instalar.

comparação dos títulos do bebê com os da mãe (se os títulos

- forem maiores que os da mãe é uma forte evidência de infecção congênita por sífilis).

seguimento do recém-nascido tratado. Os títulos deverão diminuir

- até a negatificação, que pode ocorrer até o fim do segundo ano nos infectados.

É importante ainda salientar que nos recém-nascidos não reagentes, mas com forte suspeita epidemiológica, deve-se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de positividade tardia (pode se tratar de crianças que se infectaram muito próximo ao período do parto).

16. Todo recém-nascido deve realizar o VDRL na maternidade ao nascer?

Não. O teste não treponêmico deve ser realizado para toda gestante no pré-natal e/ou parto, devendo ser realizado no bebê apenas quando algum resultado da mãe foi reagente ou em casos de suspeita clínica de sífilis congênita.

17. O que são e quais os testes treponêmicos disponíveis? Qual sua utilidade na sífilis congênita?

São testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos. Os mais utilizados são TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*), FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*).

Todos são testes utilizados para a confirmação da infecção pelo *T. pallidum*, permitindo a exclusão dos resultados falso-positivos dos testes não treponêmicos, tendo em vista sua elevada especificidade (varia de 94 a 100%, dependendo do teste). Geralmente não são utilizados para triagem sorológica já que possuem uma sensibilidade menor quando comparados com os testes não treponêmicos.

Os anticorpos detectados por eles permanecem positivos para o resto da vida do indivíduo, mesmo após tratamento adequado. Considerando-se esse fato, estes testes não são úteis para monitoramento, uma vez que não permite diferenciação entre infecção recente e ativa da infecção passada. São testes bem úteis na exclusão de resultados de VDRL falso-positivos em adultos.

Na sífilis congênita temos uma limitação importante da utilização destes testes, não apenas pela complexidade na realização destes, mais principalmente porque, tecnicamente, a pesquisa de anticorpos IgM no

soro do recém-nascido pode resultar em aproximadamente 10% de resultados falso-positivos e de 20-40% de falso-negativos (mesmo considerando que anticorpos IgM maternos não atravessam a barreira placentária); além disso a passagem transplacentária de anticorpos IgG materno dificulta também a interpretação dos resultados. Uma melhor performance pode ser obtida com a realização da sorologia com o FTA-Abs 19s IgM, porém esse ainda não é disponível comercialmente, o que torna não recomendável na prática clínica com os recém-nascidos. Sendo assim, a utilização dos testes usuais disponíveis não auxilia na confirmação dos casos em recém-nascidos, recomendando-se a análise clínica-epidemiológica de cada caso, especialmente o histórico da doença materna para a aplicação de condutas clínicas.

Em crianças maiores de 18 meses, o teste tem sua validade, já que os anticorpos maternos já terão desaparecido da circulação da criança, traduzindo-se um resultado positivo realmente em uma infecção.

Outros testes utilizados são o ELISA IgM e o Western Blot IgM, porém esses ainda permanecem não disponíveis comercialmente.

18. Como é realizada a avaliação radiológica do paciente com sífilis congênita?

Basicamente realizamos o Raio X de ossos longos e tórax.

Rx de ossos longos: tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce das alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos apresenta grande importância diagnóstica, sendo considerado um método bastante acurado para esse tipo de avaliação. A metafisite, presente em 50 a 90% dos casos, é o achado mais frequente na sífilis congênita sintomática. Ela se caracteriza por alternância de zonas de maior ou menor densidade na metáfise e evolui para completa desorganização da região. É geralmente bilateral e simétrica, incidindo em maior frequência no rádio, ulna, tíbia e fêmur, seguidos de úmero e fíbula. A periostite e a osteíte estão presentes em 70% e 20-40% dos casos, respectivamente, e representam também um achado importante na sífilis

sífilis congênita. Ambas aparecem, de maneira geral, associadas à metafisite. Cabe ainda ressaltar o sinal de Winberger, considerado como um “sinal radiológico maior” da sífilis congênita. É caracterizada por erosão bilateral do côndilo medial da tíbia, ocorrendo em cerca de 20 a 30% dos casos.

A sensibilidade das alterações radiológicas para o diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas é desconhecida, estimando-se em torno de 4-20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados. Apesar de baixa, o exame é justificável neste tipo de paciente, já que em alguns casos as imagens radiológicas alteradas são a única anormalidade encontrada.

Rx de tórax: quando da presença de pneumonia Alba, observa-se mínima aeração alveolar, com presença de broncogramas aéreos, semelhante à síndrome do desconforto respiratório neonatal grave.

19. Quem deve realizar o exame do líquido cefalorraquidiano (líquor)?

O estudo é obrigatório em todo caso suspeito de sífilis congênita. A ocorrência de alterações nas crianças sintomáticas é muito mais frequente (86% dos casos) do que nos casos assintomáticos (8% dos casos), apesar de infectadas, considerando-se, portanto, a sensibilidade da avaliação do líquido menor neste grupo de pacientes. Deve-se ressaltar a necessidade de uma avaliação cuidadosa dos parâmetros de referência para análise dos resultados, considerando-se principalmente idade gestacional do bebê, prematuridade, entre outras. Habitualmente, as alterações são mais discretas em pacientes com avaliação clínica normal em associação a um teste não treponêmico igual ou menor do que 4 vezes o da mãe que foi adequadamente tratada durante a gravidez e que apresenta avaliação sorológica após o tratamento, mostrando títulos baixos e estáveis.

Caso não haja contraindicação recomenda-se a punção lombar para coleta de líquido para todos os pacientes de sífilis congênita, com o objetivo de pesquisar a neurosífilis. No líquido é primordial a avaliação da

celularidade, do perfil protéico e o VDRL, não sendo recomendável a realização do RPR no líquido.

As alterações mais frequentes são a hipercelularidade à custa de linfócitos e a hiperproteínoorraquia, sendo esses encontros considerados como evidências adicionais para o diagnóstico de neurosífilis. A partir do VDRL positivo no líquido podemos concluir o diagnóstico de neurosífilis, independente de haver alterações na celularidade e/ou na proteínoorraquia. A diminuição na taxa de glicose é ocasional.

O VDRL deve sempre ser realizado no líquido. Este teste possui uma sensibilidade relativamente baixa, de 20 a 70%, mas é bem específico, acreditando-se que resultados falso-positivos praticamente não ocorram em punções não acidentadas pela presença de sangue. Quando positivo, indica neurolues, mesmo na ausência de alterações de celularidade, proteína e glicose. Quando o exame é negativo, ele não afasta a presença de neurolues. Os testes treponêmicos e o RPR não devem ser utilizados no líquido, já que apresentam um grande número de resultados falso-positivos, além da técnica e da interpretação dos resultados não estarem uniformizadas. Outra possibilidade é a realização do PCR no líquido para pesquisa do agente.

Independentemente dos achados no líquido, recomenda-se que toda criança com o diagnóstico/suspeita de sífilis congênita receba tratamento adequado para o tratamento de neurosífilis.

20. Quais as particularidades do líquido nos recém-nascidos a termo e prematuros?

A principal diferença é com relação aos parâmetros de normalidade do líquido, que são bastante distintos dos valores das crianças maiores ou adultos. Deve-se ter bastante cautela na interpretação do líquido, principalmente na citologia e bioquímica, pois existe uma variabilidade muito ampla dos valores de normalidade, em função principalmente da fonte pesquisada, da idade gestacional de nascimento e da idade cronológica da criança.

Para exemplificar essa grande variabilidade, encontramos na literatura, valores descritos como normais, dependendo do autor pesquisado,

celularidades que oscilam no RN a termo de 8 leucócitos/mm³ até 32 e no RN pré-termo muito baixo peso, números médios de 5 leucócitos/mm³ até 44 ambos na 1º semana de vida.

A celularidade diminui na 1º semana de vida do recém-nascido a termo e permanece inalterada ou aumenta no prematuro. Aproximadamente 60% dos leucócitos são polimorfonucleares nesta fase.

Com relação à proteína, tem-se proposto como “normal” valores que oscilam entre 20 a 170 mg/dl, mas há que se considerar a variabilidade em função da idade gestacional. Assim, RN a termo apresentam a média de 90 mg/dl (20-170 mg/dl) e prematuros de 115 mg/dl (65-150 mg/dl); nos RN com muito baixo peso considera-se 142 mg/dl (45-370 mg/dl), com essa grande variabilidade também conforme a fonte pesquisada.

A glicorraquia varia muito, principalmente nos prematuros, com valores desde 30 até maior que 100 mg/dl. A glicorraquia, até há pouco tempo considerada como correspondendo a 70-80% da glicemia, sabe-se hoje variar desde 44% até além de 100% em relação à glicemia. A coleta de sangue para dosagem de glicose deve preceder à do líquido, pois a própria punção líquórica pode causar aumento da glicemia. Tem-se proposto como “normais” em neonatos valores de glicose no líquido que oscilam entre 24 a 119 mg/dl.

Alguns autores descrevem como possível em situações de normalidade manutenção desses parâmetros mais elevados até o 3º mês de vida, não implicando isso nenhuma alteração laboratorial, não indicando, portanto, nenhuma situação clínica. Isso vale mais para aqueles recém-nascidos pré-termos que têm sua idade gestacional corrigida pós-natal chegando à idade de um termo praticamente apenas no terceiro mês de vida pós-parto.

Acreditamos ser interessante adotar um único padrão de normalidade de valores do líquido no recém-nascido termo e pré-termo para evitar erros na interpretação dos resultados. Adotaremos como padrão os valores descritos no “Manual sobre Definição dos Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde em Neonatologia”, recentemente lançado (2008) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), fruto de exaustiva revisão bibliográfica sobre o assunto (Naidoo, 1968; Sarff et al, 1976; Bonadio et al, 1992; Ahmed et al, 1996; Rodriguez et al, 1990).

São eles:

	PRÉ-TERMO (±DP)	TERMO
Leucócitos (/mm ³)	≤ 15 (± 9)	≤ 20
Proteína (mg/dl)	≤ 200 (± 43)	≤ 150
Glicose (mg/dl)	> 30 (± 21)	> 30

OBS: Glicose > 30 mg/dl desde que o RN esteja com glicemia normal e o LCR ficar estocado por pouco tempo. Caso contrário, considerar como valor normal 2/3 da glicemia do RN. Não fazer diagnóstico baseado apenas na glicorraquia.

É importante descrever que atualmente ainda estão em vigor as recomendações fornecidas pelas Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita de 2005, do Ministério da Saúde do Brasil, que padronizou como sugestivos de sífilis congênita a presença de celularidade superior à 25 leucócitos/mm³ e proteína superior a 150 mg/dl no líquido de recém-nascido de termo com idade inferior a 28 dias de vida e a presença de celularidade superior a 5 leucócitos/mm³ e/ou proteína superior a 40 mg/dl em criança com idade superior a 28 dias de vida, devendo ser associadas essas alterações a outros parâmetros diagnósticos para conclusão do caso.

21. Como é realizada a pesquisa específica do *Treponema pallidum*?

Várias técnicas de demonstração direta do agente, com sensibilidade que atinge 70 a 95% , estão disponíveis e diagnosticam de modo definitivo a doença. Apesar disso, a maioria destas técnicas é trabalhosa ou requer equipamento específico, o que faz com que tais métodos diagnósticos sejam pouco utilizados na prática clínica. Deve-se lembrar que a espiroqueta não pode ser cultivada no sangue ou outros tecidos, a não ser por inoculação do tecido suspeito em coelhos e acompanhamento da sífilis nestes animais. Trata-se do teste de infectividade em coelhos que, por ser pouco prático, não é utilizado rotineiramente.

Dentre as técnicas disponíveis para a identificação direta do agente destacam-se:

Microscopia em campo escuro: os materiais das lesões treponêmicas (como a secreção nasal, o pênfigo palmo-plantar, o líquido amniótico e o cordão umbilical, entre outros), de biópsia ou necrópsia são coletados em lâminas e examinados imediatamente para a identificação da espiroqueta, tendo esse procedimento sensibilidade de 74 a 86%, com especificidade podendo alcançar 97% dependendo da experiência do avaliador. A preparação e a observação em campo escuro imediatamente após a coleta permite visualizar os treponemas móveis. É necessário pelo menos o estudo de pelo menos três lâminas do material suspeito, além da presença de um técnico experiente.

Embora o resultado negativo não afaste a doença, o resultado positivo é considerado como evidência definitiva da doença. Os fatores que diminuem a sensibilidade do teste são coleta inadequada dos espécimes, tratamento prévio ou coleta nas fases finais de evolução das lesões, quando a população de *T. pallidum* estará muito reduzida.

Com a prevalência cada vez maior de formas óligo ou assintomáticas da sífilis congênita, na qual inexitem as lesões ricas em treponemas, e a não disponibilidade do microscópio específico na maior parte das unidades neonatais, esta técnica tem sido raramente utilizada para o diagnóstico da sífilis congênita.

A técnica de imunofluorescência direta representa outra forma disponível para a identificação do *T. pallidum*, com sensibilidade (73 a 100%) e especificidade (89 a 100%) superiores à pesquisa em campo escuro. Essa técnica tem importância maior para materiais provenientes de regiões onde existem treponemas saprófitas (boca e nariz), sendo também bastante sensível para detecção da espiroqueta em cordão umbilical, órgãos e tecidos de natimortos portadores de sífilis congênita.

Tanto a microscopia em campo escuro como a imunofluorescência direta tem sua sensibilidade variável conforme a adequação da técnica de coleta dos espécimes, o tempo de evolução (carga bacteriana) da doença e condição da lesão, bem como a realização ou não de tratamento específico anterior.

Além das técnicas descritas, podem ser realizados ainda estudos histopatológicos sempre que possível. A identificação do *T. pallidum* em material de biópsia ou necropsia, por meio da coloração pela prata ou de outras colorações, é pouco sensível e específica pelo fato de artefatos técnicos e outros treponemas poderem ser confundidos com o agente da sífilis.

Mais recentemente, testes para amplificação de ácidos nucléicos, como a reação em cadeia polimerase (PCR), vêm sendo desenvolvidos e avaliados com resultados que indicam aumento da sensibilidade (91%) para o diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum*. Entretanto, esses testes, além do elevado custo e da complexidade de realização, ainda não estão disponíveis comercialmente, estando limitados a centros de pesquisa.

Ressalta-se que nas situações em que essas avaliações complementares não forem possíveis, em função da grande importância epidemiológica desta condição, o recém-nascido deve necessariamente ser tratado e acompanhado clinicamente, baseado na história clínico-epidemiológica da mãe e no diagnóstico presuntivo quando a criança apresentar sinais e/ou sintomas de sífilis congênita.

22. Baseado em todos esses dados, como então definir e classificar o diagnóstico de sífilis congênita?

O diagnóstico da sífilis congênita sempre será realizado com base na junção das avaliações clínica, laboratorial e epidemiológica. Existem critérios estabelecidos pelo *Centers for Disease Control* inicialmente descritos em 1989, e atualizados posteriormente, que foram adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil a partir de 1990, para estabelecer e classificar esse

diagnóstico. São eles:

→ Sífilis congênita confirmada

Definida com o isolamento do *Treponema pallidum* em material de lesão, placenta, cordão umbilical ou material de biópsia. Podemos incluir mais recentemente neste grupo a identificação do agente por meio do PCR, porém isso ainda não foi padronizado e estabelecido nem pelo CDC, nem pelo Ministério da Saúde como um dos critérios, devendo possivelmente ser incluído como um deles no futuro.

→ Sífilis congênita provável

Recém-nascido, independentemente das manifestações clínicas e laboratoriais, cuja mãe tem sorologia positiva para sífilis e:

- não recebeu tratamento para sífilis durante a gestação;
- recebeu tratamento incompleto com penicilina durante a gestação;
- recebeu tratamento para sífilis com penicilina nos últimos 30 dias antes do parto;
- foi tratada com outras drogas que não a penicilina, durante a gestação;
- foi adequadamente tratada para sífilis durante a gestação, mas não apresentou uma resposta sorológica documentada (queda de 4 vezes nos títulos do VDRL/RPR);
- foi adequadamente tratada antes da gestação, mas não teve um acompanhamento sorológico suficiente para descartar a presença de infecção ativa durante a gestação (queda de 4 vezes nos títulos do VDRL/RPR para mulheres com sífilis primária e secundária e títulos estáveis ou decrescentes, inferiores ou iguais a 1:4 para outras fases da sífilis).

Recém-nascido com teste treponêmico sérico positivo e qualquer uma das alterações a seguir:

- qualquer evidência clínica de sífilis congênita;
- qualquer manifestação radiológica de sífilis congênita;
- VDRL positivo no líquido;
- líquido com aumento de celularidade ou de proteínas, sem outra causa aparente;
- título do VDRL/RPR no recém-nascido 4 vezes superior ao materno;
- sorologia para sífilis ainda positiva após o sexto mês de vida ou VDRL que se mantém ou aumenta nos três primeiros meses de vida;
- FTA-Abs IgM 19S ou ELISA IgM positivo no recém-nascido.

O diagnóstico de neurosífilis no recém-nascido é de extrema importância, tanto em termos de tratamento como de acompanhamento.

Entretanto, é grande a dificuldade na afirmação de certeza da neurolues, já que as alterações líquóricas em relação às células, às proteínas e à glicose são pouco específicas e o VDRL no líquido é pouco específico. Apesar dessas controvérsias, considera-se a realização do exame líquórico imprescindível, diante de qualquer caso suspeito de sífilis congênita, com a finalidade de afirmar ou descartar a presença de neurolues. Os seguintes critérios são adotados, no período neonatal, para o diagnóstico de comprometimento do sistema nervoso central pelo *Treponema pallidum*:

→ Neurolues confirmada

Quando o VDRL do líquido é positivo, independentemente do valor do VDRL sérico.

→ Neurolues possível

quando existem alterações na celularidade e/ou no perfil bioquímico líquido, acompanhadas de VDRL sérico positivo, independente do VDRL do líquido;

quando não tenha sido possível a realização do exame líquido, em qualquer recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita confirmada ou provável;

quando a sorologia para sífilis da mãe e/ou criança é reagente e a mãe é HIV positiva.

23. Qual a relação da sífilis congênita com a aids?

A associação entre a infecção pelo HIV e pelo *Treponema pallidum* pode mudar de maneira bastante significativa a história natural da sífilis. A sífilis parece facilitar a penetração do HIV, fazendo com que o indivíduo com sífilis primária e HIV seja um eficiente transmissor da infecção pelo HIV e vice-versa. As lesões da sífilis primária e secundária podem se apresentar de forma atípica, podendo ainda os resultados laboratoriais terem também “comportamento diferente” nestas situações, com títulos de testes não treponêmicos podendo sofrer retardo na positivação ou até resultados falso-negativos em alguns casos.

Por outro lado, a presença do HIV parece acelerar a progressão para a neurolues, tendo uma ocorrência maior de sinais e sintomas neurológicos neste grupo.

Outra particularidade é a maior possibilidade de falha terapêutica com o tratamento padrão para sífilis nos pacientes coinfectados, podendo haver em gestantes uma discordância entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais esperados no seguimento, com maior demora ou mesmo a não ocorrência de queda dos títulos.

Devido a todos esses fatos, a gestante coinfetada pelo HIV e sífilis assim como seu recém-nascido necessitam de avaliação e acompanhamentos bastante criteriosos para correta condução do caso.

24. Qual o tratamento preconizado para sífilis congênita?

Apesar da raridade de estudos controlados e randomizados na literatura, a experiência mostrou que a penicilina continua sendo a droga de escolha, mostrando a absoluta superioridade em relação a outros antibióticos tanto para o tratamento da sífilis adquirida quanto da sífilis congênita. A penicilina tem ação bactericida desde que usada com doses e intervalos corretos.

Cabe lembrar que a terapêutica realizada na gestante no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. Após essa fase, a terapêutica trata o feto também. Se houver alergia materna à penicilina, o uso de drogas alternativas, como a eritromicina, não tratará a infecção fetal. Somente o esquema completo e com penicilina é considerado treponemicida para o feto durante a gestação.

Quando a criança nasce com a doença, a penicilina é de novo a droga de escolha, sendo habitualmente muito bem tolerada, com praticamente ausência de eventos adversos. A penicilina cristalina e procaína têm sido as drogas de escolha, embora alguns estudos mostrem que a penicilina cristalina determina níveis líquidos mais altos e constantes quando comparada com a procaína. A duração do tratamento é de habitualmente 10 a 14 dias, sendo este tempo satisfatório para o tratamento da sífilis congênita. As soluções compatíveis para diluição da penicilina cristalina são soro glicosado a 5 ou 10%, além do soro fisiológico, devendo ser o tempo de infusão sempre de, no mínimo, 15 minutos.

A penicilina benzatina tem pouca penetração líquida, podendo não atingir ou manter níveis treponemicidas em sistema nervoso central. Além disso, relatos de falha terapêutica com o uso de penicilina benzatina na sífilis congênita são relativamente frequentes. Dessa maneira, não se deve recomendar o uso da penicilina benzatina para tratar qualquer caso suspeito ou confirmado de sífilis congênita. Não há também indicação de uso de outros antibióticos com resultados eficazes no tratamento da sífilis congênita.

O esquema de tratamento atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde é o que se segue:

No Período Neonatal

A - RN de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente do resultado do VDRL do RN:

A 1 - se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas:

Penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, EV, de 12/12 h (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, IM, durante 10 dias;

A 2 - se houver alteração líquórica (neurossífilis):

Penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, EV, de 12/12 h (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias;

A 3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas e a sorologia for negativa no RN e garantia de acompanhamento da criança:

Penicilina G benzatina por via IM na dose única de 50.000 UI/Kg. Na impossibilidade em garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1.

B - RN de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

B 1 - se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

B 2 - se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

C - RN de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN:

C 1 - se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

C 2 - se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1 (sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

No Período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida)

Crianças com quadro clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4/4 h, e para a penicilina G procaína, de 12/12 h, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados, respeitando as doses máximas de penicilina G cristalina de 100.000UI/Kg/dia quando não há comprometimento de sistema nervoso central e 150.000UI/Kg/dia para neurolues.

Quando ocorre interrupção do tratamento (por qualquer motivo) por mais de um dia, este deverá ser reiniciado com o esquema preconizado, sendo isso válido tanto para o período neonatal como pós-natal.

Os dados da literatura científica nacional e internacional disponíveis até o momento não permitem recomendação de outro antibiótico para o tratamento da sífilis congênita, conforme já foi descrito; isso é válido também para crianças que têm o diagnóstico da sífilis congênita no transcorrer de algum outro tratamento (por exemplo ampicilina para sepse), devendo ser “desconsiderado” esse curso de antibiótico prévio (que não foi a penicilina) e iniciar o esquema preconizado para sífilis conforme recomendação acima.

25. Quais as mudanças das dosagens ou intervalos para o uso da penicilina cristalina em prematuros?

A dose da penicilina cristalina permanece inalterada neste grupo de pacientes, sendo o ajuste realizado apenas nos intervalos entre as doses. Segundo Neofax 2006, esse ajuste deve ser realizado baseando-se na idade gestacional de nascimento e a idade cronológica do recém-nascido, durante todo período neonatal (até 28 dias de vida), conforme tabela abaixo:

Idade gestacional	Idade cronológica	Intervalos entre as doses
< 29 semanas	0-28 dias	12/12h
	> 28 dias	8/8h
30-36 semanas	0-14 dias	12/12h
	> 14 dias	8/8h
37-42 semanas	0-7 dias	12/12h
	> 7 dias	8/8h

*** Existe necessidade de isolamento do paciente com sífilis congênita?**

Não há necessidade de isolamento para os recém-nascidos portadores de sífilis congênita, mas as precauções universais são muito importantes à manipulação destes pacientes. Após as primeiras 24 horas de vida após o início da antibioticoterapia, o risco de transmissão da doença é mínimo.

*** É admissível a alta de recém-nascido do berçário sem conhecimento da sorologia para sífilis materna?**

Nenhum recém-nascido deve ter alta hospitalar até que pelo menos a sorologia materna seja conhecida, já que parte considerável das sífilis maternas são diagnosticadas neste momento, o que possibilita a pesquisa e diagnóstico, com posterior tratamento da sífilis congênita.

*** Como é realizado o seguimento de controle e cura?**

Todo recém-nascido de mãe soropositiva para sífilis deve ser acompanhado por pelo menos dois anos, de acordo com os seguintes parâmetros:

recém-nascidos que não atingiram os critérios diagnósticos de sífilis congênita e, portanto, não foram tratadas no período neonatal, devem realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6 e 12 meses de vida, acompanhado de reação sorológica quantitativa não treponêmica com 3, 6 e 12 meses de vida. Aos 12 meses de vida é recomendável realizar também um teste treponêmico. Se os títulos do VDRL/RPR estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos no sexto mês ou com um ano de idade, acompanhados por um FTA-Abs negativo aos 12 meses, considera-se que o lactente não foi afetado pela sífilis congênita ou foi tratado de maneira adequada durante a vida fetal. Caso contrário, deve-se realizar a reavaliação diagnóstica e ao tratamento adequado.

recém-nascidos tratados de sífilis congênita no período neonatal devem realizar seguimento ambulatorial mensal até o 6º mês de vida e bimensal do 6º ao 12º mês, com exames clínicos minuciosos, acompanhados por reações sorológicas quantitativas não treponêmicas, realizando VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo a realização do teste quando este apresentar dois resultados repetidamente negativos. Se os títulos do VDRL/RPR estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre seis meses a um ano, considera-se que a criança foi tratada de forma adequada.

Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, ou não ocorra a queda esperada de títulos, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima e reavaliação da criança para conduta adequada. Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, também reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento se necessário.

Realizar TPHA ou FTA-Abs para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso ou a demonstração da cura.

Em toda criança com sífilis congênita, recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral até os dois anos.

Nos casos em que o LCR mostrou-se alterado, deve ser realizada uma reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo; alterações persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento; espera-se também no líquido negatificação do VDRL até o sexto mês de vida quando a criança foi adequadamente tratada.

Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

*** Como proceder frente a um recém-nascido com VDRL 1:1, tratá-lo? Acompanhá-lo?**

Frente a um recém-nascido com avaliação clínica e radiológica normal, apresentando VDRL de 1:1 é fundamental a avaliação da história materna. Caso essa mãe tenha tido sífilis na gestação adequadamente tratada, pode-se considerar essa titulação como uma "cicatriz sorológica"; não tratar o recém-nascido, mas realizar seu seguimento até negatificação do VDRL, com instituição do tratamento, caso haja qualquer mudança clínica ou laboratorial na evolução.

Entretanto, se não há dados maternos suficientes para considerar essa titulação como “cicatriz sorológica” ou por uma ausência do exame materno para comparação ou pelo fato da sífilis materna ter sido tratada muito próximo ao momento do parto, essa criança deve ser criteriosamente avaliada para possibilidade de tratamento; caso esse não seja realizado, um seguimento minucioso deve ser instituído para verificação da negatificação ou ascensão dos títulos do VDRL. Em ocorrendo a segunda possibilidade, a criança deve ser tratada já que possivelmente encontrava-se em fase muito precoce da infecção, momento em que o VDRL ainda estaria realmente baixo (1:1), com elevação sequencial. Lembrando que tratamentos de sífilis materna dentro do período de 30 dias que antecedem o parto são considerados como indicativos de tratamento inadequado da sífilis, com grande possibilidade da ocorrência de sífilis congênita.

*** Qual o prognóstico da sífilis congênita?**

O prognóstico parece estar ligado à gravidade da infecção intrauterina e à época em que o tratamento foi instituído. Quanto mais precoce tiver sido a terapêutica, menos estigmas aparecerão no desenvolvimento desta criança. O tratamento após o terceiro mês de vida pode não evitar a surdez (por comprometimento de pares cranianos), nem a ceratite intersticial, nem o aparecimento das articulações de Clutton.

*** Como é realizada a prevenção da sífilis congênita?**

A melhor prevenção da sífilis congênita é feita pelo tratamento adequado da gestante sífilítica e de seu parceiro, o que implica a necessidade, em termos mais restritos, de uma boa assistência médica à população, com garantia de acesso e frequência a um bom pré-natal. A sífilis congênita é considerada como um verdadeiro marcador da qualidade da assistência pré-natal a uma população.

A triagem sorológica para a sífilis durante a gestação e o parto é o fator mais importante para a detecção e o tratamento precoces da forma congênita da doença.

IMPORTANTE:

1 - Na Gestante com Sífilis é considerado tratamento inadequado:

- A aplicação de qualquer terapia não penicilínica
- A aplicação diferente de terapia penicilínica incompleta
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto ou
- Parceiro sexual não tratado

2 - Desafios para a Eliminação da Sífilis Congênita

- Aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal com ações integradas;
- Ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o conseqüente
- Tratamento durante o pré-natal e no momento do parto.

3 - Atenção redobrada na transmissão materno infantil

O feto não deverá ser considerado como tratado se o tratamento da mãe não tiver sido realizado com penicilina, ou, se realizado nos 30 dias anteriores ao parto.

MÓDULO V- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA E CONGÊNITA

O conteúdo deste módulo foi elaborado pela Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, com base nos instrumentos técnicos do Ministério da Saúde, "Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita" e "Curso Básico de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita e Sífilis em Gestante", com vistas a atingir a meta para a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública até 2015.

O conjunto de informações deste módulo tem como objetivo orientar os profissionais envolvidos nos diversos níveis dos serviços de saúde:

- Unidades de Atenção Básica,
- Núcleos de Vigilância Hospitalar,
- Serviços de Vigilância Epidemiológica de Municípios e
- Grupo de Vigilância Epidemiológica - GVE.

Neste Módulo você vai saber:

Conceitos Básicos de Epidemiologia

Conceitos Básicos de Vigilância Epidemiológica

Como realizar a vigilância epidemiológica da Sífilis

Créditos do Módulo

Carmen Sílvia Bruniera Domingues

Maria Aparecida da Silva

Solange Eduardo Chabu Gomes

Ângela Tayra - diretor técnico de Divisão de Saúde

E-mail: epidemiologia@crt.saude.sp.gov.br

1. O que é Epidemiologia?

A epidemiologia é uma ciência que estuda a prevenção das doenças e tem importante papel no desenvolvimento e na avaliação de políticas públicas. Ela é oferecida como disciplina da saúde pública, com o objetivo de ampliar a compreensão do processo saúde-doença nas populações. Ela constitui um importante instrumento para o desenvolvimento de políticas no setor saúde, preocupando-se com o desenvolvimento de estratégias voltadas para a proteção e promoção da saúde da comunidade (Waldman, 2002). Dentre as várias definições para a epidemiologia, a de Last (1988) é uma das mais abrangentes:

“Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde.” (Last, 1988)

Por que a doença se desenvolve em algumas pessoas e não em outras?

A premissa que fundamenta a epidemiologia é que doença, moléstia e ausência de saúde não são distribuídas ao acaso em uma população. Cada um possui certas características que predispõe ou protege contra uma variedade de diferentes doenças. Essas características podem ser primariamente genéticas na origem ou serem resultantes de disposições a determinados perigos ambientais (Gordis, 2004).

2. Qual o objetivo da epidemiologia?

O principal objetivo da epidemiologia é identificar subgrupos da população que possuem alto risco para doença.

Por que devemos identificar tais grupos?

Porque nos possibilita identificar os fatores específicos ou as características que os colocam em alto risco e tentar modificar tais fatores, bem como, direcionar esforços preventivos para rastreamento e detecção precoce da doença nas populações e avaliar as medidas propostas e implantadas.

3. O que é vigilância epidemiológica?

É uma importante ferramenta metodológica para a prevenção e controle das doenças em saúde pública.

O termo **vigilância** é definido como um conjunto de ações que proporciona 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 e agravos (Ministério da Saúde, 2007).

A vigilância pode ser de dois tipos:

- **Passiva:** é a vigilância em que os dados sobre doenças são informados pelos serviços de assistência a saúde;
- **Ativa:** é um sistema em que os profissionais fazem visitas de campo, periódicas, aos serviços de saúde, inclusive laboratórios e outras fontes de notificação, para identificar novos casos de uma doença ou óbitos que ocorreram pela doença.

4. O que é doença de notificação compulsória?

É um registro que obriga e universaliza as notificações de doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causarem surtos e epidemias exigem medidas rápidas e eficazes para a sua prevenção e controle. O Sistema de Doenças de Notificação Compulsória é constituído por uma Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC) regulamentada pela Portaria nº 5, de 21 de Fevereiro de 2006 (Anexo I).

5. O que é notificação?

Notificação é a comunicação de ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde (LDNC), feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção.

6. Quem pode notificar?

A notificação é de obrigação médica, porém pode ser realizada por qualquer indivíduo, principalmente por profissional de saúde não médico.

7. Como notificar?

A notificação deve ser feita quando existe a suspeita da doença, não é necessário aguardar a confirmação para notificar. É utilizado um instrumento denominado de **Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica**.

8. Qual o sistema de informação utilizado para notificação dos agravos compulsórios?

O sistema de informação utilizado é de caráter nacional, chamado de Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN.

Atualmente, a principal fonte de dados de agravos de notificação utilizada pela vigilância epidemiológica é o SINAN. Pelos dados gerados por este sistema é possível conhecer o comportamento de uma doença, propor e avaliar as medidas de prevenção e controle e assim subsidiar as políticas públicas de saúde. Para tanto, se faz necessário o correto preenchimento da ficha de notificação e investigação epidemiológica evitando inconsistências e/ou não completude dos dados de cada agravo notificado.

O envio destas notificações ao nível nacional segue em todo país um fluxo já estabelecido. As unidades de saúde deverão notificar os agravos e enviar ao nível municipal. Das secretarias municipais, a informação segue para as respectivas secretarias regionais / Estaduais e dessas para o nível nacional (Anexo II).

9. Qual a importância da vigilância epidemiológica na transmissão vertical do HIV e da sífilis?

No que diz respeito à transmissão vertical (de mãe para filho) do HIV e da sífilis, o sistema de vigilância epidemiológica tem por objetivo acompanhar e avaliar as ações para a redução da transmissão vertical do HIV e eliminação da sífilis congênita, propondo-se a investigar as medidas de intervenção disponíveis para a redução e/ou eliminação destes agravos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Das doenças com possibilidade de transmissão vertical a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão, trazendo sérias consequências para o conceito, resultando em alguns casos em abortamento ou natimorto por sífilis.

A doença é altamente evitável desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam tomadas. Entretanto, apesar de todos os esforços, a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública, com prevalência de 1,6% no território nacional (estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país). Ressalta-se que na região Sudeste e no Estado de São Paulo foi encontrado a mesma taxa de prevalência (1,6%).

A sífilis congênita é de notificação compulsória no Brasil desde 1986 e buscando dar maior visibilidade ao problema e aprimorar as medidas de controle, em 2005 o Ministério da Saúde implantou a notificação de casos de sífilis em gestantes (Portaria nº33 de 14/07/05). Ressaltamos que no Estado de São Paulo a notificação da sífilis em gestantes é compulsória desde 2004 (Resolução SS-59 de 22/07/2004).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Nas próximas páginas você encontrará orientações para definição de casos de sífilis na gestação e sífilis congênita; instrução para o correto preenchimento das fichas de investigação epidemiológica, importância da completude e consistência das informações; fluxo para o envio das fichas de notificação, Portarias/Leis que regulamentam a obrigatoriedade das notificações; cálculos para elaboração de indicadores destes agravos e glossário com os termos utilizados em epidemiologia.

1. Qual o objetivo da vigilância da sífilis na gestação?

A principal finalidade da vigilância da sífilis na gestação é controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, e acompanhar o comportamento da infecção entre gestantes para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle.

2. Qual a definição de caso para notificação de gestante com sífilis?

Para fins de vigilância epidemiológica devem ser notificadas todas as gestantes que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica (VDRL ou RPR) positivo, com teste treponêmico (TPHA, FTA-Abs e Elisa) positivo ou não realizado.

3. Qual o instrumento de notificação / investigação que deve ser utilizado?

A ficha de notificação / investigação utilizada encontra-se no Anexo III e IV, caso o profissional não tenha disponível em seu serviço, deverá solicitar ao nível municipal. A ficha também se encontra disponível no site do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo na área da vigilância epidemiológica: www.crt.saude.sp.gov.br (Vigilância Epidemiológica – Instrumentos de Notificação) ou no site do Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.

É importante que os serviços sempre estejam atentos para qualquer mudança que o nível nacional/estadual promova na ficha epidemiológica.

Os instrumentos devem ser consistentes com o restante do país e do estado e os profissionais envolvidos na assistência e vigilância epidemiológica devem estar sempre atualizados.

4. Quais os locais de saúde que devem investigar e notificar o caso de gestante com sífilis?

As principais fontes de captação de gestante com sífilis são os serviços de pré-natal, unidades básicas de saúde, maternidades e ambulatórios materno-infantis, dentre outros que por ventura possam identificar um caso.

No pré-natal é de extrema importância que a informação referente ao tratamento realizado na mãe e seu(s) parceiro(s) esteja registrada na carteira da gestante – “3 Ds” - *Data* do tratamento, *Droga* e *Dose* utilizada.

5. Caso o serviço identifique uma gestante com sífilis que refira tratamento na gestação anterior, deve-se notificar o caso?

O profissional deve fazer a investigação clínica e epidemiológica do caso, na confirmação de uma reinfecção, o caso deverá ser novamente notificado. Para cada gestação que for identificada infecção por sífilis deverá ser efetuada a notificação.

6. Caso identifique-se uma parturiente com sífilis na maternidade, deve-se notificar a gestante com sífilis?

Faz-se necessário lembrar que neste momento a mulher deixa de ser gestante e passa a ser puérpera. Deve-se aproveitar a oportunidade para a realização do tratamento da mulher e efetuar a notificação da criança com sífilis congênita.

7. Após a notificação no serviço a quem deve ser encaminhada a ficha de sífilis na gestação?

A ficha de notificação / investigação epidemiológica deve ser enviada do serviço ao nível municipal, de acordo com a rotina estabelecida previamente, deste para o nível regional, seguindo para o estadual e nacional (Anexo II). É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta, em tempo hábil.

8. Qual o sistema utilizado para a digitação da ficha de notificação?

Utiliza-se para digitação o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) versão Net, através da CID O98.1.

9. Como ocorre a consolidação dos dados e análise destas informações?

A análise e consolidação dos dados são realizadas pelos diversos níveis da área de abrangência, ou seja, níveis municipais, estaduais e federais. É importante que seja efetuada a retroalimentação das informações, cada nível hierarquicamente superior deverá repassar as informações a fim de que cada área possa planejar suas ações.

O profissional de saúde pode obter informações sobre este agravo através do site do Programa Estadual de DST/Aids - São Paulo, Área de Vigilância Epidemiológica (www.crt.saude.sp.gov.br), que disponibiliza o banco para tabulações com o programa TABNET.

10. Como calcular a estimativa de sífilis em gestante no município?

O cálculo é realizado com base na prevalência estadual de sífilis em gestantes (estudo em maternidades, ano 2004). No Estado de São Paulo a prevalência encontrada foi de 1,6%. Este percentual deverá ser aplicado no número de nascidos vivos de cada município/região em determinado período (dados da Fundação SEADE, disponíveis no site: www.seade.gov.br).

Estimativa de Gestantes com Sífilis:

$$\text{Estimativa de Gestantes com sífilis} = \frac{\text{Número de gestantes}^* \times 1,6}{100}$$

Fonte de verificação: Fundação SEADE (*Nº de Nascidos Vivos de um determinado local em determinado período).

*Considerar a população de gestantes = número de nascidos vivos.

Exemplo:

Município Céu Azul - Ano 2005

Nº de nascidos vivos = 2.000 (considerado o nº de gestantes)

Prevalência = 1,6%

Estimativa de gestantes com sífilis no mun. Céu Azul, ano de 2005:

$$\text{Estimativa} = \frac{2.000 \times 1,6}{100} = 32 \text{ casos}$$

EXERCÍCIOS

Ler atentamente os casos abaixo relacionados e preencher a ficha de notificação de gestante com sífilis (gabarito no Anexo V).

Casos Clínicos**Caso 1 (nº da notificação 0273053)**

Maria Antônia dos Santos, filha de Maria dos Anjos Santos, branca, 21 anos (data de nascimento: 02/02/1984), do lar, natural e residente do município de Lua Azul, rua 07, casa 43. Estudou até a 3ª série do ensino fundamental. No dia 02/05/2005 chega ao posto de saúde de Lua Azul trazendo para a consulta seu filho de 2 anos e 3 meses que apresenta, há 24 horas, dor de ouvido e febre. Refere que está com atraso menstrual há 3 meses (última menstruação foi + ou - em 1º/02/2005) e enjôos matinais, que pensa estar associado à gravidez (o "teste de farmácia" foi "positivo"). Ainda não iniciou acompanhamento pré-natal por falta de tempo e também porque essa é sua 3ª gestação e, por isso, "tem experiência". As 2 gestações anteriores, transcorreram normalmente. A idade gestacional hoje é de 15 semanas e 4 dias. Aproveitando a consulta de seu filho, Maria Antônia foi acolhida, sendo solicitados e colhidos os exames de rotina e marcada consulta na agenda de pré-natal para 09/05/2005. História clínica sem particularidades. História obstétrica revela duas gestações anteriores com acompanhamento pré-natal, exames de rotina sem alterações, e anti-HIV não reagente no primeiro pré-natal e sem informação do segundo. Os bebês nasceram a termo, por via vaginal, com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e tiveram alta sem intercorrências.

Exames solicitados, sorologias para sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B e HIV, além de glicemia de jejum, tipagem sanguínea, hemograma, urina I e urinocultura.

Data de coleta: 03/05/2005

EXAMES	RESULTADO
Toxoplasmose	IgM (-), IgG (+)
Rubéola	IgM (-), IgG (+)
VDRL	Reagente (1:16)
Anti-HIV	Não reagente
Hepatite B	HBsAg (-)
Glicemia	82 mg/dl
Tipagem sanguínea	O+
Hemograma- hemoglobina	14,4 g/dl
Urina I (EAS)	Sem anormalidades
Urocultura	Ausência de crescimento bacteriano

Maria Antônia dos Santos compareceu no dia 09/05/2005 para consulta pré-natal, conforme agendado no cartão. Ao exame físico sem sinais clínicos compatíveis com sífilis. Realizando tratamento para sífilis (Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI/IM, em 3 aplicações) para a gestante e para seu parceiro.

Casos Clínicos**Caso 2 (nº da notificação 0273054)**

Claudete Floral, 17 anos, filha de Eduarda Floral, negra, moradora da favela da Caixa D'Água, conheceu seu namorado há 10 meses. No início eles transavam com camisinha, mas um mês depois já haviam abandonado esta prática. Foi com surpresa, no entanto, que Claudete descobriu algum tempo depois que estava grávida. A notícia da gravidez abalou o núcleo familiar e Claudete foi morar com parentes em Lua Azul, uma cidade do interior. Em Lua Azul, Claudete recebeu a visita do agente comunitário de saúde (Rua Avenca, nº 6), porém escondeu a gravidez. Um mês depois de chegar a Lua Azul, Claudete conheceu Valdemir por quem se apaixonou, iniciaram o namoro e relações sexuais sem preservativo. Nesse momento, ela se encontrava na 20ª semana de gestação. Poucos dias depois, ela revelou sua condição de grávida ao seu novo companheiro. Seguindo os conselhos do seu companheiro, foi ao posto de saúde de Lua Azul para uma consulta médica, em 06/04/2005. Foi observado, durante a consulta, que em sua genitália também havia lesões, tipo placas, úmidas e com certo odor. Foi realizado aconselhamento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, solicitado os exames de rotina e agendado consulta e pré-natal.

Exames solicitados: sorologias pra sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B e HIV, além de glicemia de jejum, tipagem sanguínea, hemograma, urina I e urinocultura.

Data de coleta: 06/04/2005

EXAMES	RESULTADO
Toxoplasmose	IgM (-), IgG (+)
Rubéola	IgM (-), IgG (-)
VDRL	Reagente (1:256)
Anti-HIV	Não reagente
Hepatite B	HBsAg (-)
Glicemia	82 mg/dl
Tipagem sanguínea	A-
Hemograma- hemoglobina	15,4 g/dl
Urina I (EAS)	Sem anormalidades
Urocultura	Ausência de crescimento bacteriano

No dia 13/04/2005, Claudete e seu companheiro, Valdemir Milhão, compareceram à consulta de pré-natal. Tratamento realizado para sífilis para Claudete (Penicilina G Benzatina – Duas 2.400.000 UI/IM com intervalo de 7 dias) e Valdemir (Penicilina G Benzatina – Duas 2.400.000 UI/IM com intervalo de 7 dias).

Casos Clínicos**Caso 3 (nº da notificação 0273055)**

Maria Assunção Lima, branca, 26 anos (data de nascimento: 06/06/1978), recepcionista, residente na Rua Castro Alves, nº 123, bairro São José, município de Céu Claro, estudou até a 4ª série do primeiro grau; faz o pré-natal no posto de saúde do município de Lua Azul. Durante o pré-natal na primeira consulta foi diagnosticado sífilis, VDRL=1:32, amostra coletada em 05/10/2004. Paciente refere ter iniciado tratamento com Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, no dia 26//11/2004 (cartão pré-natal). Não retornou para dar continuidade ao pré-natal. Tomou uma dose de penicilina benzatina e o parceiro não foi tratado.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA

11. Qual o objetivo da vigilância da sífilis congênita?

O objetivo desta vigilância é desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade e conhecer o perfil epidemiológico desse agravo no Brasil e suas tendências, visando às ações de prevenção e controle.

12. Quais os critérios para desencadear a investigação da sífilis congênita?

A investigação da sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações:

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

13. Como identifico um caso de sífilis congênita a ser notificado?

Os casos a serem notificados dependem dos critérios de definição de caso. São quatro os critérios que compõem a definição de caso de sífilis congênita (Ministério da Saúde, 2005).

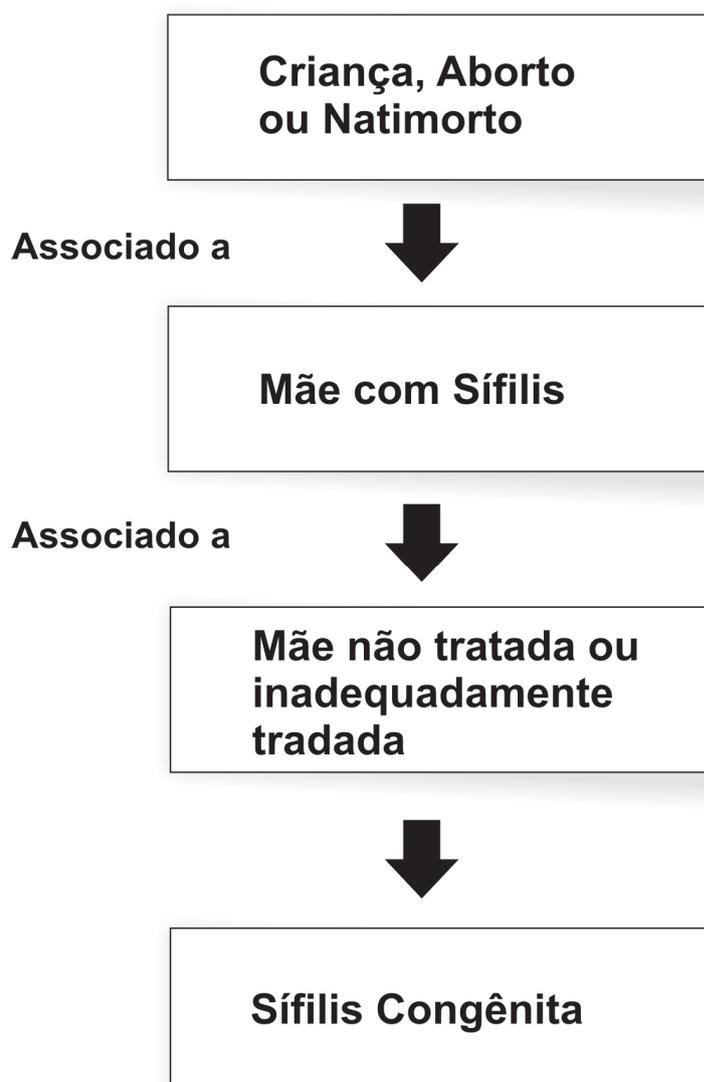
Importante:

É importante lembrar que os critérios de definição de caso para notificação são diferentes dos critérios para definição de tratamento de criança com sífilis congênita.

* Evidência sorológica na gestante: VDRL reagente associado a exame confirmatório sem história de diagnóstico ou tratamento prévio; na impossibilidade de realização de testes confirmatórios ou exigüidade de tempo para sua realização em relação à data provável do parto, considerar apenas o resultado do teste não-treponêmico para a definição diagnóstica e conseqüente tratamento.

Primeiro Critério (Fluxograma 1):

Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

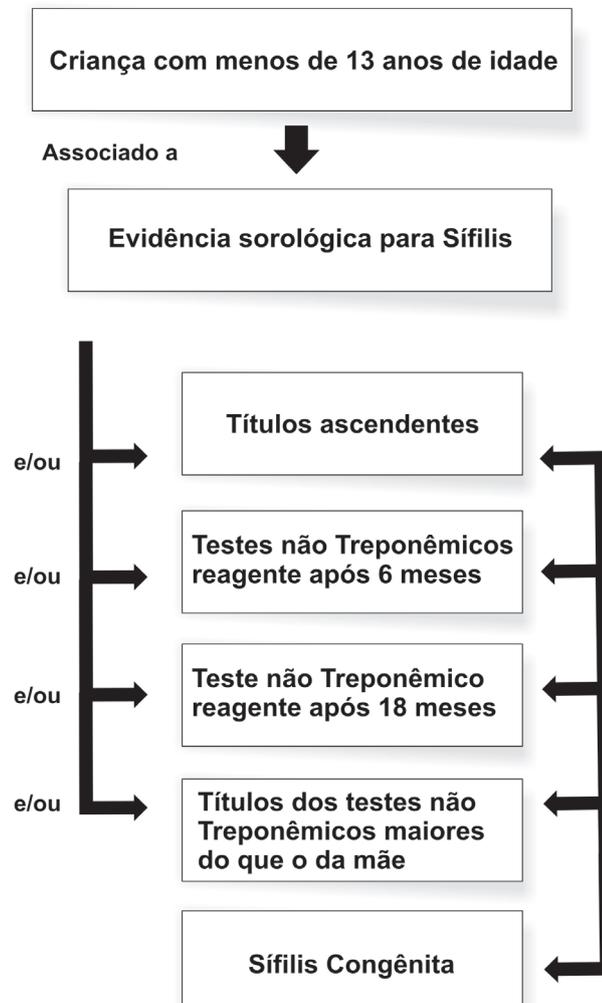


Segundo Critério (Fluxograma 2):

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas:

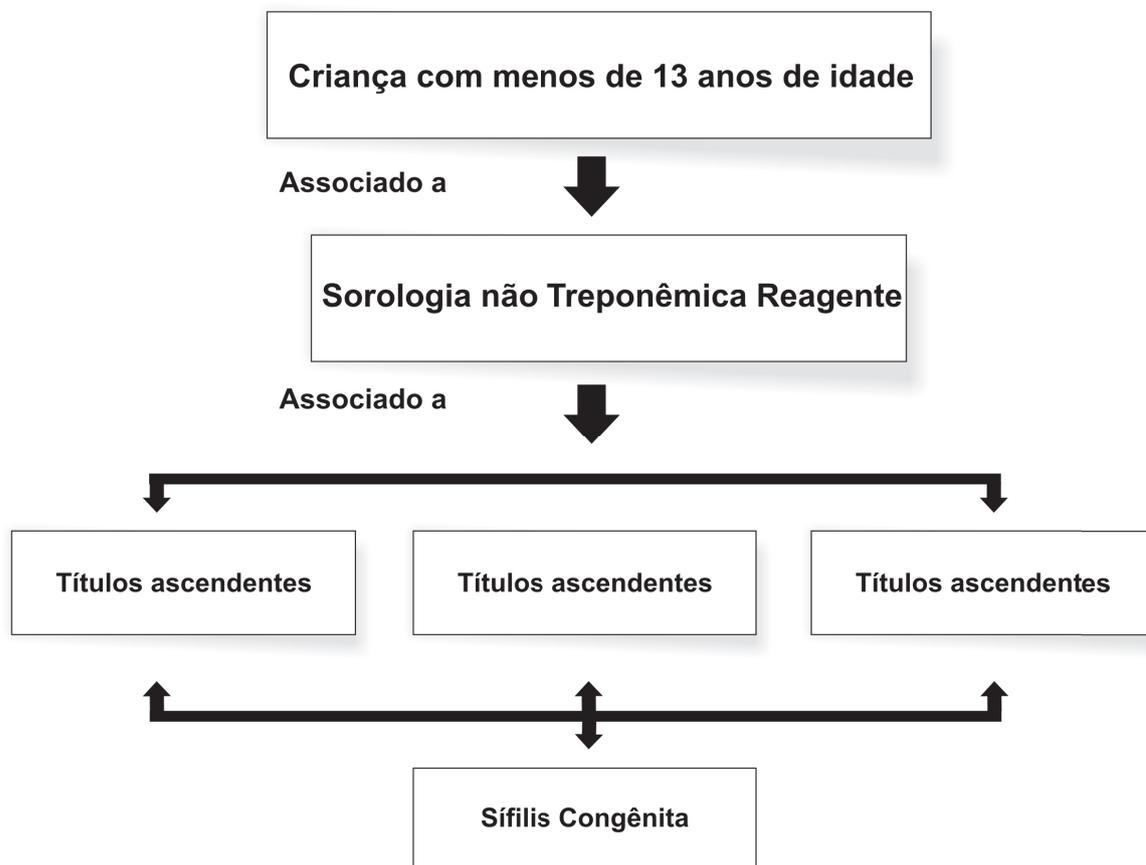
- Titulações ascendentes em testes não treponêmicos (VDRL ou RPR); e/ou
- Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
- Testes treponêmicos (TPHA, FTA-abs, Elisa) reagentes após 18 meses de idade; e/ou
- Títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica, apenas deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.



Terceiro Critério (Fluxograma 3):

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica e/ou líquórica e/ou radiológica de sífilis congênita.



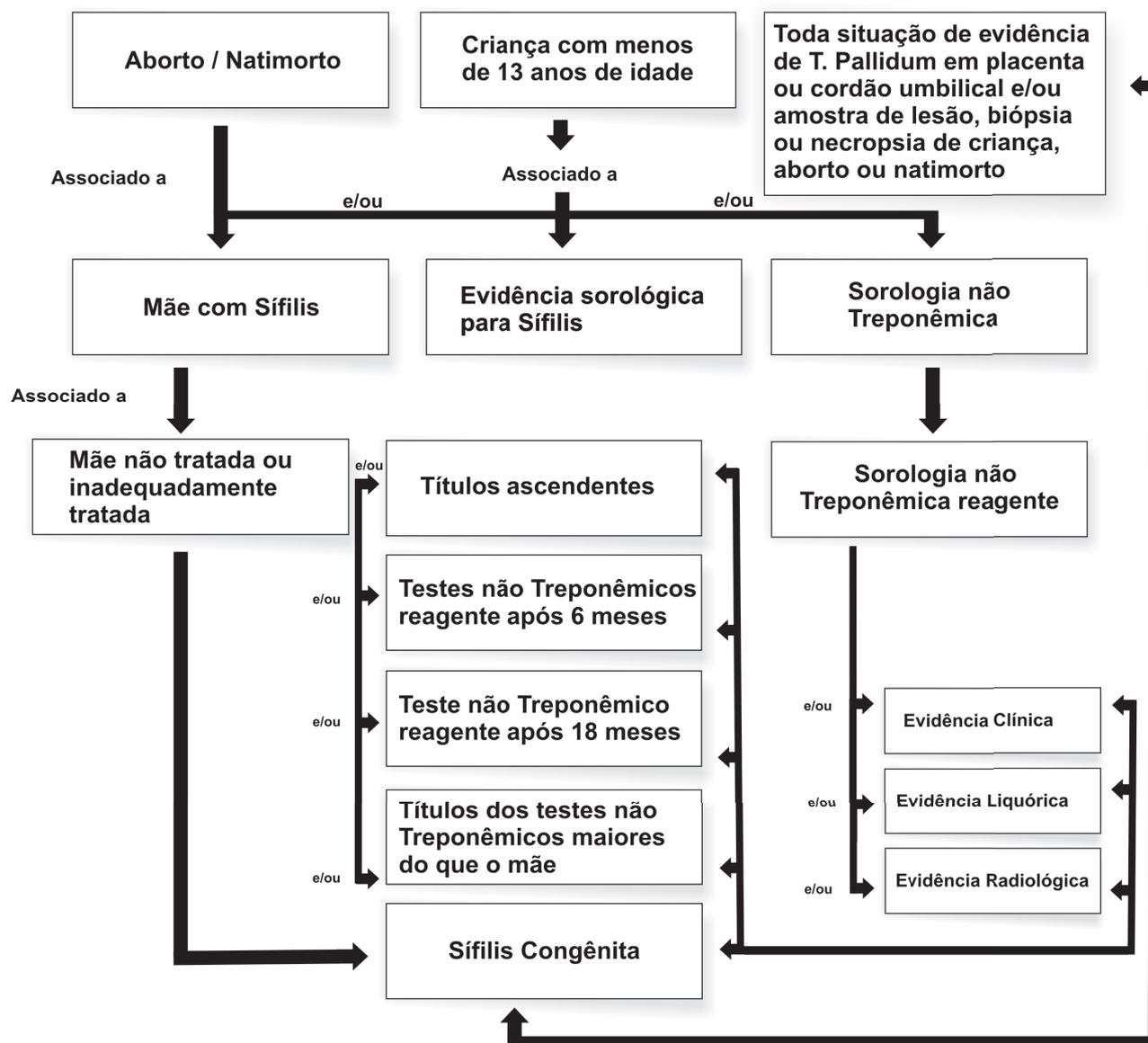
Quarto Critério (Fluxograma 4):

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos



Sífilis Congênita



14. Quais os serviços que devem notificar os casos de sífilis congênita?

As principais fontes notificadoras de sífilis congênita são as maternidades (onde se realiza a triagem para sífilis na admissão para o parto ou curetagem) e ambulatórios pediátricos (onde se realizam a puericultura), principalmente para crianças que nasceram de parto domiciliar ou não foram diagnosticadas na maternidade. Lembrar que nas unidades básicas de saúde, onde se realizam o pré-natal, deverá ser realizado a notificação da gestante com sífilis.

15. Quais são os passos da investigação de um caso suspeito de sífilis congênita?

O primeiro passo é identificar a gestante e/ou puérpera portadora de sífilis. Os passos seguintes visam à investigação completa e necessitam de informações do pré-natal, tratamento anterior e seguimento sorológico da mãe e do(s) parceiro(s), exames físico, laboratoriais e radiológicos da criança. Caso se confirme qualquer um dos critérios de definição de caso, este deve ser notificado.

16. Qual o instrumento de notificação / investigação que deve ser utilizado para investigação de sífilis?

A ficha de notificação / investigação utilizada encontra-se no Anexo VI e VII, caso o profissional não tenha disponível em seu serviço, deverá solicitar ao nível municipal. A ficha também se encontra disponível no site do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, na área de Vigilância Epidemiológica: www.crt.saude.sp.gov.br ou no site do Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.

É importante que os serviços sempre estejam atentos para qualquer mudança que o nível nacional promova na ficha para que as informações sejam sempre consistentes com o restante do país, como também o conhecimento da ficha pelo profissional.

17. Após a notificação no serviço, a quem deve ser encaminhada a ficha epidemiológica?

A ficha de notificação / investigação deve ser enviada ao nível municipal, que deve estabelecer com os serviços as rotinas para este envio. A informação que a notificação foi realizada deve constar, assim como o tratamento prescrito, no encaminhamento para o serviço de referência, que irá acompanhar a criança.

18. Qual o sistema utilizado para a digitação da ficha de notificação?

Utiliza-se para digitação o sistema de informação de Agravos de notificação (SINAN) na versão Net, através do código A 50.9 – sífilis congênita.

19. Como ocorre a consolidação dos dados e análise destas informações?

A análise e consolidação dos dados são realizadas pelos diversos níveis da área de abrangência, ou seja, municipal, estadual e federal.

É importante que os níveis responsáveis repassem estas informações para os serviços para que estes possam planejar suas ações.

O profissional de saúde pode obter também informações sobre este agravo através do site do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, na área de Vigilância Epidemiológica: www.crt.saude.sp.gov.br, que disponibiliza o banco para tabulações no TABNET.

20. Como elaborar os indicadores para sífilis congênita de interesse do meu município e qual sua importância?

Os indicadores de saúde são medidas (índices, proporções, taxas, razões) que procuram sintetizar o efeito de determinantes de natureza variada (sociais, econômicos, ambientais, biológicos etc.), sobre o estado de saúde de uma determinada população. Por estes indicadores é possível elaborar as ações de intervenção visando a saúde da população.

Para ser possível comparar as frequências se faz necessário transformá-las em valores relativos, isto é, em numeradores de frações, tendo denominadores fidedignos (vide exemplos). Os dados são relativos quando mostram alguma relação com outros, podendo ser expressos por taxas, proporções (índices ou razões).

Incidência: expressa o número de casos novos de uma determinada doença, durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolver a doença. A incidência mede o risco ou a probabilidade de ocorrer o evento doença na população exposta (Waldman, 2002).

Prevalência: mede a proporção de pessoas numa dada população que apresentam uma específica doença ou problema de saúde num determinado local e período. No cálculo da prevalência o numerador abrange o total de pessoas que se apresentam doentes num determinado período (casos novos e antigos) e no denominador é a população da comunidade no mesmo período (Waldman, 2002).

Razão: é uma expressão de um relacionamento entre o numerador e o denominador, onde geralmente os dois são separados. A razão pode ser calculada mediante a divisão de duas quantidades sem que exista uma relação entre o numerador e o denominador. Exemplo: razão de sexos (divisão do número de homens pelo número de mulheres (Waldman, 2007)).

Taxa: é um quociente onde existe uma relação distinta entre numerador e o denominador, pois a medida de tempo faz parte do denominador. A taxa mostra a velocidade de ocorrência de um evento no tempo. Mostra com que rapidez a doença está ocorrendo na população (Waldman, 2007 e Gordis, 2004).

Proporção: é um quociente onde obrigatoriamente o numerador está contido no denominador. Mostra qual a fração da população é afetada (Waldman, 2007).

Morbidade: representa o comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta num dado intervalo de tempo.

A magnitude da sífilis congênita sobre a população em termos de morbidade e mortalidade pode ser expressa, respectivamente, pela taxa de incidência e pela taxa de mortalidade. Estes indicadores representam a intensidade com que os casos ou as mortes por sífilis congênita ocorrem.

Para facilitar e permitir a comparação entre taxas, tanto as de morbidade quanto às de mortalidade, calculadas para diferentes locais ou para o mesmo local em diferentes períodos do tempo, utiliza-se sempre uma base comum (100, 1.000, 10.000, 100.000) que representa uma potência de 10 (10^n). Essa potência de 10 é escolhida de forma a tornar os números obtidos o mais próximo possível do inteiro, procurando aumentar as frações obtidas pela divisão, e, conseqüentemente, diminuindo o número de zeros dessas frações decimais. No caso da sífilis congênita, tem-se utilizado como base padrão nessas taxas 10^3 (1.000).

Exemplos para cálculos de indicadores sobre sífilis congênita

Taxa de incidência (TI) :

$$\text{TI} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade de um determinado local e ano}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes de um determinado local e ano}} \times 1000$$

Prevalência:

A prevalência é mais utilizada para doenças crônicas. Casos prevalentes são aqueles que estão sendo tratados (casos antigos), mais aqueles que foram descobertos ou diagnosticados (casos novos). Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença, novos e antigos, existentes, excluindo as curas, os óbitos e os doentes emigrados num determinado local e período. Esse indicador não se aplica à sífilis congênita, porque esta não é uma doença crônica.

Taxa de mortalidade (TM):

$$\text{TM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos por sífilis congênita de um determinado local e ano}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes de um determinado local e ano}} \times 10^n$$

Taxa de letalidade (TL): (representa a probabilidade de um indivíduo ir a óbito por uma determinada causa, dado que essa pessoa tem a doença)

$$\text{TL} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos por sífilis congênita de um determinado local e ano}}{\text{N}^\circ \text{ de casos de sífilis congênita neste mesmo local e ano}} \times 100$$

Além dos coeficientes, existem outras medidas do tipo proporção. Dentre elas, a mortalidade proporcional que pode ser calculada para diferentes doenças ou agravos, faixas etárias etc.

Mortalidade proporcional por sífilis congênita (MPr):

$$\text{MPr} = \frac{\text{Número de óbitos por sífilis congênita de um determinado local e ano}}{\text{Número de óbitos neste mesmo local e ano}} \times 100$$

Mortalidade perinatal por sífilis congênita (MPe)

$$\text{MPe} = \frac{\text{Nº de natimortos somados aos óbitos neonatais* precoces por sífilis congênita de um determinado local e ano}}{\text{Total de natimortos mais o total de nascidos vivos neste mesmo local e ano}} \times 100$$

* Óbitos neonatais: O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (morte entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiro sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida.

21. Como calcular a estimativa de sífilis congênita no município?

O cálculo é realizado com base na prevalência estadual de sífilis em gestantes (estudo em maternidades, ano 2004). No estado de São Paulo a prevalência encontrada foi de 1,6%. Este percentual deverá ser aplicado no número de nascidos vivos de cada município/região em determinado período (dados da Fundação SEADE, disponíveis no site: www.seade.gov.br). A taxa de transmissão da sífilis materna para o conceito varia de acordo com a fase da doença na mãe (fase primária e secundária de 100 a 90% e fase terciária = 30%). Foi padronizado pelo Programa Nacional de DST/Aids o percentual de 25% de transmissibilidade, via vertical, para elaboração da estimativa de sífilis congênita.

Estimativa de Sífilis Congênita:

Em primeiro lugar, é necessário calcular a estimativa de gestantes com sífilis.

$$\text{Estimativa de gestantes com sífilis} = \frac{\text{Número de gestantes}^* \times 1,6}{100}$$

Fonte de verificação: Fundação SEADE (Nº* de Nascidos Vivos de um determinado local em determinado período).

* Considerar a população de gestantes = número de nascidos vivos.

Exemplo:

Município Céu Azul - Ano 2005

Nº de nascidos vivos = 2.000 (considerado o nº de gestantes)

Prevalência = 1,6%

Estimativa de gestantes com sífilis no mun. Céu Azul, ano de 2005:

$$\text{Estimativa} = \frac{2.000 \times 1,6}{100} = 32 \text{ casos}$$

Em seguida, calcular o número estimado de sífilis congênita:

$$\text{Estimativa de Sífilis Congênita} = \frac{\text{N}^\circ \text{ estimado de gestantes c/ sífilis} \times 25}{100}$$

Gestantes com sífilis no mun. Céu Azul, ano de 2005 = 32 casos
Estimativa de sífilis congênita no mun. Céu Azul, ano de 2005:

$$\text{Estimativa} = \frac{32 \times 25}{100} = 08 \text{ casos}$$

EXERCÍCIOS

Ler atentamente os casos abaixo relacionados e preencher a ficha de notificação de sífilis congênita (gabarito no Anexo VIII).

Casos Clínicos

Caso 1 (nº da notificação 0273050)

Maria Assunção Lima, branca, 26 anos (data de nascimento: 06/07/1978), recepcionista, residente na Rua Castro Alves, nº 123, bairro São José, município de Céu Claro, estudou até a 4ª série do primeiro grau. Chega à maternidade Clara Nunes, localizada no município Lua Azul no dia 14/03/2005, em trabalho de parto com dilatação de 3 cm, bolsa íntegra e níveis pressóricos de 120/75 mmHg. Triagem para sífilis reagente (VDRL = 1:16, data da coleta 14/03/2005). Não foi realizado exame confirmatório.

Segundo dados do cartão da gestante, Maria Assunção realizou 4 consultas de pré-natal no posto de saúde do município de Lua Azul. Durante o pré-natal foi diagnosticada sífilis, VDRL = 1:32, amostra coletada em 05/10/2004 (na primeira consulta).

No cartão da gestante não há registro de realização de outro teste, mas há registro de tratamento com penicilina benzatina 2.4 milhões UI, IM, iniciado no dia 27/11/2004. Refere que não tomou a segunda dose do medicamento e que seu parceiro não pode comparecer ao Posto de saúde para tratamento. Recém-nascido (Maria de Fátima Lima) nasceu no dia 14/03/2005, a termo, assintomático, com 38 semanas de gestação, pesando 3.380 g.

Sorologia de sangue periférico reagente (VDRL – 1:8, data de coleta 15/03/2005), VDRL do líquido não reagente (data da coleta: 15/03/2005) e avaliação radiológica e líquórica sem alterações.

Não foi realizado sorologia treponêmica no sangue periférico.

Casos Clínicos

Caso 2 (nº da notificação 0273051)

Priscila dos Santos, 27 anos, residente na rua Alecrim, bairro Cidreira, nº 10, município de Lua Azul, casada, 1º grau completo, parceiro fixo, com história de três gestações prévias, com três partos transpélvicos, nenhum aborto (G3:P3:A0), deu entrada na maternidade municipal de Lua Azul, na 26ª semana de gestação, com quadro de sangramento vaginal e dores em baixo ventre. Evoluiu com contrações intensas. A ultrassonografia obstétrica revelou feto sem sinais vitais, volume abdominal aumentado, pesando aproximadamente 750 g. A paciente permaneceu internada durante 4 dias para a realização de curetagem (data do procedimento: 23/04/2005). Dois dias após alta, retornou ao hospital com quadro de febre, estado geral comprometido, evoluindo para óbito no terceiro dia de internação. Não foi realizado testagem para sífilis na maternidade em nenhuma das ocasiões.

No prontuário médico consta que a paciente realizou o pré-natal na unidade básica de saúde próxima de sua residência, na zona rural, a partir da 8ª semana de gestação. Foi coletado sangue para realização de exames na 1ª consulta. Porém, no cartão de consultas e exames não havia registro do resultado do VDRL. Não foi encontrado no prontuário o registro da realização de outro teste para triagem sorológica da sífilis.

O caso foi relatado para o Comitê Municipal de Mortalidade Infantil de Riachinho, que localizou os exames da paciente no Laboratório Regional: VDRL 1:64 (data da coleta: 23/12/04); tipo sanguíneo B, Rh+; anti-HIV não reagente.

A coordenadora municipal responsável pelo laboratório justificou que, “por problemas técnicos” não pode enviar o exame da paciente para a unidade básica.

Casos Clínicos

Caso 3 (nº da notificação 0273052)

A pediatra Luciana, da Unidade Básica de Saúde de Lua Azul, começou a trabalhar visitando o Orfanato Pinheiro do Sol, na rua Ernesto Che Guevara, no município de Lua Azul, em 10/01/2005. Observou que Raí Pereira Barbosa, branco, sete anos, nascido em 01/05/1998, filho de Rita Pereira Barbosa, falecida aos 16 anos de idade, morador do orfanato desde outubro de 2003, apresenta nariz em sela e lesões gomosas.

A pediatra solicitou investigação sorológica para sífilis, cujo resultado foi: VDRL = 1:8 (data da coleta: 11/02/2005). Não fez avaliação líquórica ou radiológica. O orfanato não possui nenhuma informação sobre a mãe ou outro familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ressaltar os principais itens da Resolução SS – 41 de 24/03/2005, os quais têm contribuído sobremaneira nas questões referentes à eliminação da sífilis congênita:

- No pré-natal, oferecer VDRL (1ª consulta e início do 3º trimestre);
- No parto ou curetagem, oferecer VDRL;
- Tratar gestantes e parceiros concomitantemente, mesmo que estes últimos não tenham a confirmação diagnóstica;
- Orientar quanto aos cuidados para o sexo seguro com uso de preservativos, durante e após o tratamento para evitar reinfecção;
- Considerar e avaliar a possibilidade de outras DST, incluindo as hepatites virais;
- Considerar que em pacientes portadores de HIV a coinfeção por sífilis pode induzir a efeitos adversos, como alterações nas manifestações clínicas, na resposta sorológica ou, ainda, na resposta ao tratamento de sífilis;
- Seguimento laboratorial mensal das gestantes tratadas por meio de testes sorológicos não treponêmicos quantitativos durante a gestação;

22. Anotar ou Anexar na carteira da gestante:

- Resultado e datas das sorologias;
- Tratamento realizado na gestante: droga, dose, data (“3 Ds”);
- Tratamento realizado no(s) parceiro(s): droga, dose, data (“3 Ds”);
- Orientar para que tenha a carteira em seu poder no momento do parto.

23. Quais os principais desafios?

- Aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal por meio de ações integradas;
- Ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e consequente tratamento durante o pré-natal e no momento do parto.

24. Que estratégias podem ser adotadas?

- Oferecer de maneira adequada o VDRL a 100% das gestantes;
- Tratar 100% das gestantes soropositivas ao *Treponema pallidum* e seus parceiros sexuais na rede de atenção básica;
- Investigar e informar todas as oportunidades perdidas para as devidas intervenções, quando identificados e notificados casos de sífilis congênita, para avaliação e consequente implantação e implementação das devidas ações;
- Implementar a notificação dos casos de sífilis congênita e sífilis na gestação.

25. Proposta de “check-list” para elaboração do Plano Local de Eliminação da Sífilis Congênita:

- Implementar a qualidade no atendimento à gestante, ao parceiro e ao RN: com treinamento, atualização de todos os serviços envolvidos (Atenção Básica, Maternidade, Ambulatório de Puericultura, Laboratório etc.);
- Garantir o diagnóstico e tratamento das mulheres com possíveis complicações da sífilis (aborto espontâneo, natimorto) e de seu(s) parceiro(s) sexual(is);
- Implementar o diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST;

- Estabelecer parceria com a sociedade civil organizada e com o setor privado (Saúde Suplementar) para garantia da máxima cobertura;
- Estabelecer parceria com todos os atores envolvidos nestas estratégias (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Atenção Básica, Programa de Saúde da Família - PSF, Laboratório, Sociedade Civil Organizada etc.);
- Garantir o acesso e diminuir barreiras na assistência à saúde;
- Reduzir a incidência de oportunidades perdidas na triagem da sífilis nas mulheres gestantes;
- Aumentar a porcentagem de gestantes diagnosticadas precocemente na assistência do seu pré-natal;
- Garantir o tratamento e seguimento adequado da gestante diagnosticada, assim como seu parceiro sexual.

26. Indicadores do Plano de Eliminação de Sífilis Congênita no Estado de São Paulo até 2015:

Sífilis na Gestação (SG):

Nº	Indicador	Cálculo	Parâmetro	Discussão do indicador
1	Cobertura de Notificação de sífilis na gestação (SG)	$\frac{\text{Nº de casos notificados de SG}}{\text{Nº de casos estimados de SG}} \times 100$	%	Verificar se a prevalência de 1,6% está adequada para a região. Serve como estimativa de subnotificação
2	Cobertura de Municípios com Notificação de sífilis na gestação (SG)	$\frac{\text{Nº de municípios c/ casos notificados de SG}}{645 \text{ (Nº de municípios no ESP)}} \times 100$	%	Ajuda a verificar "mun. silenciosos". Monitorar casos de SG na região.
3	Taxa de SG Tratadas	$\frac{\text{Nº de casos notificados de SG tratadas}}{\text{Nº de casos notificados de SG}} \times 100$	%	Verificar o % de tratamento da sífilis na gestante. Qualidade do pré-natal.
4	Taxa de SG Tratadas Adequadamente	$\frac{\text{Nº de casos notif. de SG tratadas adequadamente}}{\text{Nº de casos notificados de SG}} \times 100$	%	Verificar a % de tratamento adequado da sífilis na gestante. Qualidade do pré-natal.

Nº	Indicador	Cálculo	Parâmetro	Discussão do indicador
5	Taxa de Parceiros de SG Tratados	$\frac{\text{Nº de casos notif. de SG c/ parceiros tratados}}{\text{Nº de casos notificados de SG}} \times 100$	%	Verificar se o percentual de tratamento da sífilis nos parceiros. Qualidade do pré-natal.
6	Taxa de Parceiros e SG Tratados	$\frac{\text{Nº de casos de parceiros e SG tratados}}{\text{Nº de casos notificados de SG}} \times 100$	%	Verificar a % de tratamento da sífilis na gestante e seu parceiro. Qualidade do pré-natal.

Sífilis Congênita (SC):

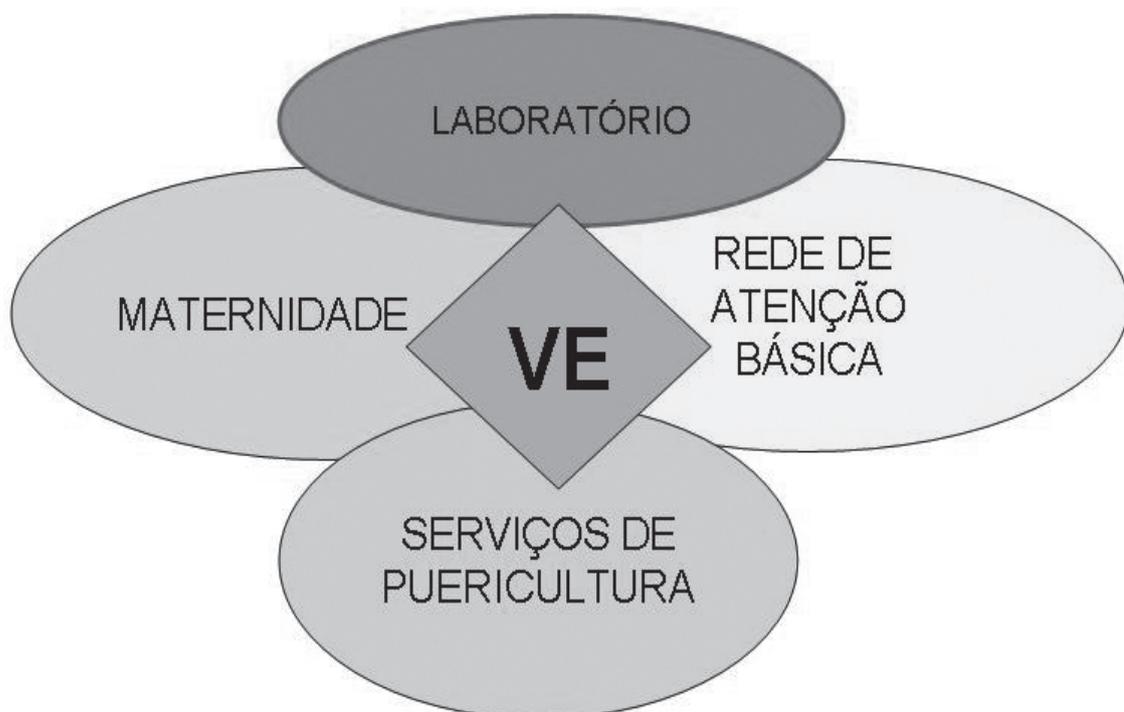
Nº	Indicador	Cálculo	Parâmetro	Discussão do indicador
1	Cobertura de Notificação	$\frac{\text{Nº de casos notificados de SC no município}}{\text{Nº de casos estimados de SC no município}} \times 100$	%	Estimativa de subnotificação e busca ativa de casos
2	Cobertura em Maternidades Notificadoras	$\frac{\text{Nº de maternidades c/ casos notificados de SC}}{\text{"XXX" (Nº de maternidades no ESP)}} \times 100$	%	Busca ativa de casos, monitoramento da vigilância da SC nas maternidades, inclusive na rede privada
3	Cobertura em Maternidades SUS Notificadoras	$\frac{\text{Nº de maternidades SUS c/ casos notificados de SC}}{\text{"XXX" (Nº de maternidades SUS no ESP)}} \times 100$	%	Monitoramento da vigilância da SC nas maternidades do SUS (busca ativa de casos e verificação da cobertura de VDRL no parto)
4	Taxa de Incidência de SC	$\frac{\text{Nº de casos de SC residentes no município em determinado ano}}{\text{Nº de NV residentes no mun. no mesmo ano}} \times 1000 \text{ NV}$	por 1000 NV	Risco de adoecer por SC no município.
5	Taxa de Incidência de SC em < 2 anos de idade	$\frac{\text{Nº de casos de SC < 2 anos de idade residente mun. em determinado ano}}{\text{Pop. < 2 anos de idade residentes no mun. no mesmo ano}} \times 1000$	por 1000 çç < 2 anos	Risco de ter SC em menor de 2 anos de idade.
6	Taxa de realização de VDRL em sangue periférico do RN	$\frac{\text{Nº de casos notif. de SC c/ VDRL realizado}}{\text{Nº de casos notificados de SC}} \times 100$	%	Avaliar qualidade da assistência prestada ao RN
7	Taxa de realização de VDRL em líquido do RN	$\frac{\text{Nº de casos notif. de SC c/ VDRL-líquor realizado}}{\text{Nº de casos notificados de SC}} \times 100$	%	Avaliar qualidade da assistência prestada ao RN
8	Taxa de realização de RX de ossos longos	$\frac{\text{Nº casos notif. de SC c/ RX ossos longo realiz.}}{\text{Nº de casos notificados de SC}} \times 100$	%	Avaliar a qualidade da assistência prestada ao RN
9	Taxa de SC Tratada	$\frac{\text{Nº de casos notificados c/ tratamento p/ SC}}{\text{Nº de casos notificados de SC}} \times 100$	%	Avaliar a qualidade da assistência prestada ao RN

Nº	Indicador	Cálculo	Parâmetro	Discussão do indicador
10	Taxa de sintomas	$\frac{\text{Nº de casos notif. de SC c/ sintomas}}{\text{Nº de casos notificados de SC}} \times 100$	%	Avaliar a especificidade e gravidade da doença
11	Taxa de abortos, natimortos e óbitos por sífilis	$\frac{\text{Nº de casos notif. aborto/natimorto/óbito}}{\text{Nº de casos notificados de SC}} \times 100$	%	Avaliar a gravidade da doença

Fonte de verificação: SINAN e Fundação SEADE

27. Por que existe a necessidade de integração entre os serviços?

É necessário estabelecer dentro das regiões, municípios e serviços de saúde uma rede de profissionais-chave envolvidos direta ou indiretamente com a vigilância epidemiológica no sentido de se ampliarem os olhares e buscarem estratégias conjuntas para atingir a meta de eliminação da sífilis congênita até 2015.



Como você pôde observar, o conteúdo deste Manual procurou responder as principais questões referentes à Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita. Ele não esgota o tema, mas procura ser um facilitador na rotina dos serviços de saúde.

28. Quais são os documentos e legislações utilizados na Vigilância Epidemiológica da Sífilis?

Os documentos, portarias e instrumentos sobre o processo para vigilância epidemiológica da Sífilis estão abaixo listados e encontram-se disponíveis no CD-ROM deste Guia e na Página da Internet.

Anexo I	Portaria Nº 2.472, de 31 de Agosto de 2010
Anexo II	Sistema de Notificação e Fluxo da Informação
Anexo III	Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante
Anexo IV	Instrução para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante
Anexo V	Gabarito Comentado dos Exercícios de Notificações de Sífilis na Gestação
Anexo VI	Ficha de Notificação de Sífilis Congênita
Anexo VII	Instrução para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Sífilis Congênita
Anexo VIII	Gabarito Comentado dos Exercícios de Notificações de Sífilis Congênita
Anexo IX	Documentos e Portarias que tratam da Obrigatoriedade da Notificação de Doenças de Interesse da Saúde Pública
Anexo X	Glossário
Anexo XI	Referências Bibliográficas

UNIDADE **C**

ANEXOS E REFERÊNCIAS



UNIDADE C – ANEXOS E REFERÊNCIAS

Nesta unidade apresentamos a situação – problema que se desdobra ao longo dos vários módulos deste guia, além dos documentos de referências e anexos e fixadas em todo o texto. O conjunto de informações, sistematizado ao longo deste guia, será compilado no CD-ROM.

Como espaço de suporte, para uma interação e esclarecimento de dúvidas, serão oferecidas atividades a partir da Plataforma Educacional (<http://crtdstaidssp.nucleoad.net/>).

Síntese didática C – Sintetiza o conjunto de informações que complementam e fundamentam os módulos, destaca o papel de continuidade do processo de aprendizado e da importância disto no contexto de trabalho.

Descreve o contexto da situação-problema, como eixo articulador para a sistematização das informações técnico-científicas.

GLOSSÁRIO GERAL

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DRS – Departamento Regional de Saúde

GVEs – Grupos de Vigilância Epidemiológica

CRT DST/Aids – Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

PAM – Plano de Ações e Metas

PE DST/Aids – Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo

PN DST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids

SES – Secretaria de Estado da Saúde

MS – Ministério da Saúde

ME – Ministério da Educação

SIH – Sistema Informações

SINAN – Sistema Nacional de Notificação de Agravos

UBS – Unidades Básicas de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PAM – Plano de Ações e Metas

Referências Bibliográficas e Bibliografia consultada

Apresentação

- 1.** Berman SM. Maternal Syphilis: Pathophysiology and Treatment. Bull World Health Organization 2004; 82: 433-8.
- 2.** Szwarcwald, CL. Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBDD562E2-6074-4FF5-AD12-49809803C2B5%7D/relatorio_2004_sentinela_parturiente.pdf. (acessado em 19/Mai/2006).
- 3.** Ministério da Saúde. Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1993.
- 4.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Boletim Epidemiológico do CRT DST/AIDS, CVE - ano IX, no 1, dezembro de 2007. São Paulo: Divisão de Vigilância Epidemiológica, Programa Estadual de DST/AIDS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2007.
- 5.** Ministério da Saúde. Manual de Sífilis Congênita. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2005.
- 6.** Matida LH; Gianna MC; Gonçalves A; Tayra A; Succi RCM. Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis: Avanços no Controle do HIV e Descompasso no Controle da Sífilis Congênita VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 19 a 23 de Junho de 2004
- 7.** Ministério da Saúde. Testes de Sensibilidade à Penicilina - Manual. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.
- 8.** Saraceni V, Guimarães MHSF, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saúde Pública 2005; 21:1244-50.

9. São Paulo, Nota técnica CCD 001/2007. Abordagem de parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Diário Oficial do Estado. Poder Executivo, São Paulo, SP, 29 set 2007. N 185, Seção I.

10. São Paulo. Nota técnica CCD 004/2007. Padronização da abordagem clínica e laboratorial da sífilis adquirida e congênita. Diário Oficial do Estado. Poder Executiva, São Paulo, SP, 19 dez 2007. N 238, Seção I.

Unidade A

Módulo I - Planejamento e Definição de Prioridades

1. Fekete, C. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde planejamento em saúde. p. 159- 173 (mimeo). Versão adaptada do artigo "El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos" de Adolfo Chorny (Educación Médica y Salud, v. 24, n.1, 1990).

2. Brasil, Ministério da Saúde, Centers of Diseases Control and Prevention. Sistema de Monitoramento de Indicadores Sistema de Monitoramento de Indicadores Monitoraids. Brasília, 2004.

3. Brasil, Ministério da Saúde/Centers of Diseases Control and Prevention. Oficina de capacitação em avaliação com Oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do Programa. Brasília, 2005.

Módulo II - Prevenção: os desafios da organização de serviços

1. Paula, I. A., Guibu, I. A. Org. DST/aids e rede básica: uma integração necessária, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. 137p.

2. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual DST/Aids, Ações de Prevenção às DST/aids n Rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo. 2005,35p.

C

Unidade B: Atenção e Controle da Sífilis

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Manual sobre Definição dos Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde em Neonatologia. Brasília. <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/070408.htm>. Acesso: 09/05/2008.

Ahmed AA, Salih MA, Ahmed HS. Post-endemic acute bacterial meningitis in Sudanese children. *East Afr Med.* 1996; 73: 527-532.

Barsanti C, Valdetar F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1999; 32(6): p.1-7.

Bonadio WA, Stanco L, Bruce R, Barry D, Smith D. Reference values of normal cerebrospinal fluid composition in infants ages 0 to 8 weeks. *Pediatr Infect Dis J.* 1992; 11: 589-591.

Centers for Disease Control. Congenital Syphilis – Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. New York. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/congenital-syphilis.htm>. Acesso: 28/04/2008.

Centers for Disease Control, Congenital Syphilis Case Investigation and Reporting Form Instructions. Department of Health & Human Services. National Center for HIV, STD, and TB Prevention. Atlanta, Georgia 30333.

Centers for Disease Control, Congenital Syphilis - United States, 2000. *MMWR.* 2001; 50(27): 573-577. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5027a1.htm>. Acesso: 12/05/2008.

Centers for Disease Control. Congenital Syphilis - United States, 2002. *MMWR.* 2004; 53(31): 716-719. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5331a4.htm>. Acesso: 12/05/2008.

Feigin RD. Bacterial meningitis beyond the neonatal period. In: Feigin RD & Cherry JD. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases.* 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p.401-428.

Giglio AE, Miyake RS. Meningite e meningoencefalite. In: Stape A, Troster EJ, Kimura HM, Gilio AE, Bouso A, Britto JLBC. Terapia Intensiva Pediátrica. São Paulo: Sarvier; 1998. p.192-197.

Guinsburg R, Almeida MFB. Sífilis congênita. In: Diniz EMA. Manual de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Revinter; 1994. p. 123-129.

Guinsburg R. Sífilis congênita. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LHFR, Succi RCM. Infectologia Pediátrica. 2º ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 1998. p. 323-334.

Brasil, Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST-Aids. Sífilis congênita. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DAPTBRIE.htm> Acesso: 28/04/2008.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica - Sífilis congênita. 6º ed. Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2005.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: manual de bolso. 2º ed. Brasília:Coleção DST/Aids – Série Manuais 24; 2006.

Naidoo BT., The cerebrospinal fluid in the healthy newborn infant. S Afr Med J. 1968; 42: 933-935.

Rodriguez AF, Kaplan SL, Mason EO. Cerebrospinal fluid values in the very low birth weight infant. J Pediatr. 1990; 116: 971-974.

Sarff LD, Platt LH, McCracken GH. Cerebrospinal fluid evaluation in neonates: comparison of high-risk infants with and without meningitis. J Pediatr. 1976; 88: 473-477.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Bolso: Doenças Infecciosas e Parasitárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 4a edição. 332 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Testes de Sensibilidade à Penicilina. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 766/GM, de 21 de dezembro de 2004. Resolve expandir, para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde, a realização do exame de VDRL para todas as parturientes internadas e inclui o teste rápido para o HIV na tabela SIA/SIH.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases: treatment guidelines. 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report., [s.l.], v. 51, n. RR-6, 10 may. 2002.

São Paulo. Nota Técnica CCD – 001/2007 Nº185, publicada no DOE de 29 de Setembro de 2007. Assunto: Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis

São Paulo. Nota Técnica CCD – 004/2007 Nº238, publicada no DOE de 19 de Dezembro de 2007, com Retificação Nº5, no DOE de 09 de Janeiro de 2008. Assunto: Padronização dos procedimentos laboratoriais para o diagnóstico sorológico da sífilis adquirida e congênita

São Paulo. Nota Técnica Coordenadoria de Controle de Doenças. Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. 001/2007. Nº 185 – Diário Oficial Estado de São Paulo. 29/09/07.

Osmar, R. Anais Bras. Dermatologia, 80 (3) 299-302, 2005.

Módulo V – Vigilância Edidemiológica

Last, J. A Dictionary of Epidemiology. New York, Oxford University Press, 2a. ed. , 1988.

Waldman, E A. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo, Fundação Peirópolis Ltda, 2002.

Gordis, L. Epidemiologia. Rio de Janeiro. Revinter Ltda., 2.ed, 2004.

Ministério da Saúde. Coleção DST.Aids – série Manuais 78 – 1ª edição 2007.

Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 23 fev 2006;Seção 1:43.

Ferreira, C.; Ribeiro, D.; Oliveira, E.C.; Barbosa, M.J.; Simão, M.B.G., Pinto, V. M. Informe Técnico: O Desafio da Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):184-186-ISSN:0103-4065.

Ministério da Saúde. Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008. Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão e da outras providências. Diário Oficial da União. 02 jun 2008;Seção 1:68.

Waldman, E A. A Epidemiologia em Medicina. In: Lopes, A.C. & Amato Neto, V.(editores). Tratado de Clínica Médica. 2ª ed. São Paulo:Editora Roca, 2007. v.1.

Unidade C

Brasil, Política Nacional Educação Permanente em Saúde, Portaria 198 de 13/02/2004

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde 20p. 2004.

Anexos - Módulo V

Vigilância Epidemiológica da Sífilis Adquirida e Congênita

ANEXO I - PORTARIA N.º 2.472, DE 31 DE AGOSTO DE 2010 (DOU de 1º/09/2010 Seção I)

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando os § 2º e § 3º, do art. 6º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I, do art. 8º, do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de 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;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005):

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravado: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada – Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento

extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e SMS que também deverão informar imediatamente a SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde em realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Ficam revogadas as Portarias nº 5/SVS/MS, de 21 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 38, Seção 1, pág. 34, de 22 de fevereiro de 2006, a Portaria nº 777/GM/MS de 28 de abril de 2004, publicada no DOU nº 81, Seção 1, págs 37 e 38, de 29 de abril de 2004 e a Portaria nº 2.325/GM/MS de 8 de dezembro de 2003, publicada no DOU nº.240, Seção 1, pág. 81, de 10 de dezembro de 2003.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO II - Sistema de Notificação e Fluxo da Informação

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E FLUXO DA INFORMAÇÃO

Essencialmente os dados produzidos pela VE devem ser utilizados para nortear as ações de prevenção e controle da mesma, além de subsidiar as ações programáticas da assistência ao paciente, como a logística de medicamentos, número de leitos etc.

A retroalimentação do sistema de informação é fundamental para manter a motivação e sensibilização das unidades notificantes.

O fluxo de informações no Brasil costuma ser o seguinte:

FLUXO DA INFORMAÇÃO

NÍVEL LOCAL
(UBS, CENTROS DE REFERÊNCIA, HOSPITAIS ETC.)
Consolidar, analisar e divulgar os dados.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL
(SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE)
Consolidar, analisar e divulgar os dados.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA REGIONAL
(DIRETORIAS REGIONAIS DE SAÚDE)
Consolidar, analisar e divulgar os dados.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ESTADUAL
(SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE)
Consolidar, analisar e divulgar os dados.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL
(SVS - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE)
(MINISTÉRIO DA SAÚDE)
Consolidar, analisar e divulgar os dados.

ANEXO III - Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante



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



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

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação
	2 Agravo/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		Código (CID10) O98.1
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	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 F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª 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) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	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,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		38 Título	39 Data
	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
Tratamento gestante	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			

GEST_SIF_NET

11/03/2010

COREL

MR

Sífilis em gestante Sinan NET

SVS

29/09/2008

ANEXO IV - Instrução para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante

SÍFILIS EM GESTANTE
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET – 29/09/2008

- N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
 - 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
 - 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
 - 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
 - 14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
 - 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
 - 16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
 - 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
 - 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
 - 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
 - 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
 - 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
 - 24 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
 - 25 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
 - 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)

- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da gestante ou da parturiente.

- 31 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- 32 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do local de realização do pré-natal.
- 33 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) do local de realização do pré-natal.
- 34 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) em que a gestante realizou o pré-natal.
- 35 - Informar o número do cadastro da gestante no SISPRENATAL.
- 36 - Registrar a classificação clínica para sífilis na gestação: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (*tabes dorsalis*, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.
- 37 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico preconizado para a primeira consulta de pré-natal. Entende-se como teste não treponêmicos o VDRL e o RPR;
- 38 - Informe a titulação do VDRL/RPR (ex.- 1: 32).
- 39 - Informe a data da realização do teste.
- 40 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado no pré-natal. Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody-absorption*), MHA-Tp (*Microhemagglutination Treponema pallidum Assay*), TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination Assay*), ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*).
- 41 - Informe o esquema de tratamento prescrito à gestante.
- 42 - Informe se o parceiro foi tratado concomitantemente à gestante.
- 43 - Informe o esquema de tratamento prescrito ao parceiro.
- 44 - Informe o motivo pelo qual o parceiro não foi tratado (caso não tenha sido tratado)

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

OBSERVAÇÕES:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento com penicilina completo, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado simultaneamente à gestante, de acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

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 finalização do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

ANEXO V - Gabarito Comentado dos Exercícios de Notificações de Sífilis na Gestação

GABARITO COMENTADO DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Nº Caso 1 da notificação 0273053

CAMPO 1 Tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo doença - Sífilis na Gestação

CAMPO 3 Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida

CAMPO 4 UF- SP

CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua azul

CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora) - Posto de Saúde de lua azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico - 03/05/2005 (Foi considerada esta data por ser a data que gestante realizou a coleta do VDRL, portanto nesta data já estava com sífilis).

CAMPO 8 Nome do Paciente - Maria Antonia dos santos

CAMPO 9 Data de nascimento - 02/02/1984

CAMPO 10 Idade - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.

CAMPO 11 Sexo - Feminino

CAMPO 12 Gestante – opção “2” 2 trimestre

CAMPO 13 Raça / Cor – opção “1” Branco

CAMPO 14 Escolaridade - Opção “1” (1 a 4 anos de estudos)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da Mãe - Maria dos Anjos Santos

CAMPO 17 UF SP

CAMPO 18 Município de residência - Município de Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) - Rua sete

CAMPO 22 Número – Sem número

CAMPO 23 Complemento (apto/casa) Casa 43

CAMPO 24 Geo Campo 1 –Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 -Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana

CAMPO 30 País (se residente fora do - Brasil) Brasil

CAMPO 31 Ocupação - Do Lar

CAMPO 32 UF - SP

CAMPO 33 Município de realização do pré-natal Fez pré – natal - Lua Azul

CAMPO 34 Unidade de realização do pré-natal UF - Posto de Lua Azul

CAMPO 35 n° da gestante no SISPRENATAL Município de realização do pré-natal - Em Branco (sem informação disponível relato)

CAMPO 36 classificação clínica Unidade de realização do pré-natal – opção “4” “latente” (sem informações epidemiológicas ou clinica passada, apenas a titulação não é suficiente para considerar o caso como primária, como não temos informação de quando ocorreu à infecção deve-se tratar como latente).

CAMPO 37 Teste não treponêmico no pré-natal – opção “1” Reagente

CAMPO 38 Título - 1/16

CAMPO 39 Data - 03/05/2005 (data que ocorreu a coleta)

CAMPO 40 teste não treponêmico no pré-natal - Opção “3” não realizado

CAMPO 41 Esquema de tratamento - Opção 3 Penicilina G Benzantina 7200.000 UI (tratamento correto para casos clínico latente)

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE – Local do parto - Município de Lua Azul

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

ASSINATURA -

Caso 2 - Nº da notificação 027304

CAMPO 1 Tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo /doença - Sífilis na Gestação

CAMPO 3 Data da notificação (data que a ficha de notificação for preenchida)

CAMPO 4 UF - SP

CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua azul

CAMPO 6 Unidade notificadora - Posto de Saúde de lua azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico - 06/04/2005 (Esta data foi considerada por ser a data que ela realizou a coleta do VDRL e já estava com sífilis neste momento)

CAMPO 8 Nome do Paciente - Claudete Floral

CAMPO 9 Data de Nascimento - Em branco (neste caso por não estar disponível no relato, temos apenas a idade que deverá ser informada no campo 10)

CAMPO 10 Idade - 17 anos (preenchimento obrigatório quando não tiver disponível a informação no campo 9)

CAMPO 11 Sexo - feminino

CAMPO 12 Gestante – opção “2” - 2º Trimestre (Começo do segundo trimestre)

CAMPO 13 Raça / Cor - Opção “2” Preta

CAMPO 14 Escolaridade - Opção “9” “ignorado” (já que não temos disponível esta informação no relato)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da mãe - Eduarda Floral

CAMPO 17 UF - SP

CAMPO 18 Município de residência - Município de Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro - Em branco, (neste caso por não termos esta informação disponível no relato).

CAMPO 21 Logradouro (rua avenida) - Rua Avenca

CAMPO 22 Número - 06

CAMPO 23 Complemento (apto, casa) - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato).

CAMPO 24 Geo campo 1- Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de referência - Foi acordado que neste campo deverá ser preenchido se parceiro foi tratado ou não, já que não dispomos deste campo na ficha.

CAMPO 27 Cep - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone – Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana

CAMPO 30 País (se residente fora do Brasil) - Brasil

CAMPO 31 Ocupação - Ignorado

CAMPO 32 UF - SP

CAMPO 33 Município de realização do pré-natal - Lua Azul

CAMPO 34 Unidade de realização do pré-natal UF - Posto de Lua Azul

CAMPO 35 N° da Gestante SISPRENATAL Município de realização do pré-natal - Em Branco (sem informação no relato)

CAMPO 36 Classificação clínica-Opção “2” Secundária (Informação clinica significativa com lesões de sífilis e VDRL alto sugerem fase secundária)

CAMPO 37 teste não treponêmico no pré-natal ° de Gestante no Sisprenatal - Reagente

CAMPO 38 Título Uso de - 1/256

CAMPO 39 Data - 06/04/2005 (data que ocorreu a coleta e diagnóstico clínico)

CAMPO 40 Teste treponêmico no pré-natal - Opção “3” não realizado

CAMPO 41 Esquema de tratamento - Opção 2 “Penicilina G Benzantina 4800.000 UI (tratamento correto para casos clínico secundário)”

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE - Colocar o nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

NOME - Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO - Colocar a função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

Caso 3 - Nº da notificação 00273055

CAMPO 1 Tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo / doença - Sífilis na Gestação

CAMPO 3 Data da notificação - (data que a ficha de notificação for preenchida)

CAMPO 4 UF - SP

CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua Azul

CAMPO 6 Unidade de Saúde (ou fonte notificadora) - Posto de Saúde de lua azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico - 05/10/2004 (Foi considerada esta data por ser a data que ela realizou a coleta do VDRL, portanto nesta data já estava com sífilis).

CAMPO 8 Nome do paciente - Maria Assunção lima

CAMPO 9 Data de nascimento - 06/06/1978

CAMPO 10 Idade - 26 (preenchido automaticamente no sistema quando campo 9 for preenchido de forma correta)

CAMPO 11 Sexo - feminino

CAMPO 12 Gestante - Opção “4” idade gestacional ignorada

CAMPO 13 Raça/ Cor - Opção “1” “Branca”

CAMPO 14 Escolaridade - Opção “2” (4 anos de estudo completo)

CAMPO 15 Número do cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da mãe – escrever “Ignorado” (ignorado por não dispormos desta informação no relato)

CAMPO 17 UF - SP

CAMPO 18 Município de residência - Céu Claro

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro - São José

CAMPO 21 Logradouro - Rua Castro Alves

CAMPO 22 Número - 123

CAMPO 23 Complemento (apto, casa) - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato).

CAMPO 24 Geo campo 1- Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de referência - Foi acordado que neste campo deverá ser preenchido se parceiro foi tratado ou não, já que não dispomos deste campo na ficha.

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação)

CAMPO 28 Telefone – Em branco (neste caso por não termos esta informação)

CAMPO 29 Zona – Urbana

CAMPO 30 País (se residente fora do país) - Brasil

CAMPO 31 Ocupação - Recepcionista

CAMPO 32 UF - SP

CAMPO 33 Município de realização do pré-natal - Lua Azul

CAMPO 34 Unidade de realização do pré-natal - Posto de Lua Azul

CAMPO 35 nº da gestante no SISPRENATAL - Em Branco (sem informação no caso)

CAMPO 36 classificação clínica - Opção “9” “ignorado” (Neste caso por não termos esta informação disponível no relato, informação apenas que paciente iniciou tratamento).

CAMPO 37 Teste não treponêmico no pré-natal – opção “1” Reagente

CAMPO 38 Título 1/32

CAMPO 39 Data - 05/10/2004

CAMPO 40 Teste treponêmico no pré-natal - Opção “3” não realizado

CAMPO 41 Esquema de tratamento - Opção “5” Não realizado

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE - Município de Lua Azul

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO - (Função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha)

ANEXO VI - Ficha de Notificação de Sífilis Congênita



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



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

Nº

Definição de caso:

Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente a evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema Pallidum* em placenta ou cordão umbelical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravo/doença	SÍFILIS CONGÊNITA	
	3 Código (CID10)	3 Data da Notificação	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)
Dados Complementares	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Idade da mãe	32 Raça/cor da mãe	33 Ocupação da mãe
	34 Realizou Pré-Natal nesta gestação	35 UF	36 Município de Realização do Pré-Natal
Dados do Lab. da gestante / mãe	37 Complemento (apto., casa, ...)	38 Geo campo 1	39 Geo campo 2
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	39 Código	39 Diagnóstico de sífilis materna
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem	41 Título	42 Data
Trat. da gestante / mãe	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem	44 Esquema de tratamento	45 Data do Início do Tratamento
	44 Esquema de tratamento	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante

SÍFILIS CONGÊNITA 09/01/2008 COREL MR

Sinan NET SVS 05/12/2007

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Perférico			51 Título	52 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:	
	53 Teste treponêmico (após 18 meses)				54 Data
	1-Reagente 2-Não-reagente 3-Não-realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				
	55 Teste não treponêmico - Líquor			56 Título	57 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:	
Dados Clínicos da Criança	58 Titulação ascendente			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i>	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos	
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico		63 Presença de sinais e sintomas		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento				
1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias					4 - Outro esquema _____
2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias					5 - Não realizado
3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia					9 - Ignorado
Evolução	65 Evolução do Caso				66 Data do Óbito
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado					
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome		Função	Assinatura	

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

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

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 do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

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

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

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

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 30 dias antes do parto e parceiro 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 do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

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 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança.

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

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

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

Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ANEXO VII - Instrução para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Sífilis Congênita

SÍFILIS CONGÊNITA
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO – SINAN_NET

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar a categoria ignorada.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso.

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
- 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 7- Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 8 – Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: **Filho de: (nome da mãe).** **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 9 – Data do Nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.
- 10 – Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.
- 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 12 – Campo não indicado para preenchimento.
- 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça observada: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 14 – Campo não indicado para preenchimento.
- 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 16 - Preencher com o nome completo da mãe da criança (sem abreviações).
- 17-Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
- 24- Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
- 25- Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João).
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da Mãe e da Criança

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA GESTANTE/MÃE:

- 31 - Informar a idade da mãe em anos.
- 32 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela mãe: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia); 9- Ignorado.
- 33 - Informar a atividade exercida pela mãe do paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando a mãe for desempregada. O ramo de atividade econômica da mãe refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- 34 - Preencher com a série e grau que a mãe do paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução da mãe do paciente por ocasião da notificação.
- 35 - Informar se a gestante fez o pré-natal nesta gestação.
- 36 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do município de realização do pré-natal.
- 37 - Informar o nome do município de localização da unidade de saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).
- 38 - Preencher com o nome da unidade de saúde onde a gestante realizou o pré-natal ou código correspondente.
- 39 - Informar se o diagnóstico da sífilis na mãe foi estabelecido 1- Durante o pré-natal; 2- No momento do parto/curetagem; 3- Após o parto; 4- Não foi realizado, 9- Ignorado.

DADOS LABORATORIAIS DA GESTANTE/MÃE:

- 40 – Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);

- 41 - Informar a titulação do VDRL/RPR.
42 - Informar a data de realização do teste.
43 – FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores de 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

TRATAMENTO DA GESTANTE/MÃE:

44 – Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

· É todo tratamento completo, com penicilina e adequado instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro 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 do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

45 - Anotar a data do início do tratamento materno. Ex: 06/06/2007

46 - Informar se o tratamento do(s) parceiro(s) foi (ram) realizado(s) no mesmo período que o tratamento da gestante.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA CRIANÇA:

- 47 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do nascimento, aborto ou óbito da criança.
48 - Informar o nome do município de nascimento, aborto ou óbito da criança (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).
49 - Informar o nome da Instituição de saúde onde a criança nasceu, ou ocorreu o aborto ou o óbito (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN).

DADOS DO LABORATÓRIO DA CRIANÇA:

- 50 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);
51 - Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32).
52 - Informar a data da realização do teste.
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.
54 - Informar a data da realização do teste.
55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin);
56 - Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32).
57 - Informar a data da realização do teste.
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 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).
59 - Evidência de **T. pallidum** – Registrar a identificação do **Treponema pallidum** por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 – Alteração liquorica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido do crânio.

61 - Informar se houve alteração de ossos longos na criança compatível com sífilis congênita.

DADOS CLÍNICOS DA CRIANÇA:

62 – Refere-se ao diagnóstico clínico da criança. Informar - **Não se aplica** – por ex. quando aborto ou natimorto.

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

TRATAMENTO DA CRIANÇA:

64 - Informar o esquema de tratamento prescrito para a sífilis congênita instituído ao paciente. Caso o tratamento prescrito seja diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde, seja em relação a droga utilizada ou posologia, anotar no espaço indicado.

Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita – Diretrizes para o Controle, 2005. Home page: www.aids.gov.br. Série Manuais nº 62 – PN-DST/AIDS

EVOLUÇÃO

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

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

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

66 - Preencher com a data de ocorrência do óbito. Ex. 06/08/2007.

ANEXO VIII - Instrução para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Sífilis Congênita

GABARITO COMENTADO DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA

Caso 1 - Nº da notificação 0273050

- CAMPO 1 Tipo de notificação** - Individual
- CAMPO 2 Agravo doença** - Sífilis Congênita
- CAMPO 3 Data da notificação** - (data que a ficha de notificação for preenchida)
- CAMPO 4 UF** – SP
- CAMPO 5 Município de Notificação** – Município de Lua Azul
- CAMPO 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)**- Maternidade Clara Nunes
- CAMPO 7 Data do diagnóstico** - 14/03/2005 (data de nascimento do bebê, critério 1 criança nascida de mãe com sífilis).
- CAMPO 8 Nome do Paciente** - Maria de Fátima lima
- CAMPO 9 Data de nascimento do Paciente** - 14/03/2005
- CAMPO 10 Idade** - preenchido automaticamente no sistema quando campo 9 for preenchido de forma correta. (Preenchimento obrigatório quando esta informação não estiver disponível)
- CAMPO 11 Sexo** - “F”
- CAMPO 12 Gestante** - Opção Em branco (neste caso por ser tratar de notificação de criança)
- CAMPO 13 Raça / Cor** - Opção “9” “Ignorado”
- CAMPO 14 Escolaridade** - Opção “não se aplica (neste caso como se trata de recém nascido à opção correta seria não se aplica, como não dispomos desta opção devemos escrever” não se aplica “)”
- CAMPO 15 Nº Cartão SUS** - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)
- CAMPO 16 Nome da mãe** - Maria Assunção Lima
- CAMPO 17 UF**- SP
- CAMPO 18 Município de Residência** - Céu Claro
- CAMPO 19 Distrito** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 20 Bairro** - São José
- CAMPO 21 Logradouro** (rua, avenida) - Rua Castro Alves.
- CAMPO 22 Número da casa** - 123
- CAMPO 23 Complemento (apto, casa)** Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato).
- CAMPO 24 Geo Campo 1** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 25 Geo Campo 2** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de referência -Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone – (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana

CAMPO 30 País - Brasil

CAMPO 31 – Idade da Mãe - 26 anos

CAMPO 32 Raça / Cor da mãe - Opção “1” “Branca”

CAMPO 33 Ocupação da Mãe - Recepcionista

CAMPO 34 Escolaridade - opção “2” “4 série completa”

CAMPO 35 Realizou Pré – Natal nesta Gestação - opção “1” “sim”

CAMPO 36 UF - SP

CAMPO 37 Município de Realização do Pré – Natal - Município de Lua Azul

CAMPO 38 Diagnóstico de sífilis materna- Opção “1” durante o pré – natal

CAMPO 39 Teste não treponêmico no parto/curetagem - opção “1” reagente”.

CAMPO 40 Título1/16

CAMPO 41 Data 14/03/2005

CAMPO 42 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem - opção “3” “não realizado”

CAMPO 43 Esquema de tratamento - opção “2!” Inadequado “(neste caso, apesar de médico ter prescrito corretamente, usuário não terminou tratamento e parceiro não tratado)”.

CAMPO 44 Data do início do Tratamento 26/11/2004

CAMPO 45 Parceiro (s) Tratado (s) opção “2” “não”

CAMPO 46 UF - SP

CAMPO 47 Município de nascimento – Lua Azul

CAMPO 48 Local de Nascimento (maternidade / Hospital) Maternidade Clara Nunes

CAMPO 49 Teste não treponêmico sangue periférico opção 1 “reagente”.

CAMPO 50 Título - 1/8

CAMPO 51 Data – 15/03/2005

CAMPO 52 Teste treponemico após 18 meses - opção três “não realizado (opção correta seria” não se aplica “já que se trata de recém nascido, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção, utilizar então opção 3)”.

CAMPO 53 Data – Em branco

CAMPO 54 Teste não treponêmico (Liquor) – opção “2” não reagente

CAMPO 55 Título- Em branco

CAMPO 56 Data - 15/032005

CAMPO 57 Titulação ascendente – opção “3” não realizado

CAMPO 58 Evidência de T. Pallidum – opção “3” “não realizado”.

CAMPO 59 Alteração Liquórica - opção “2” “não”

CAMPO 60 Diagnóstico radiológico da criança: Alteração no Exame dos ossos Longos – opção “2” “Não”

CAMPO 61 Critério de definição – Foi fechado por critérios 1

CAMPO 62 Esquema de tratamento Opção “9” “ignorado” (Não temos disponível no relato do caso se tratamento ocorreu)

CAMPO 63 Evolução do caso - opção 1 “Vivo”

CAMPO 64 Data do óbito - Em branco

Município / Unidade de saúde notificadora -Posto de saúde de Lua Azul – Município Lua azul

Código da Unidade de Saúde

Nome – Nome do profissional que preencheu a ficha

Função – Função do profissional que responsável pelo preenchimento da ficha.

Caso 2 - Nº da notificação 0273051

CAMPO 1 Tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo / doença - Sífilis Congênita

CAMPO 3 Data da Notificação -(data que a ficha de notificação for preenchida)

CAMPO 4 UF- SP

CAMPO 5 Município de Notificação - Município de Lua Azul

CAMPO 6 Unidade de Saúde (ou fonte notificadora) Maternidade Municipal Lua Azul (Comitê informou hospital que notificou o caso)

CAMPO 7 Data do Diagnóstico - 23/04/2005 (Caso fechado pelo critério 1 “todo Natimorto filho de mãe com evidência clinica para sífilis...), portanto data de diagnóstico = a data do parto”.

CAMPO 8 Nome do Paciente - Priscila dos Santos Natimorto

CAMPO 9 Data de Nascimento - 23/04/05 (data do parto)

CAMPO 10 Idade - preenchido automaticamente no sistema quando campo 9 for preenchido de forma correta

CAMPO 11 Sexo – “I” ignorado (neste caso por tratar-se de natimorto)

CAMPO 12 Gestante - Opção Em branco (neste caso por ser tratar de notificação de criança)

CAMPO 13 Raça / Cor – opção “9” ignorado (neste caso por tratar-se de natimorto)

CAMPO 14 Escolaridade - Opção “não se aplica (neste caso como se trata de natimorto a opção correta seria não se aplica, como não dispomos desta opção devemos escrever” não se aplica “)”.

CAMPO 15 N° do cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da mãe - Priscila dos Santos

CAMPO 17 UF- SP

CAMPO 18 Município de residência - Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro - Cidreira

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) Rua Alecrim

CAMPO 22 Número da residência - 10

CAMPO 23 Complemento (apto, casa) Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato).

CAMPO 24 Geo Campo 1- Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP- Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona - “2” opção rural

CAMPO 30 País - Brasil

CAMPO 31 Idade da mãe - 27

CAMPO 32 Raça / Cor da mãe - Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 33 Ocupação da mãe – escrever “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 34 Escolaridade - opção “4” “ensino fundamental completo”

CAMPO 35 Realização Pré – Natal opção “1” “sim”

CAMPO 36 UF - SP

CAMPO 37 Município de realização do Pré – Natal - Município de Lua Azul

CAMPO 38 Diagnóstico de sífilis materna - Opção “3” “após o parto”.

CAMPO 39 Teste não treponêmico no parto/curetagem -Opção “3” “não realizado”

CAMPO 40 Título - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 41 Data - Em branco já que exame não foi realizado

CAMPO 42 Teste confirmatório treponêmico no parto / curetagem - opção 3 “não realizado”

CAMPO 43 Esquema de tratamento - opção três “não realizado”

CAMPO 44 Data do início do tratamento - Em branco

CAMPO 45 Parceiro (s) tratado (s) Opção “2” “não” (gestante não teve acesso ao resultado)

CAMPO 46 UF- SP

CAMPO 47 Município de nascimento-Lua Azul

CAMPO 48 Local de Nascimento (maternidade/ Hospital) Maternidade Municipal de lua Azul

CAMPO 49 teste não treponemico – sangue periférico - Opção 3 “não realizado”

CAMPO 50 Título - Em branco (trata-se de natimorto)

CAMPO 51 Data – Em branco (trata-se de natimorto), opção correta seria “não se aplica”, (entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 52 teste treponêmico (após 18 meses) – opção “3” não realizado (opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 53 Data – Em branco (trata-se de natimorto)

CAMPO 54 Teste não treponêmico – Licor – opção “3” não realizado (opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 55 Título Em branco (trata-se de natimorto)

CAMPO 56 Data Em branco (trata-se de natimorto), opção correta seria “não se aplica”, (entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 57 Titulação ascendente - opção “3” não realizado (opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 58 Evidência de T. Pallidum – opção “3” não realizado (opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 59 Alteração Liquórica – opção “3” não se aplica, opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção.

CAMPO 60 Diagnóstico radiológico da criança: Alteração no Exame - opção “3” não realizado (opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção).

CAMPO 61 Critério de definição de sífilis congênita – Foi fechado por critério de definição de caso: Aborto/natimorto de mulher com evidência laboratorial de infecção pelo *treponema pallidum*

CAMPO 62 Esquema de tratamento – opção “5” “não realizado”

CAMPO 63 Evolução do caso – Em branco (trata-se de natimorto), opção correta seria “não se aplica”, entretanto instrumento não disponibiliza esta opção.

CAMPO 64 Data do óbito – Opção 2 “óbito sífilis congênita”

Município / Unidade de saúde – 23/04/2005 (data do procedimento quando constato a morte fetal)

Nome – Nome do Profissional responsável pelo preenchimento da ficha

Função – Função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

CAMPO 29 Zona – Urbana

CAMPO 30 País - Brasil

CAMPO 31 Idade da mãe – Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 32 Raça / cor - opção nove “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 33 Ocupação da mãe – escrever “ignorado”

CAMPO 34 Escolaridade Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 35 Realizou pré – natal Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 36 UF - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 37 Município de Realização do pré-natal - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 38 diagnósticos de sífilis Materna – Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 39 Teste não treponêmico - Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 40 Título – Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 41 Data – Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 42 Teste confirmatório treponêmico no parto /curetagem - opção 9 “ ignorado “(neste caso por não termos esta informação disponível no relato)”.

CAMPO 43 Esquema de tratamento - opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 44 – Data do início do tratamento - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 45 Parceiros tratados – Opção 9 (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 46 UF - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 47 Município de Nascimento – opção “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 48 Local de Nascimento – opção “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 49 teste não treponemico – sangue periférico opção 1 “sim”

Caso 3 - Nº da notificação 0273052

- CAMPO 1 Tipo de notificação** - Individual
- CAMPO 2 Agravado / doença** - Sífilis Congênita
- CAMPO 3 Data da Notificação** (data que a ficha de notificação for preenchida)
- CAMPO 4 UF**- SP
- CAMPO 5 Município de residência** - Município de Lua Azul
- CAMPO 6 Unidade de Saúde** (ou outra fonte notificadora) Unidade Básica de saúde Lua Azul
- CAMPO 7 Data do diagnóstico** 11/02/2005 (data da coleta da sorologia).
- CAMPO 8 Nome do Paciente** -Raí Pereira Barbosa
- CAMPO 9 Data de nascimento** - 01/05/1998
- CAMPO 10 Idade** - 7 anos (preenchido automaticamente no sistema quando campo 9 for preenchido de forma correta)
- CAMPO 11 Sexo** - “M”
- CAMPO 12 Gestante** - Opção Em branco (neste caso por ser tratar de notificação de criança)
- CAMPO 13 Raça/cor** - Opção 1 “branco”
- CAMPO 14 Escolaridade** – Opção “ignorado (já que criança esta em idade escolar e no caso não dispomos destas informações no relato do caso)”.
- CAMPO 15 Nº cartão SUS** - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)
- CAMPO 16 Nome da mãe** – Rita Pereira Barbosa
- CAMPO 17 UF** - SP
- CAMPO 18 Município de residência** – Lua Azul
- CAMPO 19 Distrito** Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 20 Bairro** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 21 Logradouro (rua /avenida)** - Rua Ernesto Che Guevara
- CAMPO 22 Número da residência** - sem número
- CAMPO 23 Complemento (apto, casa)** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato).
- CAMPO 24 Geo campo 1**- Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 25 Geo campo 2** Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 26 Ponto de referência** Orfanato Pinheiro do Sol
- CAMPO 27 CEP**- Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 28 Telefone** Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 50 título 1/8

CAMPO 51 Data 11/02/2005

CAMPO 52 Teste treponêmico Licor Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 53 Data - (Em branco neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 54 Teste não treponêmico – Liquórica Opção 3 “não realizado”

CAMPO 55 Título Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 56 Data Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 57 Titulação liquórica Título ascendente Opção 3 “não realizado”

CAMPO 58 Evidência T. Pallidum Opção 3 “não realizado”.

CAMPO 59 Alteração Liquórica - Opção 3 “não” realizado “

CAMPO 60 Diagnóstico Radiológico da Criança: alteração no Exame - Opção 3 “não realizado”

CAMPO 61 Critério de definição de sífilis congênita: fechado pelo critério três -Evidência laboratorial pelo TP em menores de 13 anos, excluída a transmissão sexual.

CAMPO 62 Esquema de Tratamento Opção 9 “ignorado” (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 63 Evolução do caso Opção 1 “Vivo”

CAMPO 64 Data do óbito Em branco (criança viva)

MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE – Unidade Básica de saúde

NOME - Nome do profissional que preencher a ficha

FUNÇÃO - Função do profissional que responsável pelo preenchimento da ficha.

Considerações Finais

Os exercícios propostos tiveram por objetivo não só a vivência do preenchimento da ficha pelo profissional, mas também demonstrar a importância da investigação clínico-epidemiológica do caso. Todas as informações devem constar no prontuário do paciente, favorecendo a completude e qualidade dos dados, evitando assim campos em branco e / ou ignorados na ficha de notificação.

A avaliação constante da qualidade das ações preventivas da sífilis na gestação e da sífilis congênita nos serviços de saúde depende da qualidade das notificações/investigações realizadas. Portanto, se faz necessário que os serviços estejam organizados, os profissionais capacitados e os fluxos definidos. Desta forma, teremos a garantia da qualidade das informações, contribuindo para a vigilância da sífilis congênita e sífilis na gestação.

ANEXO IX - Documentos e Portarias que tratam da Obrigatoriedade da Notificação de Doenças de Interesse da Saúde Pública

DOCUMENTOS E PORTARIAS QUE TRATAM DA OBRIGATORIEDADE DA NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS DE INTERESSE DA SAÚDE PÚBLICA

Em seu Título III - da Notificação Compulsória de Doenças - Art. 8º - dispõe:
É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como responsáveis por organizações e estabelecimentos ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas, em conformidade com o artigo 7º.

2. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 – inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional (Portaria Ministerial nº 608, de 28 de outubro de 1979) a sífilis congênita e a aids.

3. Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1246 de 1988 - enuncia os princípios éticos dos médicos para o Mercosul – pág. 94 – item 9 – Os médicos devem respeitar a legislação do País onde exercem a profissão, devendo colaborar com as autoridades sanitárias e assumir parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

4. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 – dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo no artigo 6º, a vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos e ressalta a notificação compulsória de doenças como um de seus principais instrumentos.

5. Código de Ética Médica – 1996, nos seus artigos 1; 14; 44; 102; 107 e 108, dispõe sobre a obrigatoriedade de sigilo médico e da possibilidade de quebra desse sigilo nas situações em que se deve proteger a saúde e mesmo a vida de outras pessoas (tendo aqui em vista o conceito de legítima defesa) e quando houver obrigatoriedade de notificação do caso (observe-se que nesta

última situação há obrigatoriedade de sigilo para os profissionais que trabalham com dados de notificação).

6. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 – determina diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Anexo 3, item 11: “notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva”.

7. Portaria nº 993/GM de 04 de setembro de 2000 – altera a relação de doenças de notificação compulsória incluindo a infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco.

8. Portaria nº 1943, de 18 de outubro de 2001, revogando a portaria nº 993/GM, de 4 de Setembro de 2000 – redefine a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional.

9. Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) – Capítulo III, artigo 269 – Dos crimes contra a saúde pública – Art. 269 – omissão de notificação de doença – Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena – detenção, de 6 meses a 2 anos, e multa.

10. Portaria N° 2.472, de 31 de agosto de 2010. - Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

ANEXO X - Glossário: Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita

Glossário: Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gestação e Sífilis Congênita

1. **ABORTO:** é todo produto da concepção eliminado com peso inferior a 500g ou idade da gestação inferior a 22 semanas.
2. **BIÓPSIA:** processo de retirada de tecido de um ser vivo para exame diagnóstico.
3. **BUSCA ATIVA:** busca de casos suspeitos, que se dá de forma permanente ou não; visitas periódicas do serviço de saúde em áreas silenciosas e na ocorrência de casos em municípios vizinhos.
4. **COEFICIENTE/TAXA:** relação entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer. O resultado da relação é multiplicado por uma base referencial do denominador que é potência de 10. Muito utilizado em saúde pública para indicar a relação (quociente) entre dois valores numéricos, no sentido de estimar a probabilidade da ocorrência ou não de determinado evento.
5. **COMPLETITUDE:** Levantamento da proporção de preenchimento dos campos na análise de uma base de dados.
6. **CONSOLIDAÇÃO DE DADOS:** consiste no agrupamento e distribuição dos dados segundo: número de casos; período de ocorrência, por município, localidade, bairro e rua; faixa etária; semana epidemiológica; zona urbana/rural; antecedentes vacinais; cobertura vacinal; hospitalização; complicações; coletas para amostras etc.
7. **CURETAGEM OBSTÉTRICA:** esvaziamento uterino para o tratamento de abortamentos incompletos. Método que consiste em raspar a superfície da mucosa uterina; o útero também é dilatado e um instrumento semelhante a uma colher (cureta), é introduzido pelo canal vaginal realizando a raspagem.
8. **DRS:** Direção Regional de Saúde
9. **ESPECIFICIDADE:** capacidade do procedimento de diagnose em diagnosticar corretamente a ausência de doença, quando a mesma está ausente. Verdadeiros negativos. Especificidade de um sistema de vigilância: é a capacidade que tem o sistema de excluir os não-casos (o sistema tem baixa especificidade quando as taxas de diagnósticos falso-positivos são altas).
10. **FONTES NOTIFICADORAS:** Sistemas ou serviços com possibilidade de captação de casos de notificação compulsória: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade, Fundação SEADE, SISCEL – Sistema de Controle de Exames, SICLOM – Sistema de Controle de Medicamentos, Unidade Básica de Saúde, Hospitais e Maternidade, Farmácias de Dispensação, Serviços de Saúde Especializados etc.
11. **FREQÜÊNCIA:** termo genérico utilizado em epidemiologia para descrever o número de casos de uma doença ou de outro atributo ou evento identificado na população, sem fazer distinção entre incidência ou prevalência.
12. **GVE:** Grupos de Vigilância Epidemiológica
13. **INCIDÊNCIA:** refere-se ao número de casos novos de um evento ocorrido numa população, durante um determinado período.

- 14. INCONSISTÊNCIA:** Falta coerência no preenchimento dos dados da notificação / investigação dos casos (exemplo sexo masculino em ficha de gestante com sífilis).
- 15. LETALIDADE:** número de óbitos de determinado agravo à saúde dividido pelo número de casos do agravo em questão, geralmente multiplicado por 100 (%).
- 16. LÍQUOR OU LÍQUIDO CEFALORAQUIDEANO (LCR):** líquido extracelular, incolor, transparente, alcalino não coagulável, que envolve todo o neuro-eixo (SNC), e se encontra também no seu interior.
- 17. MORTALIDADE:** relação entre o número de mortos e o de habitantes.
- 18. NATIMORTO:** feto que nasce morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas.
- 19. NECROPSIA:** investigação da causa *mortis*; exame cadavérico. Refere-se à dissecação de um cadáver, com diversos fins: educativos (aulas de anatomia, estudo anatomopatológico), ou de medicina forense, em que se pretende determinar as causas da morte.
- 20. ÓBITO NEONATAI:** morte de recém nascidos durante os primeiros 28 dias completo de vida. Podem ser classificadas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida.
- 21. PRÉ-NATAL:** acompanhamento multiprofissional fornecido à gestante para verificar e diagnosticar doenças e alterações que possam comprometer a saúde materna e fetal.
- 22. PREVALÊNCIA:** é o número total de casos existentes em um determinado local e período. É calculado através do coeficiente de prevalência, que mede a frequência ou a probabilidade de existência de casos novos e antigos da doença na população.
- 23. PROPORÇÃO:** igualdade entre duas razões. Relação de uma coisa com outra ou com um todo; relação entre as qualidades de um objeto, no que respeita à dimensão, tamanho, configuração e simetria, tendo em conta uma hipotética harmonia que existe, ou deve existir, entre elas; igualdade entre duas razões; comparação.
- 24. PUERPÉRIO:** período compreendido entre o parto e a completa recuperação anatomofisiológica da mulher; pós-parto (aproximadamente seis semanas).
- 25. TAXA (OU COEFICIENTE):** número de casos de um evento relacionado ao tamanho da população da qual ele procede.
- 26. TAXA DE LETALIDADE:** resultante da relação entre o número de óbitos decorrentes de uma determinada doença e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença. É expresso sempre em percentual.
- 27. TRANSMISSÃO VERTICAL:** transmissão da mãe para o concepto. Pode ocorrer durante a gestação, no parto, intra-parto ou no período de aleitamento.
- 28. VE- NÍVEL ESTADUAL:** Sede da Vigilância Epidemiológica do Estado
- 29. VE- NÍVEL FEDERAL:** Sede da Vigilância Epidemiológica Nacional
- 30. VE-NÍVEL MUNICIPAL:** Sede da vigilância Epidemiológica do Município

MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE SIFILIS E SÍFILIS CONGÊNITA

Neste item apresentaremos os principais materiais educativos elaborados pelo Programa Estadual de DST/Aids para uso nas ações de assistência e prevenção para a ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA.

No CD-ROM que acompanha esta publicação, estão disponibilizadas as Artes Finais dos materiais apresentados, para que assim, sejam possíveis as otimizações dos custos com impressão e criação de materiais.

Vale ressaltar que todos os materiais incluídos no CD-ROM para impressão local ou regional, são de uso público e sua utilização pode ser feita conforme as necessidades de cada município, desde que citada a fonte.

Os usos dos materiais educativos para reprodução local, consistem basicamente em:

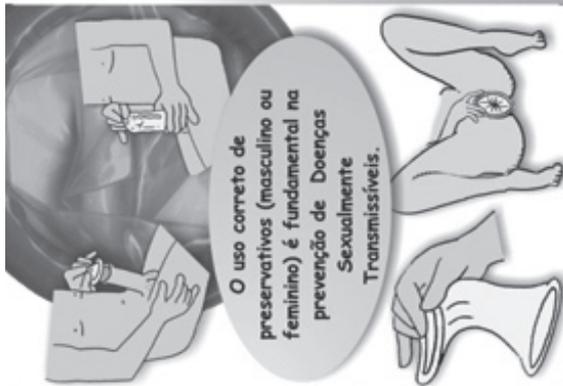
- **Reprodução Total** - Reprodução exata do material disponibilizado, com adequação apenas dos créditos e logomarcas.
- **Reprodução Parcial** - Reprodução parcial de texto e imagens, ou parte deles, quer do mesmo material, quer compondo outros materiais em elaboração. Neste caso, existe a adequação dos créditos.
- **Readequação/uso** - Texto e Imagens ou ambos extraídos dos materiais originais, para ilustrar ou compor outros materiais de produção própria.



O tratamento é gratuito em todas as unidades públicas de saúde. Parceiros (as) de pessoas com DST devem receber o mesmo tratamento.



O uso correto de preservativos (masculino ou feminino) é fundamental na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis.



LEMBRE-SE
As DST são porta de entrada para o HIV (vírus da AIDS).
Tratando as DST você também se protege do HIV.

Ligue gratuitamente:
DISQUE DST - AIDS
0800-162550



SÍFILIS

O que é Sífilis?
Doença Sexualmente Transmissível, a sífilis afeta homens e mulheres. Quando não tratada pode acarretar graves prejuízos à saúde.

Quais são os sinais e sintomas ?
Em geral, um dos primeiros sinais da doença é uma pequena ferida (cancro duro), indolor, sem secreção e bordas duras, que pode surgir no pênis, vagina, ânus ou boca. A ferida costuma desaparecer após alguns dias, mesmo sem tratamento. Entretanto, o microrganismo causador da doença continua ativo na corrente sanguínea. Após alguns meses, a sífilis volta a se manifestar. Surgem manchas em várias partes do corpo, inclusive nas palmas das mãos e solas dos pés. Estes sintomas também desaparecem sem tratamento, porém a doença continua avançando. Quando não identificada e tratada, a sífilis pode provocar: cegueira, paralisia, doenças neurológicas e problemas no coração.

Atenção
A sífilis é transmitida de mãe para filho (sífilis congênita), caso não seja realizado o diagnóstico e tratamento da doença durante a gestação. Toda grávida deve fazer pré-natal e solicitar o exame para sífilis.

Como se prevenir?
Use preservativo em todas as práticas sexuais (oral, anal, vaginal). O preservativo (masculino ou feminino) deve ser colocado desde o início da relação sexual.

Como saber se eu tenho sífilis?
Ao perceber qualquer um dos sinais ou sintomas citados, procure imediatamente um posto de saúde. Se você não apresenta nenhum sinal ou sintomas, mas teve contato sexual sem preservativo, procure um serviço de saúde para realização de exames para sífilis.

A doença tem cura?
Sim. Com diagnóstico e tratamento corretos a cura é de 100%.



COMO TRATAR EM CASO DE:

Sífilis Primária - com cancro duro:
 Penicilina benzatina - 1 série** (dose única)
 Dose total: 2.400.000 UI via IM.

Sífilis secundária - com lesões cutâneas não ulceradas e menos de um ano de evolução:
 Penicilina benzatina - 2 séries (Intervalo entre séries 7 dias)
 Dose total: 4.800.000 UI.

Sífilis terciária - sífilis com mais de um ano de evolução ou duração ignorada:
 Penicilina benzatina - 3 séries (Intervalo entre séries 7 dias)
 Dose total: 7.200.000 UI.

**1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

Fonte: Manual para controle de Sífilis Congênita. Ministério da Saúde, p. 29, 2005.

Lembre-se! **Anotar** ou **anexar** no carteira da gestante **todos os resultados, tratamento e datas, inclusive do parceiro sexual!**

Orientar para que a gestante **tenha a carteira em seu poder na hora do parto.**

NA GESTANTE COM SÍFILIS É CONSIDERADO TRATAMENTO INADEQUADO:

- A aplicação de qualquer terapia não penicilínica
- A aplicação diferente de terapia penicilínica incompleta
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto ou
- Parceiro sexual não tratado

DESAFIOS PARA A ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

- Aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal com ações integradas;
- Ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o consequente tratamento durante o pré-natal e no momento do parto.

ATENÇÃO REDOBRADA NA TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL

O feto não deverá ser considerado como tratado se o tratamento da mãe não tiver sido realizado com penicilina, ou, se realizado nos 30 dias anteriores ao parto.

Fonte: Manual para controle de Sífilis Congênita. Ministério da Saúde, p. 29, 2005.

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/Aids DE SÃO PAULO
 Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana
 São Paulo - SP - 04121-000

Disque DST/Aids - 0800 16 25 50
 E-mail: sifilis@crt.saude.sp.gov.br

Visite nossa página na Internet:
www.crt.saude.sp.gov.br

Apoiar:

Realização:

Lembre-se de diagnosticar e tratar as mulheres grávidas com sífilis. (o bebê agradece a sua mãezinha)

Sífilis Adquirida e Sífilis Congênita: Magnitude.

É urgente priorizar e dar maior visibilidade para a Sífilis Congênita, um agravo perfeitamente prevenível.

A OPS/OMS estima em 3 milhões o número de casos novos de Sífilis para a América Latina e Caribe.

No Estado de São Paulo, é de 1,6% a prevalência de Sífilis em parturientes, portanto estima-se:

- 10.400 gestantes infectadas
- 2.600 casos de Sífilis Congênita, mas somente
- 859 casos de Sífilis Congênita foram notificados.

Fonte: Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, Programa Nacional de DST/Aids, Organização Mundial de Saúde.

AÇÕES QUE GERAM IMPACTO!

- Testar todas as gestantes para a infecção pelo *Treponema pallidum*;
- Tratar adequadamente todas as gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum*, assim como seu parceiro sexual;
- Tratar todas as crianças com infecção congênita pelo *Treponema pallidum*.

MEDIDAS DE CONTROLE E RECOMENDAÇÕES: No pré-natal e no momento do parto*

* RESOLUÇÃO SS - 41 DE 24/03/2005

I - SEMPRE OFERECER O VDRL:

- Na 1ª consulta do pré-natal, e
- No início do 3º trimestre de gestação, e
- No momento do parto, e
- Em caso de Curetagem

II - TRATAMENTO:

- Tratar a Gestante e o Parceiro Sexual ao mesmo tempo
- A penicilina é a única opção terapêutica para a prevenção da Sífilis Congênita
- Controle de cura com seguimento clínico e laboratorial (VDRL)

Recomendação:
 Agendar uma consulta de pré-natal para o parceiro sexual de todas as gestantes, informando-o sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e sobre o HIV/AIDS.

Importante

- Nos pacientes portadores de HIV e co-infecção por Sífilis avaliar atentamente a possibilidade de alterações clínicas, sorológicas e terapêuticas;
- Avaliar a possibilidade de outras infecções sexualmente transmissíveis e do HIV;
- Sempre orientar a gestante e parceiro sexual nos cuidados para o sexo seguro;
- Sempre enfatizar o uso de preservativos, durante e após o tratamento, para evitar reinfecção, e
- Notificar ao Sistema de Vigilância Epidemiológica: Sífilis na Gestante e Sífilis



ACZDM - Mídia&ia



Seu filho é sua maior vitória. Comemore a saúde dele.

Durante a gravidez, a saúde do seu filho pode ser afetada pela Sífilis, que é uma doença sexualmente transmissível.

Cuide da vida do seu filho. Marque presença no posto de saúde e faça os exames.

O tratamento é fácil, rápido e garante a chegada de seu maior campeão ou campeã.

Mais informações no site www.crt.saude.sp.gov.br

Disque DST/AIDS: 0800 16 25 50



ACZDM - Mídia&ia

Você pode proteger mais do que as suas mãos alcançam.

Faça marcação cerrada e cuide da sua saúde.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser evitada com o uso da camisinha.

Faça o teste, a sífilis tem cura.

O tratamento é simples e evita a infecção da sua parceira.

Previnha-se e jogue no time da saúde.

Consulte o serviço de saúde e comemore a vitória de uma vida repleta de saúde.

www.crt.saude.sp.gov.br DISQUE DST/AIDS: 0800 16 25 50



SECRETARIA DA SAÚDE



Seu filho espera uma vida saudável.

Faça o tratamento da sífilis e garanta
o nascimento de quem você ama.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode até provocar a morte do seu bebê.

O tratamento é simples e deve ser feito por você e seu parceiro.

Faça os exames e cuide de quem mais precisa da sua atenção.

A sífilis tem cura.

Mais informações no site www.crt.saude.sp.gov.br
DISQUE DST/AIDS: 0800 16 25 50



AGC&M - Metodista





www.crt.saude.sp.gov.br



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

