



DEFINIÇÃO DE CASO:

SITUAÇÃO 1: TODO RECÉM-NASCIDO, NATIMORTO OU ABORTO DE MULHER COM SÍFILIS NÃO TRATADA OU TRATADA DE FORMA NÃO ADEQUADA.

A) VER DEFINIÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE (SITUAÇÕES 1, 2 OU 3).

B) TRATAMENTO ADEQUADO: TRATAMENTO COMPLETO PARA ESTÁGIO CLÍNICO DA SÍFILIS COM PENICILINA BENZATINA, INICIADO ANTES DOS 30 DIAS QUE ANTECEDEM O PARTO GESTANTES QUE NÃO SE ENQUADREM NESSES CRITÉRIOS SERÃO CONSIDERADAS COMO TRATADAS DE FORMA NÃO ADEQUADA.

C) PARA FINS DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA, NÃO SE CONSIDERA O TRATAMENTO DA PARCERIA SEXUAL DA MÃE.

SITUAÇÃO 2: TODA CRIANÇA COM MENOS DE 13 ANOS DE IDADE COM PELO MENOS UMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

-MANIFESTAÇÃO CLÍNICA, LIQUÓRICA OU RADIOLÓGICA DE SÍFILIS CONGÊNITA E TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE;

-TÍTULOS DE TESTE NÃO TREPONÊMICOS DO LACTENTE MAIORES DO QUE OS DA MÃE, EM PELO MENOS DUAS DILUIÇÕES DE AMOSTRAS DE SANGUE PERIFÉRICO, COLETADAS SIMULTANEAMENTE NO MOMENTO DO PARTO;

-TÍTULOS DE TESTES NÃO TREPONÊMICOS ASCENDENTES EM PELO MENOS DUAS DILUIÇÕES NO SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA;

-TÍTULOS DE TESTES NÃO TREPONÊMICOS AINDA REAGENTES APÓS SEIS MESES DE IDADE, EM CRIANÇA ADEQUADAMENTE TRATADA NO PERÍODO NEONATAL;

-TESTES TREPONÊMICOS REAGENTES APÓS 18 MESES DE IDADE, SEM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE SÍFILIS CONGÊNITA.

D) NESSA SITUAÇÃO, DEVE SER SEMPRE AFASTADA A POSSIBILIDADE DE SÍFILIS ADQUIRIDA.

E) SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA: 1, 3, 6, 12 E 18 MESES DE IDADE

SITUAÇÃO 3: EVIDÊNCIA MICROBIOLÓGICA DE INFECÇÃO PELO *TREPONEMA PALLIDUM* EM AMOSTRA DE SECREÇÃO NASAL OU LESÃO CUTÂNEA, BIÓPSIA OU NECRÓPSIA DE CRIANÇA, ABORTO OU NATIMORTO.

F) DETECÇÃO DO *TREPONEMA PALLIDUM* POR MEIO DE EXAMES DIRETOS POR MICROSCOPIA (DE CAMPO ESCURO OU COM MATERIAL CORADO).

| | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|
| DADOS GERAIS | 1) TIPO DE NOTIFICAÇÃO | | 2 - INDIVIDUAL | |
| | 2) AGRAVO / DOENÇA | | CÓDIGO (CID 10) | 3) DATA DA NOTIFICAÇÃO |
| | SÍFILIS CONGÊNITA | | A 5 0.9 | _____ |
| | 4) UF | 5) MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO | CÓDIGO (IBGE) | |
| 6) UNIDADE DE SAÚDE (OU OUTRA FONTE NOTIFICADORA) | | CÓDIGO | 7) DATA DO DIAGNÓSTICO | |
| _____ | | _____ | _____ | |

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|--------------|
| NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL | 8) NOME DO PACIENTE | | | 9) DATA DE NASCIMENTO | |
| | 10) (OU) IDADE | D - DIAS M - MESES A - ANOS | 11) SEXO | M - MASCULINO F - FEMININO I - IGNORADO | 12) GESTANTE |
| | 13) RAÇA / COR | 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO | | | |
| | 14) ESCOLARIDADE | | | | |
| 15) NÚMERO DO CARTÃO SUS | | | 16) NOME DA MÃE | | |

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|--|
| DADOS DE RESIDÊNCIA | 17) UF | 18) MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | CÓDIGO (IBGE) | 19) DISTRITO | | |
| | 20) BAIRRO | | 21) LOGRADOURO (RUA, AV., PÇA, ETC.) | | CÓDIGO | |
| | 22) NÚMERO | 23) COMPLEMENTO (CASA, APTO, ETC.) | 24) GEO CAMPO 1 | 25) GEO CAMPO 2 | | |
| | 26) PONTO DE REFERÊNCIA | | | 27) CEP | | |
| | 28) (DDD) TELEFONE | | | 29) ZONA | 30) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO BRASIL) | |
| _____ | | | 1 - URBANA 2 - RURAL 3 - URBANA / RURAL 9 - IGNORADO | _____ | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| ANTECEDENTES EPID. DA GESTANTE / MÃE | 31) IDADE DA MÃE | 32) RAÇA / COR DA MÃE | 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO | | 33) OCUPAÇÃO DA MÃE |
| | 34) ESCOLARIDADE | | | | |
| | 0 - ANALFABETO; | | 4 - ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU); | | 7 - EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA; |
| | 1 - 1ª A 4ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU); | | 5 - ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU); | | 8 - EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA; |
| | 2 - 4ª SÉRIE COMPLETA DO EF (ANTIGO PRIMÁRIO OU 1º GRAU); | | 6 - ENSINO MÉDIO COMPLETO (ANTIGO COLEGIAL OU 2º GRAU); | | 9 - IGNORADO; |
| 3 - 5ª A 8ª SÉRIE INCOMPLETA DO EF (ANTIGO GINÁSIO OU 1º GRAU); | | | | 10 - NÃO SE APLICA. | |
| 35) REALIZOU PRÉ-NATAL NESTA GESTAÇÃO | | 36) UF | 37) MUNICÍPIO DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL | | CÓDIGO (IBGE) |
| 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO | | _____ | _____ | | _____ |
| 38) UNIDADE DE SAÚDE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL | | | | | CÓDIGO |
| _____ | | | | | _____ |
| 39) DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA | | | | | _____ |
| 1 - DURANTE O PRÉ-NATAL 2 - NO MOMENTO DO PARTO / CURETAGEM 3 - APÓS O PARTO 4 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | | | _____ |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| DADOS DO LAB. DA GESTANTE | 40) TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PARTO / CURETAGEM <input type="checkbox"/> | | | 41) TÍTULO | 42) DATA | |
| | 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | 1: | | |
| 43) TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO / CURETAGEM <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | | | | |
| TRAT. GESTANTE / MÃE | 44) ESQUEMA DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> | | | 45) DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO | 46) PARCEIRO(S) TRATADO(S) CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE <input type="checkbox"/> | |
| | 1 - ADEQUADO 2 - INADEQUADO | | | | 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO | |
| 43) TESTE CONFIRMATÓRIO TREPONÊMICO NO PARTO / CURETAGEM <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | | | | |
| ANT. EPID. 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 PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> | | | 51) TÍTULO | 52) DATA | |
| | 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | 1: | | |
| | 53) TESTE TREPONÊMICO (APÓS 18 MESES) <input type="checkbox"/> | | | | | 54) DATA |
| | 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 4 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO | | | | | |
| | 55) TESTE NÃO TREPONÊMICO - LÍQUOR <input type="checkbox"/> | | | 56) TÍTULO | 57) DATA | |
| 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | | | | |
| 58) TÍTULO ASCENDENTE <input type="checkbox"/> | | | 59) EVIDÊNCIA DE <i>TREPONEMA PALLIDUM</i> <input type="checkbox"/> | | | |
| 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | |
| 60) ALTERAÇÃO LIQUÓRICA <input type="checkbox"/> | | | 61) DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE CRIANÇA: ALTERAÇÃO DO EXAME DOS OSSOS <input type="checkbox"/> | | | |
| 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | 1 - REAGENTE 2 - NÃO REAGENTE 3 - NÃO REALIZADO 9 - IGNORADO | | | |
| DADOS CLÍNICOS DA CRIANÇA | 62) DIAGNÓSTICO CLÍNICO <input type="checkbox"/> | | | 63) PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS 1 - SIM 2 - NÃO 3 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO | | |
| | 1 - ASSINTOMÁTICO 3 - NÃO SE APLICA | | | <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA |
| 2 - SINTOMÁTICO 9 - IGNORADO | | | <input type="checkbox"/> RINITE MUCO-SANGUINOLENTA | <input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA | <input type="checkbox"/> LESÕES | |
| | | | <input type="checkbox"/> PSEUDOPARALISIA | OUTRO: _____ | | |
| TRATAMENTO | 64) ESQUEMA DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 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 <input type="checkbox"/> | | | | 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(A) | MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE | | | | 70) CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE | |
| | NOME | | | | FUNÇÃO | |
| | NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS) | | | | | |
| | DATA | | ASSINATURA | | | |

INSTRUÇÕES PARA 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 ABREVIACÕES); 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 (VENERAL 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 (MICROHEMAGLUTINATION TREPONEMA PALLIDUM), TPHA (TREPONEMA PALLIDUM HEMAGLUTINATION), ELISA (ENZYME-LINKED IMMUNOSORBENT ASSAY): INDICADOS NA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E EXCLUSÃO DE RESULTADOS DE TESTES NÃO TREPONÊMICO FALSOS POSITIVOS. EM CRIANÇAS, MENORES DE 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 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) INADEQUADAMENTE, OU QUANDO NÃO SE TEM ESSA INFORMAÇÃO DISPONÍVEL.

53 - REFERE-SE AO RESULTADO DO TESTE TREPONÊMICO, CONFIRMATÓRIO, REALIZADO APÓS OS 18 MESES DE IDADE DA CRIANÇA.

INFORMAR - **NÃO SE APLICA** - QUANDO A IDADE DA CRIANÇA FOR MENOR QUE 18 MESES

58 - TITULAÇÃO ASCENDENTE - REFERE-SE À COMPARAÇÃO DOS TÍTULOS DA SOROLOGIA NÃO TREPONÊMICA DA CRIANÇA APÓS CADA TESTE REALIZADO DURANTE O ESQUEMA DE SEGUIMENTO (VDRL COM 1 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 DE CRIANÇA, CORDÃO UMBILICAL, OU NECRÓPSIAM PELA TÉCNICA DE CAMPO ESCURO, IMUNOFLUORESCÊNCIA OU OUTRO MÉTODO ESPECÍFICO.

60 - ALTERAÇÃO LIQUORÍCA - INFORMAR DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES NA CELULARIDADE E/OU PROTEÍNAS OU OUTRA ALTERAÇÃO ESPECÍFICA NO LÍQUOR DA CRIANÇA;

63 - EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA CONSULTAR O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, BRASILIA-DF.

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.