



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 077, de 23 de abril de 2020.

Dispõe sobre a Implantação do Cartão de Acompanhamento e Encaminhamento da Gestante com Sífilis, e do Cartão de Seguimento da Criança com Sífilis Congênita ou Exposta à Sífilis, integrados na Rede da Atenção Básica e Hospitais Maternidades do Estado do Tocantins.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas na Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Nota Informativa nº 2-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, que Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita;

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Ministério da Saúde, 2018;

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ministério da Saúde, 2019;

Considerando a Nota Técnica nº 4/2019/SES/SVS, que Trata das Condutas recomendadas aos profissionais da rede de atenção para manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis (adquirida, em gestante, congênita e criança exposta à sífilis), no Estado do Tocantins;

Considerando a exposição feita pela Área Técnica de IST/Aids e Hepatites Virais/Superintendência de Vigilância em Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins;

Considerando a análise, discussão da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 23 dias do mês de abril do ano de 2020.

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a Implantação dos Cartões de Acompanhamento da gestante com sífilis, sífilis congênita, e criança exposta à sífilis, integrados na Rede da Atenção Básica e Hospitais Maternidades do Estado do Tocantins.

§ 1º - O **Cartão de Acompanhamento e Encaminhamento da Gestante com Sífilis**: deverá ser preenchido e acompanhado pela equipe da atenção básica e/ou pela equipe que realizou o diagnóstico, tratamento e seguimento da gestante. **Uma cópia** desse instrumento deverá ser entregue **nas mãos da gestante, para que a mesma leve para a maternidade e entregue à equipe médica e de enfermagem**, para que a





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO

equipe médica avalie se as informações referentes ao tratamento e seguimento da gestante com sífilis estão de acordo com os critérios de tratamento adequado preconizado pelo Ministério da Saúde, evitando assim o retratamento e notificação dessa gestante e da criança exposta à sífilis.

§ 2º - O Cartão de Seguimento da Criança com Sífilis Congênita ou Exposta à Sífilis deverá ser preenchido de forma compartilhada logo após o parto, ainda na maternidade e pela equipe da atenção básica e/ou equipe que realiza o seguimento das crianças com sífilis congênita ou crianças exposta à sífilis.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

(ASSINATURA DIGITAL)

LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

**CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO E ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE COM SÍFILIS**

Nome: _____ DN: ____/____/____

Nº da notificação: _____ Data da notificação: ____/____/____

Unidade de Saúde: _____ Município do tratamento: _____

Resultados dos exames:

Data do 1º TR reagente: ____/____/____ Idade Gestacional (IG): ____ semanas

Data do 1º VDRL reagente: ____/____/____ Titulação: 1/____

Data Provável do Parto: ____/____/____

Esquema de tratamento: Penicilina Benzatina (7.200.000 UI): **SIM** () **NÃO** ()**Obs:** Tratamento preconizado conforme Nota Técnica nº 04/2019/SES/SVS. Administrar Penicilina G Benzatina, Intramuscular (IM) semanal, por 03 semanas, sendo 1.200.000 UI em cada glúteo, dose total: 7.200.000 UI.

Data aplicação Penicilina Benzatina	Gestante	Assinatura	Parceiro	Assinatura
1ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	
2ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	
3ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	

Nota: Só deixar em branco se o parceiro não realizar o tratamento.**PARCEIRO:**

Fez sorologia? () Sim () Não

TR () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

VDRL () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

FTA-Abs () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

VDRL DE SEGUIMENTO PARA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA DURANTE O PRÉ-NATAL

DATA VDRL	IG Titulação VDRL	DATA VDRL	IG Titulação VDRL	RETRATAMENTO	
				Gestante	Assinatura
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	1ª dose (2.400.000 UI)	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	2ª dose (2.400.000 UI)	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	3ª dose (2.400.000 UI)	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		

RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS - É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de **diminuição da titulação em 2 diluições** dos testes não treponêmicos em **3 meses**, ou de **4 diluições em 6 meses** após a conclusão do tratamento (ex: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16 ou em seis meses 1:4).**RETRATAMENTO:** Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; ou **Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis** em qualquer momento do seguimento.

Data do encaminhamento: ____/____/____

Assinatura / Carimbo

Fonte: 1.BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017** – DIAHV/SVS/MS de Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita; 2.BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília – DF, 2018; 3.BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília – DF, 2019. 3.TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 4/2019/SES/SVS Condutas recomendadas aos profissionais da rede de atenção para manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis (adquirida, em gestante, congênita e criança exposta à sífilis).**

Adaptado: Instrumento de seguimento de criança diagnosticada com sífilis congênita ou exposta à sífilis de Fortaleza-CE



TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

**CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO E ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE COM SÍFILIS**

Nome: _____ DN: ____/____/____

Nº da notificação: _____ Data da notificação: ____/____/____

Unidade de Saúde: _____ Município do tratamento: _____

Resultados dos exames:

Data do 1º TR reagente: ____/____/____ Idade Gestacional (IG): ____ semanas

Data do 1º VDRL reagente: ____/____/____ Titulação: 1/____

Data Provável do Parto: ____/____/____

Esquema de tratamento: Penicilina Benzatina (7.200.000 UI): **SIM** () **NÃO** ()**Obs:** Tratamento preconizado conforme Nota Técnica nº 04/2019/SES/SVS. Administrar Penicilina G Benzatina, Intramuscular (IM) semanal, por 03 semanas, sendo 1.200.000 UI em cada glúteo, dose total: 7.200.000 UI.

Data aplicação Penicilina Benzatina	Gestante	Assinatura	Parceiro	Assinatura
1ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	
2ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	
3ª dose (2.400.000 UI)	____/____/____		____/____/____	

Nota: Só deixar em branco se o parceiro não realizar o tratamento.**PARCEIRO:**

Fez sorologia? () Sim () Não

TR () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

VDRL () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

FTA-Abs () Reagente () Não Reagente () Não Realizado

VDRL DE SEGUIMENTO PARA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA DURANTE O PRÉ-NATAL

DATA VDRL	IG Titulação VDRL	DATA VDRL	IG Titulação VDRL	RETRATAMENTO	
				Gestante	Assinatura
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	1ª dose (2.400.000 UI)	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	2ª dose (2.400.000 UI)	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____	3ª dose (2.400.000 UI)	
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		
____/____/____	____ sem. 1/____	____/____/____	____ sem. 1/____		

RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS - É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de **diminuição da titulação em 2 diluições** dos testes não treponêmicos em **3 meses**, ou de **4 diluições em 6 meses** após a conclusão do tratamento (ex: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16 ou em seis meses 1:4).**RETRATAMENTO:** Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; ou **Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis** em qualquer momento do seguimento.

Data do encaminhamento: ____/____/____

Assinatura / Carimbo

Fonte: 1.BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017** – DIAHV/SVS/MS de Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita; 2.BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília – DF, 2018; 3.BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília – DF, 2019. 3.TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 4/2019/SES/SVS Condutas recomendadas aos profissionais da rede de atenção para manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis (adquirida, em gestante, congênita e criança exposta à sífilis).**

Adaptado: Instrumento de seguimento de criança diagnosticada com sífilis congênita ou exposta à sífilis de Fortaleza-CE



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



CARTÃO DE SEGUIMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS

Nome da criança: _____ Data do Nascimento ____/____/____

Nome da mãe: _____

Local do Parto: _____

Unidade de Saúde para acompanhamento: _____

Criança Exposta Sífilis Congênita (Nº Sinan: _____)

Exames do RN realizados na maternidade

VDRL ao nascer		Líquor		Raio X	
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Resultado:	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente	VDRL:	<input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Reagente	Resultado:	<input type="checkbox"/> Com Alteração <input type="checkbox"/> Sem Alteração
Titulação 1: _____		Titulação Líquor 1: _____			
Leucócitos: ____/Proteínas: ____					
Tratamento: _____					

Exames da mãe

ANTES DO PARTO				MOMENTO DO PARTO			
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
Teste Rápido:	<input type="checkbox"/> Não Reagente	VDRL:	<input type="checkbox"/> Não Reagente	Teste Rápido:	<input type="checkbox"/> Não Reagente	VDRL:	<input type="checkbox"/> Não Reagente
	<input type="checkbox"/> Reagente						
Titulação 1: ____		Titulação 1: ____					

Seguimento da criança com Sífilis Congênita ou exposta a Sífilis

1. Realizar VDRL quantitativo

	DATA VDRL	Titulação VDRL	Conduta	Assinatura CRM
1º mês		1: ____		
3º mês		1: ____		
6º mês		1: ____		
12º mês		1: ____		
18º mês		1: ____		

2. Líquor reagente ao nascer repetir a cada 06 meses até normalização (Em casos de Sífilis Congênita)

	DATA VDRL	Titulação VDRL	Conduta	Assinatura CRM
1º mês		1: ____		
3º mês		1: ____		
6º mês		1: ____		
12º mês		1: ____		
18º mês		1: ____		

FRENTE

3. Outros exames necessários:

	24º mês	18º mês	12º mês	6º mês	1º mês	
EXAMES	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	Oftalmológico Neurológico Audiológico	
DATA						
RESULTADO						
CONDUTA						
ASSINATURA CRM						

SEGUIMENTO de Criança diagnosticada com **SÍFILIS CONGÊNITA** ou **EXPOSTA À SÍFILIS**

SÍFILIS CONGÊNITA: Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada, durante o pré-natal as crianças são classificadas como sífilis congênita, independente dos resultados da avaliação clínica ou exames complementares.

- **Mãe Adequadamente tratada:**
 - ✓ Administração de **penicilina benzatina**;
 - ✓ Início do tratamento até **30 dias antes do parto**;
 - ✓ Respeito ao **intervalo recomendado** de doses;
 - ✓ Avaliação quanto ao **risco de reinfecção**;
 - ✓ Documentação de **queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições** em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada.
- Independente de histórico de tratamento materno, as crianças com resultado de VDRL maior do que o da mãe em pelo menos duas diluições (ex: mãe 1:4 RN \geq 1:16) são considerados sífilis congênita, devendo ser notificadas, investigadas, tratadas e acompanhadas quanto aos aspectos clínicos e laboratoriais.
- Realizar VDRL quantitativo, com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento **após dois exames não-treponêmicos consecutivos não reagentes**;
- Monitorar diminuição na titulação aos 03 de meses de idade e negatização aos 06 meses de idade em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;
- Reavaliar a criança e considerar retratamento ou nova investigação diante da elevação do título do VDRL, da não negatização até os 18 meses de idade ou da persistência de títulos baixos;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita semestralmente, por dois anos ou de acordo com a necessidade;
- Recomenda-se o acompanhamento odontológico, audiológica e oftalmológica do paciente a partir dos 06 meses de idade, até a finalização do tratamento;
- **Em crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado**, reavaliar o LCR a cada 06 meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica. Caso persistam alterações no LCR, indica-se reavaliação clínico-laboratorial e retratamento;
- Exame de líquido: VDRL reagente no líquido e/ou alteração na celularidade e/ou na proteinorraquia:
RN < 28 dias: > 25 células/mm³ e/ou proteínas > 150 mg/dl

RN \geq 28 dias: > 5 células/mm³ e/ou proteínas > 40 mg/dl

- O teste da orelha normal não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar a surdez do oitavo par craniano;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, realizar busca ativa da criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar tratamento. OBS: 24h de atraso entre as doses, o tratamento deverá ser reiniciado.

CRIANÇA EXPOSTA EXPOSTA À SÍFILIS: É aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente* tratada, e que tem titulação de teste não treponêmico (VDRL) até uma diluição maior que o materno (ex.: materno 1:8 e RN < 1:16).

OBS: Segundo Protocolo Clínico do Ministério da Saúde (2020), Criança exposta à sífilis NÃO DEVERÃO SER NOTIFICADAS NO SINAN

- **Tratamento Terapêutico:** Aplicar Penicilina G Benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg
- Os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) deverão registrar todos os casos de crianças com sífilis congênita ou expostas à sífilis e encaminhar semanalmente os registros dos RN aos serviços de vigilância do município de residência para acompanhamento da criança até completar 18 meses de vida.
- **NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO**, coletar amostra de sangue **periférico** do RN e da mãe pareados para comparação; Obs.: Não realizar coleta de cordão umbilical (falso reagente).
- **NO SEGUIMENTO**, realizar VDRL quantitativo com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes **não reagentes** consecutivos ou queda do título em duas diluições. OBS: Teste treponêmico, só poderá ser realizado após os 18 meses de vida. OBS: Durante o seguimento, a presença de sinais e sintomas inclui a criança na classificação de **sífilis congênita sintomática**, com necessidade de notificação compulsória e tratamento imediato para sífilis congênita.

OBSERVAÇÕES: _____

Fonte: 1.BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017** – DIAHV/SVS/MS de Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita; 2.BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília – DF, 2018; 3 BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF, 2020. 3.TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Nota Técnica nº 4/2019/SES/SVS Condutas recomendadas aos profissionais da rede de atenção para manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis (adquirida, em gestante, congênita e criança exposta à sífilis)**.

Adaptado: Instrumento de seguimento de criança diagnosticada com sífilis congênita ou exposta à sífilis de Fortaleza-CE