

## SÍFILIS CONGÊNITA

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS.

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO:** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS.

**CAMPO ESSENCIAL:** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**

2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (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.**

\*QUANDO COLOCAR O CNS ou CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, N° CARTÃO DO SUS, CPF DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **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, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10. Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-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 o campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. escolaridade: Preencher com a série e grau que o paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação, 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 a 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 ou 10= Não se aplica, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente, quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto, preencher com o número do passaporte, **AMBOS, CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= não se aplica; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

\*Caso o endereço não for encontrado, preencher “Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo” com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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). **CAMPO ESSENCIAL**

27. Anotar o CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

-EMAIL: Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

30. Anotar o nome do país de residência, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

**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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO**

32. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela mãe: **CAMPO OBRIGATÓRIO**. (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-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 ou 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 freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução da mãe do paciente por ocasião da notificação. (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 a 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 ou 10= Não se aplica).

35. Informar se a gestante fez o pré-natal nesta gestação **CAMPO OBRIGATÓRIO**. (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).

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 realizado, 9- Ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO**

#### **DADOS LABORATORIAIS DA GESTANTE/MÃE:**

40. Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); 1- reagente, 2- não reagente, 3- não realizado, 9 ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

41. Informar a titulação do VDRL/RPR se a resposta ao campo 40 for 1- reagente

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. 1- reagente, 2- não reagente, 3- não realizado, 9 ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

#### **TRATAMENTO DA GESTANTE/MÃE: CAMPO OBRIGATÓRIO**

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 (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

#### ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA CRIANÇA:

47. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do nascimento, aborto ou óbito da criança. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

48. Informar o nome do município de nascimento, aborto ou óbito da criança (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

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 esusvs). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

#### DADOS DO LABORATÓRIO DA CRIANÇA:

50. Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); 1- reagente, 2- não reagente, 3- não realizado, 4- não se aplica , 9 ignorado **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

51. Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32). **CAMPO OBRIGATÓRIO,** quando o campo 50=1

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. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

54. Informar a data da realização do teste.

55. Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin); 1- reagente, 2- não reagente, 3- não realizado, 4- não se aplica 9 ignorado **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

56. Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32). quando a resposta ao campo 55=1

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) (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

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. (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

60. Alteração liquoríca - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido do criança (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

61. Informar se houve alteração de ossos longos na criança compatível com sífilis congênita (1= sim, 2= não, 3= não-realizado ou 9= ignorado).

#### **DADOS CLÍNICOS DA CRIANÇA:**

62. Refere-se ao diagnóstico clínico da criança. 1- assintomático, 2- sintomático, 3- não se aplica ou 9 – ignorado. Informar - Não se aplica – por ex. quando aborto ou natimorto. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

63. Presença de sinais e sintomas. 1- sim, 2- não, 3- não se aplica ou 9 – ignorado. Informar os sinais e sintomas (Icterícia, Anemia, Esplenomegalia, Osteocondrite, Rinite muco-sanguinolenta, Hepatomegalia, Lesões Cutâneas, Pseudoparalisia, Outro especifique) quando a resposta ao item 62 for 1- sim

64. Informar o esquema de tratamento prescrito para a sífilis congênita instituído ao paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.** 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](http://www.aids.gov.br). Série Manuais nº 62 – PN-DST/AIDS

65. Informar a evolução do caso de sífilis congênita: **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

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 se a resposta ao item 65 for 2- óbito por sífilis congênita, 3- óbito por outras causa ou 5 - natimorto. Ex. 06/08/2007.

**Observações:** informar as observações necessárias para complementar a investigação.