

LINHA DE CUIDADO PARA

**ATENÇÃO INTEGRAL
À PESSOA COM
SÍFILIS ADQUIRIDA**



DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - DIAS

Renata Mascarenhas Bernardes

GERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE - GEICS

Fabiana Ribeiro Silva

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - GVIGE

Patrícia Merljak Pinto Toledo

Maria Cecília Borges Ladeira

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - GEAPS

Adriana Cristina Camargos de Rezende

Luciana Jonusan Finkler Lofiego

Vanessa Beatriz Vida Schuch

**COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE SEXUAL
E ATENÇÃO ÀS IST, AIDS E HEPATITES VIRAIS**

Bruno Luiz Trindade Paulino

Cintia Faical Parenti

Cliviany Borges da Silva

Cristiane Hernandez da Silva

Euler Antônio Campos

Helyonara Magalhães dos Santos Ribeiro

Maria Gorete dos Santos Nogueira

Priscila de Moura Franco

Tatiani Oliveira Fereguetti

Vinícius Gonçalves de Paula

COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À MULHER

Maria das Graças Silva Garcia

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Vânia Rocha

APOIO AO PROJETO SÍFILIS NAS REDES DE ATENÇÃO - MS/UFRN/OPAS

Ângela Parrela Guimarães

PROJETO GRÁFICO

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. COMPETÊNCIAS NA PREVENÇÃO E CUIDADO À SÍFILIS ADQUIRIDA NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO	6
2.1 Atenção Primária	6
2.2 Atenção Secundária	6
2.3 Atenção Terciária (Hospitalar)	7
3. PREVENÇÃO	13
4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA SÍFILIS	15
4.1 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS	16
4.2 PARTICULARIDADES DO TRATAMENTO	18
5. PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO À NEUROSSÍFILIS	21
5.1 Diagnóstico	21
5.2 Tratamento	21
5.3 Controle de Cura	22
5.4 Fluxo na Rede SUS-BH	22
6. PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE	23
7. PARTICULARIDADES NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E ATENDIMENTO ÀS POPULAÇÕES-CHAVE E POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS	25
8. PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	26
8.1 Fluxograma de atendimento no sistema prisional	27
8.2 Atendimento nas unidades socioeducativas	28
8.2.1 Fluxograma de atendimento no sistema socioeducativo	29
9. FLUXOS ASSISTENCIAIS	30
9.1 Fluxograma geral de diagnóstico e controle de cura	30
9.2 Fluxograma de acesso ao diagnóstico e tratamento no centro de saúde	32
9.3 Fluxograma de acesso ao diagnóstico nos SAE	34
9.4 Fluxograma de acesso ao CTA UAI	36
10. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	38
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

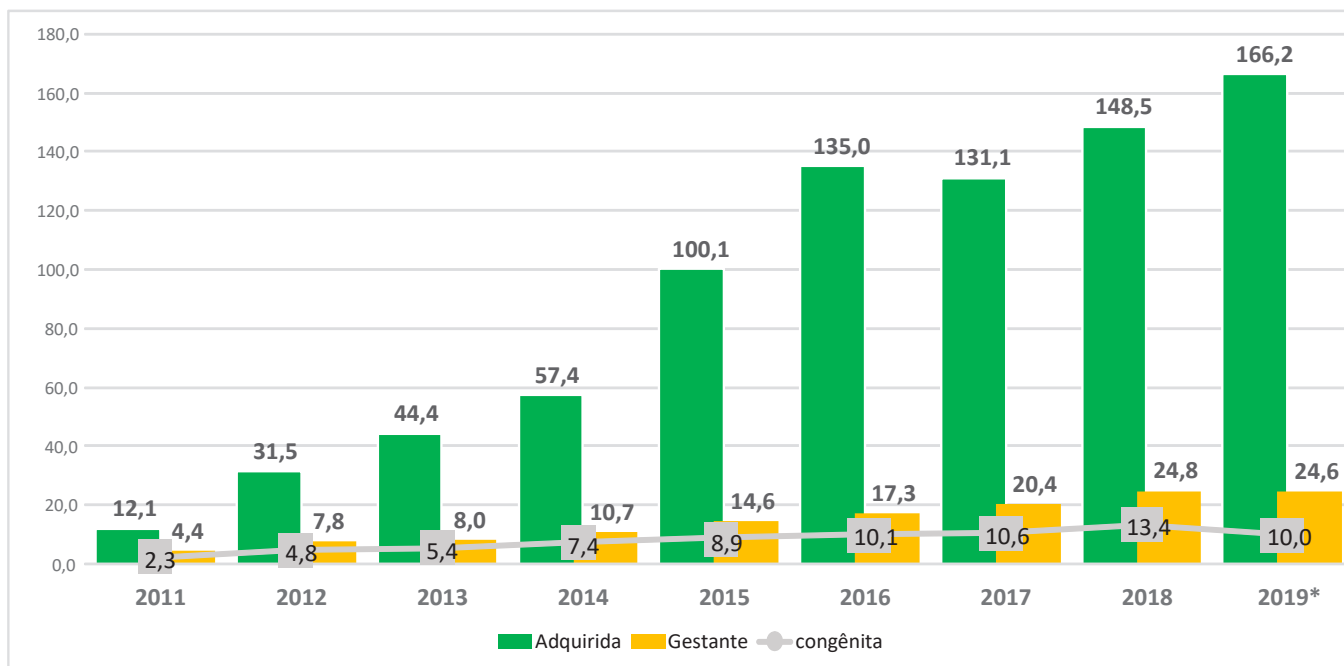
1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sexualmente transmissível que tem demandado atenção de autoridades sanitárias de diversos países do mundo nas últimas décadas. Observa-se elevação globalizada e crescente do número de casos de sífilis adquirida, em gestantes e também em sua forma congênita, sendo que a maior concentração de casos do continente americano encontra-se no Brasil. A transmissão da doença da gestante infectada para o seu concepto, denominada transmissão vertical, é particularmente preocupante no cenário epidemiológico atual. A sífilis congênita, a despeito de ser um agravo prevenível e evitável, ainda é causa importante de perdas fetais, mortes neonatais e elevada morbidade de recém-nascidos, evidenciando falhas no pré-natal que podem ser atribuídas a muitos fatores, tais como: baixa cobertura e qualidade do pré-natal, diagnóstico tardio da gestação e das infecções sexualmente transmissíveis (IST), baixa adesão ao tratamento, dificuldade para captação e tratamento das parcerias sexuais, falta de acesso às populações mais vulneráveis e ainda o estigma relacionado às IST na sociedade e entre profissionais de saúde, contribuindo para que o tema seja negligenciado na rotina do cuidado. A sífilis congênita e em gestantes enfatizam a necessidade de adoção de políticas públicas de saúde mais efetivas, para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da sífilis adquirida.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, foram registrados no Brasil 158.051 novos casos de sífilis adquirida em 2018, e observada taxa de detecção de 75,8 casos/100.000 habitantes. No mesmo ano, foram registrados 62.599 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 21,4 casos/1.000 nascidos vivos e 26.219 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 9,0/1.000 nascidos vivos, além da ocorrência de 241 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 8,2 casos/100.000 nascidos). No mesmo período, em Belo Horizonte, foram notificados 3.281 casos de sífilis adquirida, com incidência de 148,5 casos/100.000 habitantes; 740 casos de sífilis na gestante e 400 casos de sífilis congênita, com incidência de 24,8 e 13,4 casos, respectivamente, para cada 1.000 nascidos vivos. O aumento do número de casos notificados nos últimos anos pode ter sido potencializado pelo esforço local para ampliação do diagnóstico e para qualificação da notificação de casos na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos serviços de pré-natal, assistência ao parto e neonatologia. Os dados do município referentes ao ano de 2019 apontam para um cenário otimista quanto à efetividade das ações implementadas para o controle da sífilis congênita, visto que nota-se queda significativa do número de casos notificados, com registro de 285 novos casos, representando uma queda de 28,7% em comparação aos casos notificados em 2018.

Figura 1

Taxa de detecção de sífilis adquirida (100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos). Segundo ano de diagnóstico, BH, 2011 a 2019*.



Fonte: SINANNET/MS-DPVS/GVIGE-SMSA-BH.

População: DATASUS/TABNET.

Nascidos vivos: SINASC.

Dados atualizados em 3/3/2020.

*Dados sujeitos a revisão.

Signatário das recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, que estabeleceram metas para qualificação da atenção à saúde na prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis, o Ministério da Saúde (MS) incentiva a intensificação das ações de controle da sífilis em todo país, pautadas na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, iniciada em outubro de 2016. Nesse ensejo, Belo Horizonte tem desempenhado trabalho contínuo de reorganização e implementação de ações, em consonância com as diretrizes do MS. Entende-se que a elaboração das linhas de cuidado específicas para sífilis traduzem de maneira objetiva o percurso a ser trilhado pelo paciente com sífilis na rede de atenção à saúde, conferindo resolubilidade aos processos de assistência e vigilância. A linha de cuidado (LC) para sífilis adquirida, descrita neste documento, é uma estratégia potente que reúne recursos e boas práticas em saúde para diagnóstico, tratamento e controle da sífilis em Belo Horizonte.

2 | **COMPETÊNCIAS NA PREVENÇÃO, CUIDADO E CONTROLE DA SÍFILIS ADQUIRIDA NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO**

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) estruturada em níveis de atenção, de maneira integrada e regionalizada, tem como finalidade responder aos desafios epidemiológicos da sífilis através de relações horizontais entre os diversos serviços e pontos de atenção da rede SUS-BH.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no sistema de saúde e é a responsável pela coordenação do cuidado. Nesse nível de atenção, concentram-se quase todas as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da sífilis.

O Centro de Saúde (CS) representa a unidade arquitetônica de referência da APS, contando com Equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de apoio como saúde bucal e saúde mental, além do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (Nasf-AB), sendo indispensável o envolvimento de todos os atores para êxito no cuidado à sífilis no território.

2.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A atenção secundária pode ser caracterizada pelos serviços ambulatoriais especializados, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais, com densidade tecnológica intermediária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Belo Horizonte possui uma rede de urgência e hospitais robusta e conta com cinco Serviços de Atenção Especializada (SAE) em infectologia, sendo dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro de Treinamento e Referência (CTR) e sete Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) direcionados para o cuidado às infecções sexualmente transmissíveis (IST), a saber:

- **CTA/SAE Sagrada Família:** serviço que oferece testagem rápida, aconselhamento e assistência em infectologia.
- **CTA UAI:** serviço que oferece testagem rápida e aconselhamento.
- **CTR Orestes Diniz:** serviço de referência em infectologia.

- **URS Centro-Sul:** serviço de assistência em infectologia, um ambulatório de IST, além das especialidades próprias de uma Unidade de Referência Secundária (URS).
- **CEM Norte - Unifenas:** serviço de assistência em infectologia.
- **Hospital Eduardo de Menezes:** serviço de assistência em infectologia, e atenção especializada de média complexidade.
- **UDM:** são oito unidades no município:
 - UDM Carijós
 - CTA/SAE Sagrada Família
 - CTR Orestes Diniz
 - URS Centro-Sul
 - CEM Norte - Unifenas
 - Hemominas
 - Hospital Eduardo de Menezes

2.3 ATENÇÃO TERCIÁRIA (HOSPITALAR)

A Atenção Terciária (Hospitalar) fornece atendimento de alta complexidade envolvendo procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos elevados. Os especialistas desse nível de atenção são aptos a tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção secundária por serem mais singulares ou complexos. Esse nível de atenção é responsável pelo atendimento da minoria absoluta dos pacientes que evoluem com complicações específicas e peculiares da sífilis, a depender do sítio de acometimento, natureza da complicação e gravidade clínica.

Atribuições dos diferentes níveis de atenção no cuidado ao paciente com sífilis:

Situação	Atenção Primária	Atenção Secundária	Outros pontos de atenção
Usuários assintomáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar e realizar a testagem sorológica e rápida para Sífilis e demais IST, de maneira oportuna na rotina do cuidado. • Acolher e aconselhar sobre prevenção, rastreio, tratamento e controle da sífilis e demais IST. • Observar o fluxograma de diagnóstico e controle de cura da sífilis, baseando-se nos níveis de VDRL pré e pós-tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar e realizar a testagem sorológica e rápida para Sífilis e demais IST, de maneira oportuna na rotina do cuidado. • Acolher e aconselhar sobre prevenção, rastreio, tratamento e controle da sífilis e demais IST. • Observar o fluxograma de diagnóstico e controle de cura da sífilis, baseando-se nos níveis de VDRL pré e pós-tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • GAERE: realizar o matriciamento técnico e apoio às equipes da APS e demais pontos de atenção da Rede SUS-BH, para atenção e vigilância da sífilis e outras IST. • UPAS: Encaminhamento para internação hospitalar quando necessário. Encaminhamento responsável à APS.

	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamento imediato para vítimas de violência sexual, pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária ou secundária ou pessoas com teste rápido positivo sem histórico de diagnóstico prévio de sífilis, que tenham risco de perda de seguimento. • Ampliar as ações de educação e promoção à saúde sexual no território, integradas ao PSE e a outros parceiros locais a fim de capilarizar as informações e conhecimento sobre as IST. • Orientar e ofertar à população insumos de prevenção combinada, como preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, vacina para hepatite B e redução de danos. • Testar e tratar parcerias sexuais de pessoas com diagnóstico de sífilis e outras IST. • Identificar situações de vulnerabilidade e acionar equipamentos de maneira intersetorial para garantia do cuidado integral. • Promover articulação para ações de promoção e prevenção com os demais pontos de atenção da Rede SUS-BH, como por exemplo, a rede de saúde mental, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), serviços de referência em tuberculose e equipes de saúde prisional. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamento imediato para vítimas de violência sexual, pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária ou secundária ou pessoas com teste rápido positivo sem histórico de diagnóstico prévio de sífilis, que tenham risco de perda de seguimento. • Referenciar de maneira responsável o paciente para seguimento na APS. • Promover articulação para ações de promoção e prevenção com os demais pontos de atenção da Rede SUS-BH, como por exemplo, a rede de saúde mental, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), serviços de referência em tuberculose e equipes de saúde prisional. • Orientar e ofertar insumos de prevenção combinada, como preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, vacina para hepatite B e redução de danos, PEP e Prep-HIV. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais: realizar diagnóstico, garantir tratamento específico para sífilis, contrarreferenciar os pacientes à APS após a alta para seguimento e controle de cura. • Maternidades: contrarreferenciar os pacientes à APS e/ou serviço especializado, se necessário, após a alta para seguimento e controle de cura. • Consultório de Rua: realizar testagem rápida e encaminhar para a unidade de saúde para iniciar o tratamento, em casos de reagentes. • BH de Mãos Dadas: por meio dos redutores de danos que atuam nas cenas de uso e locais de vulnerabilidade. • Notificar os casos no SINAN.
--	--	---	---

Situação	Atenção Primária	Atenção Secundária	Outros pontos de atenção
<p>Usuários sintomáticos, presença de cancro duro e/ou rush cutâneo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar as IST sindromicamente, estadiar e acompanhar controle de cura, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) do Ministério da Saúde. • Garantir e iniciar tratamento síndrômico imediatamente. • Solicitar exames sorológicos treponêmicos (teste rápido; FTA-ABS) e não treponêmicos (VDRL) para confirmação do diagnóstico e controle de cura. • Realizar controle de cura com VDRL a cada 3 meses, até completar 12 meses. • Garantir esforço para fortalecer adesão ao tratamento e seguimento clínico/sorológico para controle de cura. • Realizar busca ativa das parcerias sexuais e dos casos de abandono do tratamento ou perda de seguimento. • Referenciar à atenção secundária casos refratários ao tratamento inicial, suspeita de neurosífilis, acometimento sistêmico/orgânico da sífilis. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciar a APS na discussão de casos. • Garantir tratamento e seguimento dos casos referenciados e/ou diagnosticados na unidade. • Realizar propedêutica e investigação para neurosífilis. • Identificar necessidade e referenciar à atenção hospitalar, quando necessário. • Garantir esforço para fortalecer adesão ao tratamento e seguimento clínico/sorológico para controle de cura. • Contrarreferenciar de maneira responsável o paciente para seguimento na APS. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caberá à GAERE realizar o matriciamento e apoio às equipes da Atenção Primária e aos demais pontos de atenção da Rede SUS, através da educação permanente na temática IST, HIV/Aids e Hepatites Virais. • Em casos de diagnóstico intra-hospitalar, trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento e encaminhar para a unidade de origem. • Notificar os casos no SINAN.

Situação	Atenção Primária	Atenção Secundária	Outros pontos de atenção
<p>Gestantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Testar gestantes e parcerias sexuais para sífilis e outras IST na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre de gestação e sempre que houver história de prática sexual de risco ou violência sexual. • Realizar o tratamento adequado das gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais de acordo com o estadiamento clínico. • Monitorar ativamente e realizar controle de cura das gestantes e parcerias sexuais com sífilis. • Registrar os dados pertinentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e controle de cura da sífilis na gestante e, se possível, das parcerias sexuais, no cartão da gestante. • Orientar e ofertar à população insumos de prevenção combinada, como preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, vacina para hepatite B e redução de danos. • Realizar controle de cura mensalmente para gestantes, com teste não treponêmico (VDRL, RPR), após o tratamento adequado. • Referenciar as gestantes com histórico de alergia à penicilina para maternidades de referência para dessensibilização e uso da penicilina para tratamento da sífilis. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rastrear, diagnosticar e tratar a sífilis nas gestantes e parcerias sexuais, no âmbito do Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). • Contra referenciar e compartilhar o cuidado da gestante com sífilis com a APS. • Notificar os casos no SINAN. 	<p>Maternidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testar as gestantes para sífilis antes do parto e em caso de aborto. • Iniciar tratamento para as gestantes diagnosticadas com sífilis na unidade e encaminhar para a continuidade na atenção primária. • Realizar a abordagem das parcerias sexuais para prevenção, diagnóstico e tratamento de sífilis. • Realizar teste não treponêmico (VDRL) em sangue periférico da criança e da mãe, bem como outros exames específicos, conforme recomendações do PCDT do Ministério da Saúde. • Notificar os casos no SINAN.

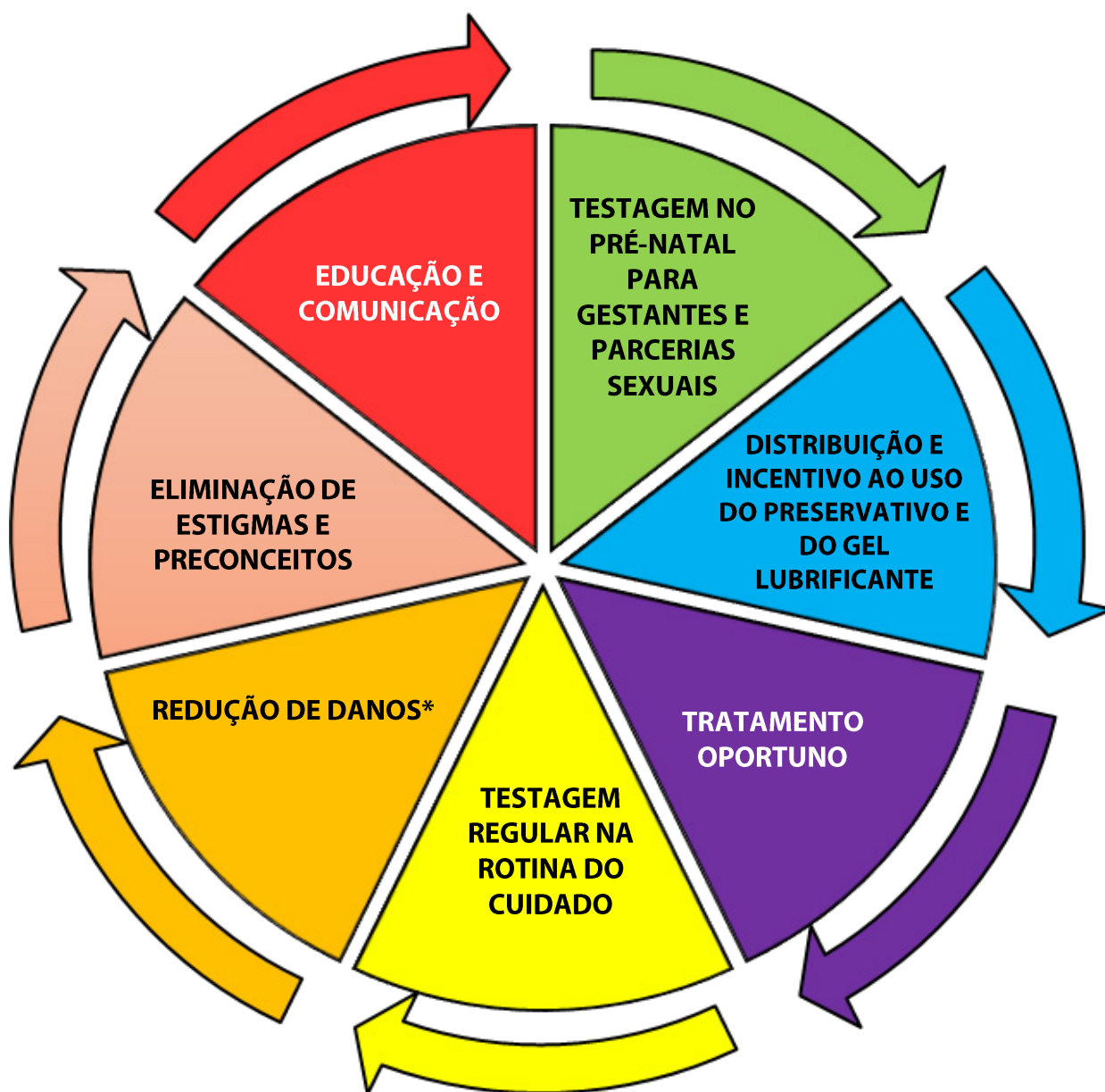
Situação	Atenção Primária	Atenção Secundária	Outros pontos de atenção
Crianças expostas à sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir acesso à puericultura compartilhando o cuidado com o SAE, visando à integralidade do cuidado. • Orientar e acompanhar a adesão ao tratamento. • Realizar busca ativa dos casos de abandono do tratamento, com vistas ao fortalecimento do vínculo. • Orientar e monitorar o calendário de vacinação, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações. • Em caso de falta aos atendimentos do SAE, a unidade deverá solicitar o VDRL da criança para acompanhamento da titulação. • Realizar investigação dos casos notificados. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir e acompanhar a criança desde o nascimento até pelo menos 18 meses completos. • Orientar e fomentar a adesão ao tratamento/acompanhamento. • Realizar busca ativa dos casos com perda de segmento ou maior vulnerabilidade e acionar, sempre que necessários os demais pontos da rede, como GAERE, centro de saúde e Consultório de Rua. • Notificar os casos no SINAN. 	<p>Maternidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento responsável e agendamento de consulta em serviço especializado para a criança exposta ou com sífilis congênita após o nascimento e antes da alta hospitalar. • Contrarreferenciar para APS, garantindo o seguimento clínico e laboratorial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita. • GAERE: realizar investigação dos casos notificados, realizar devolutiva aos Centros de Saúde das lacunas assistenciais evidenciadas nas investigações de sífilis congênita. • Notificar os casos no SINAN.

Situação	Atenção Primária	Atenção Secundária	Outros pontos de atenção
Neurosífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para consulta especializada em infectologia adulto (geral) pelo SISREG, caso ocorram as seguintes situações: 1) VDRL com titulação flutuante) após tratamento adequado e ausência de reexposição. 2) Presença de sinais ou sintomas citados no item 5. 3) Presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos. 4) Em caso de evidência de sífilis terciária ativa. 5) Após falha ao tratamento clínico sem reexposição sexual (ver critérios de retratamento definidos no PCDT). 6) Para PVHIV, após falha ao tratamento, independentemente da história sexual. • Acompanhar evolução clínica e encaminhar à rede de urgência/atenção hospitalar se sinais de agravamento clínico. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar sinais e sintomas indicativos de punção lombar: presença de sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos. • Realizar punção lombar, quando necessário. • Avaliar resultado, prescrever tratamento e acompanhar. • Encaminhar à internação hospitalar, quando necessário. • Contra referenciar para APS para continuidade do seguimento e cuidado compartilhado. • Notificar os casos no SINAN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais: realizar propedêutica, diagnóstico e tratamento específico. • Contrarreferenciar para APS a partir da alta hospitalar. • Notificar os casos no SINAN.

3 | PREVENÇÃO

A prevenção combinada “consiste na conjugação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014 apud BRASIL, 2017a). Baseada no conceito de integralidade, essa estratégia agrega esforços de intervenção, de maneira individualizada, comunitária e social, a fim de potencializar as ações preventivas às IST.

Representação gráfica da prevenção combinada em sífilis:



Redução de danos, conforme Portaria nº 1.028 do Ministério da Saúde, é entendida como o desenvolvimento de ações de saúde a pessoas que “não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2005b). Na perspectiva da assistência às pessoas com sífilis é importante garantir acesso ao tratamento, desenvolver ações de melhoria da adesão e ampliar o olhar para os cuidados à saúde que se relacionam aos danos causados pelo uso das substâncias, entendendo as particularidades de cada indivíduo.

No escopo da redução de danos em IST, atualmente a SMSA conta com o programa **BH de Mãos Dadas contra a Aids**, que atua com duplas de redutores e redutoras de danos em todas as regionais do município, abordando populações-chave e prioritárias. A atuação de redução de danos acontece em locais como cenas de uso de álcool e outras drogas, cabines eróticas, casas e hotéis de prostituição, saunas dentre outros. As pessoas são abordadas na perspectiva da prevenção combinada, sendo acompanhadas e encaminhadas para os serviços da rede pública de saúde e outras políticas públicas quando necessário.

As ações de prevenção e controle da sífilis adquirida devem abarcar, além da distribuição de insumos de prevenção, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos indivíduos e parcerias sexuais, interrompendo o processo de adoecimento e a cadeia de transmissão da doença. A testagem e tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal contribuem sobremaneira para qualificação do pré-natal e para o controle da sífilis congênita.

4 | DIAGNÓSTICO CLÍNICO DA SÍFILIS

O diagnóstico da sífilis se dá pelo contexto clínico, epidemiológico, e exames complementares. Os exames para rastreio e diagnóstico da sífilis estão amplamente disponíveis na RAS/SUS-BH. Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos.

→ Exames diretos:

Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões. Disponível para diagnóstico etiológico a partir de raspado de lesão primária da sífilis no serviço ambulatorial especializado de atendimento às IST da URS-CS. A positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos). Não é recomendado para lesões de cavidade oral.

→ Testes imunológicos de sífilis

São, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes:

Testes treponêmicos

São testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar.

- Teste rápido: disponível em todos os Centros de Saúde, UPAs e CTAs. São práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de serem realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato. Para as gestantes, o teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação (28ª semana) e no momento do parto ou aborto (independentemente de exames anteriores).
- Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. pallidum* Haemagglutination Test): disponível na rede laboratorial municipal.
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption): disponível na rede laboratorial municipal.
- Ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) e suas variações, como os ensaios de quimiluminescência (CMIA).

Testes não treponêmicos

Esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem análise qualitativa e quantitativa. A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento.

- VDRL e RPR: pode ser utilizado para rastreio ou realizado após um resultado de teste treponêmico reagente. Para gestantes, recomenda-se pedir o VDRL para sífilis de rotina na primeira consulta de pré-natal, no segundo e terceiro trimestre e no momento do parto ou aborto. Após diagnóstico da sífilis adquirida, o controle sorológico deve ser feito trimestralmente até completar 12 meses; e para gestantes com sífilis, deverá ser realizado mensalmente até o parto.

4.1 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS

→ Sífilis primária

O tempo entre a contaminação e o surgimento das primeiras manifestações da doença (período de incubação) é de dez a 90 dias, em média três semanas. Podem surgir:

- Úlcera (ferida) rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominado “cancro duro”.
- Ínguas (nodulações nas virilhas).
- Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz, mas a pessoa continua doente.

→ Sífilis secundária

Ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, podendo ocorrer mesmo que a manifestação inicial da úlcera não tenha sido percebida. São observados:

- Condilomas planos (lesão tipo verrugas) nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital.
- Manchas no corpo (inclusive mãos e pés).
- Queda do cabelo (cabeça e sobrancelha).
- Úlceras (feridas) na boca. Pode ocorrer febre baixa, cefaleia e dor no corpo.

- Muito frequentemente essa fase é acompanhada de micropoliadenopatia (presença de nodulações - linfonodos ou gânglios superficiais aumentados em número e tamanho), sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares (na região dos cotovelos).
- Menos comumente, pode ocorrer acometimento neurológico com manifestações de meningite e envolvimento da visão que manifesta com dor ocular principalmente.
- Também nessa fase, após algum tempo, que varia de pessoa para pessoa, as manifestações mais comuns desaparecem, dando a falsa ideia de melhora, independentemente do diagnóstico e do tratamento.

→ Sífilis latente

O período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma, após a ocorrência de sífilis secundária. A sífilis latente é dividida em:

- *Latente Recente*, que possui duração de até um ano de infecção.
- *Latente Tardia* ou *Latente de Duração Indeterminada*, quando possui duração superior a um ano de infecção.
- Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de sífilis secundária com os períodos de latência, durante um a dois anos da infecção.

→ Sífilis terciária

Ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre dois e 40 anos depois do início da infecção, muitas vezes de diagnóstico bastante difícil. Podem ocorrer acometimentos graves como surdez, paralisias, transtornos psiquiátricos, doença cerebral, problemas cardíacos, formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido, e até a morte. Felizmente a sífilis terciária é uma forma de ocorrência bastante rara da sífilis na época atual.

→ Sífilis congênita

É a transmissão da doença de mãe para filho durante a gestação ou o parto. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê. É importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal com objetivo de instituir o tratamento oportuno da gestante e prevenir que a sífilis congênita ocorra. Quando o resultado for positivo, a mulher e sua parceria sexual devem ser tratados corretamente. Entretanto ressalta-se que na abordagem inicial da gestante com o teste positivo, a(s) parceria(s) sexual(is) deve(m) iniciar o tratamento, enquanto aguardam uma segunda testagem, independentemente do resultado da sua testagem inicial, em especial se realizado o teste rápido. Só assim é possível evitar a transmissão da infecção.

4.2 PARTICULARIDADES DO TRATAMENTO

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sem evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- Gestantes.
- Vítimas de violência sexual.
- Pessoas com chance de perda de segmento (que não retornarão ao serviço).
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária.
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança no centro de saúde, tanto para a pessoa com sífilis quanto para suas(s) parceria(s) sexual(is). Não há obrigatoriedade da presença de médico para sua administração.

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2016). Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso-glúteo. Não é recomendada a administração de benzilpenicilina associada à lidocaína.

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados pode impossibilitar a aplicação IM da medicação. Nesses casos, optar por esquemas alternativos de tratamento.

As recomendações de tratamento são:

• **Sífilis Recente:** sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução): benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhão UI em cada glúteo), IM, dose única.

Esquema alternativo: doxiciclina* 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.

• **Sífilis Tardia:** sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração indeterminada e sífilis terciária: benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo), uma vez por semana, por 3 semanas. Caso o intervalo entre as administrações de penicilina ultrapasse 14 dias**, reiniciar o tratamento.

Esquema alternativo: doxiciclina* 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.

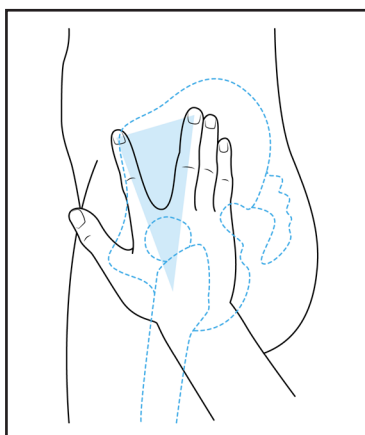
*A doxiciclina é contraindicada para gestantes.

**Para gestantes o intervalo entre as doses não deve ultrapassar 7 dias. Caso ultrapasse esse prazo, o tratamento deverá ser reiniciado.

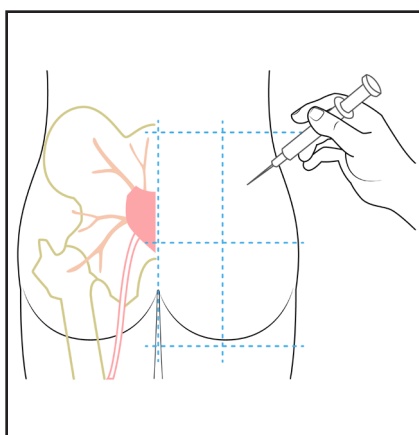
→ Aplicação de Benzilpenicilina

Ventro-glútea

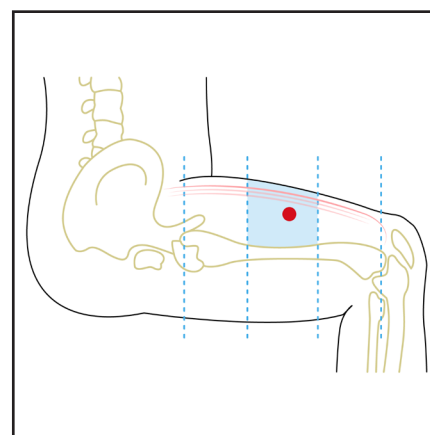
Injeção intramuscular - IM



Dorso-glútea



Vasto lateral da coxa



Reação anafilática: 0,002%

A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas com sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive na sua faceta mais grave, a sífilis congênita. A possibilidade de reação anafilática à administração de benzilpenicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação: "Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez", elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS – Conitec.

A maioria dos casos identificados grosseiramente como suspeitos de serem alérgicos à penicilina carece de anamnese criteriosa para qualificar essa alteração. Em vista disso, é fundamental e imperativo que a anamnese seja objetiva, para a adequada obtenção dessas informações. Tal decisão fundamentou-se no elevado número de casos suspeitos de alergia à penicilina encaminhados para dessensibilização, constatando-se que a quase totalidade deles foram descartados somente pela anamnese. Por sua vez, o uso de derivados da penicilina também pode deflagrar crise de alergia à penicilina. Relembre-se que dor e reação local, exantema maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaleia, história de algum evento suspeito há mais de dez anos, história familiar, entre outras manifestações, isoladamente não configuram alergia à penicilina.

As manifestações clínicas que justificam encaminhar a gestante para descartar o diagnóstico de alergia à sífilis incluem reação anafilática prévia e lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson. Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas em ambiente hospitalar, nas maternidades de referência, por meio de encaminhamento responsável e relatório médico.

Para orientar a anamnese, visando a obter informações mais específicas sobre o passado de alergia à penicilina, pode-se dirigir às gestantes algumas perguntas com maior potencial de assertividade, dentre elas:

- 1)** Você se lembra dos detalhes da reação?
- 2)** Há quantos anos a reação ocorreu?
- 3)** Como foi o tratamento?
- 4)** Qual foi o resultado?
- 5)** Por que você recebeu penicilina?
- 6)** Você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento?
- 7)** Quais foram esses medicamentos (lembrar que medicamentos como a ampicilina, a amoxicilina e as cefalosporinas são exemplos de drogas derivadas da penicilina)?
- 8)** Você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento?

5 | PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO À NEUROSSÍFILIS

A neurosífilis representa o acometimento do Sistema Nervoso Central (SNC) em qualquer estágio da doença. Alterações laboratoriais no líquido cefalorraquidiano (LCR) são comuns em pessoas infectadas nos estágios iniciais da doença, pois o treponema invade precocemente o Sistema Nervoso Central (SNC) em um período de horas a dias após a inoculação, causando meningite e anormalidades nos nervos cranianos. Outras manifestações clínicas são: envolvimento ocular (uveíte, paralisia de nervos cranianos), envolvimento auditivo, paresia geral, mudanças de comportamento, demência, depressão, mania, psicose com alucinações visuais ou auditivas, meningite sífilítica, lesão meningovascular, Tabes dorsalis, goma sífilítica e epilepsia.

5.1 DIAGNÓSTICO

Não há um teste padrão para detecção da neurosífilis, sendo assim um grande desafio. O diagnóstico é baseado em uma combinação de achados clínicos, alterações de LCR e o resultado do teste de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) no LCR. Na análise de LCR, é raro encontrar pacientes com neurosífilis que não apresentem pleocitose, sendo o aumento linfomonocitário o mais comum.

As indicações de punção lombar são:

- Na presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos.
- Na presença de evidência de sífilis terciária ativa.
- Após falha no tratamento clínico sem reexposição sexual.
- Após falha no tratamento, independentemente de história sexual, para PVHIV.

5.2 TRATAMENTO

Segundo o PCDT IST (2020), os casos que devem ser tratados para neurosífilis são:

Todos os casos com VDRL reagente no LCR, independentemente da presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares

Casos que apresentem VDRL não reagente no LCR, com alterações bioquímicas no LCR e presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares e/ou achados de imagem no SNC característicos da doença e desde que os achados não possam ser explicados por outra doença.

Nessa situação clínica, o tratamento deve ocorrer em ambiente hospitalar, pois a primeira opção terapêutica é a Benzilpenicilina potássica 18-24 milhões UI/dia, via intravenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou 24 milhões UI/dia por infusão contínua, por 10 a 14 dias.

Esquema alternativo: Ceftriaxona 2g, via intravenosa, 1x/dia, por 10-14 dias.

5.3 CONTROLE DE CURA

Indivíduos tratados para neurosífilis devem ser submetidos à punção liquórica de controle após seis meses do término do tratamento. Caso as alterações do LCR persistam, recomenda-se o retratamento e punções de controle em intervalos de seis meses até a normalização da celularidade e VDRL não reagente. Em PVHIV essa resposta pode ser mais lenta, sendo necessária uma avaliação caso a caso. A normalização do VDRL em amostras de sangue ou declínio da titulação em pelo menos duas diluições, ou ainda sororreversão para não reagente, podem ser considerados como parâmetros de resposta ao tratamento da neurosífilis, principalmente em um cenário de impossibilidade de realização da punção lombar.

5.4 FLUXO NA REDE SUS-BH

Todos os Serviços de Atenção Especializada em infectologia estão aptos para atendimento aos casos suspeitos e/ou confirmados de neurosífilis e realização de punção lombar, quando necessário. A partir do resultado, o paciente poderá ser encaminhado para internação hospitalar para tratamento adequado, seguindo o fluxo municipal, por meio de encaminhamento responsável para UPA.

6 | PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

- O atendimento do adolescente com sífilis ou com outras IST pela equipe de saúde deverá ser norteado pelas orientações descritas no Protocolo da Atenção Integral à Saúde do Adolescente – SMSA /PBH -2015 e no Marco Legal –MS 2007.
- A equipe de saúde deve organizar estratégias e fazer um planejamento cuidadoso para que a atenção seja de forma integral e não focada somente no tratamento clínico e/ou medicamentoso da doença.
- Os profissionais de saúde devem ser isentos de preconceitos, de julgamentos de valor, e não criar entraves burocráticos e que garantam o sigilo e a privacidade da consulta, segundo o Consenso do Ministério da Saúde de 2017.
- A equipe de saúde deve estimular o adolescente a participar ativamente da consulta do diagnóstico e, sobretudo, do tratamento.
- Quanto à confidencialidade e ao sigilo, deverá ser estabelecido um acordo entre o profissional de saúde e o adolescente para que as informações obtidas durante a consulta não sejam repassadas para os pais e/ou responsáveis sem sua permissão, contanto que tenha capacidade de avaliar seu problema e que o sigilo da consulta não lhe acarrete danos (Art.103 – Código de Ética Médica, Art. 154 - Código Penal Brasileiro).
- Identificar a rede de apoio disponível (família, parceiros amigos, trabalho, outros).
- Orientar o adolescente sobre a forma de transmissão da sífilis e necessidade de adesão ao tratamento. Desmistificar medos e anseios, principalmente no que diz respeito ao uso de medicação injetável (penicilina benzatina), explicando que esse é o tratamento de escolha e que o uso de tratamento alternativo aumenta a chance de falha terapêutica.
- Reforçar a importância da proteção com as orientações para o uso de preservativo nas relações sexuais e o risco de reinfecção; esclarecer o adolescente sobre sua responsabilidade no cuidado consigo mesmo e com o outro, seu próprio tratamento e dos parceiros, e esclarecer sobre os riscos da sífilis na gestação e de sequelas para o bebê (infecção congênita).
- Logo após o diagnóstico, começar de imediato o tratamento com penicilina benzatina, garantindo o início do tratamento e construindo uma relação de confiança e transferência.

- Sensibilizar o paciente quanto à necessidade de comunicar os parceiros para diagnóstico e tratamento, aproveitando, assim, o momento do atendimento para que a equipe de saúde possa compreender o universo afetivo–sexual do (a) adolescente em questão, na tentativa de ampliar o cuidado para aqueles que estão envolvidos na transmissão da doença.
- Fazer um acompanhamento mais cuidadoso para garantir o tratamento completo com busca ativa, se assim for necessário.
- Inserir em grupos, se for o desejo do adolescente.
- Possibilitar a percepção dos riscos e vulnerabilidades e identificar medidas de prevenção viáveis no contexto de vida de cada adolescente.
- Informar sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço e em outros locais.

7 | PARTICULARIDADES NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E ATENDIMENTO ÀS POPULAÇÕES-CHAVE E POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS

Considerando a “Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave com HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2018), ressalta-se a importância da abordagem desse público, os quais apresentam prevalências desproporcionais das infecções sexualmente transmissíveis em relação à população em geral.

As populações-chave são grupos definidos que se encontram em situações de vulnerabilidade em razão da equação entre suas práticas e os fatores sociais que impactam tanto o acesso quanto a promoção de saúde. São eles: trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas transexuais e travestis, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). As populações prioritárias, por sua vez, estão em situação de maior vulnerabilidade por fatores estruturais como racismo¹, relações de gênero², empobrecimento, falta de acesso à informação, entre outros. São consideradas populações prioritárias a população negra, pessoas em situação de rua, jovens e quilombolas.

Destacamos que para uma parcela significativa dessa população a porta de entrada para o cuidado em saúde será a testagem rápida para IST. Nesse sentido, é um momento propício para ampliar a oferta de cuidado, estabelecer parcerias interinstitucionais, promover prevenção em saúde em busca da integralidade.

Como traço de vulnerabilização destas populações, as violências institucionais, como o racismo e LGBTfobia³, são fatores limitantes para o cuidado em saúde. Assim, é importante que todo(a) usuário(a) do SUS, mas em especial as populações-chave e prioritárias, devem receber acolhimento respeitoso, com o uso do nome social, livre de discriminação e de preconceito institucional, como preconizado pela legislação do SUS.

Devido aos diferentes processos vivenciados por essas populações, é necessária a realização de ações que extrapolem o espaço físico dos serviços. Partindo do princípio da equidade, é necessário traçar estratégias locais onde haja articulação de diferentes equipamentos e oferta de serviços, que se adequem às diferentes realidades e favoreçam o acesso.

¹ “É uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertence” (ALMEIDA, 2018).

² Refere-se às relações sociais desiguais entre homens e mulheres fundadas na construção social dos papéis de gênero a partir das diferenças sexuais.

³ Refere-se ao processo de discriminação de indivíduos baseado em sua orientação sexual e/ou identidade de gênero.

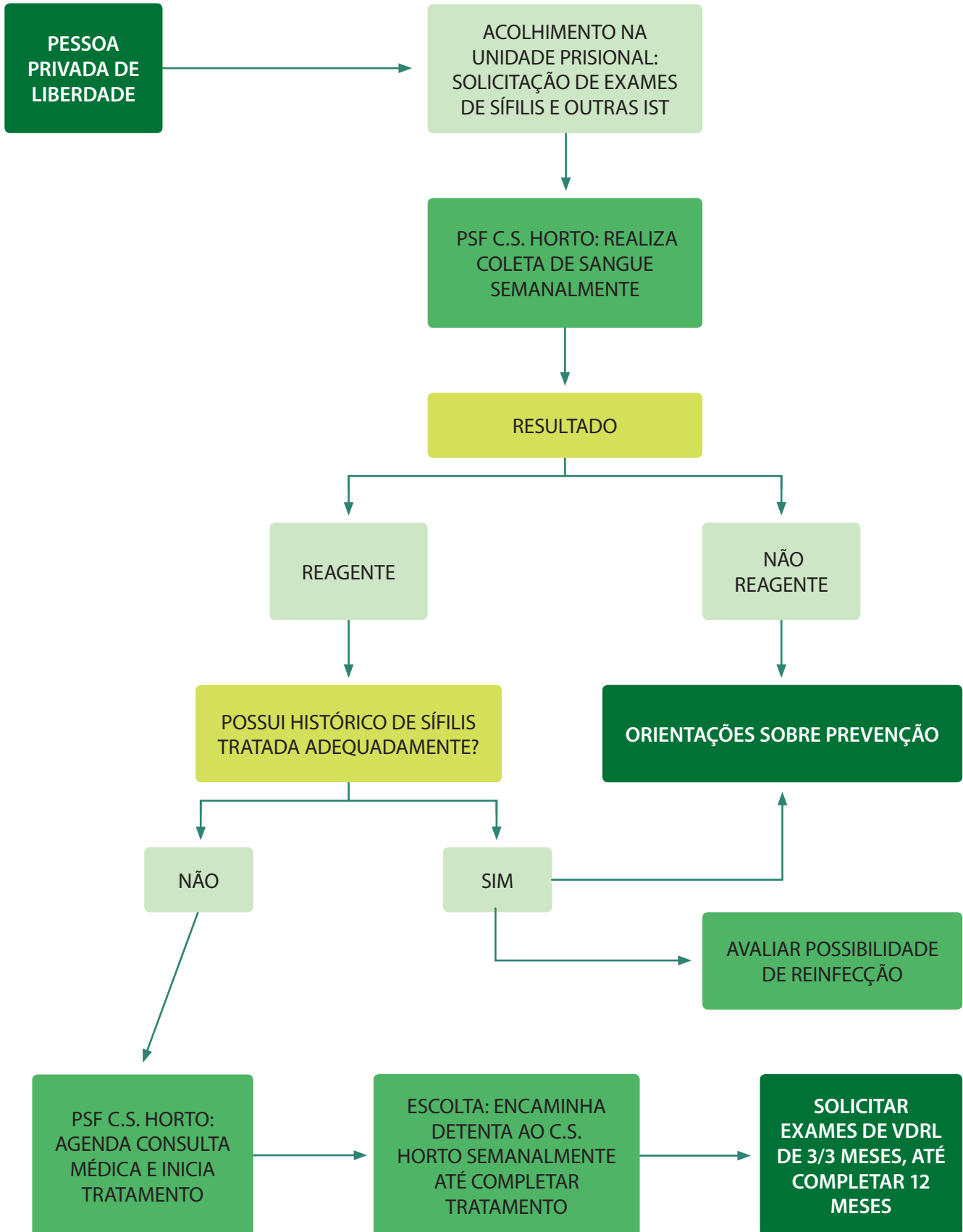
8 | PARTICULARIDADES NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Na Regional Leste de Belo Horizonte, há um complexo penitenciário de mulheres em regime de privação de liberdade. O Complexo Penitenciário Feminino Estevão Pinto, instância estadual, está localizado na área de abrangência do Centro de Saúde Horto. Para realizar o atendimento de saúde, os profissionais envolvidos são: eSF do Centro de Saúde Horto, equipe de saúde do sistema prisional e profissionais da segurança (escolta). A unidade possui quatro perfis de detentas: regime fechado, semiaberto, aberto e provisório. Estas seguem o seguinte percurso no momento da admissão:

- A mulher privada de liberdade é acolhida pela equipe de saúde do sistema prisional e são solicitados exames de sangue de rotina, entre eles o de sífilis.
- A equipe do Centro de Saúde Horto direciona-se até a unidade para coleta de sangue.
- A partir dos resultados dos exames:
 - Em caso de resultado não reagente a paciente recebe orientações sobre prevenção.
 - Em caso de resultado reagente é agendada consulta para a paciente no centro de saúde.
- O profissional da eSF analisa os resultados laboratoriais e a história clínica da paciente:
 - Em caso de histórico de sífilis tratada adequadamente, sem história recente de reexposição, são repassadas orientações sobre prevenção.
 - Na ausência de histórico de sífilis, são realizadas a classificação clínica, a prescrição e o início do tratamento com aplicação da primeira dose, bem como o agendamento das doses subsequentes, quando necessário.
- A equipe de segurança acompanha a paciente durante as semanas de tratamento até o Centro de Saúde Horto para aplicação das doses.
- A eSF solicita VDRL trimestralmente até completar 12 meses.

Um fator importante é a rotatividade das detentas, que podem sair sem concluir o tratamento por motivo de transferência de unidade prisional ou recebimento de algum benefício judicial (como alvará de soltura). Nesse caso, indica-se que a equipe de saúde prisional realize o encaminhamento responsável à nova unidade de saúde de referência para continuidade do tratamento.

8.1 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO SISTEMA PRISIONAL



8.2 ATENDIMENTO NAS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS

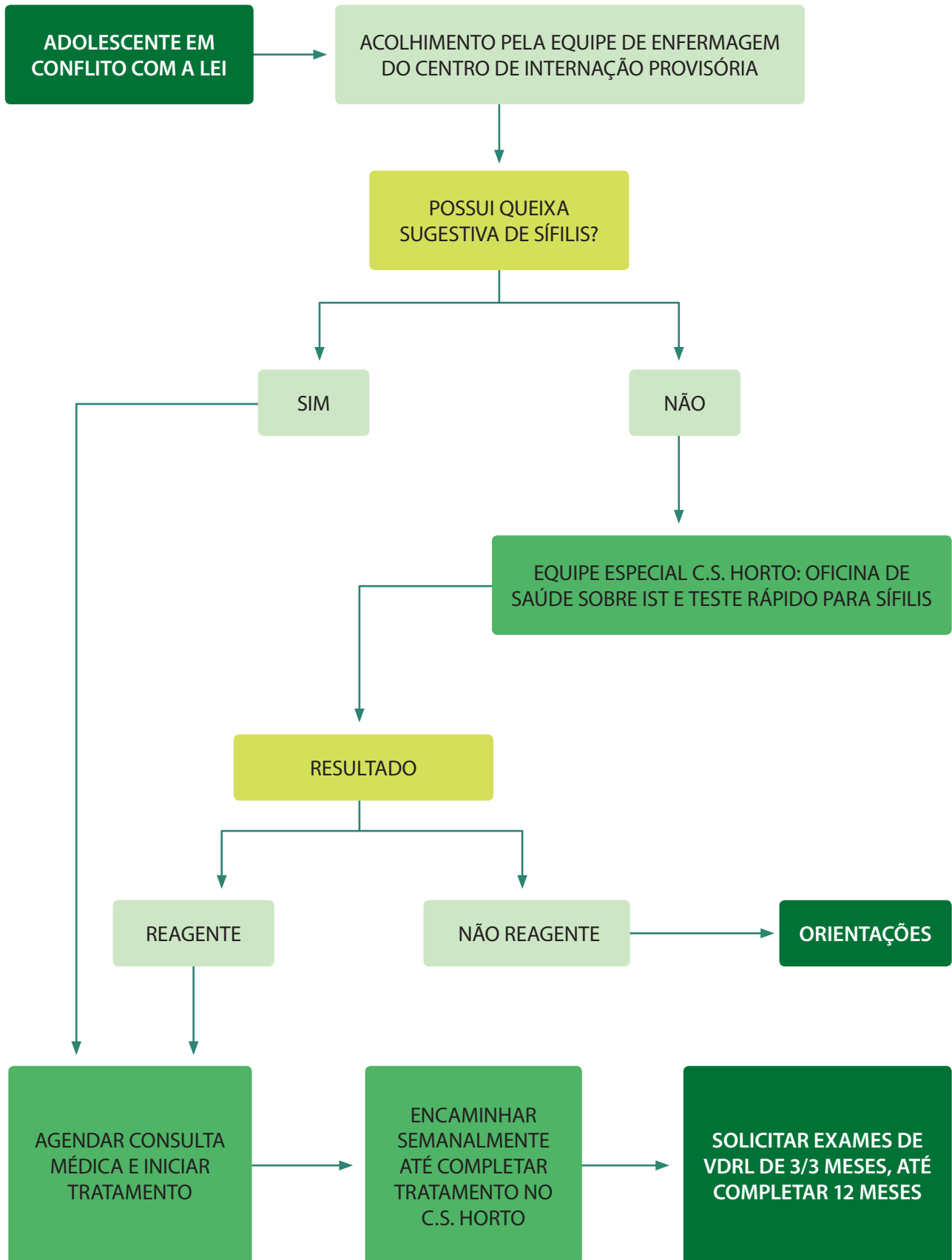
A Rede SUS-BH conta com uma equipe especial de Saúde da Família, composta por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma assistente social, lotada no Centro de Saúde (CS) Horto, que atua em três Unidades Socioeducativas: o Centro de Internação Provisória (CEIP) Dom Bosco, CEIP São Benedito e o Centro Socioeducativo (CSE) São Jerônimo. Os CEIPs Dom Bosco e São Benedito são Unidades Socioeducativas Provisórias e recebem adolescentes em conflitos com a lei do sexo masculino, que ficam em medida de internação provisória por até 45 dias. O CSE São Jerônimo é Unidade Socioeducativa Provisória e de Internação, recebe adolescentes em conflito com a lei do sexo feminino e ficam em medida de internação provisória por até 45 dias ou, se constituído processo de execução de maior prazo, podem ficar um período de 6 meses a 3 anos.

As três Unidades citadas possuem equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que recebem e acolhem o adolescente. Nesse momento, são colhidas informações pessoais do adolescente, histórico de saúde e possíveis queixas. Se a queixa for sugestiva de IST, o adolescente é encaminhado para a equipe especial de Saúde da Família para atendimento individual e realização dos testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C). O resultado é informado para o adolescente e o laudo é entregue para a equipe de enfermagem da Unidade Socioeducativa. A equipe especial também faz as orientações de saúde para o adolescente e solicita os exames laboratoriais. A equipe de enfermagem da Unidade Socioeducativa encaminha esse adolescente para consulta médica com o médico da equipe especial de PSF para iniciar o tratamento, notificar e encaminhar para especialista, se for o caso.

Aquele adolescente que não apresentar queixa sugestiva de IST, participará da Oficina de Saúde com o tema IST realizada pela equipe especial de Saúde da Família. Após a oficina, é realizado o teste rápido para IST sob livre demanda. Caso apresente um resultado reagente, serão solicitados exames laboratoriais, dando continuidade ao fluxo assistencial.

No caso de sífilis, esse adolescente é encaminhado para tratamento no CS Horto. Se durante este período ele for desligado, ou seja, liberado para casa, é orientado a procurar o centro de saúde de referência para dar continuidade ao tratamento. Caso seja transferido para uma Unidade de Semiliberdade ou de Internação, o prontuário de saúde o acompanha e a equipe de enfermagem da Unidade Socioeducativa Provisória informa a necessidade de continuar o tratamento no centro de saúde de referência.

8.2.1 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO



9 | FLUXOS ASSISTENCIAIS

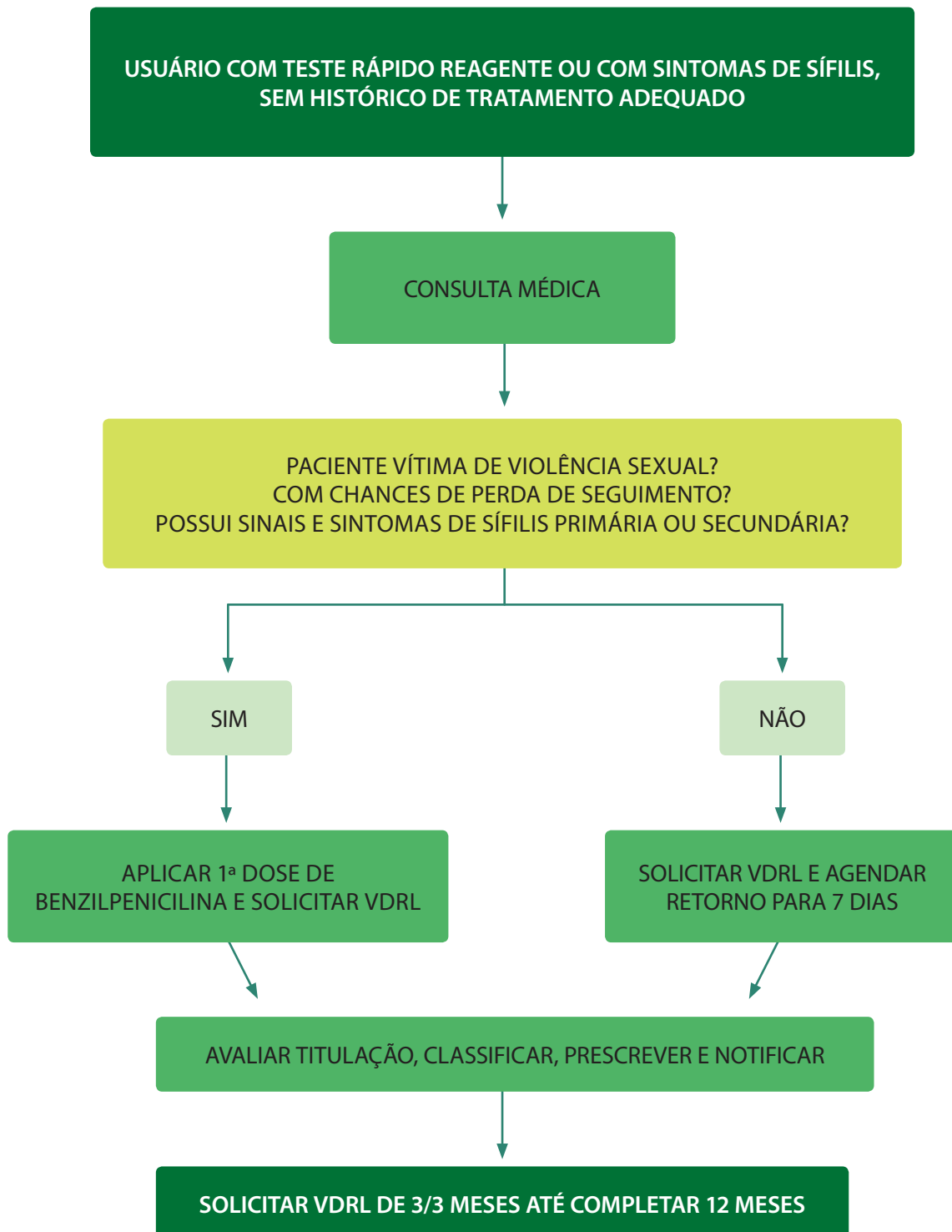
Os fluxogramas definem o caminho do usuário no serviço de saúde, desde a testagem para sífilis até o seu diagnóstico e classificação corretos, bem como o controle de cura. Esses dados são essenciais no monitoramento da sífilis, a fim de subsidiar os profissionais de forma mais clara para a condução dos casos confirmados ou suspeitos de sífilis.

9.1 FLUXOGRAMA GERAL DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DE CURA

O fluxograma geral para diagnóstico da sífilis e controle de cura segue o caminho:

- Usuário com sintomas de sífilis primária ou secundária deve ser encaminhado à consulta médica para início de tratamento e solicitação de exames confirmatórios.
- Usuário com sintomas de neurosífilis deve ser encaminhado à consulta médica para avaliação e encaminhamento à atenção especializada ou serviço de urgência.
- Usuário com teste rápido para sífilis com resultado reagente, com ou sem sintomas de sífilis, sem histórico anterior de tratamento completo e registrado no sistema, deverá ser encaminhado para consulta médica.
- Usuário com teste não treponêmico para sífilis (VDRL) com resultado reagente, com ou sem sintomas de sífilis, sem histórico anterior de tratamento completo e registrado no sistema, deverá ser encaminhado para consulta médica.
- Usuário com ou sem sintomas de sífilis, com histórico de tratamento prévio para sífilis, não deve realizar testagem rápida. Nesse caso, para diagnóstico da reinfecção da sífilis, deve ser realizado teste sorológico não treponêmico (VDRL).
- Em caso de sífilis tratada inadequadamente no passado, o profissional deverá solicitar VDRL para avaliar titulação e agendar retorno, com exame, em sete dias.
 - Em caso de vítimas de violência sexual, pessoas sob risco de perda de seguimento, pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária ou secundária ou sem diagnóstico prévio de sífilis, a primeira dose de Benzilpenicilina Benzatina deverá ser aplicada imediatamente e, na sequência, as aplicações das demais doses devem ser agendadas, conforme classificação clínica da sífilis. Solicitar VDRL na mesma oportunidade.
- Notificar os casos diagnosticados de sífilis no SINAN.
- Solicitar VDRL trimestralmente até completar 12 meses.

- Após tratamento adequado, espera-se que ocorra negativação do VDRL ou queda da titulação de, no mínimo, 2 diluições em até seis meses para sífilis recente e em até 12 meses para sífilis tardia.
- Caso aconteça aumento da titulação do VDRL superior a 2 diluições, deverá ser avaliada possibilidade de reinfecção. Novo tratamento deve ser considerado. Se a reexposição for descartada do contexto a investigação de neurosífilis deverá ser considerada.
- As parcerias sexuais devem ser testadas e adequadamente tratadas.



9.2 FLUXOGRAMA DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NO CENTRO DE SAÚDE

O acesso ao diagnóstico e tratamento no Centro de Saúde segue o caminho:

- O usuário com ou sem sintomas de sífilis procura atendimento por livre demanda.
- É realizado o acolhimento e aconselhamento pré-teste abordando-se questões sobre motivo da testagem, quadro clínico, exposição de risco e orientações sobre a aplicação do teste.
- O profissional executa o teste rápido para sífilis e orienta o usuário a aguardar o resultado por cerca de 20 minutos.
 - O usuário é chamado para receber o resultado e para o aconselhamento pós-teste:

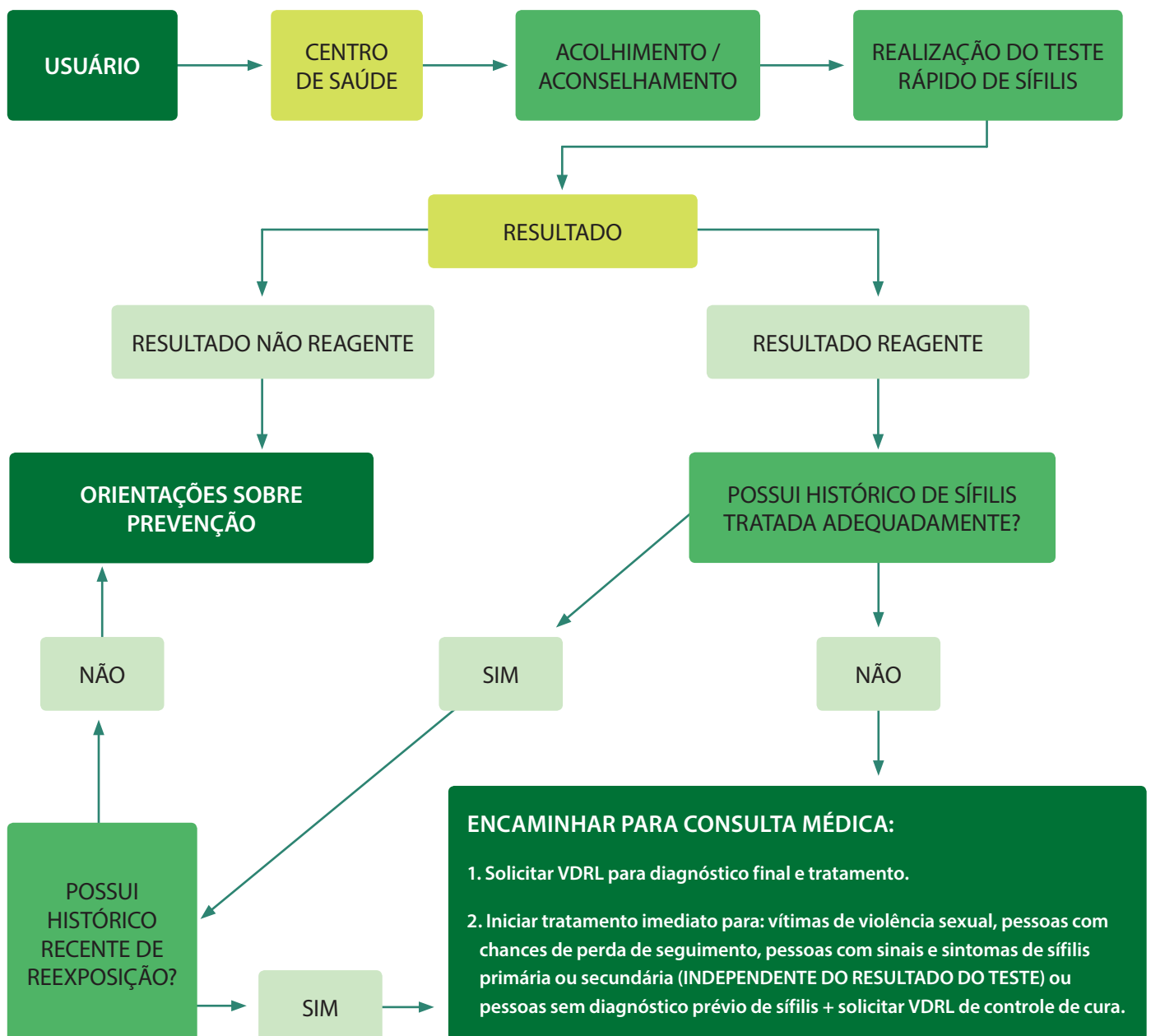
Em caso de resultado não reagente

- Paciente não possui sintomas característicos de sífilis: deve ser questionado sobre a ocorrência de exposição recente (relação sexual sem preservativo). Se resposta afirmativa, o exame deverá ser repetido após 30 dias, devido à possibilidade de janela imunológica.
- Pacientes possui quadro clínico sugestivo de sífilis primária: deve ser orientado sobre a possibilidade de o teste estar negativo nas fases mais precoces da infecção, devendo ser indicado tratamento sintomático.

Em caso de resultado reagente

- O profissional deve questionar o usuário e consultar registros anteriores, se disponíveis, sobre histórico de sífilis e possíveis tratamentos. Se não possuir histórico de sífilis ou tiver tratamento anterior inadequado, incompleto ou exposição de risco recente, deverá ser encaminhado para consulta médica.
- Em todas as situações deve ser abordada a prevenção, disponibilização de insumos e oferta de testagem para outras IST.
- O profissional deverá solicitar exame de VDRL para análise da titulação, de imediato.
- Em caso de vítimas de violência sexual, pessoas com chances de perda de seguimento, pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária ou secundária ou sem diagnóstico prévio de sífilis, a primeira dose de Benzilpenicilina Benzatina deverá ser imediatamente e, na sequência, as aplicações das demais doses devem ser agendadas, conforme classificação clínica da sífilis.
- Usuário com ou sem sintomas de sífilis, com histórico de tratamento prévio para sífilis, não devem realizar testagem rápida. Nesse caso, para diagnóstico da reinfecção da sífilis deve ser realizado teste sorológico não treponêmico (VDRL).

- Para controle de cura após o tratamento, solicitar VDRL trimestralmente até completar 12 meses.
- Notificar no SINAN.
- Após tratamento adequado, espera-se que ocorra negatização do VDRL ou queda da titulação de, no mínimo, 2 diluições em até seis meses para sífilis recente e em até 12 meses para sífilis tardia.
- Caso aconteça aumento da titulação do VDRL superior a 2 diluições, deverá ser avaliada possibilidade de reinfecção. Novo tratamento deve ser considerado. Se a reexposição for descartada do contexto a investigação de neurosífilis deverá ser considerada.
- As parcerias sexuais devem ser testadas e adequadamente tratadas.



9.3 FLUXOGRAMA DE ACESSO AO DIAGNÓSTICO NOS SAE

Os Serviços de Atenção Especializada com porta aberta para testagem rápida são a URS Centro-Sul e o CTA Sagrada Família. O caminho do usuário na unidade será:

- O usuário é atendido por livre demanda quando chega à unidade.
- É realizado o acolhimento e aconselhamento pré-teste com questões sobre motivo da testagem, exposição de risco e orientações sobre a aplicação do teste.
- O profissional executa o teste rápido para sífilis e orienta o usuário a aguardar o resultado por cerca de 20 minutos.
 - O usuário é chamado para receber o resultado e para o aconselhamento pós-teste:

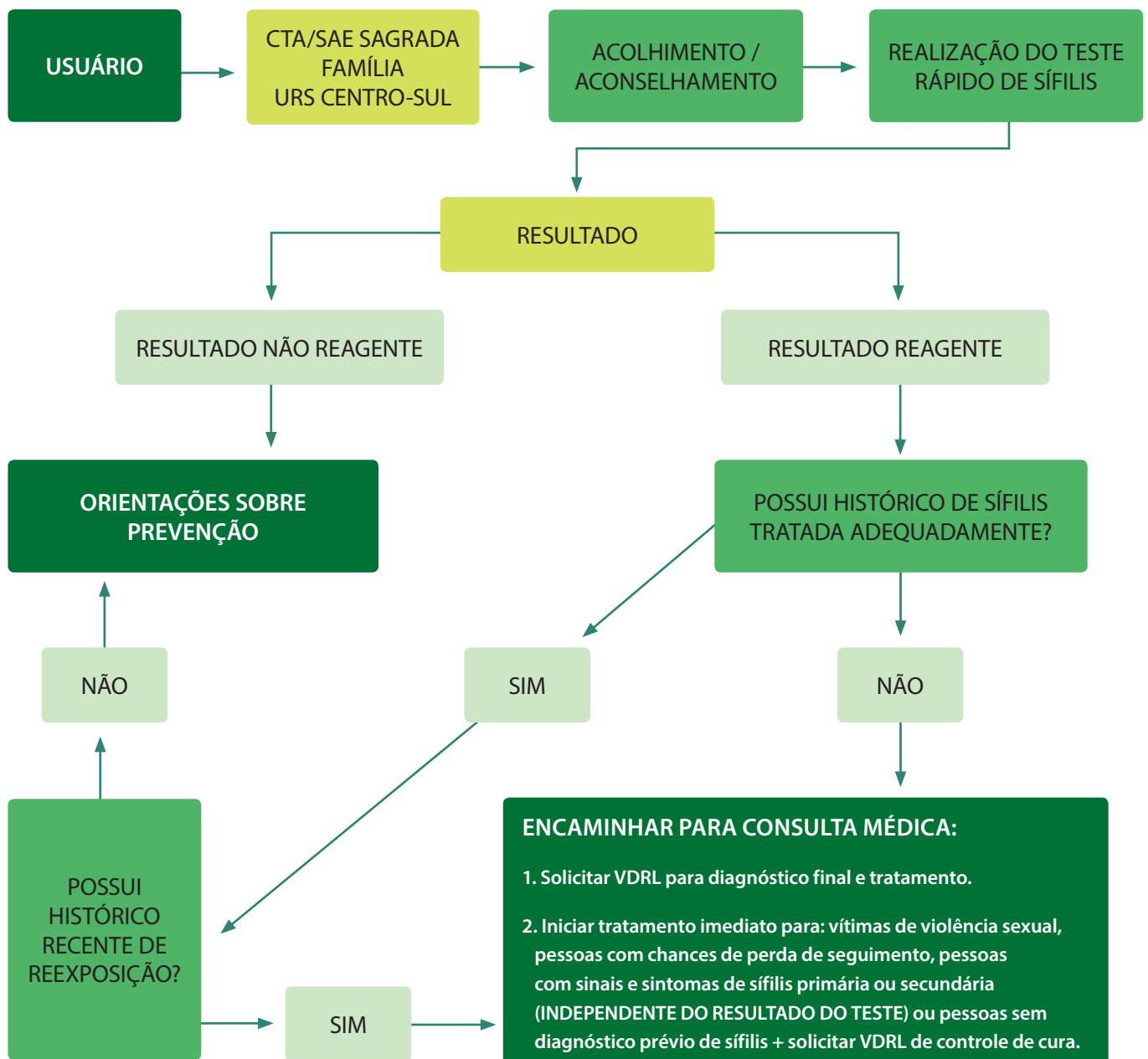
Em caso de resultado não reagente

- Paciente não possui sintomas característicos de sífilis: deve ser questionado sobre a ocorrência de exposição recente (relação sexual sem preservativo). Se resposta afirmativa, o exame deverá ser repetido após 30 dias, devido à possibilidade de janela imunológica.
- Pacientes possui quadro clínico sugestivo de sífilis primária: deve ser orientado sobre a possibilidade de o teste estar negativo nas fases mais precoces da infecção, devendo ser indicado tratamento sindrômico.

Em caso de resultado reagente

- O profissional deve questionar o usuário e consultar registros anteriores, se disponíveis, sobre histórico de sífilis e possíveis tratamentos. Se não possuir histórico de sífilis ou tiver tratamento anterior inadequado, incompleto ou exposição de risco recente, deverá ser encaminhado para consulta médica.
- Em todas as situações, deve ser abordada a prevenção, disponibilização de insumos e oferta de testagem para outras IST.
- O profissional deverá solicitar exame de VDRL para análise da titulação, de imediato.
- Em caso de vítimas de violência sexual, pessoas com chances de perda de seguimento, pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária ou secundária ou sem diagnóstico prévio de sífilis, a primeira dose de Benzilpenicilina Benzatina deverá ser imediatamente e, na sequência, as aplicações das demais doses devem ser agendadas, conforme classificação clínica da sífilis;
- Usuário com ou sem sintomas de sífilis, com histórico de tratamento prévio para sífilis, não devem realizar testagem rápida. Nesse caso, para diagnóstico da reinfecção da sífilis deve ser realizado teste sorológico não treponêmico (VDRL).

- Para controle de cura após o tratamento, solicitar VDRL trimestralmente até completar 12 meses;
- Notificar no SINAN;
- Após tratamento adequado, espera-se que ocorra negativação do VDRL ou queda da titulação de, no mínimo, 2 diluições em até seis meses para sífilis recente e em até 12 meses para sífilis tardia;
- Caso aconteça aumento da titulação do VDRL superior a 2 diluições, deverá ser avaliada possibilidade de reinfecção. Novo tratamento deve ser considerado. Se a reexposição for descartada do contexto a investigação de neurosífilis deverá ser considerada.
- As parcerias sexuais devem ser testadas e adequadamente tratadas.



9.4 FLUXOGRAMA DE ACESSO AO CTA UAI

O Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA UAI é um serviço de testagem rápida para IST e possui o seguinte fluxo para atendimento ao usuário:

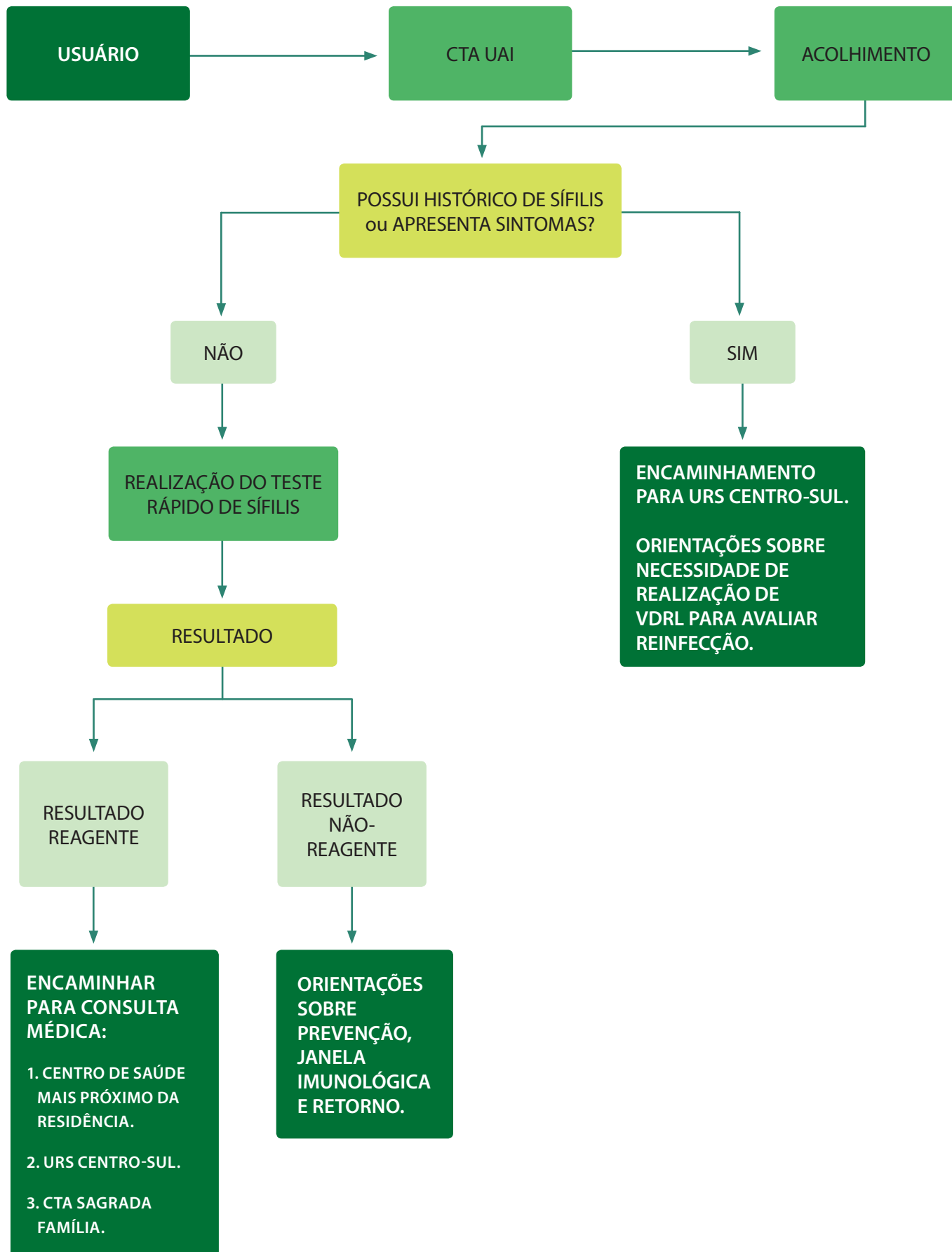
- O usuário é atendido por livre demanda quando chega à unidade.
- Na recepção, é realizado o acolhimento e o paciente é questionado sobre existência de sinais ou sintomas de sífilis.
 - Se usuário informa que possui sinais e sintomas de sífilis, é encaminhado para a URS Centro-Sul para avaliação médica, realização de VDRL e tratamento.
- O profissional executa o teste rápido para sífilis e orienta o usuário a aguardar o resultado por cerca de 20 minutos.
- O usuário é chamado para receber o resultado e para o aconselhamento pós-teste:

Em caso de resultado não reagente

- Paciente não possui sintomas característicos de sífilis: deve ser questionada sobre a ocorrência de exposição recente (relação sexual sem preservativo). Se resposta afirmativa, o exame deverá ser repetido após 30 dias, devido à possibilidade de janela imunológica.
- Paciente possui quadro clínico sugestivo de sífilis primária: deve ser orientado sobre a possibilidade de o teste estar negativo nas fases mais precoces da infecção, devendo ser indicado tratamento sindrômico.

Em caso de resultado reagente

- O profissional deve questionar o usuário e consultar registros anteriores, se disponíveis, sobre histórico de sífilis e possíveis tratamentos. Se não possuir histórico de sífilis ou tiver tratamento anterior inadequado, incompleto ou exposição de risco recente, deverá ser encaminhado, de maneira responsável, para consulta médica, nos seguintes serviços:
 - Centro de Saúde mais próximo da sua residência.
 - CTA/SAE Sagrada Família.
 - URS Centro-Sul.
- Em todas as situações, deve ser abordada a prevenção, disponibilização de insumos e oferta de testagem para outras IST.
- Usuário com ou sem sintomas de sífilis, com histórico de tratamento prévio para sífilis, não deve realizar testagem rápida. Nesse caso, para diagnóstico da reinfecção da sífilis deve ser encaminhado para realização de teste sorológico não treponêmico (VDRL).
- Notificar no SINAN.



O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. Educar é um processo de construção permanente.

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações.

(HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).

Toda visita ao serviço de saúde constitui-se em uma oportunidade para a prática de ações educativas com metodologias ativas centradas no sujeito que devem demandar uma reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis, nesse caso específico sobre a prevenção contra sífilis.

As atividades educativas aumentam a qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde e têm como objetivo ofertar ao indivíduo informações necessárias para a livre escolha, podendo proporcionar uma reflexão sobre sua saúde sexual. As ações educativas, referenciadas abaixo, permitem uma atuação multi e interdisciplinar por meio de metodologias centradas no sujeito e focadas em sua saúde integral.

Ações educativas	Objetivos	Metodologia
Acolhimento	Tirar dúvidas sobre as formas de infecção, prevenção e tratamento da sífilis e outras IST.	Escuta centrada no indivíduo; identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal; avaliação de vulnerabilidades individuais ou do casal para a infecção pelo HIV e outras IST.
Aconselhamento	Proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades e tome decisões baseadas nas suas escolhas.	Diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal.
Abordagem	Realizar durante a triagem e/ou consulta clínica uma abordagem proativa, que vise a promoção, proteção e a recuperação da saúde. Inserir sempre a perspectiva da atenção integral à saúde.	Anamnese; exame físico; identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva e infecções sexuais; intervenção terapêutica e acompanhamento com busca ativa se necessário.
Roda de conversa	Oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada. Propiciar a reflexão sobre os temas relacionados à IST, sexualidade e reprodução.	Fazer grupos de conversa com no máximo 20 pessoas por faixa etária (adolescentes, jovens e adultos).
Material informativo	Informar sobre IST, por meio de folders, cartazes e das mídias eletrônicas.	Fazer um mural com informações sobre a saúde sexual e prevenção às IST.
Capacitação da equipe	Proporcionar um diálogo com a equipe sobre os temas e formas de intervenções relacionadas à prevenção das IST e saúde sexual.	Levar profissionais para falar de temas específicos: prevenção combinada, sífilis e outros; capacitar profissionais para fazer a testagem rápida; integrar as equipes da família aos processos de intervenção e prevenção às IST.

Para realização de atividades e ações coletivas, devem ser consideradas as recomendações vigentes no município, relacionadas à prevenção e ao controle da COVID-19.

11 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – PCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. CONITEC. **Relatório de recomendação. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2020.

PORTARIA GM/MS Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Decisão nº 0094/2015, de 8 de julho de 2015. **Revoga o Parecer de Conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012. Administração de penicilina pelos profissionais de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2015.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, de 14 de junho de 2017. **Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: COFEN, 2017.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Parecer nº 09/2016/CTAS/COFEN, de 6 de maio de 2016. **Solicitação de parecer sobre a administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone**. Brasília: COFEN, 2016.

Secretaria de Estado de Saúde, Rio Grande do Sul. **Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2018.

Ministério da Saúde. **Como Prevenir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Seu Município**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), 2019.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **5 Passos de Prevenção Combinada**. Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave m HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.028, 1º de julho de 2005**. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 14 abr 2020.

Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Pré Natal e Puerpério**. 2ª Ed. Revisada e atualizada. Belo Horizonte: 2019.

SUS·BH



PREFEITURA
BELO HORIZONTE