

Vigilância Epidemiológica das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Myllene Almeida



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

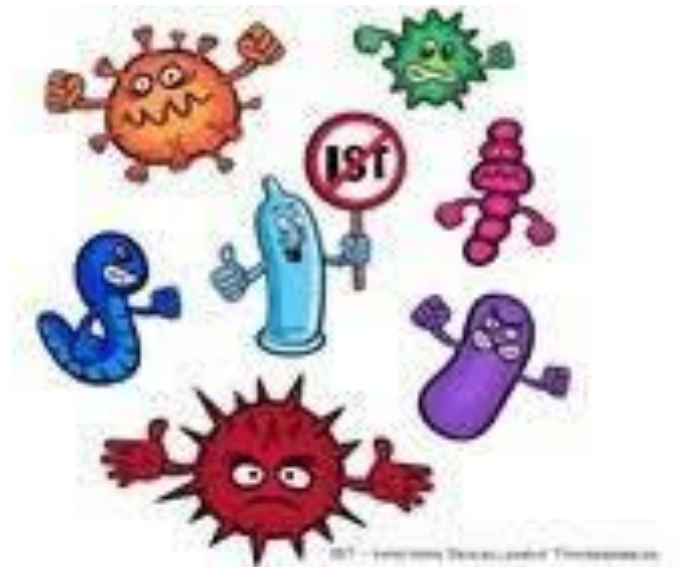
DO LADO
DA GENTE



Vigilância epidemiológica

ISTs: Um Problema de Saúde Pública Global e Nacional

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos transmitidos principalmente pelo contato sexual desprotegido.



Impactos na Saúde

Infertilidade, complicações na gravidez, transmissão vertical, facilitação da transmissão do HIV e, em casos extremos, óbito fetal.

Principais ISTs de Interesse Epidemiológico

Sífilis (adquirida, em gestantes e congênita)

HIV/Aids (maiores de 13 anos, menores de 13 anos, gestante HIV, criança exposta ao HIV)

Hepatites Virais A, B e C (gestantes e crianças expostas)

Gonorreia e Clamídia (síndrome do corrimento uretral masculino e cervical)

HTLV (gestantes e crianças expostas)

MPOX



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Documentos Oficiais

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 26/01/2026 | Edição: 17 | Seção: 1 | Página: 106

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA GM/MS Nº 10.175, DE 23 DE JANEIRO DE 2026

Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 2017, para incluir anomalias congênitas na lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, incisos I e II do parágrafo único da Constituição, resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a inclusão das anomalias congênitas no item 4 da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Art. 2º O Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma de Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 551 DE 26 DE MAIO DE 2025

A **SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**, no uso das atribuições legais que lhe confere o Decreto Simples publicado no Diário Oficial do Estado em 04 de janeiro de 2023 e o art. 109, incisos I e V da Constituição Estadual:

Considerando o disposto no Decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o art. 10 incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a execução de ações de vigilância epidemiológica como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional, aprovado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde de 23 de maio de 2005;



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Definições de Caso: Base para uma Notificação Correta

Sífilis Adquirida

Toda pessoa com evidência clínica e/ou laboratorial de sífilis, sem critérios de sífilis congênita, independentemente de tratamento prévio.

Sífilis em Gestantes

Toda gestante com evidência clínica e/ou laboratorial de sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério, independentemente do tratamento.

Sífilis Congênita

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente de sinais e sintomas.

HIV

Toda pessoa com resultado reagente em teste diagnóstico para HIV, conforme protocolo vigente do Ministério da Saúde.



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Definições de Caso: Base para uma Notificação Correta

HTLV (Gestantes e Crianças)

Notificação compulsória (Portaria 3.148/2024) para toda gestante com sorologia reagente e crianças expostas à transmissão vertical do HTLV.

Mpox (Notificação Imediata)

Notificação em até 24h para casos suspeitos: pessoa com início súbito de lesão em mucosas ou erupção cutânea aguda sugestiva.

Hepatite A

Notificação de casos agudos com evidência clínica (icterícia, febre, mal-estar) e/ou laboratorial (Anti-HAV IgM reagente).

Hepatites B e C

Notificação de casos agudos ou crônicos com marcador reagente (HBsAg ou Anti-HCV) e confirmação laboratorial conforme protocolo.



TELESSAÚDEBA



DO LADO DA GENTE

Definições de Caso: Base para uma Notificação Correta

Clamídia e Gonorréia

Toda pessoa com resultado reagente em teste diagnóstico para Clamídia e Gonorreia, conforme portaria estadual.

Sífilis:					
a. Adquirida				X	A53.9
b. Congênita				X	A50.9
c. Em gestante				X	O98.1
Síndrome do Corrimento Cervical/Vaginal				X	N72
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino				X	R36



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Testes Rápidos: Ferramenta Essencial para Diagnóstico e Vigilância na UBS

Teste Rápido Disponível no SUS	Indicação Principal na APS
TR para Sífilis	Gestantes (pré-natal), parceiros, população em geral
TR para HIV	Gestantes, população-chave, demanda espontânea
TR para Hepatite B (HBsAg)	Gestantes, populações vulneráveis
TR para Hepatite C (anti-HCV)	Populações vulneráveis e em geral

O CICLO DE VANTAGEM DO TESTE RÁPIDO

Diagnóstico Imediato →

Tratamento Oportuno →

Interrupção da Transmissão →

Redução da Subnotificação



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Notificação HIV/Aids

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO Aids (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença AIDS	3 Código (CID10) B 24	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Não se aplica	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado
Notificação Individual	12 Gestante 1 - Sim 2 - Não	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 2º grau) 3 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 3º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsêio da 1ª série) 5 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Educação superior incompleta 7 - Educação superior completa 8 - Ignorado 9 - Não se aplica	15 Número do Cartão SUS
	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
Dados de Residência	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Provável modo de transmissão 1 - Transmissão vertical 2 - Não foi transmissão vertical 3 - Ignorado	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 5 - Ignorado	
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	35 Data da transfusão/acidente 36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	38 Código (IBGE)
	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS 08/06/2006

Monitorar casos notificados de HIV/aids e seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar medidas de prevenção e controle e avaliar o impacto da intervenção.

Todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais diagnosticado com infecção pelo HIV

Todo óbito com menção de infecção pelo HIV



TELESSAÚDEBA



DO LADO DA GENTE

SECRETARIA DA SAÚDE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

1 Tipo de Notificação

2 - Individual

2 Agravado/doença

GESTANTE HIV

Código (CID10)

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade

11 Sexo

12 Gestante

13 Raça/Cor

14 Escolaridade

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 UF

18 Município de Residência

Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação

32 Evidência laboratorial do HIV:

Pré-Natal

33 Fez/ Faz pré-natal

34 UF

35 Município de realização do Pré-Natal

Código (IBGE)

36 Unidade de realização do pré-natal:

Código

37 Nº da Gestante no SISPRENATAL

38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia

39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia

Parto

40 UF

41 Município do local do parto

Código (IBGE)

42 Local de realização do parto:

Código

43 Data do parto:

44 Tipo de parto

45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto

46 Evolução da gravidez:

47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):

1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unit. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Gestante HIV +

Sinan NET

SVS

17/07/2006

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

AIDS (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

1 Tipo de Notificação

2 - Individual

2 Agravado/doença

AIDS (pacientes menores que 13 anos)

Código (CID10)

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade

11 Sexo

12 Gestante

13 Raça/Cor

14 Escolaridade

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 UF

18 Município de Residência

Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Idade da mãe

32 Escolaridade da mãe

33 Raça/cor da mãe

34 Ocupação da mãe

35 Tipo de investigação

INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS

36 Transmissão vertical

37 Transmissão sexual

38 Transmissão sanguínea

39 Data da transfusão/acidente

40 UF

41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente

Código (IBGE)

42 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente

Código

43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?

Aids em menores que 13 anos

Sinan NET

SVS

14/06/2006

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

1 Tipo de Notificação

2 - Individual

2 Agravado/doença

CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Código (CID10)

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade

11 Sexo

12 Gestante

13 Raça/Cor

14 Escolaridade

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 UF

18 Município de Residência

Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona

30 País (se residente fora do Brasil)

Notificação HIV/Aids

A notificação de caso de aids de indivíduos já notificados como caso de infecção pelo HIV é realizada quando eles apresentarem sinais e/ou sintomas que preencham os critérios de definição de caso de aids.

Situação especial: quando na notificação de aids observa-se que a notificação de infecção pelo HIV tenha sido realizada, num período inferior a seis meses, a ficha de notificação de HIV deve ser atualizada com as informações de sinais e/ou sintomas que preencham os critérios de definição de caso aids.



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Investigação dos casos de HIV/Aids

Investigar todos os casos de transmissão vertical do HIV em crianças < 5 anos

Acompanhar crianças expostas ao HIV na APS e/ou serviços especializados (SAE/CTA).

Óbito precoce por aids.



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Notificação Sífilis

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma		
	2 Agravado/doença	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Notificação de Surto	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito		
	18 N° de Casos Suspeitos/Expostos	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto		
Dados de Residência	20 UF	21 Município de Residência	Código (IBGE)	22 Distrito
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)	27 Geo campo 1	
Notificante	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência	30 CEP	
	31 (DDD) Telefone	32 Zona	33 País (se residente fora do Brasil)	
	Município/Unidade de Saúde			
Nome		Função	Assinatura	
Notificação		Sinan NET	SVS 17/07/2006	

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE				
Definição de caso: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio. Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação. a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/guid . Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. * Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Notificante	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA				
Definição de caso: Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} . a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; - Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e . - Testes treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. ^d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. ^e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. ^f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Notificante	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares				



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA

DO LADO
DA GENTE

SECRETARIA DA SAÚDE

Investigação dos casos de Sífilis

Investigar todos os casos notificados de sífilis congênita precoce (crianças ≤ 2 anos);

Investigar casos de abortamento, natimorto e óbito por sífilis

Acompanhar crianças expostas à sífilis na rede de APS.



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Notificação Hepatites Virais

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

N°

CASO CONFIRMADO
Hepatite A: - indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagentes
- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagentes) de hepatite A
- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite B: - indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:
- HBsAg reagentes - Anti-HBc IgM reagentes - HBV-DNA detectável
- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite C: - indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:
- Anti-HCV reagentes - HCV-RNA detectável
- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:
- Anti-HDV total reagentes - HDV-RNA detectável
- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite E: - indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:
- Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes - HEV-RNA detectável
- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado(a) **HEPATITES VIRAIS** Código (CID10) B 19 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

Notificação Individual

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - óbito gestacional ignorado 5 - Não se aplica 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado

14 Escolaridade 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 ginsu ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsu ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação 32 Ocupação

33 Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada 34 Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado Hepatite A Hepatite B

35 Institucionalizado em 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado

36 Agravos associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado HIV/AIDS Outras DSTs 37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado Sexual Domiciliar (não sexual) Ocupacional

Hepatites Virais Sinan NET SVS 29/09/2006

Hepatite A: Anti-HAV IgM ou vínculo epidemiológico

Hepatite B: HBsAg, Anti-HBc IgM, HBV-DNA

Hepatite C: Anti-HCV e HCV-RNA

Nota técnica nº 11/2025- Notificação de gestante com hepatite B e Criança exposta a hepatite B



TELESSAÚDEBA



SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO DA GENTE

Investigação dos casos de Hepatite B e C

Investigar todos os casos de transmissão vertical diagnosticados em crianças ≤ 2 anos

Acompanhar crianças expostas às hepatites B e C na APS e serviços especializados



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Notificação HTLV

República Federativa do Brasil
MINISTÉRIO DA SAÚDE

e-SUS Sinan
Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

UF da notificação Município da notificação Código IBGE

Código CNES Estabelecimento de saúde

1 Data da notificação 2 Cadastro de Pessoa Física (CPF) 3 Cadastro Nacional de Saúde (CNS)

4 É estrangeiro (a)? 5 Se sim, passeaporte 6 País de nascimento

1. Sim 2. Não

7 Nome completo (sem abreviações) 8 Nome social

9 Nome completo da mãe (sem abreviações) 10 Data de nascimento

11 Idade 1. Hora 3. Mês 12 Sexo ao nascimento 2. Dia 4. Ano 1. Masculino 2. Feminino 3. Intersexo 9. Ignorado

13 Orientação sexual 1. Heterossexual 3. Bissexual 7. Não se aplica 9. Ignorado 2. Homossexual 4. Outra, especifique:

14 Identidade de gênero 1. Mulher cisgênero 3. Mulher transgênero 5. Travesti 7. Não se aplica 2. Homem cisgênero 4. Homem transgênero 6. Não binário 9. Ignorado

15 Raça/Cor 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 9. Ignorado

16 Se Indígena, qual etnia?

17 Se Indígena, vive aldeado? 1. Sim 2. Não 9. Ignorado

18 Nome do distrito sanitário especial

19 Nome do polo base

20 Nome da aldeia

21 É membro de povo ou comunidade tradicional? 1. Sim 2. Não 9. Ignorado

22 Se sim, qual povo ou comunidade tradicional?

23 Gestante 1. 1º Trimestre 3. 3º Trimestre 5. Não 9. Ignorado 2. 2º Trimestre 4. Idade gestacional ignorada 7. Não se aplica

24 Escolaridade 1. Nenhuma 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) 7. Superior incompleto 2. Educação Infantil 5. Ensino Médio incompleto 8. Superior completo 3. Ensino Fundamental incompleto 6. Ensino Médio completo (até o 3º ano) 9. Ignorado

60 Data de notificação 1. Código (CRO)

Notificação individual de CASO : Serão notificados apenas os CONFIRMADO casos confirmados de infecção pelo HTLV (teste de triagem reagente e teste confirmatório reagente/detectado)

Nota técnica nº 12/2025- Notificação de gestante com HTLV e Criança exposta a HTLV



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA

SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Investigação dos casos de HTLV

Investigar e acompanhar crianças expostas ao HTLV na rede de saúde.



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Notificação Corrimentos Uretrais Masculinos e Cervicais

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª 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 10- Não se aplica		
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	
Conclusão	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação		
Conclusão	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado		
	35 UF		
Conclusão	36 País		37 Município
	38 Distrito		39 Bairro
	Código (IBGE)		

A síndrome do corrimento uretral apresenta sintomas como secreções mucóides, mucopurulento ou purulento.

Além da anamnese e da história clínica utilizadas na abordagem sindrômica, testes diagnósticos podem ser utilizados para rastreamento de casos assintomáticos e para diagnóstico etiológico de uretrites infecciosas que resultam em corrimento uretral



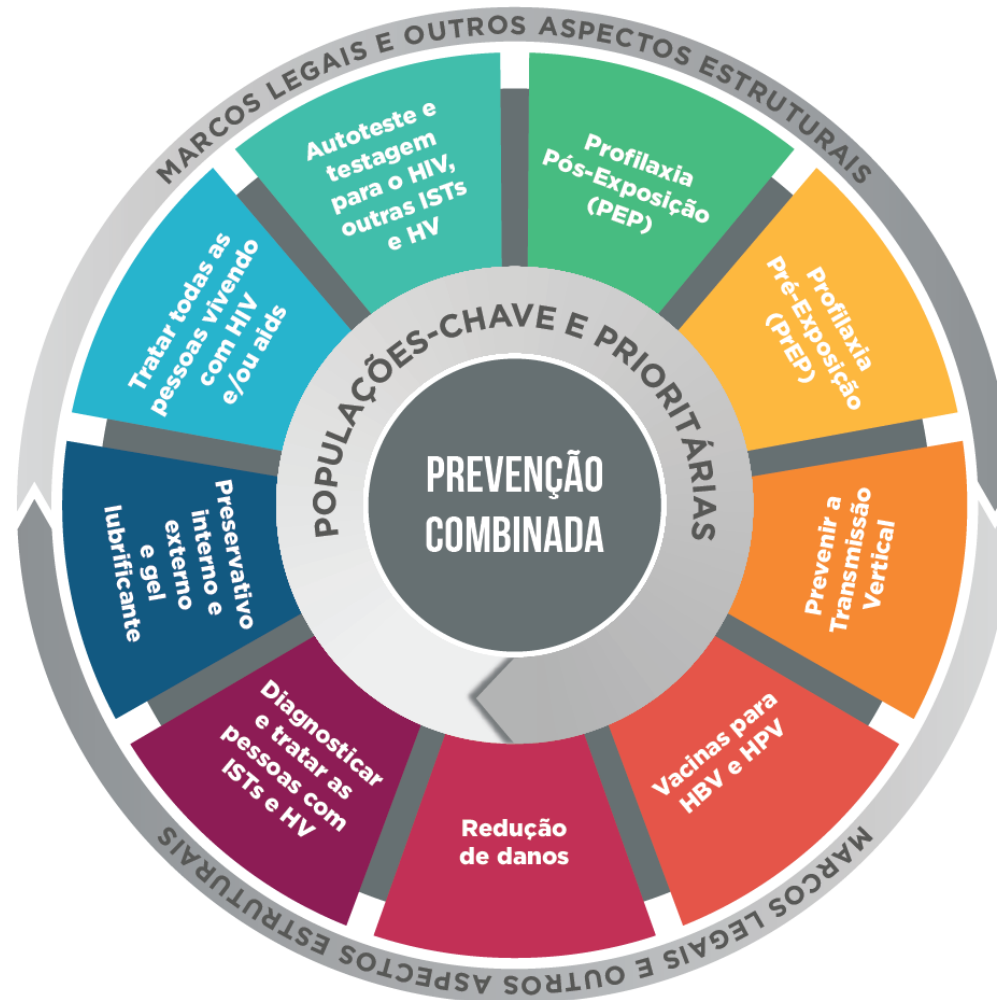
TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

PREVENÇÃO COMBINADA



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Estratégias na APS

- Oferta rotineira de testes rápidos no pré-natal e demanda espontânea
- Ações de **educação em saúde** e aconselhamento
- **Distribuição** de preservativos e insumos de prevenção
- Comunicação de parceiros sexuais (cartão de comunicação de parceiros)
- **Articulação** com serviços especializados (SAE, CTA, CAPS-AD)



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

Responsabilidades na APS

Identificar casos suspeitos ou confirmados de ISTs.

Preencher corretamente a ficha de notificação compulsória.

Auxiliar na investigação epidemiológica quando indicado pelos protocolos.

Realizar busca ativa de parceiros sexuais para triagem, diagnóstico e tratamento adequado.

Registrar todas as informações no prontuário do paciente e no sistema de informação.

! Atenção: A subnotificação é um problema reconhecido — estima-se que o número real de casos seja significativamente superior ao registrado no SINAN.



TELESSAÚDEBA



GOVERNO DA
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e o elo mais importante na cadeia de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância das ISTs.



TELESSAÚDEBA



SECRETARIA DA SAÚDE

DO LADO
DA GENTE