





Tipo do  Documento	MANUAL DE NORMAS E	PL.NHEP.001 - Página 1/21		
	ROTINAS ROTINA E FLUXO PARA SÍFILIS EM GESTANTE	Emiccão	Próxima revisão:	
Documento	^	01/2023	01/2024	
		Versão: 2º		

### ROTINA E FLUXO PARA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA

Esse Protocolo destina-se à:

- 1. Sistematização da rotina interna de notificação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP);
- 2. Orientações referentes ao preenchimento das Fichas de Investigação Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita;
- 2. Recomendações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita (para Atenção Básica, Maternidade e Vigilância Epidemiológica) Nota Técnica N.º 1/2023 SES/SAIS/ARAS/GCDRC.

### 1. SISTEMATIZAÇÃO DA ROTINA DE NOTIFICAÇÃO DO NHEP:

**1.1 Busca ativa no Bloco Materno-infantil**: Analisar todos os pacientes do bloco materno-infantil (binômio mãe-bebê), buscando doenças e agravos de notificação (principalmente sífilis, toxoplasmose, HIV e pacientes elegíveis para uso do Palivizumabe).

### 1.2 Preenchimento de Ficha de Notificação:

- Sífilis em Gestante:
- Sífilis Congênita ou;
- Criança Exposta à Sífilis.

### **1.3 Notificação da gestante** no momento do parto:

- Verificar o enquadramento na definição de caso;
- Avaliar criteriosamente o tratamento materno documentado (caderneta da gestante, prontuário da paciente). NÃO deve ser considerada informação verbal:





**NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA** 



- tratamento iniciado até 30 dias antes do parto;
- antibiótico utilizado de acordo com a classificação clínica;
- checar as datas de aplicação do medicamento, as doses aplicadas e intervalo entre as doses (até 9 dias);
- resultados e datas de testes para sífilis durante o pré-natal (titulação no diagnóstico e no seguimento após o tratamento);
- tratamento das parcerias sexuais;
- identificar reinfecção, falha terapêutica ou tratamento inadequado.
- Consultar o SINAN para evitar duplicidade de notificação;
- Toda gestante com diagnóstico de sífilis deve ser notificada durante o pré-natal. Caso o diagnóstico tenha ocorrido no momento do parto ou pós-parto, deve ser notificado as parturientes/puérperas com sífilis pelo NHEP.
- As gestantes que tiveram o diagnóstico no pré-natal, realizado no DF, sem notificação no SINAN, o NHEP não deverá notificar. Contudo, o caso deve ser comunicado via SEI para NVEPI/DIRAPS para solicitar a notificação pela UBS responsável pelo pre-natal;
- Casos complexos, com informações dúbias, evoluções médicas contraditórias, que gerem dúvidas quanto a notificação ou não do agravo, devem ser notificados pelo NHEP;
- Caso a mulher não tenha feito pré-natal, deve ser notificada pelo NHEP.
- Casos considerados "Criança Exposta à Sífilis" deve ser feito o preenchimento da ficha (ANEXO) e entregue à enfermeira para alimentação da planilha compartilhada com NVEPI;
- Discussão de casos: Enfermeira deve analisar e discutir o caso com o técnico de enfermagem para concluírem sobre o caso de ser congênito ou exposição. Casos expostos devem ser evoluídos no Trackcare pela enfermeira e casos congênitos devem ser evoluídos pelos técnicos de enfermagem.

"Criança Exposta à Sífilis" – evoluído pela enfermeira "Sífilis Congênita" – evoluído pelo técnico de enfermagem

- Mãe que se enquadra na definição de caso para Sífilis congênita (ou outro agravo) com **FETO MORTO**:
  - Mãe deve ser notificada para Sífilis em Gestante e o feto morto notificado como Sífilis congênita.





**NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA** 



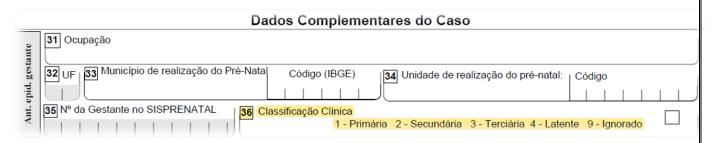
- A Declaração de Óbito não é preenchida e o SVO/DF é acionado pelo NUCAP- Núcleo de Citologia e Anatomia Patológica.
- O NHEP deve realizar a notificação do agravo e encaminhar a ficha de notificação ao NUCAP conforme solicitação.
- Vigilância do óbito: O caso suspeito deve ser encaminhado pelo NHEP ao Comitê de Óbito Infantil localizado no HRSM, por meio da Ficha de Investigação de Óbito Fetal, mesmo não tendo Declaração de Óbito, pois a investigação e captação de informações independe da DO.

### 1.4 Fluxo intersetorial (entre NHEP e NVEPI) de fortalecimento da política de notificação na Atenção Básica:

- 1.4.1 Identificar a UBS responsável pelo pré-natal:
  - ✓ UBS do Distrito Federal cuja gestante foi diagnosticada com qualquer agravo de notificação, deverão ser notificadas pela Atenção Básica;
  - ✓ UBS do estado de Goiás ou RIDE, independente de serem diagnosticadas com sífilis no prénatal ou no momento do parto (HRG), deverão ser notificadas pelo NHEP;
- 1.4.2 Cientificar o NVEPI via ambiente SEI dos casos de sífilis em gestante sem notificação no prénatal:
- 1.4.3 Alimentação da planilha compartilhada com o NVEPI de casos de Crianças Expostas à Sífilis

### 2. ORIENTAÇÕES REFERENTES AO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO

### 2.1 FICHA DE SÍFILIS EM GESTANTE:



A. ITEM 36 - CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA:







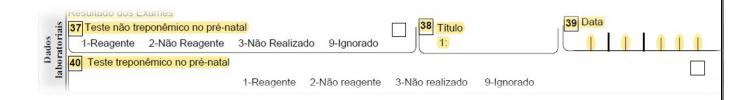
- **Primária:** manifestação clínica **cancro duro indolor**. A opção deve ser marcada somente se houver relato de lesão recente (média de 21 dias) ou visualização da lesão;
- **Secundária:** classificação por tempo de infecção e/ou manifestações clínicas: se sintomática, observar a presença de lesões cutâneo-mucosas (roséola, sifilides papulosas, condiloma plano, alopécia).
- Terciária: Classificação por tempo de infecção e manifestações clínicas: se sintomática, observar a presença de lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sifilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); Tempo de infecção maior que um ano, podendo durar por mais de 40 anos. A sífilis terciária tem como característica a intensa destruição tecidual. Menos frequente atualmente. Acomete SNC e cardiovascular. Gomas sifilíticas
- Latente: fase assintomática, fase de silêncio clínico. O diagnóstico é obtido apenas por meio de reações sorológicas. Se assintomáticas, maioria dos diagnósticos ocorrem nesta fase clínica, considerar o tempo de infecção:

# Recente: até um ano de evolução

# Tardia: mais de um ano de evolução

**Atenção:** A maioria dos diagnósticos de sífilis em gestantes está na fase latente e nem sempre a cronologia do tempo de infecção é bem determinada. Dessa forma, diante de uma gestante com diagnóstico confirmado, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), classifica-se e trata-se o caso como sífilis latente tardia (mais de 2 anos de infecção).

### **B. ITENS 37 E 40 - TESTES LABORATORIAIS**



a) TESTE NÃO TREPONÊMICO - VDRL







- Detectam anticorpos NÃO ESPECÍFICOS anticardiolipina. Teste de triagem, não confirma o diagnóstico para sífilis.
  - ✓ VDRL resultado qualitativo reagente ou n\u00e3o reagente
  - ✓ VDRL resultado quantitativo São expressos em títulos e são importantes para o monitoramento da resposta ao tratamento, uma vez que a queda, manutenção ou elevação das titulações indicam a evolução terapêutica.
- TÍTULO DA AMOSTRA: é a maior diluição que mostra reação positiv
- A titulação é indicada pela última diluição da amostra que ainda apresenta reatividade/floculação visível (título dos anticorpos);
- A amostra de sangue é diluída em um fator 2 (1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 e sucessivamente)
- Resultado VDRL 1:2 significa que foi identificado o anticorpo mesmo após 2 diluições no sangue.
- AMOSTRAS VDRL: sangue periférico ou líquor

### b) TESTES TREPONÊMICOS

São testes de diagnóstico confirmatório que detectam **ANTICORPOS ESPECÍFICOS** produzidos contra os antígenos do Treponema pallidum. São os primeiros a se tornarem reagentes. Os testes disponíveis na rede SUS/DF:

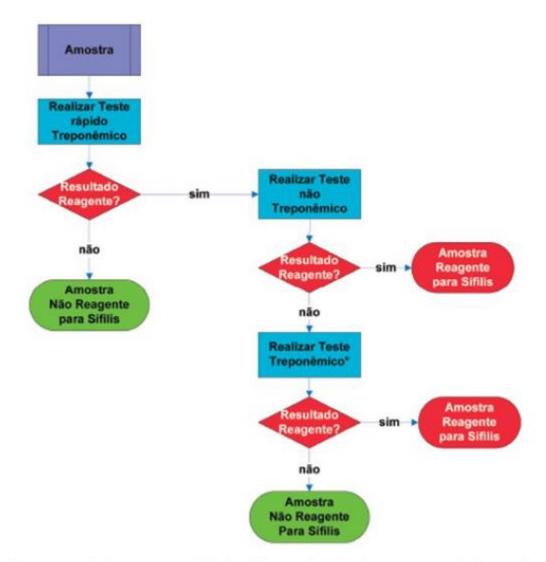
- Teste rápido Imunocromatográfico: *Treponema pallidum IC* (Trackcare)
- TPHA Reação de hemaglutinação, treponema pallidum TREP (Trackcare)

Para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado, pelo menos, dois testes: um teste treponêmico (Teste Rápido) e um teste não treponêmico (VDRL) em qualquer ordem. No entanto, considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, **recomenda-se, sempre que possível, iniciar o diagnóstico por um teste treponêmico** (Teste Rápido), conforme fluxograma 1.









Teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado

No indivíduo infectado pelo *T. pallidum*, os testes treponêmicos (Teste Rápido) permanecem reagentes indefinidamente, mesmo nos indivíduos tratados (cicatriz sorológica). Os testes não treponêmicos (VDRL) tendem à negativação após o tratamento e são quantitativos, por isso, são utilizados no seguimento. No entanto, alguns indivíduos podem apresentar testes não treponêmicos (VDRL) persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento. Essa baixa titulação também se verifica nos indivíduos com sífilis latente, por isso, na ausência de registro de tratamento, indivíduos com títulos baixos em testes não treponêmicos (VDRL) devem ser tratados.

Observação: Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

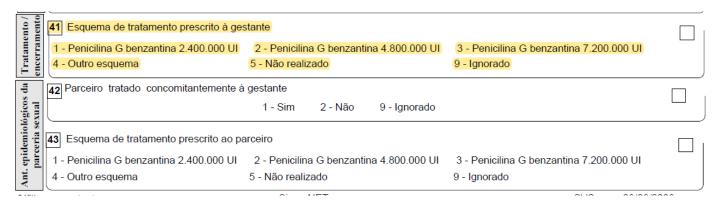








### C. ITEM 41 - TRATAMENTO PARA GESTANTE



A penicilina benzatina é a **ÚNICA OPÇÃO** segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes com sífilis, pois atravessa a barreira placentária e consegue tratar o concepto.

Segundo protocolo da OMS, para gestante com sífilis latente recente, em situações especiais como o desabastecimento ou alergia à penicilina, pode-se utilizar ceftriaxona 1g, IM, por 10 a 14 dias. Mas será necessário notificar/investigar e tratar a criança para sífilis congênita.

Dados do Documento:

Elaborado: Enfa Daniely Correia







### Gestantes com sífilis alérgicas à penicilina - Nota Técnica SEI-GDF n.º 9/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST):

As gestantes com diagnóstico de sífilis e história de alergia à penicilina (reação grave ou anafilaxia) podem ser encaminhadas ao Ambulatório de Alergia do Hospital Regional da Asa Norte - HRAN. Para serem atendidas, as gestantes devem apresentar o encaminhamento e relatório do médico. Neste relatório deve constar, obrigatoriamente:

- Confirmação diagnóstica da sífilis Resultado do teste rápido e data da realização;
- Informação que apresenta história de alergia grave ou anafilaxia à penicilina;
- Prescrição do tratamento Receituário comum com as doses de penicilina a ser em administradas (prescrição médica).

Todas as doses serão realizadas no ambulatório de alergia, com a realização de protocolo de dessensibilização e supervisão da equipe multidisciplinar.

Quadro 1 - Tratamento e monitoramento de sífilis em gestantes\*

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de evolução).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 2 semanas.¹  Dose total: 4,8 milhões UI, IM	Mensal (teste não treponêmico)	Certas evidências indicam que uma terapia adicional é benéfica para prevenir sifilis em gestantes. Para mulheres que têm doença primária, secundária ou latente recente, uma segunda dose de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM pode ser administrada uma semana após a dose inicial. 1,12
Sífilis tardia: sifilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.  Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. 1-3  Dose total: 7,2 milhões UI, IM		Mensal (teste não treponêmico)	Para gestantes o intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Se uma mulher grávida não retornar para a próxima dose no 7º dia, todos os esforços devem ser feitos para contatá-la e vinculá-la imediatamente ao tratamento. 1-3,12  Gestantes com atraso entre as doses > 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo. 12

<sup>\*</sup>Tratamento materno adequado: Tratamento completo e finalizado antes do parto, realizado com benzilpenicilina benzatina (penicilina G benzatina), de acordo com a classificação clínica da sífilis materna e iniciado até 30 dias antes do parto.

- Sífilis 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e latente recente: 2 DOSES semanais IM. TOTAL: 4,8 milhões UI.
- Sífilis 3ª, IGNORADA ou latente tardia: 3 DOSES semanais IM. TOTAL: 7,2 milhões UI.







### Critérios considerados tratamento adequado:

- Administração de Penicilina Benzatina (dose única ou 3 doses semanais, conforme estágio da doença);
- Início do tratamento ATÉ 30 DIAS antes do parto;
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico;
- Respeito ao intervalo das doses. INTERVALO DE ATÉ 9 DIAS.
- Avaliação do risco de reinfecção;
- Documentação da queda do título VDRL em pelo menos 2 diluições em 3 meses ou 4 diluições em 6 meses.

**Observação:** Exemplo da diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos 1:64 para 1:16 em três meses e de 1:64 para 1:4 em seis meses.

D. ITEM 42 - TRATAMENTO DOS PARCEIROS SEXUAIS (Nota Técnica SEI-GDF n.º 7/2019
 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST).

A GEVIST/DIVEP/SVS recomenda que:

- 1. As parcerias sexuais de pessoas com sífilis **REALIZEM** testes imunológicos.
- 2. Independente do resultado dos exames, TRATAR presumivelmente com esquema para sífilis recente se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela) E/OU tratar presumivelmente com esquema para sífilis latente tardia quando expostos há mais de 90 dias ou na impossibilidade de estabelecer a data da infecção (As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção.

Observação: O não tratamento dos parceiros pode levar à reinfecção das gestantes.

### RESPOSTA AO TRATAMENTO - Monitoramento pós-tratamento de sífilis na gestante

A quantificação do título de teste não treponêmico (VDRL) deve ser obtida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar Dados do Documento:

Elaborado: Enfa Daniely Correia







significativamente após alguns dias entre o diagnóstico de sífilis e o início de tratamento. Isso é importante para documentação da real queda da titulação, evitando a necessidade de retratamento (Nota Técnica SEI-GDF n.º 10/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST). Classifica-se a resposta ao tratamento em:

### a) Resposta imunológica adequada (sucesso de tratamento):

- Diminuição da titulação em 2 diluições em 3 meses (ex: 1:64 para 1:16) => negativação ou estabilização em títulos baixos.
- A persistência de resultado reagente (teste treponêmico) com títulos baixos (1:1 até 1:4) durante 1 ano após o tratamento quando descartada nova exposição => CICATRIZ SOROLÓGICA.

### b) Critérios de retratamento: reativação/reinfecção.

- Não redução da titulação em 2 diluições em 6 m ou 1 ano (ex: 1:32 para 1:8)
- Aumento da titulação
- Persistência dos sintomas de sífilis

**Atenção:** O monitoramento sorológico deve ser mensal até o parto. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3,6, 9 e 12 meses).

### 2.2 FICHA DE SÍFILIS CONGÊNITA

A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário, com mais treponemas circulantes) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Deve ser analisado as situações de definição de casos de sífilis congênita:

### Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

Obsevação: Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2





**NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA** 



Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita e VDRL reagente;
- Títulos de VDRL do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos 2 diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- Títulos de VDRL ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta;
- Títulos de VDRL ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas em período neonatal;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses sem o diagnóstico prévio de sífilis congênita.

### Situação 3

Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia.

**Atenção:** Quanto à ficha de notificação/investigação de sífilis congênita, a nova definição de caso considera como tratamento adequado, o tratamento completo para o estágio clínico da sífilis, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto, desconsiderando a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes.

### A. ITEM 50 - DIAGNÓSTICO (Nota Técnica SEI-GDF n.º 11/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST)

O diagnóstico da sífilis congênita é complexo, pois a maioria das crianças são assintomáticas ao nascimento e, mesmo naquelas com alguma expressão clínica, os sinais e sintomas costumam ser discretos ou inespecíficos.

Nessa perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis congênita. A avaliação é constituída por 3 pilares:

- Tratamento materno durante a gestação (adequado ou não);
- VDRL do RN e da mãe no parto;
- Resultado dos exames físico e complementares (laboratoriais e radiológicos) do RN.







O teste não treponêmico (VDRL) é indicado para diagnóstico e seguimento terapêutico, por constituírem testes com correlação entre a titulação dos anticorpos não treponêmicos encontrados na amostra do recém-nascido (RN) e a presença ou ausência de sífilis congênita. Diante disso, mesmo que haja transferência passiva dos anticorpos (IgG) não treponêmicos da mãe para o RN, a titulação dos anticorpos permite presumir se são exclusivamente maternos ou se também foram produzidos pelo organismo da criança.

Devem ser realizados com a amostra de sangue periférico do neonato, não podendo ser usado sangue do cordão umbilical, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança e da mãe.

Um resultado reagente no teste não treponêmico (VDRL) em recém-nascidos tem significado clínico quando correlacionado com o resultado da amostra de sangue materno, preferencialmente colhidos ao mesmo tempo. Caso título encontrado for maior do que o título materno **em pelo menos duas diluições**, independente do tratamento materno, fecha-se o diagnóstico de sífilis congênita.

No caso de um resultado menor ou igual ao título materno ou não reagente no teste não treponêmico (VDRL), há que se levar em conta o tratamento materno.

### Manejo clínico:

- 1.Realizar VDRL em sangue periférico de todos os recém-nascidos de mães com testes reagentes para sífilis no momento do parto.
- 2. Recém-nascidos de mães tratadas adequadamente para sífilis, mas com teste não treponêmico (VDRL) reagente, com titulação **pelo menos duas diluições MAIOR** que o materno, devem ser investigados (realizar radiografia de ossos longos, hemograma e coleta de líquor), independentemente da presença de sinais e sintomas clínicos.
- 3. Recém-nascidos de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente: realizar radiografia de ossos longos e coleta de líquor **mesmo quando apresentarem VDRL não reagentes** e independentemente da presença de sinais e sintomas clínicos.
- 4. Crianças nascidas de mulheres com:
  - ✓ Diagnóstico de sífilis anterior a gestação atual;
  - ✓ Histórico documentado de tratamento adequado dessa sífilis anterior à gestação;
  - ✓ Documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: antes, 1:16, depois, menor ou igual a 1:4);
  - ✓ Durante a gestação atual se mantiveram com títulos de VDRL baixos e estáveis







=> NÃO SÃO CONSIDERADAS CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS, E NÃO PRECISAM COLETAR VDRL NO MOMENTO DO PARTO.

### B. ITEM 62 E 63 – AVALIAÇÃO CLÍNICA DO RN

ínicos nça		Presença de sinais e sintomas  1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	_
s Clí Cria	1 - Assintomático 3 - Não se aplica	Icterícia   Anemia   Esplenomegalia   Osteocondrite   Outro	
Dade	2 - Sintomático 9 - Ignorado	Rinite muco-sanguinolenta Hepatomegalia Lesões Cutâneas Pseudoparalisia	

A sífilis congênita varia desde a infecção não aparente ao nascimento aos casos mais graves, com sequelas permanentes ou abortamento e óbito fetal.

- Considera-se os seguintes aspectos:
- » Histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação;
- » Sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes ausentes ou inespecíficos);
- » Teste não treponêmico (VDRL) da criança comparado com o da mãe.

É importante ressaltar o conceito de **CRIANÇA EXPOSTA**. A criança assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada na gestação e o VDRL do RN é não reagente, menor, igual ou até uma diluição maior que o da mãe é uma criança exposta. Neste caso, não há indicação de notificação ou tratamento, mas a criança deverá ser acompanhada e monitorada na atenção primária.

O seguimento é clínico-laboratorial. O VDRL deverá colhido com 1, 3 e 6 meses de idade cronológica. Poderá ser interrompido após 2 testes consecutivos com resultado não reagente.

A conduta de identificar adequadamente crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar crianças com sífilis congênita, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas.

Para definição do diagnóstico da sífilis congênita, recomenda-se ainda que sejam realizados os exames complementares abaixo citados:

- Amostra de sangue: hemograma completo, perfil hepático e eletrólitos;

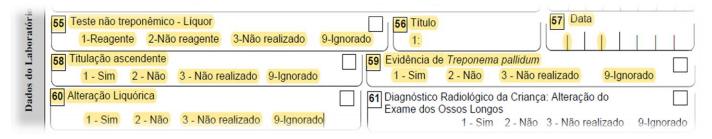






- Avaliação neurológica, incluindo punção liquórica: células, proteínas, testes não treponêmicos;
- Raio-X de ossos longos e de tórax;
- Avaliação por neuroimagem.

### C. ITEM 59 – EVIDÊNCIA DE Treponema Pallidum (Nota Técnica N.º 10/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST)



A Evidência de *T. pallidum* em exame microscópico de material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas, cordão umbilical, ou necropsia, através de técnica de "campo escuro", imunofluorescência direta ou outro método específico.

Recomenda-se sinalizar o campo se houver detecção do Treponema pallidum por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

### D. ITEM 60 - ALTERAÇÃO LIQUÓRICA:

As alterações ao exame do líquor são caracterizadas por: celularidade maior que 10/campo e proteína maior que 100mg/ml.

### E. ITEM 61 - ALTERAÇÃO RADIOLÓGICA DOS OSSOS LONGOS

O diagnóstico de alterações ósseas são observáveis no raio-x, tais como osteocondrite, osteoartrite, periostite (diafisite produtiva), rarefação óssea, tíbia em "lâmina de sabre".

### F. ITEM 64 - TRATAMENTO

Dados do Documento:

Elaborado: Enfa Daniely Correia







Tratamento

_			
6	Esquema de tratamento		
	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias	4 - Outro esquema	
	2 - Penicilina G procaína 50.000 Ul/Kg/dia - 10 dias	5 - Não realizado	
	3 - Penicilina G henzatina 50 000 LII/Ka/dia	9 - Ignorado	

O medicamento para tratamento de crianças com sífilis congênita é a Benzilpenicilina (potássica (cristalina), procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos/laboratoriais da criança.

ESQUEMA TERAPÊUTICO	INTERVALO ENTRE AS DOSES	DURAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV)	12/12h (crianças com menos de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de 1 semana de vida)*	10 dias	Crianças COM ou SEM neurossifilis
Benzilpenicilina procaína 50.000 Ul/kg, intramuscular (IM)	1 vez por dia	10 dias	Crianças SEM neurossifilis É necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.
Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular (IM)	dose única		Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais (líquor, RX de ossos longos, hemograma etc) e teste não treponêmico NÃO REAGENTE ao nascimento.

<sup>\*</sup>Intervalo de 12/12 h até o 7º dia de vida, passando para 8/8h a partir do 8º dia de vida até completar 10 dias de tratamento. Recém-nascido entre o 8º e o 28º dia de vida inicia o tratamento com intervalo entre as doses de 8/8h por 10 dias.

### G. ANÁLISE DE DUPLICIDADES NA NOTIFICAÇÃO:

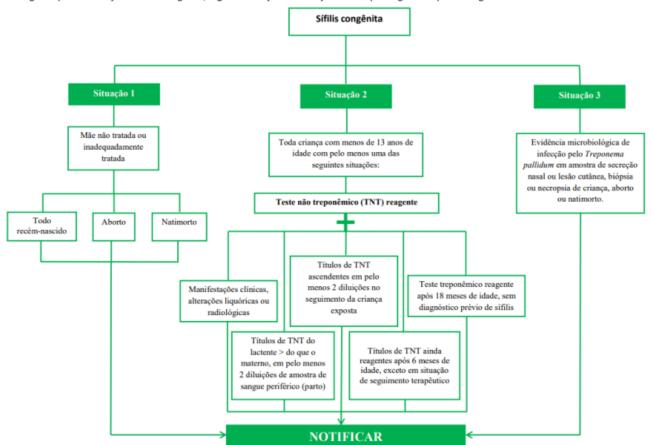
**1. Data do diagnóstico e trimestre**: Para diferenciar se uma segunda notificação da mesma gestante é duplicidade ou refere-se a uma nova gestação, orienta-se comparar o intervalo entre as datas de diagnóstico das notificações e os trimestres de gestação do diagnóstico de sífilis materna: Se intervalo > 12 meses = não se trata de duplicidade (gestações diferentes);





Se intervalo < 12 meses (comparar os trimestres de diagnóstico - Campo 12) = primeiro registro deve ser complementado com as informações da ficha subsequente e a segunda notificação deve ser excluída.

Figura 2 - Fluxograma para notificação de sífilis congênita, segundo situação de definição de caso para vigilância epidemiológica no Brasil.



### 3. ORIENTAÇÕES PARA O MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

### 3.1 RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1.1 Ressalta-se que gestantes com títulos baixos (VDRL), sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida são consideradas como portadoras de **SÍFILIS LATENTE TARDIA**, devendo

Dados do Documento:

Elaborado: Enfa Daniely Correia







ser tratadas. Além disso, títulos baixos também são encontrados na infecção recente (anticorpos circulando em baixas concentrações).

- 3.1.2. A análise isolada de título no resultado de VDRL é um equívoco frequente.
- 3.1.3. Há que se incorporar a ideia de que títulos altos no VDRL (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados e de que títulos baixos podem ser encontrados em três situações:
  - (i) infecção recente;
  - (ii) estágios tardios da infecção (sífilis tardia); e
- (iii) casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negativação (esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado "cicatriz sorológica").
- 3.1.4 Os testes treponêmicos (TR ou TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico-epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa.
- 3.1.5. Importante ressaltar que gestantes tratadas com outros medicamentos que não penicilina serão consideradas com tratamento inadequado para o recém-nascido e este será classificado como caso de sífilis congênita.
- 3.1.6. O monitoramento mensal das gestantes permite avaliar a queda da titulação, mas, também tem o intuito de descartar o aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da gestante e das parcerias sexuais.
- 3.1.7. Ressalta-se que "cicatriz sorológica" é a persistência de resultados reagentes em testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos após o tratamento anterior DOCUMENTADO, adequado para a classificação clínica da sífilis, com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições e descartada a possibilidade de reinfecção no período analisado. Salienta-se que para definição de "cicatriz sorológica" não deve ser considerada informação verbal sobre tratamento realizado anteriormente.
- 3.1.8. Quando as parcerias sexuais não são tratadas podem levar à reinfecção das gestantes, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos.
- 3.1.9. Lembrar que parcerias sexuais de casos de sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes, portanto devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de benzilpenicilina benzatina intramuscular (2.400.000 UI). Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico, seguimento trimestral com teste não treponêmico e notificação do caso.





### 3.2 RECOMENDAÇÕES PARA MATERNIDADE:

- 3.2.1. Avaliar criteriosamente o tratamento materno documentado (caderneta da gestante, prontuário da paciente). NÃO deve ser considerada informação verbal.
- 3.2.2 Avaliar se o tratamento da gestante foi finalizado antes do parto e realizado com benzilpenicilina benzatina, de acordo com a classificação clínica e iniciado até 30 dias antes do parto (Quadro 1). Checar as datas de aplicação do medicamento, as doses aplicadas, os resultados e datas de testes para sífilis durante o pré-natal—teste treponêmico e não treponêmico (titulação no diagnóstico e no seguimento após o tratamento)—e tratamento das parcerias sexuais.
- 3.2.3 Elevação dos títulos de teste não treponêmico (VDRL) em duas diluições ou mais (ex.: título do último teste no pré-natal = 1:4 e na maternidade = 1:16) pode significar: reinfecção, falha terapêutica ou tratamento inadequado.
- 3.2.4. Para gestantes o intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Se uma mulher grávida não retornar para a próxima dose no 7º dia, todos os esforços devem ser feitos para contatá-la e vinculá-la imediatamente ao tratamento. **PODE-SE CONSIDERAR TRATAMENTO ADEQUADO DA GESTANTE QUANDO O INTERVALO ENTRE AS DOSES FOR DE ATÉ 9 DIAS.** Gestantes com atraso entre as doses > 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo.
- 3.2.5. O tratamento de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação não garante proteção contra uma nova infecção no período gestacional. Também a manutenção de títulos baixos e estáveis de testes não treponêmicos (VDRL) durante a gestação não é garantia de tratamento realizado adequadamente ou da não ocorrência de falha terapêutica. Portanto, independentemente do histórico materno de tratamento prévio, todos os recém-nascidos de mães com sorologias reagentes para sífilis no momento do parto, devem realizar o teste não treponêmico (VDRL) no sangue periférico logo após o nascimento.
- 3.2.6. Considerando que não existe um exame laboratorial que determine o diagnóstico de sífilis congênita, faz-se necessária uma avaliação criteriosa do histórico materno sobre o diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação, comparação dos testes não treponêmicos em sangue periférico pareados da mãe e do recém-nascido e minucioso exame físico da criança.
- 3.2.7. Em crianças, o título de teste não treponêmico (VDRL) maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, recém-nascido maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. Entretanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico da Dados do Documento:

Elaborado: Enfa Daniely Correia







doença, uma vez que, alguns estudos demonstraram que menos de 30% dos recém-nascidos com sífilis congênita possuem resultados pareados de títulos de teste não treponêmico (VDRL) maiores que o materno em duas diluições.

3.2.8. A investigação do recém-nascido e a conduta para o caso devem seguir o **FLUXOGRAMA** e o tratamento definido. Ressalta-se a importância da avaliação criteriosa do tratamento materno adequado para sífilis (Quadro 1), da realização de exame físico minucioso no recém-nascido, assim como, outros exames laboratoriais que se fizerem necessários na avaliação clínica, como: glicemia, bilirrubinas, transaminases etc.

### 3.3 RECOMENDAÇÕES PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 3.3.1. Todas as crianças que preencherem o critério de sífilis congênita devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme Figura
- 3.3.2. As crianças expostas DEVEM ser notificadas aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização para o monitoramento do seguimento, entretanto, recomendamos não incluir no Sinan. 3.3.3. Toda gestante com diagnóstico de sífilis deve ser notificada durante o pré-natal. Caso o diagnóstico tenha ocorrido no momento do parto ou no pós-parto, a maternidade/casa de parto deve notificar as parturientes/puérperas com sífilis. **Também devem ser notificadas na maternidade/casa de parto as que tiveram o diagnóstico no pré-natal, mas sem registro de**

notificação. Portanto, para evitar duplicidade de casos, recomenda-se que seja anotado o

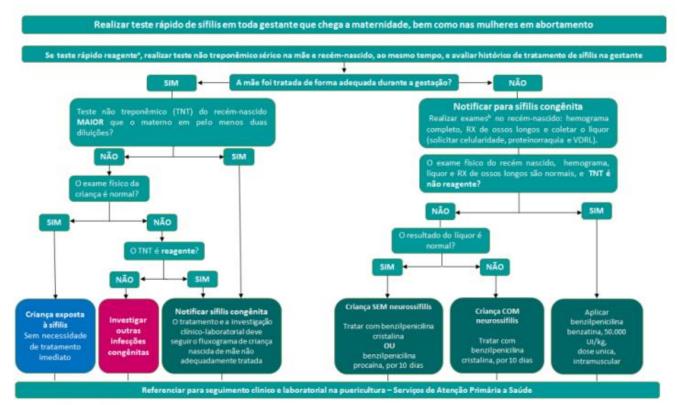
**número do Sinan na caderneta da gestante.** Ressalta-se que a notificação da parturiente ou puérpera deve ser realizada na Ficha de notificação/investigação de gestante com sífilis.







### **NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA**



Fonte: Adaptado do DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT = Teste não treponêmico em sangue periférico.







### **NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA**

### ANEXO 1 – Lista de gestantes não notificadas para sífilis





### Gestantes Não Notificadas Tratadas para Sífilis no DF

Nome da Paciente	Data de Nascimento	SES	Nome do profissional







### ANEXO 2 - Ficha de Criança Exposta à Sífilis

CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS				
Data:/				
SES da mãe:				
Região: Brasília	Distrito:			
Telefone: ( )				
Fez pré-natal? ( )sim ( )não	Qual UBS?			
Gestante notificada no pré-natal? ( )sim ( )não				
Notificação da gestante pelo NHEP ?				
SES da criança exposta	_			
DN da criança///				
Assinatura:				







### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Nota Técnica SEI-GDF n.º 9/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST. Assunto: Dessensibilização das gestantes com sífilis alérgicas à penicilina, 11 de novembro de 2019.

Nota Técnica SEI-GDF n.º 7/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST. Assunto - Orientações de tratamento e definição de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais de gestantes com sífilis, 09 de setembro de 2019.

Nota Técnica SEI-GDF n.º 10/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST. Sífilis em Gestante, 11 de novembro de 2019.

Nota Técnica SEI-GDF n.º 11/2019 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST. Notificação de Sífilis Congênita. 11 de novembro de 2019.

Nota Técnica N.º 9/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST. Assunto: Orientações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita no Distrito Federal. 28 de julho de 2020.

Nota Técnica N.º 10/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST. Assunto: Orientações para melhoria na qualidade dos dados relativos à sífilis em gestante e sífilis congênita. 30 de julho de 2020.

Nota Técnica N.º 1/2023 - SES/SAIS/ARAS/GCDRC. Assunto: Orientações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita no Distrito Federal. 29 de março de 2023.