



Guia de Bolso

**Para o Manejo da
Sífilis em Gestantes e
Sífilis Congênita**



**Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Programa Estadual DST/Aids-SP
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2016**

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento
DST/Aids -SP
Programa Estadual DST/Aids de São Paulo**

**Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis
em Gestantes e Sífilis Congênita**

Organizadores:

Carla Gianna Luppi
Carmen Silvia Bruniera Domingues
Solange Chabu Gomes

2ª edição

**São Paulo
2016**

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

David Everson Uip

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Marcos Boulos

PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS-SP

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - SP

Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro,
Rosa de Alencar Souza e Artur O. Kalichman

Coordenação das Ações para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis

Carmen Sílvia Bruniera Domingues

Organização

Carla Gianna Luppi, Carmen Sílvia Bruniera Domingues e
Solange Chabu Gomes

Equipe de Elaboração (ordem alfabética)

Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo: Ângela Tayra, Carla Gianna Luppi, Carmen Sílvia Bruniera Domingues, Daniela V. Bertolini, Judit Lia Busanello, Herculano Alencar, Marcia T. F. Santos, Maria Aparecida da Silva, Solange Chabu Gomes, Valdir Monteiro Pinto

Instituto Adolfo Lutz: Edilene Peres Real da Silveira e Elaine Lopes de Oliveira

Área Técnica da Saúde da Mulher: Marisa Ferreira da Silva Lima

Atenção Básica: Arnaldo Sala

Grupo Técnico da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis - SES - SP Consultores:

Amélia Miyashiro Nunes dos Santos - Professora Associada do Depto. de Pediatria Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - Unifesp.

Regina Célia de Menezes Succi - Professora Associada do Depto. de Pediatria - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo - Unifesp.

Revisão

Carmen Sílvia Bruniera Domingues, Carla Gianna Luppi, Solange Chabu Gomes e Valdir Monteiro Pinto

Diagramação e ilustrações: Denis Delfran Pereira, Daniel Cherubim Pegoraro

Núcleo de Comunicação Institucional - GRH/Comint

Agradecimentos: a Luiza Harunari Matida (*in memoriam*) e Wong Kuen Alencar (*in memoriam*) por suas contribuições na elaboração da primeira edição deste Guia.

Versão Digital

www.issuu.com/crtidstaidsspccrtids

Versão digital do Guia está disponível em "Publicações" no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

Rua Santa Cruz, 81 - CEP 04121-000 - São Paulo - SP

Fone/Fax: (11) 5539-3445 ou 5087-9864/9865

E-mail: epidemiocrt@crt.saude.sp.gov.br

Disque DST/Aids: 0800-162550

Ficha Catalográfica

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p.

ISBN: 978-85-99792-28-5

1. Sífilis
2. Transmissão Vertical
3. Sífilis em gestantes
4. Sífilis congênita
5. Ações e Programas

2016. Secretaria de Estado da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



ÍNDICE

Lista de figuras	07
Lista de quadros	08
I. Abreviaturas e siglas.....	09
II. Resumo executivo	10
III. Introdução	11
1. Sífilis em gestante	15
1.1 Definição.....	17
1.2 Assistência à gestante com sífilis	19
1.2.1 Aspectos do diagnóstico clínico.....	20
1.2.2 Aspectos do diagnóstico laboratorial	22
1.2.3 Teste rápido para sífilis	29
1.2.4 Tratamento da gestante.....	31
1.2.5 Tratamento do parceiro sexual	37
1.2.6 Monitoramento do tratamento	40
1.2.7 Acolhimento e Aconselhamento	41
1.2.8 Encaminhamento para o parto.....	44
1.3 Coinfecção sífilis e HIV na gestação	45
1.4 Barreiras para a prevenção da sífilis congênita	46
1.5 Vigilância Epidemiológica da Gestante com Sífilis	49
1.5.1 Definição de caso.....	49
1.6 Perguntas frequentes de sífilis em gestantes	51
2. Sífilis congênita.....	57
2.1 Definição.....	59
2.2 Assistência à criança com sífilis congênita.....	61
2.2.1 Aspectos do diagnóstico clínico.....	62
2.2.2 Aspectos do diagnóstico laboratorial	67

2.2.3	Diagnóstico Diferencial	73
2.2.4	Manejo do recém-nascido na maternidade	73
2.2.5	Tratamento do recém-nascido com sífilis congênita	77
2.2.5.1	No período Neonatal (de 0 a 28 dias incompletos) ...	78
2.2.5.2	No período Pós-Neonatal (com 28 dias ou mais de vida)	80
2.2.6	Seguimento e controle de cura de recém-nascido com sífilis congênita ou expostos a sífilis materna	82
2.3	Vigilância epidemiológica	86
2.3.1	Definição de caso de sífilis congênita	87
2.4	Medidas de controle.....	90
2.5	Perguntas frequentes de sífilis congênita	93

3. Referências101

4. Anexos.....105

Anexo I	Portaria Nº 3.242, de 30 de Dezembro de 2011 ...	105
Anexo II	Proposta de Interrogatório Prévio ao Uso da Penicilina.....	107
Anexo III	Sugestão de Relatório de Tratamento e Acompanhamento de Sífilis na GestaçãO	108
Anexo IV	Ficha de InvestigaçãO e NotificaçãO de Sífilis em Gestante	109
Anexo V	Ficha de InvestigaçãO e NotificaçãO de Sífilis Congênita	110
Anexo VI	Protocolo de InvestigaçãO de Casos de Sífilis Congênita	112

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Modelo lógico do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no estado de São Paulo14
- Figura 2:** Evolução natural da sífilis.....18
- Figura 3:** Reatividade dos pacientes às principais provas sorológicas para o diagnóstico de sífilis segundo o tempo e estágio clínico da doença.....28
- Figura 4:** Fluxograma da atenção à gestante para investigação e tratamento de sífilis, utilizando algoritmo de teste convencional.....33
- Figura 5:** Fluxograma da atenção à gestante para investigação e tratamento de sífilis, utilizando teste rápido treponêmico, durante o pré-natal.....34
- Figura 6:** Intervenções para não se perder a oportunidade de detectar e tratar mulheres grávidas com sífilis ...48
- Figura 7:** Fluxograma de condutas no recém-nascido exposto a sífilis materna75
- Figura 8:** Diagrama de seguimento do recém-nascido (RN) exposto à sífilis materna.....85

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Manifestações clínicas mais usuais da sífilis em adultos.....21
- Quadro 2:** Principais características dos testes para detecção de sífilis.....24
- Quadro 3:** Percentual de positividade nos testes em relação às fases da doença25
- Quadro 4:** Evolução esperada de títulos, em teste não-treponêmico, após o tratamento de sífilis26
- Quadro 5:** Terapia para sífilis em gestantes utilizando Penicilina G Benzatina, segundo fase clínica, resultado de testes treponêmicos e não-treponêmicos, dose e intervalo entre as séries36
- Quadro 6:** Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes, em parceiros sexuais e controle de cura39
- Quadro 7:** Principais alterações clínicas em crianças com diagnóstico de sífilis congênita66

I. ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância à Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECLIA	Ensaio quimioluminescente
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption</i>
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RN	Recém-nascido
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
SC	Sífilis Congênita
SES-SP	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SG	Sífilis em Gestante
TPHA	<i>Treponema pallidum Hemagglutination</i>
VDRL	<i>Venereal Diseases Research Laboratory</i>

II. RESUMO EXECUTIVO

A eliminação da sífilis congênita (SC) é uma das estratégias adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Apesar de ser um agravo 100% prevenível ainda permanece como um problema de Saúde Pública no mundo, e no Brasil, com graves consequências como óbito infantil, aborto e natimortalidade, além das sequelas advindas do seu diagnóstico tardio ou tratamento inadequado, com prejuízo no desenvolvimento dessas crianças. A meta de eliminação estabelecida para 2015 é uma taxa de incidência (TI) de 0,5 caso de SC por 1.000 Nascidos Vivos (NV).

Desde 2013, o Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids de São Paulo (PE-DST/Aids-SP) adotou a intensificação das ações voltadas para a qualificação do cuidado à gestante com sífilis, por meio de: captação precoce da gestante para o pré-natal; do rastreamento de sífilis em gestantes; do tratamento adequado para a fase da doença da gestante e parceiro sexual; do monitoramento sorológico; do registro do tratamento e dos resultados dos exames no cartão do pré-natal; e do cuidado a parturiente e recém-nascido. Adicionalmente, deve ser garantido até os 18 meses de idade, momento do encerramento do caso, o acompanhamento das crianças expostas ao *Treponema pallidum* durante a gestação, para evitar qualquer manifestação tardia da sífilis congênita.

O plano de eliminação da SC, lançado em 2007, intensificou desde 2013, as ações para atingir a meta estabelecida (Figura 1). O objetivo principal deste guia de bolso é

facilitar o acesso rápido às informações técnicas, procedimentos de diagnóstico e tratamento das gestantes e recém-nascidos em relação à sífilis. Este guia compõe uma das estratégias desenvolvidas pelo Grupo Técnico de Transmissão Vertical da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para alcançar a meta de eliminação da SC.

III. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) considerada como um grande problema de Saúde Pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apesar de apresentar diagnóstico e tratamento bem estabelecidos e de baixo custo. Uma das principais preocupações sobre as dificuldades no controle dessa doença é a infecção de mulheres em idade reprodutiva, que pode acarretar a ocorrência de casos de sífilis congênita (SC) por meio da transmissão vertical¹.

A SC é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida predominantemente por via transplacentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença, em gestante não tratada ou inadequadamente tratada¹. Esta infecção pode provocar sérias consequências para o conceito como aborto, natimortalidade, óbito e sequelas como deficiência visual, auditiva, física e mental. No entanto, a transmissão vertical da doença é absolutamente evitável, desde que, a gestante seja diagnosticada a tempo e todas as recomendações preconizadas para o tratamento adequado sejam aplicadas¹.

Deve-se ressaltar que as ações de prevenção são

amplamente disponíveis, articuladas ao cuidado da gestante no pré-natal, como o rastreamento sorológico para sífilis e o tratamento correto e oportuno da infecção diagnosticada, instituído mais precoce possível, e com prazo máximo para finalização até 30 dias antes do parto. O tratamento da gestante com penicilina benzatina é o único com comprovada efetividade para evitar a transmissão do *Treponema pallidum* para o concepto, não apresenta resistência e pode ser realizado em toda a rede de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}, assim como, no sistema de Saúde Suplementar. Tanto o rastreamento sorológico quanto o tratamento são de baixo custo e fácil operacionalização. Segundo a OMS, esta intervenção de Saúde Pública é a que apresenta melhor relação custo efetividade entre diversos agravos².

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) determinou que a SC no país fosse de notificação compulsória (Portaria nº 542/MS, de 22/12/1986)³. Contudo, foi a partir de 1993 que as estratégias e a organização de planos com esta finalidade se intensificaram¹. Ao longo desses anos, foram desenvolvidas ações e estratégias para a eliminação da sífilis congênita no país, centradas principalmente na atenção básica à saúde. Com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença, estas estratégias e ações foram importantes para o melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como a prevenção dos casos. Entretanto, ainda não foram suficientes para alcançar a meta de eliminação da SC (0,5 caso de SC para cada 1.000 nascidos vivos) até 2015, proposta pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a América Latina e Caribe e incorporada pelo Ministério da Saúde -

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, como uma diretriz nacional^{1,2}.

Em 2007, com o lançamento do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis, que incorporou em 2010 as metas para eliminação da transmissão vertical do HIV (Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis) no estado de São Paulo, as ações de vigilância epidemiológica para a sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita têm sido fundamentais para que as metas propostas possam ser alcançadas¹.

No estado de São Paulo ainda ocorrem casos de SC muito acima da meta estabelecida para a eliminação deste agravo. Dos casos notificados, metade tinham mães que apresentaram diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, fato que não impediu a transmissão vertical da sífilis e revelou fragilidades na rede de atenção à gestante.

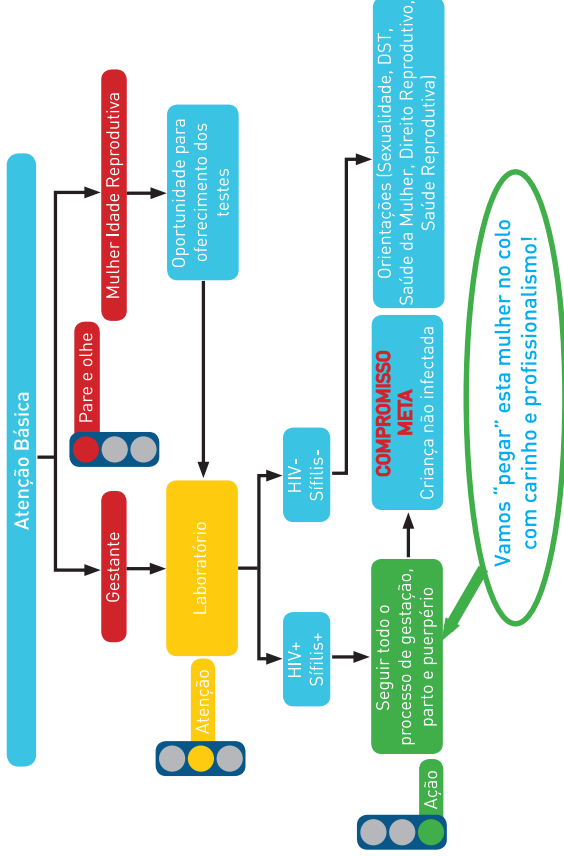
O objetivo principal deste guia de bolso é facilitar o acesso rápido às informações técnicas, procedimentos de diagnóstico e tratamento das gestantes e recém-nascidos em relação à sífilis. Consequentemente, contribuir para o cuidado no pré-natal, no parto e na puericultura na atenção básica à saúde e maternidades.

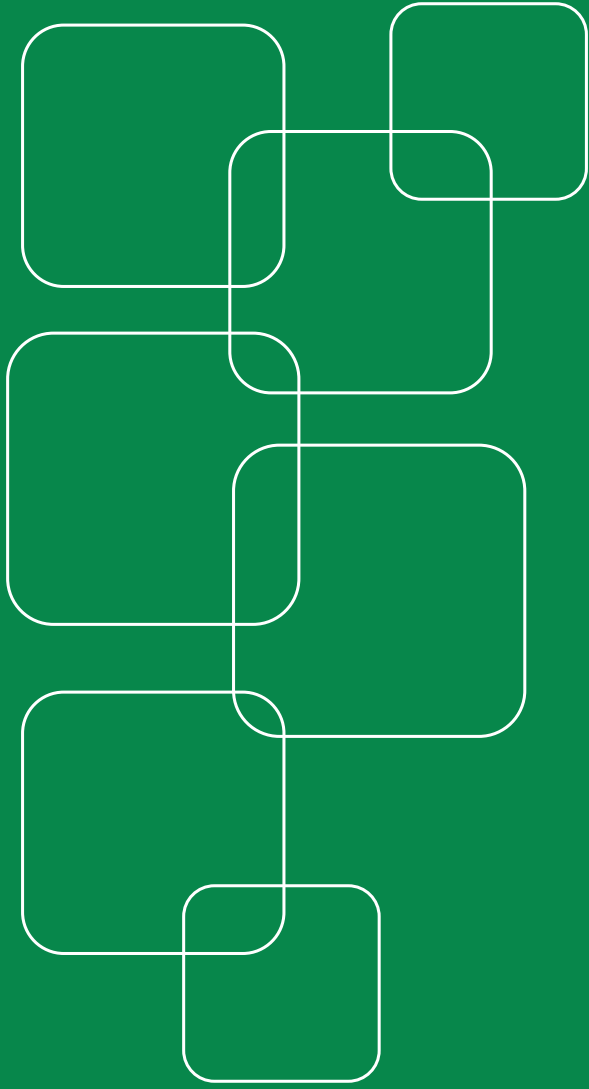
Espera-se que esta publicação atenda as principais necessidades e dúvidas dos profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente no cuidado às gestantes e crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita.

Este material técnico é uma adaptação do Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita, publicado em 2010 e 2012¹.

Figura 1: Modelo lógico do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no estado de São Paulo*

Não vamos deixar esse compromisso escapar das nossas mãos!





1. Sífilis em gestante

1. 1. Definição

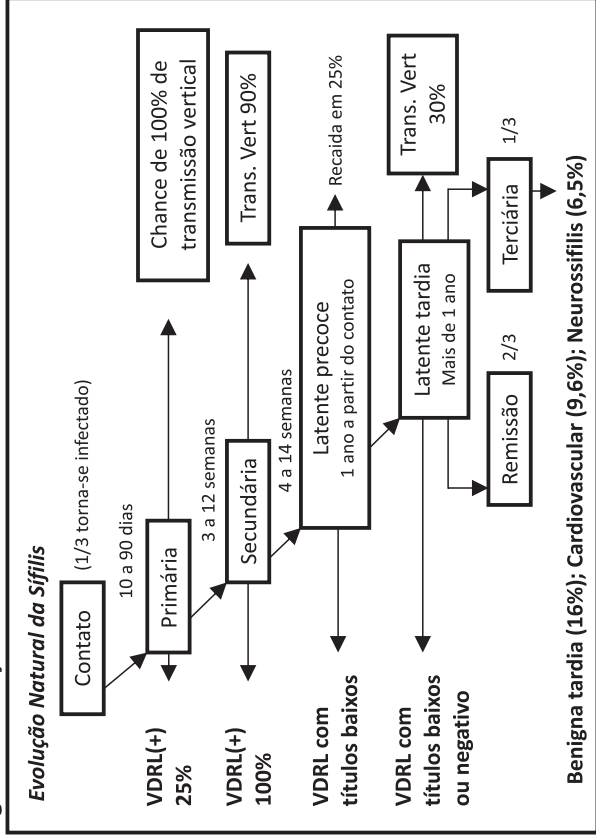
A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, cujo agente etiológico, denominado *Treponema pallidum*, é uma bactéria gram negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade¹. A história natural da sífilis (Figura 2) é caracterizada por fases de atividade clínica e fases de não atividade, que são as latências. As fases de atividade clínica são denominadas: primária (úlceras ou cancro no local de infecção); secundária (manifestações que incluem rash cutâneo, lesões mucocutâneas e linfadenopatia), infecção neurológica e infecções terciárias (lesões cardíacas ou lesões gomatosas)¹.

A fase de latência é detectada por testes sorológicos e se classifica em recente, quando o tempo de evolução é menor que um ano em relação ao momento inicial da infecção, tardia, quando esse tempo for maior que um ano ou com duração desconhecida/indeterminada^{1,2}.

O modo de transmissão predominante é sexual. A transmissão ocorre de forma mais eficiente nas fases primária e secundária da doença, através de contato direto com lesões repletas de treponemas. O período de incubação é em geral, de 10 a 90 dias, em média 21 dias, após o contato infectante. A suscetibilidade é universal e infecções anteriores não conferem imunidade às novas exposições ao agente etiológico¹.

O *Treponema pallidum*, quando presente na cor-

Figura 2: Evolução natural da sífilis



Fonte: Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita¹

rente sanguínea da gestante, pode atravessar a barreira placentária e, por via hematogênica, penetrar na corrente sanguínea do feto. A transmissão para o concepto pode ocorrer em qualquer fase da gestação; entretanto, depende do estado de infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, maior o número de espiroquetas circulantes, mais gravemente o concepto será atingido. Inversamente, infecção antiga pode levar à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção ao concepto, possibilitando a ocorrência de lesões mais tardias na criança². Deve-se destacar que a transmissão será mais severa quanto mais precoce o período gestacional e mais recente for a sífilis na gestante, causando consequências graves ou fatais ao feto.

1.2. Assistência à gestante com sífilis

Toda gestante deverá realizar testagem para sífilis em sua primeira visita ao serviço de saúde², ou seja, no momento em que realiza o diagnóstico de gestação. Os serviços que dispõem de teste rápido para o diagnóstico de sífilis, deverão realizar a testagem imediatamente após o diagnóstico da gestação. Os que não dispõem de teste rápido, deverão realizar a coleta da amostra sanguínea e encaminhar para o laboratório de referência.

A unidade de saúde com atendimento pré-natal deve:

1. Realizar busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta;

2. Priorizar a coleta e envio de exames das gestantes;
3. Monitorar o retorno dos resultados das sorologias de sífilis, HIV, dentre outras;
4. Garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
5. Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, observando as quedas de títulos em testes não-treponêmicos;
6. Incentivar a implantação do pré-natal do homem;
7. Viabilizar o tratamento do parceiro sexual;
8. Preencher a carteira ou cartão da gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestante e no parceiro;
9. Orientar a gestante para levar a carteira ou cartão da gestante na admissão ao parto.

Importante: Na admissão para o **parto** ou **curetagem por abortamento** deve ser realizado o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) independentemente dos exames realizados durante o pré-natal¹.

1.2.1. Aspectos do diagnóstico clínico

As manifestações clínicas de sífilis dependem da fase da doença: primária, secundária, terciária ou latente (recente, tardia ou de duração indeterminada) conforme descrito no **Quadro 1**. Deve-se ressaltar que nas

Quadro 1: Manifestações clínicas mais usuais da sífilis em adultos

	Sífilis primária	Sífilis secundária	Sífilis terciária
Tipo da lesão	Ulceração ou erosão acompanhada, entre uma e duas semanas, de adenopatia regional não supurativa e indolor.	Lesões cutâneo-mucosas em geral acompanhadas de micropoliadenopatias em 70% a 90% dos casos. Sintomas gerais, como febre, dores articulares e mal-estar geral em 50% a 80% ¹ .	Na dependência dos órgãos envolvidos. Pode ocorrer sífilis cutânea benigna e visceral.
Localização	90% a 95% ocorrem na região genital, na mulher geralmente aparece nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uteri-no. Podem passar despercebidas ¹ .	Pode comprometer difusamente a pele e mucosas, e, frequentemente, as regiões palmo-plantares, os genitais, áreas de dobras ou de atrito e/ou em couro cabeludo, boca e sobran-celhas ¹ .	Pode acometer pele e mucosas, olhos, e órgãos internos, como o sistema nervoso central, ossos, coração e os grandes vasos ¹ .
Características da lesão	Geralmente única com bordos endurecidos e de fundo liso com secreção serosa, não dolorosa (cancro duro) acompanhada de linfadenite regional também não dolorosa, pode ocorrer mais de uma lesão ¹ .	Exantema maculopapular (roséola sífilítica), pápulas eritemato-descamativas (sífilides papulosas), pápulas erodidas, hipertróficas, condilomas planos perianais, placas mucosas e alopecia em clareiras.	Nódulos, tubérculos ou gomas (cutâneo-mucosas), tabes dorsalis, demência (Neurológicas), aneurisma aórtico (aneurisma aórtica) e artropatia de Charcot (articulares).
Evolução	A cicatrização da ulceração/erosão ocorre com ou sem tratamento, em 3 a 8 semanas ¹ .	Regressão espontânea das lesões secundárias, que ocorre de 4 a 12 semanas após o seu início ¹ .	Os sinais e sintomas podem surgir em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, da infecção inicial.

Fonte: Adaptado do Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita, 2012¹ e Guia de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

fases de latência a infecção é assintomática, portanto o seu diagnóstico só poderá ser realizado laboratorialmente¹.

Importante: A maioria das gestantes não apresenta manifestações clínicas da sífilis, portanto a sua fase da doença deve ser considerada como latente com duração indeterminada, exceto quando conhecido o tempo de evolução da doença.

1.2.2. Aspectos do diagnóstico laboratorial

Embora os testes laboratoriais apresentem um bom desempenho, não existe um teste ideal para o diagnóstico da sífilis. O *Treponema pallidum* não cresce em meios de cultura. O diagnóstico pode ser realizado por meio de técnicas sorológicas ou pesquisa direta. A pesquisa direta do agente etiológico pode ser realizada por meio da microscopia em campo escuro, em exsudato de lesões ou tecidos, esse é o método que permite a identificação do *Treponema pallidum*, sem requerer coloração específica. Este é o método definitivo para o diagnóstico da sífilis recente⁴. Porém, necessita de treinamento especializado para analisar a motilidade e morfologia do *Treponema pallidum*¹.

Os testes sorológicos podem ser divididos em:

- **Testes não-treponêmicos:** VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasma Reagin*). São testes não específicos que podem ser expressos de forma quantitativa (expresso em títulos: 1:2, 1:4 e etc.), utilizados para triagem e monitoramento da infecção¹.

• **Testes treponêmicos:** Hemaglutinação passiva (TPHA - *Treponema pallidum* Hemagglutination), Imunofluorescência indireta (FTA-Abs – *Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*), Ensaio imunoenzimático (ELISA - *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), Ensaio quimioluminescente (ECLIA) e teste rápido treponêmico. São testes que detectam anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*, podendo ser utilizados como triagem ou na confirmação de resultados, dependendo da sensibilidade do teste empregado¹.

O uso de apenas um tipo de teste sorológico é insuficiente para o diagnóstico, porque cada teste possui limitações, incluindo a possibilidade de resultados falso-positivos em pessoas sem sífilis e falso-negativos em pessoas com sífilis. Resultado falso-positivo em testes não-treponêmicos pode estar associado a várias condições médicas não relacionadas à sífilis, incluindo condições autoimunes, idade mais avançada e uso de drogas injetáveis⁴. Portanto, a gestante com teste não-treponêmico reagente deve realizar teste treponêmico para confirmar o diagnóstico de sífilis. Resultados falso-negativos podem ocorrer pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito pró-zona, por esta razão, é importante que os laboratórios iniciem a execução do teste, com uma alíquota diluída (1:8). O Quadro 2 apresenta algumas características dos diferentes tipos de testes que podem ser utilizados no diagnóstico da sífilis.

Quadro 2: Principais características dos testes para detecção de sífilis

Tipo do teste	Pesquisa direta do <i>Treponema pallidum</i>	Testes sorológicos					Teste rápido treponêmico	
		Testes não-treponêmicos		Testes treponêmicos				
		RPR	VDRL	TPHA/TPPA	FTA-Abs	ELISA	ECLIA	
Sensibilidade	74-86%	86-100%	78-100%	85-100%	70-100%	82-100%	98-100%	84-98%
Especificidade	85-97%	93-98%	98-100%	98-100%	94-100%	97-100%	99-100%	94-98%
Comentários	A especificidade pode ser comprometida pela presença de fragmentos ou treponemas endógenos.	- Este teste pode apresentar resultados falsos-positivos*; - Teste utilizado para monitorar o tratamento; - Títulos de testes não-treponêmicos podem estar correlacionados com atividade da doença.	- Este teste pode apresentar resultados falso-positivos*; - Teste utilizado para identificar infecção ativa e monitorar o tratamento.	- Mais utilizado como teste confirmatório; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Mais utilizado como teste confirmatório; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Pode ser utilizado como teste de triagem ou confirmatório; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Mais utilizado como teste de triagem; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.	- Utilizado como teste de triagem; - Pode identificar infecção ativa ou memória imunológica.

Fonte: Adaptado de OMS, 2008, Eliminação Mundial da Sífilis Congênita Fundamento Lógico e Fundamento para Ação, p 24².

Nota: * As principais causas de teste falso-positivo são: - infecções (malária, hanseníase, febre tifoide, pneumonia viral, mononucleose, tuberculose, hepatite, endocardite bacteriana, sarampo, varicela, filaríose, tripanossomíase e leptospirose), doenças autoimunes, pessoas com idade mais avançada e outras condições como uso de drogas ilícitas e gestação².

Uma vez que o indivíduo tenha sido infectado pelo *Treponema pallidum*, os anticorpos específicos podem permanecer detectáveis indefinidamente pelos métodos treponêmicos, podendo significar uma infecção anteriormente tratada. Entretanto, cerca de 15 a 25% dos pacientes tratados durante a fase primária, voltam a ser sorologicamente não reagentes em testes treponêmicos, depois de 2 a 3 anos⁴.

A “cicatriz sorológica” ou memória imunológica é uma expressão utilizada para pessoas com testes treponêmicos reagentes e testes não-treponêmicos não reagentes, após tratamento adequado documentado. O Quadro 3 apresenta o percentual de reatividade dos testes sorológicos de acordo com a fase da doença¹.

Quadro 3: Percentual de positividade nos testes em relação às fases da doença

Testes \ Fases	Primária	Secundária	Latente	Tardia
VDRL	78%	100%	95%	71%
FTA-Abs	84%	100%	100%	98%
TPHA	79%	100%	100%	98%

Fonte: Adaptado do Guia de Referências Técnicas e Programáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita, 2012¹.

Importante:

O teste não-treponêmico é empregado como recurso laboratorial para o diagnóstico sorológico da sífilis e o monitoramento da evolução da infecção pós-tratamento. Em geral, ocorre redução dos títulos do teste não-treponêmico em quatro vezes, após três meses de tratamento adequado, queda de oito vezes

após seis meses e, na maioria dos casos tratados adequadamente, este teste se torna negativo dentro de dois anos após tratamento¹, ou seja, o seguimento deverá ser mantido mesmo após o parto (Quadro 4)^{1,5}.

A negatificação total de testes sorológicos não-treponêmicos para sífilis é diretamente proporcional à precocidade do tratamento e fase da doença. Nos casos de sífilis com mais de um ano de duração sem tratamento, o título pode cair ou permanecer estável com valores baixos (<1:8) ou até negativar. Mesmo nos casos não tratados, pode haver queda lenta dos títulos de anticorpos, podendo ser negativo em 1/3 dos pacientes com sífilis terciária ou latente^{1,5}.

Quadro 4: Evolução esperada de títulos, em teste não-treponêmico, após o tratamento da sífilis^{1,5}

Tempo pós-tratamento	Média de redução esperada do título em relação ao diagnóstico inicial	Exemplo
3 meses	4 vezes	1:64 para 1:16
6 meses	8 vezes	1:64 para 1:8
2 anos	+ 8 vezes	1:64 para <1:8

*Evolução esperada em 75% dos pacientes tratados com penicilina, sem coinfeção pelo HIV^{1,5}

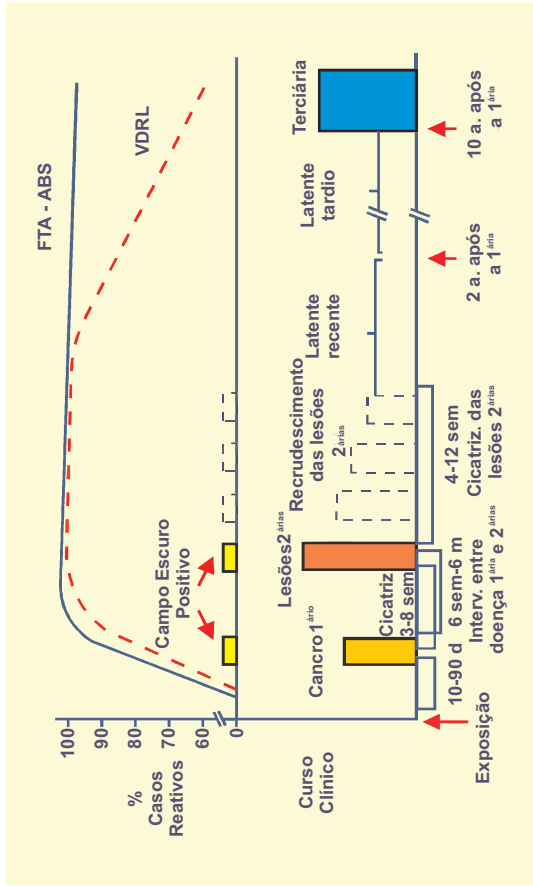
Os testes treponêmicos: FTA-Abs, TPHA/MHTP, ELISA, ECLIA e teste rápido treponêmico são testes que empregam como antígeno o *Treponema pallidum*, detectando anticorpos antitreponêmicos. Persistem reagentes por vários anos após tratamento, sem, contudo, significar a presença de infecção ou a necessidade de um novo tratamento. Em 85% das pessoas tratadas com sucesso, ficam reativos por anos ou até mesmo por

toda a vida, **portanto não servem para o controle de tratamento**¹.

Teste rápido para sífilis: são exames treponêmicos bastante práticos e de fácil execução, podendo ser utilizada amostra de sangue total colhida por punção digital ou venosa e obtenção de resultado em período de 10 a 15 minutos, sem o uso de equipamentos⁶.

A Figura 3 mostra a reatividade dos pacientes às principais provas sorológicas para sífilis segundo a fase de evolução da doença.

Figura 3: Reatividade dos pacientes às principais provas sorológicas para o diagnóstico de sífilis segundo o tempo e estágio clínico da doença^{1,3}



Fonte: Adaptado de Gutman LT. Syphilis. In: Textbook of pediatric infectious diseases. In: Feigin, R & Cherry JD. Ed W.B.Saunders Company, 4th ed, 1998⁷.

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ; FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption

Algoritmos: Convencional, Alternativo e Teste Rápido

A Portaria nº 3242⁸, do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2011, determina que as instituições públicas e privadas utilizem o Fluxograma Laboratorial da Sífilis em indivíduos com idade acima de 18 meses e cumpram a sequência de etapas, conforme os fluxogramas laboratoriais estabelecidos (Anexo 1).

1.2.3. Teste rápido para sífilis

Com a instituição da Rede Cegonha no âmbito do SUS, o governo visa assegurar à mulher uma rede de cuidados, com direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24/06/2011)⁹. Dentre as ações do componente pré-natal da Rede Cegonha se encontram a prevenção e tratamento das DST, HIV, aids e hepatites, com financiamento de testes rápidos de sífilis e HIV pelo Ministério da Saúde.

A detecção da sífilis utilizando teste rápido treponêmico é feita exclusivamente com testes rápidos com registro vigente na Agência Nacional de Vigilância à Saúde (ANVISA)⁶. O teste rápido treponêmico somente poderá ser realizado por profissionais capacitados e certificados para a execução, leitura e interpretação dos resultados. A capacitação é de responsabilidade das instituições, com o apoio técnico do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo⁶. A detecção da sífilis com teste

rápido treponêmico poderá ser realizada como triagem em Unidades de Atenção à Saúde. Destaca-se a importância da realização de teste rápido para as gestantes e seus parceiros em Unidades Básicas de Saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha.

Neste item, considerar para sua realização que⁶:

1. Toda gestante, em qualquer visita para seguimento pré-natal, desde que não tenha realizado exames treponêmicos com resultado reagente na gestação atual ou anterior, comprovado em prontuário ou Cartão da Gestante, e/ou
2. Apresentar sinais e sintomas de qualquer Doença Sexualmente Transmissível (DST) durante o período gestacional, e/ou
3. Ser parceiro sexual de gestante com teste rápido positivo.
4. É obrigatória a coleta do VDRL para fins de diagnóstico e de controle de cura (Figura 5);
5. A amostra deverá ser submetida ao teste rápido treponêmico seguindo instruções do fabricante para a execução, leitura e interpretação do resultado.
6. Os testes rápidos, assim como todo e qualquer procedimento diagnóstico laboratorial devem ser oferecidos e discutidos previamente à sua realização, para o adequado seguimento seja com resultado não reagente ou resultado reagente.

7. Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra, orientando o indivíduo a aguardar o resultado no local.

Critério de exclusão para realizar o teste rápido para sífilis: Gestantes que apresentaram sífilis em qualquer fase da vida, documentada com tratamento adequado e seguimento com VDRL comprovados em prontuário, receituário ou Cartão da Gestante.

1.2.4. Tratamento da gestante

Toda a **gestante diagnosticada com sífilis** deverá ter o seu **tratamento iniciado o mais precocemente possível**, se ainda persistirem dúvidas em relação ao diagnóstico clínico e laboratorial, a gestante deve ser tratada e orientada em relação à necessidade da conclusão da investigação laboratorial. Para as gestantes a única forma efetiva de tratamento, para evitar a sífilis congênita, é o uso de penicilina benzatina^{1,2} (Figura 4 e 5).

A penicilina G benzatina é a medicação de escolha, com doses diferenciadas para a fase da infecção. O Quadro 5 apresenta a dose de penicilina G benzatina a ser empregada segundo a fase de infecção.

A aplicação da penicilina G benzatina é um procedimento seguro e deverá ser realizada em todas as unidades básicas de saúde, conforme a Portaria nº 3.161, de 27 de Dezembro de 2011^{10, 11}. Doses perdidas não são

aceitas em gestantes como terapia para sífilis secundária, latente ou terciária. Importante ressaltar que gestante com perda de qualquer dose do tratamento preconizado, deverá reiniciar todo esquema terapêutico⁴.

A ocorrência de alergia a penicilina é em sua maioria benigna, as reações graves ocorrem raramente entre 10 e 40 por 100.000 tratamentos¹. As orientações para o acolhimento à demanda espontânea e os procedimentos que deverão ser realizados na eventualidade de reações alérgicas na atenção básica, estão disponíveis no Caderno de Atenção Básica 28: “Acolhimento à demanda espontânea”¹². As gestantes com histórico comprovado de alergia com reação grave à penicilina, por meio de anamnese e realização de teste de sensibilidade à penicilina (Anexo 2), deverão ser encaminhadas para serviço de referência para serem dessensibilizadas e tratadas com penicilina¹. A dessensibilização deverá acontecer em ambiente hospitalar¹.

Importante: Situações em que a gestante se apresenta na fase secundária da doença, a primeira dose do tratamento deverá ser realizada, idealmente, em ambiente hospitalar devido a possibilidade de desenvolvimento da Reação de Jarish-Herxheimer e risco potencial de abortamento. Os principais sinais e sintomas da Reação de Jarish-Herxheimer são: febre, calafrios, mialgia, dor de cabeça, hipotensão, taquicardia e acentuação das lesões cutâneas. Esta reação inicia-se, geralmente, entre duas a quatro horas após o tratamento com penicilina, podendo durar de 24 a 48 horas¹.

Figura 4: Fluxograma da atenção à gestante para investigação e tratamento de sífilis, utilizando algoritmo de teste convencional

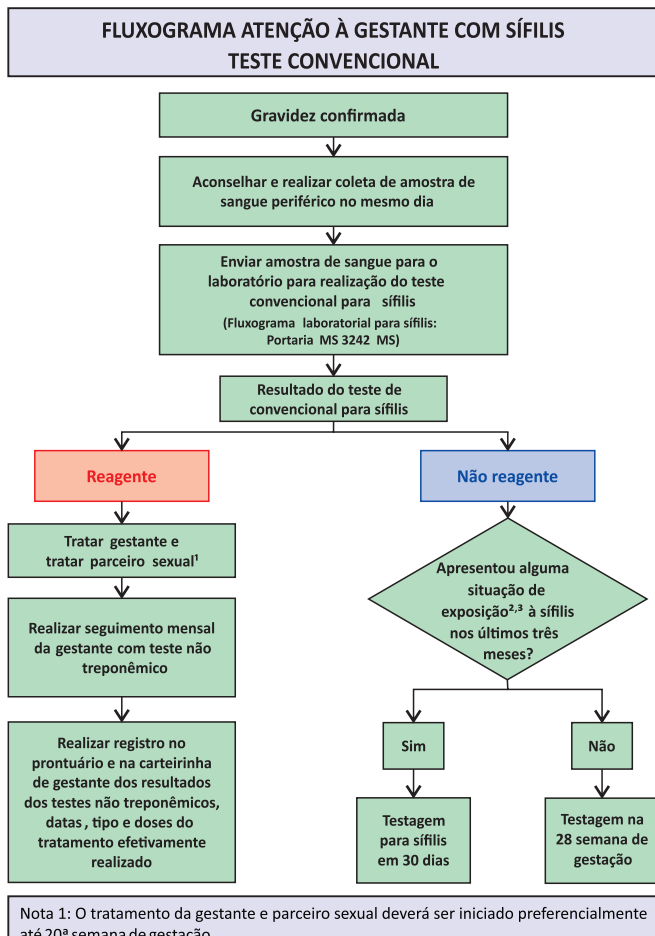
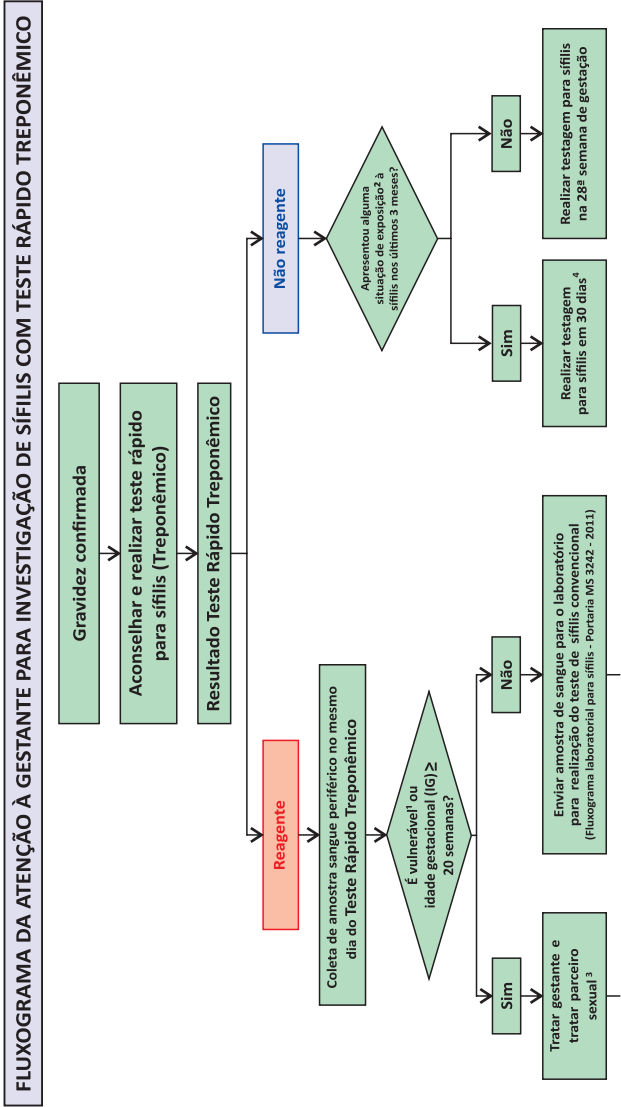
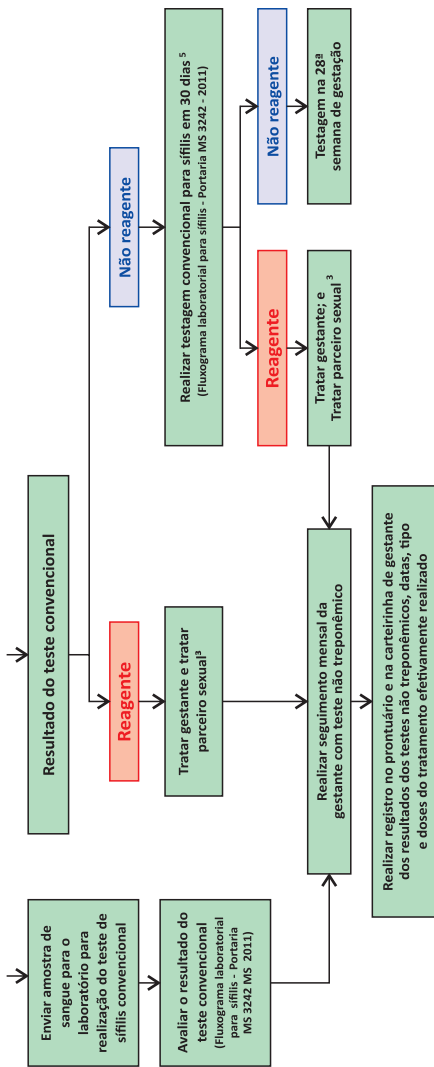


Figura 5: Fluxograma da atenção à gestante à gestante para investigação e tratamento de sífilis, utilizando teste rápido treponêmico, durante o pré-natal





Nota 1: São consideradas vulneráveis gestantes e/ou seus parceiros sexuais: em situação de rua, privadas(os) de liberdade, relato de uso de drogas, entre outras.

Nota 2: São consideradas exposição a sífilis as seguintes situações: mais de um parceiro sexual no último ano, parceiro sexual vulnerável, parceiro sexual com mais de uma parceria sexual no último ano, entre outras.

Nota 3: O tratamento deverá ser iniciado preferencialmente até 20ª semana de gestação. O parceiro sexual deve ser tratado independentemente do resultado do teste, se relatar relação sexual desprotegida nos últimos 90 dias.

Nota 4: Poderá ser realizado teste rápido ou teste convencional para sífilis.

Nota 5: No caso em que 1º teste rápido reagente e o teste convencional para sífilis não reagente, deverá ser realizada nova sorologia em 30 dias com teste convencional.

Quadro 5: Terapia para sífilis em gestantes utilizando Penicilina G Benzatina, segundo fase clínica, resultado de testes treponêmico e não-treponêmico, dose e intervalo entre as séries¹

Fase clínica	Tipo de lesão mais frequente	Resultado do teste não-treponêmico	Resultado do teste treponêmico	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries
Sífilis Recente					
Fase primária*	Ulceração ou erosão	Pode ser reagente ou não reagente	Pode ser reagente ou não reagente	2 séries - Dose total de 4.800.000 UI - Intramuscular	Uma semana
Fase secundária*	Manchas eritematosas, roséolas, pápulas eritematosas-escamosas (sífilides papulosas), pápulas hipertroóficas, condilomas planos, alopecias, placas mucosas	Reagente	Reagente	2 séries - Dose total de 4.800.000 UI - Intramuscular	Uma semana
Fase latente precoce*	Assintomático - até 1 ano a partir do contato	Reagente	Reagente	2 séries - Dose total de 4.800.000 UI - Intramuscular	Uma semana
Sífilis Tardia					
Fase latente tardia	Assintomático - mais de 1 ano a partir do contato	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries - Dose total de 7.200.000 UI - Intramuscular	Uma semana
Fase terciária	Lesão de órgão alvo	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries - Dose total de 7.200.000 UI - Intramuscular	Uma semana
Sífilis latente com duração indeterminada	Assintomático	Pode ser reagente ou não reagente	Reagente	3 séries - Dose total de 7.200.000 UI - Intramuscular	Uma semana

*O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo recomenda Penicilina G benzatina, na dose de 4.800.000 UI para mulheres grávidas com sífilis primária, secundária e latente recente, visto que, algumas evidências sugerem que uma terapia adicional é benéfica para estas mulheres.

Gestantes com alergia confirmada à penicilina²⁵

- Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina.
- Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante poderá ser tratada com ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se **tratamento inadequado** da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

1.2.5. Tratamento do parceiro sexual

Deverão ser tratados todos os parceiros sexuais expostos nos últimos 90 dias precedentes ao diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente precoce da gestante, mesmo com resultados de provas sorológicas não reagentes, portanto, **devem ser tratados presumivelmente**¹. Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias às mesmas circunstâncias devem ser tratados, mesmo se o resultado dos testes não estiver imediatamente disponível¹. Parceiros sexuais antigos de pacientes com sífilis latente devem ser avaliados clínica e sorologicamente e tratados de acordo com os achados diagnósticos.

O parceiro sexual deverá ser tratado concomitante-

mente à gestante com sífilis com esquema apresentado no Quadro 6. **Considera-se tratamento concomitante do parceiro sexual aquele que ocorrer entre a data de início do tratamento da gestante até a data de aplicação da última dose de tratamento da gestante.** Nas situações em que o parceiro sexual encontrar-se ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.

Importante:

Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *Treponema pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras durante o tratamento.

Recomendar o uso regular do preservativo (masculino e feminino) no período durante e após o tratamento.

Orientar o(s) parceiro(s) sobre a importância de não se candidatar(em) à doação de sangue, até que se estabeleça a cura da infecção.

Quadro 6 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes, em parceiros sexuais e controle de cura¹

Fase clínica	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade de uso da penicilina**	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina - 1 Serie* Dose total: 2.400.000 UI Intramuscular	Dose única	Doxiciclina 100mg 12/12h Via Oral (VO), 15 dias, ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias	Exame Sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina - 2 Series* Dose total: 4.800.000 UI Intramuscular	1 semana	Doxiciclina 100mg 12/12h Via Oral (VO), 15 dias, ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias	Exame Sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina - 3 Series* Dose total: 7.200.000 UI Intramuscular	1 semana	Doxiciclina 100mg 12/12h Via Oral (VO), 30 dias, ou Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 8 a 10 dias	Exame Sorológico não-treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia. Durante 10 a 14 dias intravenosa (IV)	4/4 h diariamente por 10 dias	Ceftriaxona 2g, IV ou IM, 1 vez/dia, por 10 a 14 dias	Exame de liquor de 6/6 meses até normalização

Nota: *1 série de Penicilina Benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada intramuscular (IM) em cada glúteo

**Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias), para serem avaliados com teste não-treponêmico e retratamento se necessário

Em resumo:

É considerado tratamento **ADEQUADO** da sífilis na gestante:

- Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina G benzatina;
- Parceiro sexual com sífilis tratado concomitantemente;
- Gestante ter apresentado queda de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis de sorologia não-treponêmica, se o título inicial era menor ou igual a 1:4.

1.2.6. Monitoramento do tratamento

Critérios para alta após o tratamento:

• **Sífilis Primária e Secundária:** Exame clínico entre uma a duas semanas e em 30 dias, seguido de teste não-treponêmico mensal em gestantes; e em 3, 6 e 12 meses em não gestantes¹. Retratamento se persistirem sinais e sintomas ou se houver aumento sustentado de quatro vezes ou duas diluições do teste não-treponêmico (exemplo: de 1:8 para 1:32)¹. Testar novamente para sífilis e, adicionalmente para HIV, caso não haja redução de quatro vezes o título, seis meses após o tratamento (exemplo: de 1:64 para menor que 1:16)¹.

• **Sífilis latente:** Exame sorológico não-treponêmico mensal em gestantes e de 3, 6, 12 e 24 meses em não gestantes. Avaliação para Neurosífilis e retratamento se: título aumentar quatro vezes; título inicial alto ($\geq 1:32$) que não baixa quatro vezes em 12 a 24 meses, ou aparecimento de sinais ou sintomas de sífilis¹.

1.2.7. Acolhimento e Aconselhamento

O aconselhamento consiste em um "Processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação"¹.

O aconselhamento é uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para o controle e quebra da cadeia epidemiológica das DST/HIV, entre elas a sífilis adquirida, que além das consequências para a saúde do indivíduo adulto pode resultar, no caso da mulher grávida, na transmissão para o feto, quando esta gestante e seu parceiro sexual não são tratados adequadamente¹.

O acolhimento é uma das etapas do processo de aconselhamento e consiste em promover uma relação de confiança entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço, e pressupõe uma postura acolhedora na qual o paciente tenha garantia de que haverá sigilo, privacidade, confidencialidade e individualidade no atendimento.

Nos serviços de saúde que prestam assistência ao pré-natal e puerpério as ações de aconselhamento são imprescindíveis para atingir a meta de eliminação da sífilis congênita.

Aconselhamento às gestantes deve:

- Promover reflexão da importância da realização das sorologias neste momento da vida (gestação e momento do parto);
- Discutir possíveis resultados e seus significados, bem como formas e importância do tratamento;
- Discutir possíveis formas de manter contato (contrato de sigilo) nos casos em que o serviço de saúde necessitar passar informações;
- Discutir a importância do diagnóstico e tratamento do parceiro sexual em caso de resultados reagentes;
- Monitorar e documentar (prontuários e carteira da gestante) o tratamento administrado na gestante e no seu parceiro sexual (droga, dose e data); o envolvimento e abordagem da parceria sexual requerem cuidados especiais, pois a mulher em idade reprodutiva ou gestante cujo parceiro sexual não foi diagnosticado e tratado pode reinfetar esta mulher, possibilitando a transmissão da doença para o seu filho.

O Ministério da Saúde, reconhecendo a importância do papel do homem neste cenário, vem estimulando os futuros pais a fazerem um “*check-up*” durante o pré-

natal. O objetivo é estimular os homens a se envolverem nos cuidados preventivos com a saúde e incentivá-los a realizarem exames para diagnóstico precoce e tratamento de doenças que possam afetar a saúde da mulher e, por consequência, a do bebê e eliminar a sífilis congênita.

A convocação do parceiro sexual deve ser voluntária e realizada de modo que toda a informação permaneça confidencial após a paciente compreender a intenção desta ação. Esta convocação pode ser feita através da gestante, que conversa com seu parceiro sexual ou por um profissional de saúde quando a gestante não se sentir apta a fazê-lo, fornecendo autorização e informações sobre a melhor forma de convocá-lo.

Nos casos em que a gestante não se sentir apta a convocá-lo, o profissional deve preferencialmente solicitar assinatura em prontuário, para a autorização de contato e da melhor forma de realizá-lo.

A convocação do parceiro sexual deve:

- Ser discutida e consentida pela gestante;
- Ter resolutividade quando da chegada do parceiro sexual ao serviço;
- Garantir aconselhamento a ambos;
- Garantir tratamento e seguimento ambulatorial a ambos, quando indicado.

O profissional que irá atender deve:

- Assumir uma postura acolhedora e não julgadora;
- Reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- Identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DST, HIV e aids;
- Utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- Informar sobre o teste que será realizado;
- Informar sobre as possibilidades de resultados, procedimentos e conduta em caso de resultado reagente.

1.2.8. Encaminhamento para o parto

Deverá ser preenchida a carteirinha de gestante e/ou declaração com assinatura e carimbo do médico que realizou o seguimento constando as seguintes informações:

- Sorologias realizadas tanto de diagnóstico quanto de monitoramento, com os respectivos resultados e datas;
- O tratamento com anotação do tipo de medicação prescrita, doses aplicadas e respectivas datas.

Estas informações deverão ser relativas ao tratamento da gestante e do parceiro sexual. Deve-se destacar a idade gestacional em que o tratamento foi encerrado (gestante e parceiro sexual).

Estas informações podem constar de modelo de encaminhamento a ser elaborado pelo município e padronizado com as maternidades (Anexo 3).

Na admissão para o parto ou curetagem por aborto, realizar teste não-treponêmico (VDRL) independentemente dos resultados dos exames realizados no pré-natal.

Deverá ser oferecido o teste anti-HIV para todas as gestantes na admissão para o parto conforme Resolução – RSS nº 074 de 23/06/2014 da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo¹³.

1.3. Coinfecção sífilis e HIV na gestação

Existem relatos na literatura sugerindo que a história natural da sífilis pode ser profundamente alterada resultante da coinfecção pelo HIV. As lesões de sífilis primária e secundária podem apresentar-se de maneira atípica, títulos de testes não-treponêmicos podem estar muito elevados, acima do esperado⁴, no entanto, também podem sofrer retardo em sua positividade, e até resultados falso-negativos não são incomuns. O desenvolvimento de neurosífilis nesses indivíduos pode ocorrer mais precocemente e deve ser considerada quando aparecerem sinais neurológicos em pacientes com aids⁴.

Relatos de maior risco de falência terapêutica em pessoas com aids são apontados em outros estudos, mas a magnitude desse risco ainda não está bem estabelecida, assim como os esquemas preconizados pelo

Ministério da Saúde para indivíduos não infectados, parecem ser suficientemente potentes para utilização em infectados. Assim, levando-se em consideração os fatos acima apontados, recomenda-se que os indivíduos coinfectados tenham um seguimento pós-terapêutico acurado, observando-se os riscos potenciais de mais precoce e frequente envolvimento do sistema nervoso central, e de falência terapêutica⁴.

Gestantes coinfectadas com o HIV podem apresentar discordância entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais de seguimento, com maior demora ou a não ocorrência de queda dos títulos. Devido ao maior risco de falha terapêutica e de envolvimento do sistema nervoso central, estas mulheres e seus recém-nascidos, expostos ao HIV, devem ser acompanhados com maior cuidado e atenção⁴.

Crianças expostas ao *Treponema pallidum* durante a gestação têm maior risco de adquirir o HIV de origem materna. No entanto, o diagnóstico e tratamento adequado e precoce da sífilis na gestação, em mãe infectada pelo HIV, diminui o risco da criança adquirir essa infecção⁴.

1.4. Barreiras para a prevenção da sífilis congênita

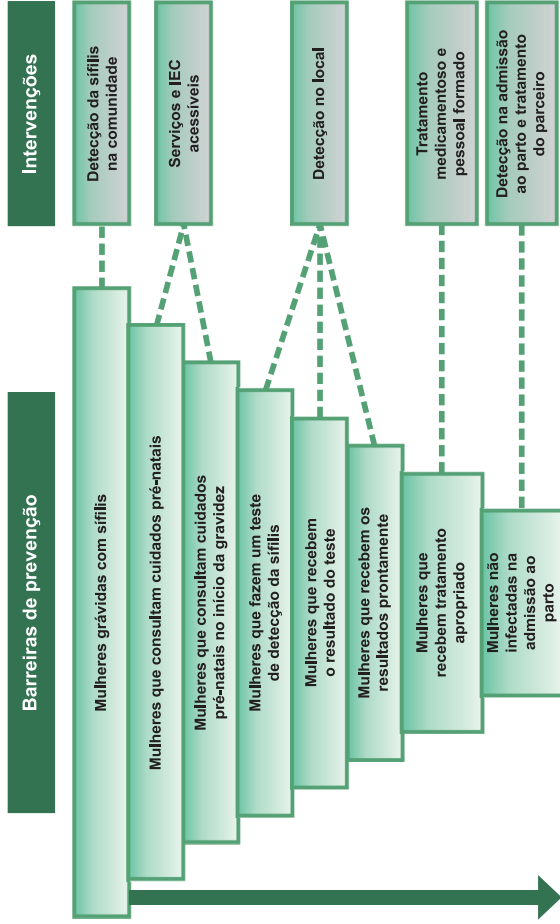
A prevenção da sífilis congênita depende da identificação e tratamento precoce da gestante com sífilis no pré-natal. O modelo apresentado na Figura 6 mostra as barreiras de prevenção e as intervenções que podem ser adotadas para evitar oportunidades perdidas nas

mulheres grávidas com sífilis. Cada barra, neste modelo, representa um subgrupo de mulheres da barra anterior².

Em cada fase, algumas mulheres podem continuar sem tratamento devido a uma série de razões. Por exemplo, entre as mulheres que fazem o teste de detecção da sífilis, mas que não recebem imediatamente os resultados, certo número delas pode não voltar ao centro de saúde; mulheres que por um erro na prescrição médica recebem subdoses de penicilina para a fase clínica da doença ou que abandonam o tratamento antes de completar o esquema prescrito, dentre outras situações.

As intervenções sugeridas neste modelo são importantes para abordar os diversos problemas observados na rotina dos serviços de Atenção Básica.

Figura 6: Intervenções para não se perder a oportunidade de detectar e tratar mulheres grávidas com sífilis



Fonte: Adaptado de OMS, 2008, Eliminação Mundial da Sífilis Congênita Fundamento Lógico e Fundamento para Ação²
 Nota: IEC = Informação, Educação e Comunicação.

1.5. Vigilância Epidemiológica da Gestante com Sífilis

A vigilância da infecção da sífilis em gestante tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna e, desta forma, evitar a transmissão vertical do treponema. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção por sífilis nas gestantes, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle^{14,15,16,17}.

1.5.1. Definição de caso

Deve ser notificada toda gestante com suspeita ou com sífilis confirmada.

1. Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis ou teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação¹⁷.

2. Caso confirmado: gestante que apresente teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, **realizados durante o pré-natal**; e gestante com teste treponêmico reagente e teste não-treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio¹⁷.

A notificação da sífilis em gestante deve ser realizada **apenas** durante o pré-natal. Na maternidade, esta notificação altera o indicador “taxa de detecção de sífilis

na gestação” (TDSG), uma vez que eleva de forma incorreta o mesmo, comprometendo a avaliação da meta de eliminação da sífilis congênita. A TDSG é um indicador que mede a capacidade de municípios e estados em diagnosticar uma gestação cursando com sífilis. Espera-se que uma alta TDSG acarrete em baixa taxa de incidência de sífilis congênita e vice-versa. A mulher diagnosticada na maternidade, no momento do parto, deverá ser notificada **apenas** como caso de sífilis adquirida e o recém-nascido notificado como caso de sífilis congênita.

A gestante que durante o pré-natal apresentou história de tratamento para sífilis em gestação anterior, deverá ser detalhadamente investigada quanto aos aspectos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos. Na confirmação de uma provável reinfecção ou tratamento inadequado na gestação anterior (prescrição incompatível com a forma clínica, tratamento incompleto por abandono), o caso deverá ser submetido à terapia adequada e notificado como sífilis em gestante¹⁴.

A notificação da gestante com sífilis é compulsória e deve ser realizada por médico ou outro profissional de saúde, através do preenchimento e envio da ficha de notificação e investigação epidemiológica (Anexo 4), e registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A ficha de notificação pode ser encontrada no endereço: www.crt.saude.sp.gov.br e www.cve.saude.sp.gov.br.

1.6. Perguntas frequentes de sífilis em gestantes

1. Caso o serviço identifique uma gestante com sorologia treponêmica reagente que refira TRATAMENTO ANTERIOR, devo notificar o caso?

O profissional deve fazer a investigação clínica, laboratorial e epidemiológica do caso. Com a confirmação de uma reinfeção ou de tratamento inadequado anterior o caso deverá ser novamente tratado e notificado.

Importante: cada gestação em que haja identificação da infecção por sífilis deverá ser efetuada uma nova notificação.

2. Caso identifique uma gestante com sífilis na MATERNIDADE, devo notificar a gestante com sífilis?

Não, a gestante com sífilis deverá ser notificada apenas no pré-natal. Nesta situação, a parturiente deverá ser notificada como sífilis adquirida (se preencher os critérios de definição de caso) e o recém-nascido deverá ser notificado como caso de sífilis congênita.

3. Devo realizar duas notificações de gestante com sífilis na gestação gemelar?

Não, deverá apenas ser preenchida uma ficha de gestante com sífilis. Os recém-nascidos decorrentes desta gestação se tiverem sífilis congênita, deverão ser notificados em FNI separadas.

4. QUAIS UNIDADES de saúde devem investigar e notificar o caso de sífilis em gestante?

As principais fontes de captação de casos são os serviços que realizam o pré-natal, ou realizam a assistência a gestante e/ou mulheres em idade reprodutiva. É importante destacar que as gestantes devem ser captadas precocemente para possibilitar diagnóstico e tratamento adequado da gestante e seu parceiro sexual.

5. Quais informações relativas à sífilis na gestante devem ser anotadas na CARTEIRA/CARTÃO DE GESTANTE para levar à maternidade?

Devem ser anotadas as informações relativas ao diagnóstico, tratamento da gestante e do parceiro sexual (data do tratamento, droga e dose utilizados).

6. Devo iniciar o tratamento da gestante com apenas um TESTE NÃO-TREPONÊMICO REAGENTE?

Sim, se os resultados das provas sorológicas não estiverem completos, segundo o fluxograma laboratorial preconizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da

Saúde, o tratamento deverá ser iniciado para a gestante e parceiro sexual enquanto se aguarda a conclusão da investigação laboratorial.

7. Devo tratar a gestante com TESTE RÁPIDO para sífilis REAGENTE?

Sim, o tratamento deverá ser iniciado e deve ser colhida amostra de sangue para realização de teste convencional - teste não-treponêmico (VDRL/RPR).

8. É necessária a REALIZAÇÃO DE FTA-ABS-IGM para a confirmação do teste não-treponêmico reagente?

Não, o teste laboratorial FTA-Abs-Igm apresenta dificuldade técnica para a sua realização e interpretação, pode apresentar resultados falso negativos. Deve ser realizado apenas o FTA-Abs como teste treponêmico para confirmação diagnóstica.

9. Posso realizar o TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO NA MATERNIDADE, na ocasião do parto?

Sim, e se o resultado for reagente deverá ser realizado teste não-treponêmico e uma detalhada investigação da parturiente.

10. Posso APLICAR PENICILINA G BENZATINA na Unidade Básica de Saúde (UBS)?

Sim, a penicilina G benzatina deve ser aplicada em todas as UBS.

11. Como saber se a gestante com sífilis tem REAÇÃO ANAFILÁTICA à penicilina G benzatina?

Deve constar da anamnese o relato de reação alérgica prévia, se o relato for positivo deve-se aplicar questionário específico para avaliar o tipo de reação descrita. Após a aplicação de questionário, se a suspeita de alergia a penicilina persistir deve ser realizado teste de sensibilidade a penicilina e, no caso de teste positivo, proceder a dessensibilização em ambiente hospitalar.

12. Devo realizar TESTE DE SENSIBILIDADE à penicilina em TODAS as gestantes?

Não, apenas nas gestantes com suspeita de alergia a penicilina durante a anamnese.

13. Existe alguma indicação para o tratamento da gestante com sífilis com eritromicina?

Não, a Eritromicina não está mais indicada para o tratamento alternativo de gestante com sífilis, uma vez que não trata a gestante, nem o bebê.

14. Como proceder se APÓS O TRATAMENTO ADEQUADO (com medicação e doses adequadas para a fase da doença), OCORRER ELEVAÇÃO DO TÍTULO de teste não-treponêmico (VDRL) da gestante em duas vezes?

Deve ser investigado o tratamento correto da gestante e do parceiro sexual, além de avaliar a possibilidade de nova exposição – outro parceiro sexual. O tratamento deverá ser reiniciado imediatamente com a gestante e parceiro(s) sexual(is).

15. No caso de gestante, o que é considerado PARCEIRO COM SÍFILIS?

Será considerado parceiro com sífilis, aquele que apresentar sorologia reagente em teste treponêmico ou teste não-treponêmico, sem tratamento prévio documentado, e/ou apresentar sinais/sintomas de sífilis adquirida.

16. Parceiro com sífilis é um dos critérios para tratamento adequado ou inadequado da gestante. No caso do PARCEIRO SEXUAL que RECUSA COMPARECER ao serviço, como saber se ele TEM SÍFILIS OU NÃO?

Na situação, em que o parceiro mantém relações sexuais com a gestante e se recusa a comparecer no serviço de saúde, deve ser avaliada a fase clínica da sífilis na gestante. Se a gestante está com sífilis na fase primária, secundária ou latente recente, a transmissão horizontal (passagem do treponema da gestante para o parceiro e vice-versa) pode ser elevada, devido à alta treponemia e, se o parceiro não for tratado, ele pode reinfectar a gestante. Neste caso, é possível considerar presumivelmente o parceiro com sífilis.

17. Qual é o critério de TRATAMENTO CONCOMITANTE do parceiro sexual da gestante com sífilis?

É considerado como concomitante aquela que ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante. Nas situações em que o parceiro sexual encontra-se ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.

18. Gestantes tratadas com penicilina G benzatina, na dose certa para a fase clínica da doença e o parceiro tratado concomitantemente, com outra droga (Doxiciclina ou Ceftriaxona) será considerado ADEQUADO do ponto de vista da prevenção da Sífilis Congênita?

Sim, o tratamento do parceiro será considerado adequado se receber a medicação conforme protocolo (dose e duração adequados para a fase da doença) e seguimento sorológico, pois

a Doxaciclina e a Ceftriaxona são drogas alternativas para tratamento de sífilis em pacientes alérgico a penicilina.

19. Em um PARCEIRO SEXUAL de gestante com sífilis recente (fase primária, secundária ou latente recente), se o TESTE RÁPIDO ou outro TESTE PARA SÍFILIS for NÃO REAGENTE, devo realizar o tratamento? Com qual esquema?

Sim, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, mesmo com prova sorológica não reagente para sífilis, se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela), neste caso, o parceiro poderá ser tratado com esquema para a sífilis recente (penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única). Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias deverão ser avaliados clínica e laboratorialmente e tratados conforme achados diagnósticos ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, deverão ser tratados com esquema para sífilis latente tardia.

20. Parceiros expostos há MAIS DE 90 DIAS com exames para sífilis NEGATIVOS, os médicos referem que não tem porque tratar visto que, a exposição foi há mais de 90 dias. Como devemos orientá-los?

*Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias, principalmente os precedentes ao diagnóstico de SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA ou LATENTE PRECOCE da gestante, mesmo com resultados de provas sorológicas não reagentes ou se o resultado dos testes não estiver imediatamente disponível, devem ser tratados presumivelmente, uma vez que, nestas situações (gestante com sífilis recente) a transmissão horizontal da sífilis pode ser elevada, devido à alta treponemia. No caso de parceiros de gestantes na fase de LATÊNCIA INDETERMINADA OU TARDIA, expostos há mais de 90 dias, com sorologia negativa não precisa ser realizado o tratamento, a menos que os testes **não estejam imediatamente disponíveis**, neste caso, você não sabe se o parceiro está ou não infectado, devendo tratar presumivelmente o parceiro sexual.*

21. Os PARCEIROS de GESTANTES COM SÍFILIS na fase de LATÊNCIA INDETERMINADA OU TARDIA, expostos NOS ÚLTIMOS 90 DIAS devem ser tratados presumivelmente, mesmo com testes não reagentes. Nesta situação, alguns médicos nos questionam o seguinte: “O tratamento é iniciado concomitantemente, é feito uma dose de penicilina e quando chega o resultado do teste, este é negativo, precisa dar mais doses de penicilina, visto que o parceiro foi exposto à gestante com sífilis e se estivesse em período de janela, uma dose já proporcionaria o tratamento”. O que devemos responder?

Nesta situação, em que o parceiro recebeu uma dose da

penicilina G benzatina de 2.400.000 UI, IM e o resultado de testes treponêmico **E** não-treponêmico for **não reagentes**, uma dose já teria tratado o parceiro, porque o mesmo provavelmente estaria com sífilis recente. No entanto, se o parceiro apresentar testes reagentes deverá ser tratado com esquema para sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando for impossível estabelecer-se a data da infecção ou, ser tratado conforme os achados clínicos da sífilis, segundo a fase da doença.

22. Gestante e parceiro usuários de drogas e não aderente ao tratamento ou se recusam a realizar o tratamento. Como proceder? Fazemos a comunicação para qual órgão? Conselho Tutelar? O feto está em risco.

Realmente esta é uma situação muito difícil. Devem ser articuladas ações intersetoriais, com a prevenção das IST/aids e entre Secretarias.

23. Nos casos em que a gestante trata e o parceiro não trata (muitas vezes a gestante não o comunica) a busca do parceiro deve ser consentida, mas se o bebê está em risco, podemos contatá-lo sem o consentimento da gestante?

É importante trabalhar o convencimento da gestante em comunicar o parceiro. Outra possibilidade é trabalhar o pré-natal do homem, junto com o programa de saúde do homem. Desta forma, o parceiro poderá participar do pré-natal da gestante e também cuidar da saúde dele, com realização de exames. Esta inserção do parceiro (casal grávido) permite a participação do homem durante todo o processo, pré-natal, parto e puerpério.

24. Como posso ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO de sífilis em gestante?

A ficha de notificação de sífilis em gestante encontra-se disponível no: "formulários de notificação de doenças", no link abaixo em "Documentação" -> "SINAN NET 4.0/Patch 4.2 (Versão em uso)" -> " Fichas " . <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb> . A ficha também se encontra disponível nos sites do Programa Estadual DST/AIDS-SP e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br e www.cve.saude.sp.gov.br respectivamente.

25. Após o preenchimento da ficha de notificação de sífilis em gestante no serviço de atendimento para onde encaminho a ficha?

A ficha de notificação e investigação deve ser enviada ao serviço de vigilância epidemiológica municipal, e através de rotina estabelecida previamente, para a vigilância regional,

seguinte para o estadual e nacional. É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta e em tempo hábil.

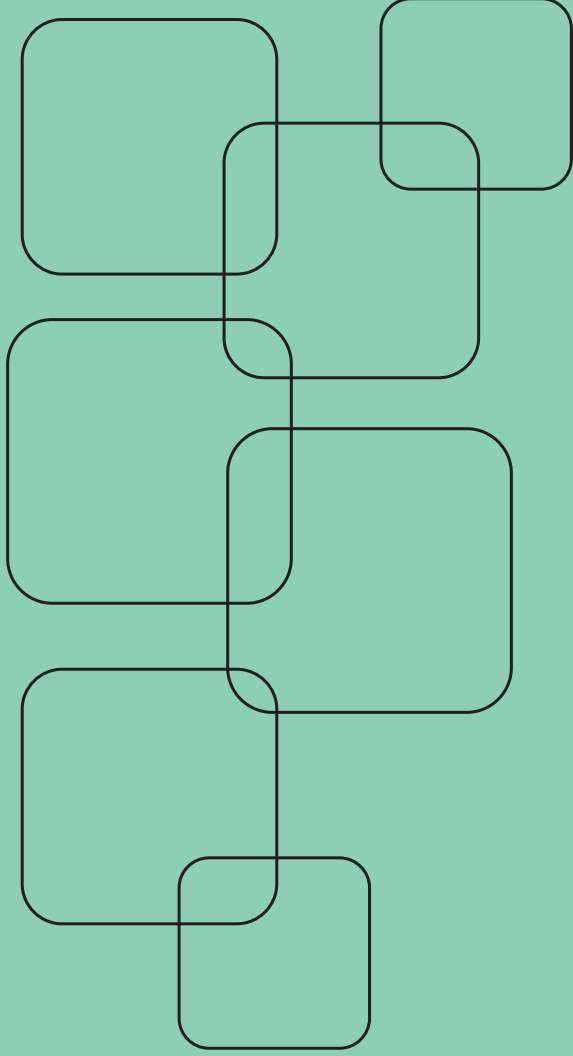
26. Gestantes notificadas e tratadas, que durante a gestação apresentem aumento do título com provável reinfecção, devem ter preenchida uma nova ficha de notificação de gestante?

*Primeiro deve ser observado se o caso é de reinfecção ou subtratamento; ou se temos uma neurolues, cuja penicilina benzatina não tratou ou se ocorreu falha de tratamento (coinfectados HIV). Na análise dos dados, se notificarmos duas vezes o caso teremos dificuldades para identificar no Sinan se trata-se de uma reinfecção (nova notificação) ou uma duplicidade. No momento, a orientação é para realizar **uma notificação**, uma vez que estamos notificando o evento gestação com sífilis, e digitar no Sinan (na notificação já realizada), no campo "**Observações**", que está no final da parte de investigação no sistema (este campo não consta na ficha, apenas no sistema, portanto, escrever no verso da ficha a informação), os seguintes dados: "**reinfecção 12/01/2015, título 1/32**" (data da coleta e título do VDRL que apresentou elevação, após tratamento adequado com cura documentada).*

27. Quem consolida os dados e analisa as informações de sífilis em gestante?

A consolidação e análise dos dados devem ser realizadas nos diversos níveis de VE: nos serviços de saúde dos níveis municipal, estadual, federal e no próprio local. É importante que as informações analisadas sejam devolvidas aos serviços que notificaram os casos, assim como o nível municipal trabalhe e discuta as informações com os serviços envolvidos no atendimento materno infantil. Cada nível hierarquicamente superior deverá enviar as informações a fim de que cada município/região possa discutir, avaliar e planejar suas ações.

No estado de São Paulo o profissional de saúde pode tabular informações sobre este agravo no site do Programa Estadual DST/Aids - SP: www.crt.saude.sp.gov.br.



2. Sífilis congênita

2.1. Definição

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária¹. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% dos conceitos infectados a partir de mães com sífilis precoce, não tratadas. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas durante os primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade e o seguimento ambulatorial do recém-nascido.

A transmissão da sífilis ao conceito pode ocorrer em qualquer fase da doença, mas é bem maior nas etapas iniciais, quando há “espiroquetemia” importante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será atingido. Inversamente, a infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção no conceito, produzindo lesões mais tardias na criança. A taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, e de aproximadamen-

te 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária)¹.

A passagem materno-fetal da doença faz-se basicamente por via transplacentária. O *Treponema pallidum* provoca uma placentite caracterizada macroscopicamente por uma placenta grande, pálida e grosseira, e microscopicamente por vilosite, vasculite e imaturidade relativa do vilo. A transmissão hematogênica da sífilis implica o fato de o conceito já iniciar a doença na sua fase secundária. Além da via transplacentária, o microorganismo pode ainda migrar da placenta para a câmara amniótica, atingindo também o feto, porém essa é uma forma bastante rara de infecção¹.

A transmissão direta do *Treponema pallidum* por meio do contato da criança com o canal de parto é excepcional, podendo ocorrer apenas se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento materno, a transmissão pode ocorrer **apenas** se houver lesão mamária por sífilis, o que também é muito raro¹. O leite materno não transmite a sífilis da mãe para a criança.

Anteriormente, se acreditava que a infecção do feto não ocorresse antes da 18ª semana de gestação devido às características placentárias, entretanto, já se constatou a presença do *Treponema pallidum* em fetos a partir da 9ª semana de gestação e em estudos de abortamentos de mães com sífilis não tratadas, mostrando, portanto, que ela pode ocorrer em qualquer fase¹.

Acredita-se que as lesões não são clinicamente

aparentes até a 18ª ou 20ª semanas de gestação, porque só nesta fase o conceito adquire certa competência imunológica, podendo então apresentar o processo inflamatório reacional típico da sífilis congênita, observado nas fases mais avançadas da gravidez ou no período neonatal¹.

A criança com sífilis congênita ao nascer já pode se encontrar gravemente doente ou com manifestações clínicas menos intensas ou até com aparência saudável (a maior parte dos casos, atualmente), vindo a manifestar a doença mais tardiamente, meses ou anos depois, quando sequelas graves e irreversíveis podem se instalar. Não há, portanto, um período de incubação estabelecido como regra para a criança desenvolver a doença¹.

2.2. Assistência à criança com sífilis congênita

A sífilis congênita é uma doença de amplo espectro clínico. Pode se manifestar por meio de abortamentos, óbitos fetais (muitas vezes hidropsia), morte perinatal, com quadro clínico tipo “septicêmico”, ou se manter em forma subclínica nos recém-nascidos assintomáticos, que poderão apresentar alterações em fases subseqüentes da vida. Atualmente, predominam as formas óligo ou assintomáticas. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascerem, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Por isso, é de suma importância a triagem sorológica da mãe também na maternidade¹.

2.2.1. Aspectos do diagnóstico clínico

Essa variedade de apresentações clínicas é decorrente de alguns fatores como o tempo de exposição fetal ao treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento), a carga treponêmica materna, a virulência do treponema, o tratamento da infecção materna, a coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência¹.

Didaticamente, dividimos a doença em precoce ou tardia, conforme a manifestação clínica tenha aparecido antes ou depois dos dois primeiros anos de vida¹.

• Sífilis congênita precoce

Surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma investigação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo. Como já descrito, mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos, necessitando de avaliações complementares para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Por isso, ressalta-se a importância da associação dos critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais para todos os casos¹.

Quando a criança apresenta sinais e sintomas, estes surgem logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida, comumente nas cinco primeiras semanas. Os recém-nascidos podem apresentar baixo peso

ao nascer (peso inferior a 2.500 g) e parto prematuro entre a 30^a e 36^a semana de gestação. O retardo de crescimento intrauterino é ocasional, entretanto o déficit no crescimento pômbero-estatural na fase pós-natal é usual em crianças não tratadas, mesmo que óligo ou assintomáticas. O Quadro 7 apresenta as principais alterações clínicas em crianças com sífilis congênita. A sífilis congênita pode ocasionar icterícia, anemia, trombocitopenia, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal, hepatomegalia, esplenomegalia, gânglios aumentados (presença de gânglios epitrocleares), pênfigo palmoplantar, exantema maculo-papular, condiloma plano, fissura orificial, alterações respiratórias ou pneumonia, pseudoparalisia dos membros, corioretinite, glaucoma e uveíte¹.

A osteocondrite, periostite ou osteíte e osteomielite costumam ser bilaterais e simétricas, acometem ossos longos, costelas e alguns ossos cranianos e podem ser uma das causas do choro ao manuseio e recusa em mover o membro envolvido (pseudoparalisia de Parrot). O envolvimento assintomático do sistema nervoso central ocorre em cerca de 60% dos casos de sífilis congênita, por essa razão é fundamental a punção lombar para exame de líquido. Quando há sintomatologia, geralmente essa aparece como meningite aguda, até o sexto mês de vida, ou mais raramente, no fim do primeiro ano de vida¹.

A anemia muito grave pode evoluir para “*cor anêmica*” e, quando instalado no período ante-natal, pode levar à hidropsia fetal. O feto hidrópico habitualmente

encontra-se bastante descorado, com hepatoesplenomegalia e anasarca, havendo uma elevada taxa de mortalidade para esse tipo de situação¹. Habitualmente a placenta é volumosa, com lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas¹. Quando ocorre invasão maciça de treponemas e/ou esses são muito virulentos, a evolução do quadro é grave e a letalidade é alta. Considera-se **“Óbito fetal” (natimorto)** todo feto morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior que 500 gramas e **“Aborto”** toda perda gestacional, ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor que 500 gramas¹.

- **Sífilis congênita tardia**

Os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida, predominantemente dos cinco aos 20 anos de idade, dependendo do órgão comprometido. Essa fase da doença caracteriza-se pelo aparecimento de estigmas que, em geral, resultam de processo inflamatório crônico, da cicatrização de lesões iniciais ou reações de hipersensibilidade provocadas pelo treponema^{18,19}. Neste grupo destacam-se: fronte olímpica, nariz “em sela”, região maxilar curta com palato em ogiva e protuberância relativa da mandíbula, rágades periorais, alargamento esternoclavicular (sinal de Higoumenaki), tibia em sabre e defeitos da dentição bastante característicos - dentes de Hutchinson (incisivos superiores centrais pequenos, separados e com fenda na porção média) e molares em “amora” (primeiros molares pequenos com cúspides múltiplas e malfor-

madras)¹. As outras alterações que aparecem na sífilis congênita tardia parecem se dever mais às reações de hipersensibilidade do que a processos cicatriciais. Fazem parte desse grupo a ceratite intersticial (que podem levar a opacificação da córnea, inclusive evoluindo para cegueira), surdez neurológica (por acometimento do oitavo par craniano, sendo geralmente progressiva) e as articulações de Clutton (edema indolor de ambos os joelhos – sinovite uni ou bilateral)¹.

Além disso, como consequência tanto do processo inflamatório continuado como da cicatrização dessa inflamação, são manifestações relevantes às alterações neurológicas, como deficiência cognitiva, hidrocefalia, convulsões, dificuldades de aprendizado, problemas motores, entre outras. A remissão espontânea da doença é improvável. O tratamento adequado dos casos diagnosticados tanto da sífilis precoce quanto a tardia promove remissão dos sintomas em poucos dias. Porém, as lesões tardias, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia¹, sendo importante manter o seguimento ambulatorial de longo prazo.

Importante:

Em casos de sífilis congênita tardia deve ser realizada sempre uma investigação para a exclusão de sífilis adquirida (agressão ou abuso sexual).

Quadro 7: Principais alterações clínicas em crianças com diagnóstico de sífilis congênita

Alterações mucocutâneas	Alterações do sistema reticulo-endotelial	Alterações no sistema hematológico	Alterações do sistema músculo-esquelético	Alterações do sistema nervoso central	Renais	Oculares	Pulmonares	Gastro-intestinal
<ul style="list-style-type: none"> - Exantema máculo-papular - Pênfigo palmo-plantar - Condiloma plano - Rinite serossanguinolenta - Outras alterações de pele 	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatite neonatal - Esplenomegalia - Linfadenopatia 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Leucocitose - Trombocitopenia - Púrpura - Petéquias 	<ul style="list-style-type: none"> - Osteodrite (Pseudo-paralisia de Parrot) - Periostite - Osteomielite 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningite aguda - Alterações meningo-vasculares crônicas - Hidrocefalia progressiva - Paralisia de nervos cranianos - Lesões vasculares no cérebro - Convulsões 	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome nefrótica pura ou mista - Glomerulonefrite do tipo membranososa ou membranoproliferativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Coriorretinite com alterações em fundo de olho - “sale pimentada” - Glaucoma - Uveíte - Fotofobia - Lacrimação excessivo - Diminuição da acuidade visual 	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumonia Alba 	<ul style="list-style-type: none"> - Infiltrados na submucosa do intestino delgado - Síndrome de má absorção

2.2.2. Aspectos do diagnóstico laboratorial

Embora os testes laboratoriais apresentem um bom desempenho, não existe um teste sorológico ideal para o diagnóstico da sífilis congênita. É importante para o diagnóstico da sífilis congênita a associação dos critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais para todos os casos, uma vez que, mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos. A avaliação complementar da criança com sífilis congênita baseia-se na realização de um conjunto de exames laboratoriais (sangue e líquido) e de imagem. Quando possível, pode-se realizar pesquisa do *Treponema pallidum* por meio de microscopia.

O **diagnóstico laboratorial** da sífilis congênita pode ser realizado por pesquisa direta, com identificação do agente etiológico ou testes sorológicos¹.

• Pesquisa direta

A pesquisa direta do *Treponema pallidum* em material coletado de lesão cutâneo-mucosa, secreção nasal, de biópsia ou necropsia, assim como, de placenta e de cordão umbilical, por meio do campo escuro, é um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80% e especificidade que pode alcançar 97%, dependendo da experiência do avaliador. A preparação e a observação em campo escuro, imediatamente após a coleta, permitem visualizar os treponemas móveis¹.

Quando a observação não pode ser realizada logo

após a coleta, a imunofluorescência direta está indicada. Esta técnica apresenta sensibilidade de 70 a 100% e especificidade de 89 a 100%, sendo importante para materiais provenientes de regiões onde existem treponemas saprófitos (boca e nariz). É bastante sensível para detecção da espiroqueta em cordão umbilical, órgãos e tecidos de natimortos portadores de sífilis congênita. Os fatores que diminuem a sensibilidade do teste são: coleta inadequada, tratamento prévio e coleta nas fases finais da evolução das lesões, quando a população de *Treponema pallidum* estará muito reduzida¹.

Além das técnicas descritas, podem ser realizados estudos histopatológicos para a identificação do *Treponema pallidum* em material de biópsia ou necropsia, por meio da coloração pela prata ou de outras colorações, é pouco sensível e específico pelo fato de artefatos técnicos e outros treponemas poderem ser confundidos com o agente da sífilis¹.

• Testes Sorológicos

a) Testes não-treponêmicos (VDRL e RPR): Recém-nascidos de mães com sífilis, mesmo os não infectados, podem apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente pela placenta até o sexto mês de vida. Nesses casos, em geral, o teste não-treponêmico poderá ser reagente, devendo ser comparado o título do VDRL ou RPR do recém-nascido com o título do VDRL ou RPR materno, realizado na admissão para o parto¹.

A coleta de sangue de cordão umbilical para a realização do teste está contraindicada pela baixa sensibili-

dade. Deve-se coletar sangue periférico de todo recém-nascido, cuja mãe apresentar teste para sífilis reagente no momento do parto. A negatividade sorológica do recém-nascido não exclui a infecção, principalmente quando a infecção materna se dá no período próximo ao parto. Recém-nascidos com sorologias não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, devem repetir estes testes após o terceiro mês, devido à possibilidade de positivação tardia¹.

b) Testes treponêmicos (FTA-Abs, TPHA, ELISA): São testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, úteis para confirmação do diagnóstico, mas de uso limitado em recém-nascidos, pois os anticorpos IgG materno ultrapassam a barreira placentária. Sendo assim, a utilização de testes treponêmicos não auxilia na confirmação dos casos em recém-nascidos; recomenda-se, então, a análise clínico-epidemiológica de cada caso, especialmente o histórico da doença materna, para aplicação das condutas clínicas. No entanto, em crianças maiores de 18 meses, um resultado reagente de teste treponêmico confirma a infecção (que pode ter sido tratada ou não), pois os anticorpos maternos transferidos passivamente já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança. Não se preconiza a realização de FTA-Abs para detecção de anticorpos da classe IgM, uma vez que não tem boa sensibilidade, acarretando resultados falsos negativos antitreponêmicos¹.

- **PCR**

Mais recentemente, testes para amplificação de ácidos nucleicos, como **a reação em cadeia polimerase (PCR)**, vêm sendo desenvolvidos e avaliados com resultados que indicam aumento da sensibilidade (91%) para o diagnóstico da infecção pelo *Treponema pallidum*. Entretanto, esses testes, além do elevado custo e da complexidade de realização, ainda não estão disponíveis comercialmente, estando limitados a centros de pesquisa¹.

- **Radiografia de ossos longos**

O achado de anormalidades em radiografias de ossos longos é comum na sífilis congênita sintomática (de 70 a 90%). A metafisite é o sinal mais frequente e precoce, presente em 50 a 90% dos casos. Ela se caracteriza por alternância de zonas de maior ou menor densidade na metafise e evolui para completa desorganização da região. É geralmente bilateral e simétrica, incidindo com maior frequência no rádio, ulna, tíbia, fêmur, úmero e fíbula. A periostite e a osteíte estão presentes em 70% e 20-40% dos casos, respectivamente, e também representam achados importantes, podendo aparecer em ossos longos, no crânio, nas vértebras e nas costelas. O sinal de *Wimberger*, considerado como um “sinal radiológico maior” na sífilis congênita, é caracterizado por erosão bilateral do côndilo medial da tíbia, ocorrendo em cerca de 20 a 30% dos casos¹.

Sugere-se, ainda, que em cerca de 4% a 20% dos recém-nascidos infectados, a única alteração encontra-

da seja a radiográfica, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos de sífilis congênita¹.

• Exame do líquido cefalorraquidiano (LCR)

A coleta do LCR é obrigatória para pesquisar a neurosífilis. Nos casos em que não é possível colher o LCR, deve-se considerar a possibilidade de neurosífilis, seguindo o tratamento recomendado. O LCR deverá ser avaliado assim que cessar o impedimento de sua coleta.

Neurosífilis confirmada: quando o VDRL no líquor é reagente, independente do valor do VDRL sérico e da existência de alterações na celularidade e/ou na proteinorraquia¹.

Neurosífilis possível: quando existem alterações na celularidade e/ou no perfil bioquímico líquórico, acompanhadas de VDRL sérico reagente, mesmo que o VDRL no líquor seja não reagente, ou quando não for possível a realização de exame líquórico, em qualquer recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita¹.

Considerar o LCR alterado no período neonatal (até 28 dias de vida) se o número de células (> 25 células/mm³) e/ou proteínas (> 150 mg/dL) for elevado. Após 28 dias de vida, a pleocitose é definida com número de células acima de 5 células/mm³ e a hiperproteinorraquia com concentração proteica superior a 40 mg/dL^{19,20}. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais frequente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita do que nas crianças assintomáticas (86% e 8%, respectivamente)¹.

Importante: A presença de leucocitose e o elevado conteúdo proteico no LCR de um recém-nascido, com suspeita de sífilis congênita, devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independente da existência de alterações na celularidade e/ou na proteinorraquia, porém, um resultado negativo não afasta o diagnóstico da afecção do sistema nervoso central¹.

- **Radiografia de tórax**

Nos casos com “Pneumonia Alba” observa-se mínima aeração alveolar, com presença de broncogramas aéreos, semelhante à síndrome do desconforto respiratório neonatal grave¹.

- **Hemograma completo**

Alterações hematológicas como anemia, leucocitose (em geral com linfocitose ou monocitose) e plaquetopenia são os achados mais frequentes na sífilis congênita. Considerar hemograma alterado diante de hematócrito inferior a 35%, número de plaquetas abaixo de 150.000/mm³ e/ou leucopenia ou leucocitose de acordo com as curvas de normalidade para as horas de vida¹.

- **Outros exames laboratoriais**

Com relação à avaliação bioquímica na dosagem de bilirrubinas pode-se observar elevação tanto da bilirrubina indireta, com teste de Coombs negativo (por hemólise), como da direta (por hepatite neonatal). Neste

último observa-se também elevação moderada das transaminases¹.

2.2.3. Diagnóstico Diferencial

O múltiplo comprometimento de órgãos e sistemas impõe o diagnóstico diferencial com septicemia e outras infecções congênitas, como rubéola, toxoplasmose, citomegalovirose, infecção generalizada pelo herpes simples e malária, listeriose e eritroblastose fetal. Lesões mais tardias podem ser confundidas com sarampo, varicela, escarlatina e até escabiose¹. Na sífilis congênita tardia a presença das manifestações clínicas é bastante característica e dificilmente confundida com outras patologias.

2.2.4. Manejo do recém-nascido na maternidade

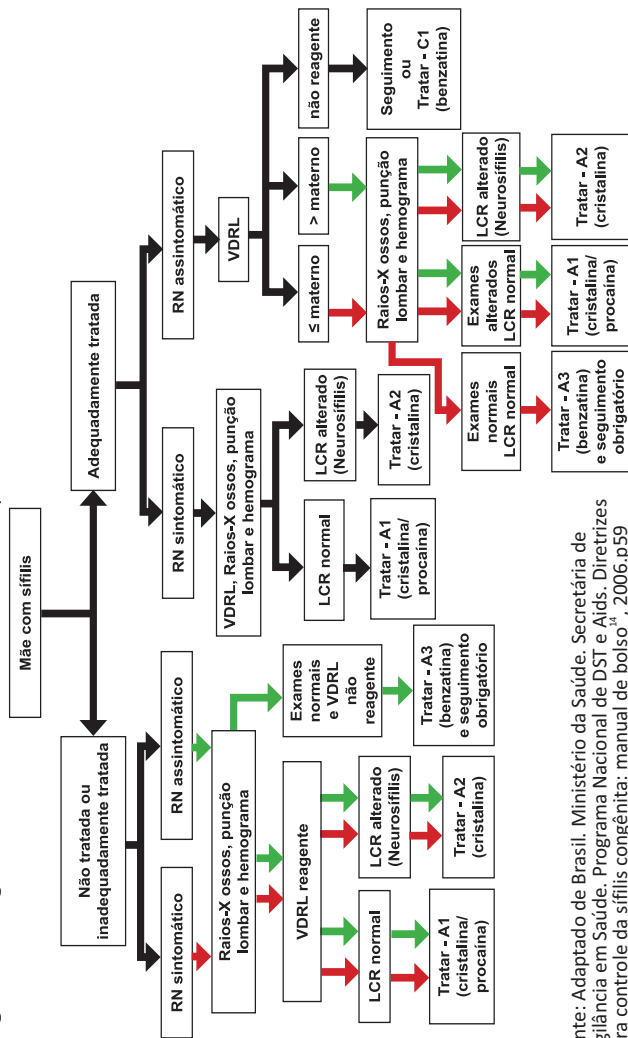
O fluxograma apresentado na Figura 7 resume o conjunto de procedimentos que serão realizados para o tratamento adequado a cada situação. A penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações da sífilis congênita. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga. A análise clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico¹.

Manejo adequado do recém-nascido na maternidade^{1,15,16}:

1. Realizar teste não-treponêmico em amostra de **sangue periférico** de **todos** os recém-nascidos cujas mães apresentaram sorologia reagente para

- sífilis na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita¹;
2. O sangue do cordão umbilical **NÃO** deve ser utilizado para o diagnóstico sorológico devido à presença de sangue materno (com anticorpos maternos) e ocorrência de atividade hemolítica, o que pode determinar resultados falsos¹;
 3. Deve ser realizada radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR **em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso de sífilis congênita**;
 4. Realizar tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita e sífilis materna, incluindo o parceiro sexual;
 5. Nenhum recém-nascido deve ter alta da maternidade até que pelo menos a sorologia materna seja conhecida, já que parte considerável das sífilis maternas é diagnosticada neste momento, o que possibilita a pesquisa e diagnóstico, com posterior tratamento da sífilis congênita¹;
 6. O acompanhamento é imprescindível para todos os recém-nascidos expostos a sífilis materna e deve ser realizado na puericultura para detecção de sinais clínicos ou sorológicos. O pediatra na alta hospitalar deve esclarecer a mãe sobre os riscos da sífilis, especialmente sobre manifestações tardias, como surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro^{15,16}.

Figura 7: Fluxograma de condutas no recém-nascido exposto a sífilis materna



Fonte: Adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso¹⁴, 2006.p59

Nota explicativa:

Tratamento INADEQUADO para sífilis materna*¹⁷

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias que antecedem o parto; ou
- Parceiro com sífilis** não tratado ou tratado inadequadamente.

*Nas situações em que a gestante não manteve mais contato sexual com o parceiro ou não possui parceiro sexual, após o **tratamento adequado** para a fase clínica e instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto, o tratamento será considerado adequado para a sífilis materna. Observar queda de títulos na sorologia não-treponêmica da gestante.

Importante: Elevação de títulos em sorologia não-treponêmica ou ausência de queda (exceto quando o título inicial for menor ou igual a 1:4), após tratamento considerado adequado, pode ser devido à reinfecção da gestante, falha terapêutica ou a tratamento inadequado.

****Será considerado parceiro com sífilis:**

- Parceiro com teste treponêmico ou teste não-treponêmico reagente, sem tratamento prévio documentado ou parceiro com sinais e/ou sintomas de sífilis adquirida.

Excepcionalmente, nas situações em que o parceiro mantém relações sexuais com a gestante e se recusa a comparecer no serviço, para realizar o diagnóstico, poderá ser considerado presumivelmente parceiro com sífilis:

- Parceiro de gestante com sífilis recente (fase primária, secundária ou latente recente); ou
- Parceiro de gestante assintomática, com títulos elevados em testes não-treponêmicos ($\geq 1:16$, como "proxy" de sífilis recente), independentemente do tempo de infecção. Ressaltamos que títulos elevados em teste não-treponêmico não definem caso sífilis latente recente.

Nas situações acima mencionadas, a transmissão horizontal (passagem do treponema da gestante para o parceiro e vice-versa) pode ser elevada, devido à alta treponemia e, se o parceiro não for tratado, ele pode reinfetar a gestante. Por este motivo, o parceiro será considerado presumivelmente com sífilis, de acordo com a forma clínica da gestante.

Ressaltamos que todos os parceiros sexuais devem ser avaliados e tratados, independentemente da forma clínica da sífilis e dos valores de títulos em testes não-treponêmicos na gestante. A utilização dos dados clínicos da gestante, para classificar presumivelmente o parceiro com sífilis, foi utilizada exclusivamente para avaliar o tratamento da sífilis materna, se adequado ou inadequado, para avaliação dos casos de sífilis congênita.

2.2.5. Tratamento do recém-nascido com sífilis congênita

A penicilina cristalina e procaína têm sido as drogas

de escolha para o tratamento da sífilis congênita, embora alguns estudos mostrem que a penicilina cristalina determina níveis liquóricos mais altos e constantes quando comparada com a procaína, por isso é a droga utilizada para tratar a neurosífilis. A penicilina benzatina tem pouca penetração liquórica, podendo não atingir ou manter níveis treponemicidas em sistema nervoso central. Além disso, relatos de falha terapêutica com o uso de penicilina benzatina na sífilis congênita são relativamente frequentes¹. Dessa maneira, não se recomenda o uso da penicilina benzatina para tratar o caso suspeito ou confirmado de sífilis congênita. Não há também indicação de uso de outros antibióticos com resultados eficazes no tratamento da sífilis congênita. O esquema de tratamento atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde é o que se segue^{14,15,16,17}:

2.2.5.1. No período Neonatal (antes de 28 dias do nascimento)

A - Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não-treponêmico (VDRL) no sangue periférico do recém-nascido, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

- **A 1 - se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas**, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina

na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via intravenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, a cada 24 horas (dose única diária), via intramuscular, durante 10 dias (se houver perda maior do que um dia na aplicação da penicilina G procaína a criança deverá reinicializar o tratamento^{1,4});

• **A 2 - se houver alteração liquórica ou se não foi possível colher o líquido**, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via intravenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias;

• **A 3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas e a sorologia de sangue periférico do recém-nascido for negativa**, o tratamento deverá ser feito com penicilina G benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, por via intramuscular. O **acompanhamento é obrigatório**, incluindo o seguimento com titulações de teste não-treponêmico (VDRL) sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante). Na impossibilidade de garantir o seguimento clínico-laboratorial, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar teste não-treponêmico (VDRL) em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente, com titulação maior do que a materna e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemo-

grama, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

- **B 1** - se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

- **B 2** - se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

C - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar teste não-treponêmico (VDRL) em amostra de sangue periférico do recém-nascido:

- **C 1 - se for assintomático e o teste não-treponêmico (VDRL) não for reagente** proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento realizar o tratamento com penicilina G benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, via intramuscular.

- **C 2 - se for assintomático e tiver o teste não-treponêmico (VDRL) reagente, com título igual ou menor que o materno** o tratamento deverá ser feito como em A3.

2.2.5.2. No período Pós-Neonatal (com 28 dias ou mais de vida)

Crianças com quadro clínico e/ou sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas: as sorologias e o tratamento materno (incluindo a análise dos títulos de teste não-treponêmico, para observar se ocorreu queda ou elevação após tratamento) e a sorologia de teste não-treponêmico da criança, assim como os prontuários devem ser revisados para avaliar se é um caso de sífilis

congenita ou de sífilis adquirida por agressão ou abuso sexual.

Em caso de sífilis congênita, deve ser realizada radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR. Mediante confirmação diagnóstica, realizar o tratamento com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via intravenosa, a cada 4 horas por 10 dias, respeitando a dose máxima de 200.000 a 300.000 UI/Kg/dia⁴.

Se a criança não apresentar manifestações da doença e o exame de LCR constar como normal poderá ser realizado o tratamento com penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, de 12/12 horas, intramuscular, durante 10 dias (se houver perda maior do que um dia na aplicação da penicilina G procaína a criança deverá reinicializar o tratamento^{1,4}).

Importante:

- Os dados da literatura científica nacional e internacional, disponíveis até o momento não permitem recomendação de outro antibiótico para o tratamento da sífilis congênita, conforme já foi descrito; isso é válido também para crianças que têm o diagnóstico da sífilis congênita no transcorrer de algum outro tratamento (por exemplo, ampicilina para sepse), devendo ser “desconsiderado” esse curso de antibiótico prévio (que não foi a penicilina) e iniciar o esquema preconizado para sífilis conforme recomendação acima^{1,4}.
- Em relação à biossegurança hospitalar, são recomendadas precauções de contato para todos os casos de

sífilis congênita até 24 horas do início do tratamento com penicilina¹⁵.

- Os filhos de mães soropositivas para o HIV não precisam de regimes terapêuticos diferenciados, podendo seguir as diretrizes acima propostas.

2.2.6. Seguimento e controle de cura de recém-nascido com sífilis congênita ou expostos a sífilis materna

Todo recém-nascido cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado por pelo menos dois anos, de acordo com os seguintes parâmetros^{1,14,15,16}:

Recém-nascidos com critérios de sífilis congênita e tratados no período neonatal

- Realizar seguimento ambulatorial mensal até o 6º mês de vida, bimensal do 6º ao 12º mês e semestral até 24 meses, com exames clínicos minuciosos;
- Realizar teste não-treponêmico (VDRL), com titulação, com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de vida;
- Interromper a coleta do teste não-treponêmico (VDRL) seriado após a obtenção de dois exames consecutivos não reagentes;
- Realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) a partir dos 18 meses de vida (Figura 8);
- Se os títulos de testes não-treponêmicos (VDRL) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses de vida, a criança foi tratada de maneira correta;

- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a sífilis congênita, ou não ocorra a queda esperada de títulos, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima e reavaliação da criança para conduta adequada;
- Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatização até os 18 meses de idade, reavaliar o paciente e proceder ao retratamento, se necessário;
- No caso de neurosífilis, repetir o exame de líquido a cada seis meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica;
- Espera-se que o teste não-treponêmico (VDRL) do líquido se apresente negativo por volta do sexto mês de vida e que o líquido esteja normal ao fim do segundo ano;
- Alterações líquóricas persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;
- Em toda criança com diagnóstico de sífilis congênita, recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral até os dois anos de idade;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos;

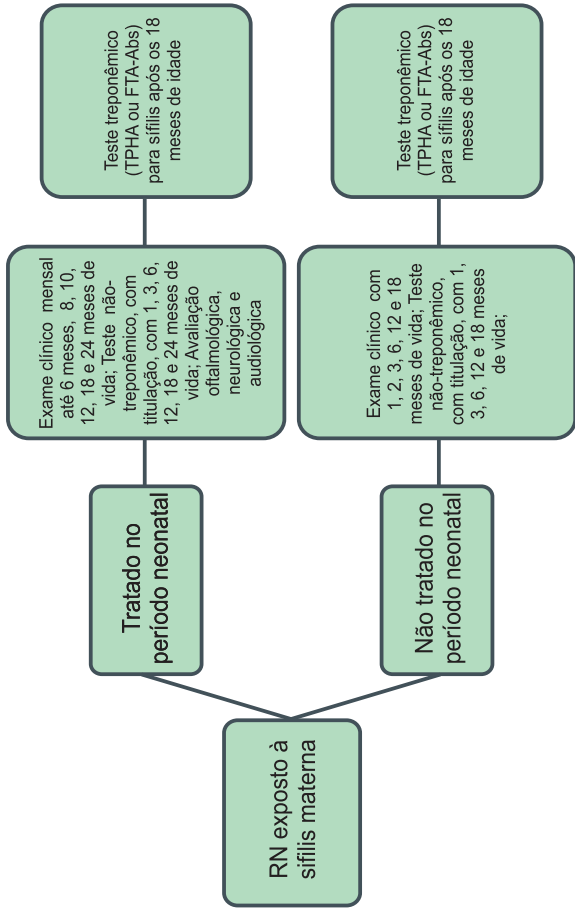
Recém-nascidos que não atingiram os critérios diagnósticos de sífilis congênita não tratados no período neonatal

- Realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de vida;
- Realizar teste não-treponêmico (VDRL), com titulação, com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida;
- Interromper a coleta do teste não-treponêmico (VDRL) seriado após a obtenção de dois exames consecutivos-negativos;
- Realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) a partir dos 18 meses de vida;
- Se os títulos de testes não-treponêmicos (VDRL) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos entre 6 e 18 meses de vida, acompanhados por um teste treponêmico negativo após os 18 meses de vida, considera-se que o lactente não foi afetado pela sífilis ou foi tratado de maneira apropriada durante a vida fetal. Caso contrário, deve-se realizar a reavaliação diagnóstica e o tratamento adequado.

Importante:

As crianças que apresentarem o teste treponêmico reagente aos 18 meses deverão realizar seguimento por longo prazo, pelo menos até os cinco anos de idade, para monitoramento de possíveis alterações tardias da sífilis (visuais, auditivas e de desenvolvimento), mesmo que estas crianças tenham recebido tratamento adequado na maternidade^{22,23}.

Figura 8: Diagrama de seguimento do recém-nascido (RN) exposto à sífilis materna



Importante^{1,14,15,16}:

O prognóstico da sífilis congênita parece estar ligado à gravidade da infecção intrauterina e à época em que o tratamento foi instituído. Quanto mais precoce tiver sido a terapêutica, menos estigmas aparecerão no desenvolvimento desta criança. O tratamento após o terceiro mês de vida pode não evitar a surdez (por comprometimento de pares cranianos), nem a ceratite intersticial, nem o aparecimento das articulações de Clutton.

2.3. Vigilância epidemiológica

A sífilis congênita é um agravo 100% evitável desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam aplicadas oportunamente. Entretanto, apesar de todos os esforços, a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública e a sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestante são medidas simples e efetivas na sua prevenção.

A vigilância da sífilis congênita tem como objetivo desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade, conhecer o perfil epidemiológico no país e suas tendências, identificar os casos para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal e acompanhar e avaliar as ações para a sua eliminação.

A notificação da sífilis congênita é compulsória desde 1986 (Portaria GAB/MS nº 542, de 22 de dezembro de 1986) para todos os casos detectados, incluindo os natimortos e abortos por sífilis. A notificação deve ser

realizada por médico ou outro profissional de saúde, através do preenchimento e envio da ficha de notificação e investigação epidemiológica de caso de sífilis congênita (Anexo 6), e registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A ficha de notificação pode ser encontrada no endereço: www.crt.saude.sp.gov.br e www.cve.saude.sp.gov.br.

As principais fontes de notificação da sífilis congênita são as maternidades (onde se realiza a triagem para sífilis na admissão para o parto ou curetagem) e ambulatórios pediátricos (onde se realiza a puericultura), principalmente para crianças que nasceram de parto domiciliar ou não foram diagnosticadas na maternidade.

2.3.1. Definição de caso de sífilis congênita

Para fins de vigilância epidemiológica foram estabelecidos **quatro critérios** de definição de caso de sífilis congênita^{1,14,15,16,17}.

1º critério:

- Criança cuja mãe presente, durante o pré-natal ou no momento do parto, testes para sífilis não-treponêmico reagente com qualquer titulação e treponêmico reagente, e que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, presente teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto;

- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste não-treponêmico, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto;
- Criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não-treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

2º critério:

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:

- Titulações ascendentes (testes não-treponêmicos);
- Testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- Títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;
- Teste não-treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

3º critério:

Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes para sífilis não-treponêmico reagente com qual-

quer titulação **ou** teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

4º critério:

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum** na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Tratamento inadequado para sífilis materna

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias que antecedem o parto; ou
- Elevação de títulos em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou ausência de queda de títulos (exceto quando o título inicial for menor ou igual a 1:4), após tratamento adequado; ou
- Parceiro com sífilis** não tratado ou tratado inadequadamente.

*É considerada evidência do *Treponema Pallidum* a presença da espiroqueta em exame de campo escuro realizado pelo laboratório

**** Será considerado parceiro com sífilis:**

- Parceiro com teste treponêmico ou teste não-treponêmico reagente, sem tratamento prévio documentado ou parceiro com sinais e/ou sintomas de sífilis adquirida;

Excepcionalmente, nas situações em que o parceiro mantém relações sexuais com a gestante e se recusa a comparecer no serviço, para realizar o diagnóstico, poderá ser considerado presumivelmente parceiro com sífilis:

- Parceiro de gestante com sífilis recente (fase primária, secundária ou latente recente); ou
- Parceiro de gestante assintomática, com títulos elevados em testes não-treponêmicos ($\geq 1:16$, como "proxy" de sífilis recente), independentemente do tempo de infecção. Ressaltamos que títulos elevados em teste não-treponêmico não definem caso sífilis latente recente.

Nas situações acima mencionadas, a transmissão horizontal (passagem do treponema da gestante para o parceiro e vice-versa) pode ser elevada, devido à alta treponemia e, se o parceiro não for tratado, ele pode reinfetar a gestante. Por este motivo, o parceiro será considerado presumivelmente com sífilis, de acordo com a forma clínica da gestante.

A utilização dos dados clínicos da gestante, para classificar presuntivamente o parceiro com sífilis, foi utilizada exclusivamente para avaliar o tratamento da sífilis materna, se adequado ou inadequado, para avaliação dos casos de sífilis congênita.

2.4. Medidas de controle

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada. No entanto, mais ações envolvendo a realização de sorologia para sífilis devem ser realizadas em outros momentos nos quais há possibilidade da mulher se infectar.

Principais medidas de controle⁶:

1. Enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis;
2. Prevenir doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em idade fértil;
3. Prática de sexo protegido (uso regular de preservativos - masculino ou feminino);
4. Realizar triagem de sífilis para mulheres em idade fértil e parceiros sexuais;
5. Realizar VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar nas consultas dentro das ações de saúde sexual e reprodutiva, nas consultas ginecológicas, incluindo as consultas de prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
6. Garantir assistência pré-natal para todas as gestantes;
7. Captar precocemente a gestante para início do pré-natal;
8. Realizar no mínimo, seis consultas pré-natais com atenção integral qualificada;
9. Realizar VDRL como rotina no 1º trimestre de gestação ou na primeira consulta do pré-natal, no início do 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto;

10. Realizar ações direcionadas para a busca ativa de gestantes faltosas ou em abandono do pré-natal, a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimento);
11. Tratar e acompanhar adequadamente todas as gestantes diagnosticadas com sífilis e seus parceiros sexuais;
12. Documentar os resultados das sorologias e tratamento da sífilis da gestante e seu parceiro sexual, na carteira da gestante;
13. Orientar a gestante que tenha a carteira da gestante na admissão ao parto;
14. Investigar os recém-nascidos filhos de mães com sorologia reagente para sífilis;
15. Garantir o diagnóstico e tratamento adequado para todos os casos de sífilis congênita;
16. Acompanhar (clínico-sorológico) todos os recém-nascidos expostos à sífilis materna;
17. Notificar à vigilância epidemiológica todos os casos de sífilis na gestante e sífilis congênita;
18. Identificar as oportunidades perdidas para que estas possam orientar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações necessárias, afim de que as metas propostas para eliminação desse agravo sejam atingidas.

2.5. Perguntas frequentes de sífilis congênita

1. Se a mãe apresentar teste não-treponêmico reagente no parto independentemente do título, SEM história de TRATAMENTO PRÉVIO de sífilis, devo REALIZAR TRATAMENTO E NOTIFICAR A CRIANÇA?

Sim, independentemente do título se a mãe apresentar teste não-treponêmico reagente no parto, sem história de tratamento anterior de sífilis, a criança deverá ser tratada e notificada como sífilis congênita, segundo o critério vigente de definição de caso.

2. Se, na maternidade a mãe apresentar teste NÃO-TREPONÊMICO REAGENTE e relatar TRATAMENTO ADEQUADO, tenho que notificar a criança?

O profissional deverá avaliar antes as seguintes condições:

- *Mãe com documentação (carteira de gestante) que comprove o tratamento adequado e queda de títulos do VDRL após o tratamento (exceto quando o título inicial for menor ou igual a 1:4, nesta situação é esperado títulos estáveis no parto).*
- *Comparar os títulos do teste não-treponêmico da mãe (no parto) com o resultado do teste não-treponêmico do recém-nascido (RN), coletado no sangue periférico do RN. Se o título do teste não-treponêmico (VDRL) do RN for maior do que da mãe, a criança deverá ser tratada e notificada como caso de sífilis congênita.*
- *Se o VDRL da criança for reagente (qualquer titulação, menor que o materno) realizar investigação clínica, laboratorial (incluindo exame*

de líquido) e radiológica. Se constatada alteração nos exames, a criança deverá ser tratada e notificada como caso de sífilis congênita.

- Se a mãe foi comprovadamente tratada de forma adequada e a criança é assintomática, apresentando teste não-treponêmico não reagente ou com título menor que o materno, com investigação clínica laboratorial sem alteração, o caso não deverá ser notificado, uma vez que não preenche critério de definição de caso de sífilis congênita. No entanto, a criança deverá ser acompanhada ambulatorialmente, como caso de criança exposta à sífilis materna.

3. Se a MÃE da criança NÃO apresentou QUEDA DE TÍTULOS no momento do PARTO, devo considerar esta criança como sífilis congênita?

Neste caso devemos considerar:

- Mãe tratada adequadamente, mas no final da gestação (40 dias antes do parto), pode não apresentar queda de 2 títulos, porque não houve tempo suficiente de seguimento ou porque o título inicial era menor ou igual a 1:4.

Nesta situação, deverá ser feita a investigação conforme resposta da pergunta acima (pergunta 2).

- É importante o seguimento da criança e da mãe (com sorologias) após o parto, para observar se os títulos maternos em sorologia não-treponêmica vão apresentar a queda esperada. Caso a mãe não apresente a queda esperada na titulação e o recém-nascido não preencheu critério para tratamento na maternidade,

o mesmo deverá ser avaliado e investigado e tratado se indicado.

4. O que é considerado TRATAMENTO MATERNO ADEQUADO para prevenção de sífilis congênita?

*É considerado tratamento adequado: o tratamento completo com penicilina de acordo com a fase clínica da sífilis materna; instituído **antes** dos 30 dias que antecedem o parto; parceiro sexual com sífilis tratado concomitante a mãe e, idealmente, observar a queda de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis, se inicialmente for menor ou igual a 1:4.*

5. Pode ser considerado TRATAMENTO adequado, uma gestante com sífilis tratada com CEFTRIAXONA?

Não, durante a gestação somente será considerado como tratamento adequado para prevenção da sífilis congênita, o uso de penicilina G benzatina, na dose adequada para a fase clínica. Ainda não se tem garantia de que outro esquema terapêutico possa atravessar a barreira transplacentária e tratar o feto.

6. Devo realizar a sorologia TREPONÊMICA NA CRIANÇA para o diagnóstico ao nascer?

Não, na criança, o exame treponêmico (FTA-Abs, ELISA, TPHA) não terá valor diagnóstico ao nascimento, pois, a passagem de anticorpos maternos para o

recém-nascido, poderá ocasionar resultado falso positivo. A sorologia treponêmica deverá ser realizada a partir dos 18 meses de idade.

7. É possível ocorrer TÍTULOS ASCENDENTES do teste não-treponêmico no SEGUIMENTO DA CRIANÇA, que não foi considerada sífilis congênita na maternidade?

Sim, a criança poderá apresentar títulos ascendentes no seguimento, no caso de mães que se infectaram no final da gestação. Por isso é importante o seguimento clínico-sorológico de todos os recém-nascidos expostos à sífilis materna (tratados ou não na maternidade).

8. O que considerar no CAMPO TITULAÇÃO ASCENDENTE para o preenchimento correto da ficha?

Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não-treponêmica realizados durante o acompanhamento da criança. Considera-se titulação ascendente a elevação de título sorológico.

9. Após a alta hospitalar como deve ser o ENCAMINHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO com diagnóstico de sífilis congênita?

Sempre na alta da maternidade, o recém-nascido deve ser encaminhado para um serviço de acompanhamento de pediatria, ou seja, unidade básica de

saúde (UBS), idealmente que tenha garantido o agendamento prévio dessa consulta. Essa avaliação inicial deve ser realizada o mais precocemente possível, não ultrapassando 30 dias da alta hospitalar.

No momento da alta hospitalar, a criança deve receber o resumo de internação com:

- *anotação dos dados referentes ao parto;*
- *dados antropométricos do nascimento e da alta;*
- *intercorrências apresentadas no berçário;*
- *informações sobre os resultados de exames para sífilis e tratamento da sífilis congênita no recém-nascido;*
- *alimentação;*
- *vacinação, além de outras informações pertinentes à situação.*

10. Qual a DATA DE DIAGNÓSTICO da criança com sífilis congênita?

No caso da sífilis congênita precoce, quando o diagnóstico é feito na maternidade, a data de diagnóstico é a data de nascimento do recém-nascido. Em outras situações, como por exemplo, a sífilis congênita tardia, a data do diagnóstico será a data da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

11. Como preencher o campo “NOME DO PACIENTE” na ficha de notificação de sífilis congênita, quando tratar-se de casos de ABORTO E NATIMORTO?

A sugestão é que a ficha seja preenchida com o

nome da mãe seguido da palavra ABORTO ou NATIMORTO (o mesmo vale para RN). Exemplo: Maria da Luz - NATIMORTO ou Maria da Luz - RN. No caso de gemelar, informar GEMELAR 1ou PRIMEIRO GEMELAR no final do nome.

12. APÓS 18 MESES de acompanhamento do caso verifico que o resultado de teste TREPONÊMICO É NEGATIVO, posso excluir o caso notificado do Sinan?

Não, o caso não deve ser excluído do Sinan. O caso notificado preencheu critério de definição de caso de sífilis congênita no momento da notificação. Um estudo canadense mostrou que crianças com sífilis congênita tratadas logo após o nascimento, negativaram o teste treponêmico. Portanto, um teste treponêmico reagente aos 18 meses confirma um caso de sífilis congênita, mas se negativo não descarta.

13. Qual serviço de saúde deve NOTIFICAR o caso de sífilis congênita?

O caso de sífilis congênita deve ser notificado na maternidade no momento do parto ou no serviço de pediatria que realizou o diagnóstico na criança.

14. Após o PREENCHIMENTO DA FICHA de notificação de sífilis congênita no serviço de atendimento para onde ENCAMINHO A FICHA?

A ficha de notificação e investigação (FNI) deve ser enviada para o serviço de vigilância epidemiológica

municipal, através de rotina estabelecida previamente. Para a vigilância regional, seguindo a estadual e nacional será através do Sinan. É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta e em tempo hábil.

15. Quem CONSOLIDA OS DADOS e analisa as informações de sífilis congênita?

A consolidação e análise dos dados devem ser realizadas nos diversos níveis de vigilância epidemiológica: nos serviços de saúde dos níveis municipal, estadual, federal e no próprio local. É importante que as informações analisadas sejam devolvidas aos serviços que notificaram os casos e que sejam discutidas com os serviços envolvidos no atendimento materno-infantil.

16. Como posso ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO de sífilis em gestante?

A ficha de notificação de sífilis em gestante encontra-se disponível no: “formulários de notificação de doenças”, no link abaixo em “Documentação” -> “SINAN NET 4.0/Patch 4.2 (Versão em uso)” -> “Fichas”. <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb> . A ficha também se encontra disponível nos sites do Programa Estadual DST/AIDS-SP e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br e www.cve.saude.sp.gov.br, respectivamente.

17. O “PROTOCOLO PARA INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA” deve ser preenchido?

Sim, este protocolo proposto pelo Ministério da Saúde é muito importante, pois busca identificar possíveis causas envolvidas no processo de transmissão vertical da sífilis. Cada caso deve ser discutido junto aos profissionais e gestores dos serviços envolvidos para que medidas sejam tomadas para evitar novas ocorrências.

18. Qual é o fluxo para o ENCAMINHAMENTO DO INSTRUMENTO “Protocolo para Investigação de casos de Sífilis Congênita”?

O fluxo pode ser o mesmo estabelecido para as notificações da sífilis congênita. O serviço de saúde envia uma cópia do protocolo para a vigilância epidemiológica ou conforme determinado em cada Estado. É importante que o protocolo seja encaminhado para o Programa Municipal e Estadual de DST/Aids, através da vigilância do município/regional e que o mesmo seja discutido nos Comitês de investigação de casos de TVHIV e de sífilis congênita, para que medidas sejam tomadas, evitando novas ocorrências.

19. Como tenho ACESSO ao INSTRUMENTO “Protocolo para Investigação de casos de Sífilis Congênita”?

O protocolo e o manual de preenchimento encontram-se disponíveis nos sites do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde <http://www.aids.gov.br>.

3. Referências

1. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita [documento na internet]. 2010 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-196. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/guia_versao_digital/Guia_Integrado_versao_digital.pdf
2. Organização Mundial da Saúde. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Fundamento para Ação. WHO Press, Genebra, Suíça [documento na internet]. 2014 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-24. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf
3. Brasil. Portaria Nº 542 de 24 de dezembro de 1986. Inclui na relação constante da Portaria ministerial 608/BSB, DE 28 de outubro de 1979, a síndrome de imunodeficiência adquirida SIDA/AIDS e a sífilis congênita e os casos confirmados de AIDS e sífilis congênita deverão ser obrigatoriamente notificados as autoridades sanitárias. DOU. Brasília, 24 dez 1986, p. 19827.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases – Treatment Guidelines, 2010. MMWR [periódico na internet]. 2010 [acesso em 10 dezembro 2014]; 59 (RR12): 201036-39. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf>
5. Sena AC, Wolff M, Martin DH, Behets F, Van Damme K, Leone P, Langley C, McNeil L, Hook EW. Predictors of Serological Cure and Serofast State After Treatment in HIV-Negative Persons With Early Syphilis. CID [periódico na internet]. 2011 [acesso em 10 dezembro 2014]; 53: 1.092-1.098. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3205200/pdf/cir671.pdf>
6. São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids. Utilização de testes rápidos para triagem de sífilis em situações especiais [documento na internet]. 2014 [acesso em 10 dezembro 2014];

1-40. Disponível em:

<http://www.chs.saude.sp.gov.br/resources/crt/eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-sifilis/eliminacao-da-transmissao-vertical-da-sifilis/portarias-e-manuais/guia-terapia-rapida-versao-digital.pdf>.

7. Gutman LT. Syphilis. In: Feigin R & Cherry JD. Textbook of pediatric diseases. Ed. WB Saunders Copany, 3th ed, 1998.
8. Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. DOU Nº 1 de 02 de janeiro de 2012 – seção 1 págs. 50 a 52 [portaria na internet]. [Acesso em 10 dezembro 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf.
9. Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.429, de 24 de junho de 2011. Institui, *no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*.
10. Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, Fescina R. Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. PLoS ONE [periódico na internet]. 2013 [acesso em 10 dezembro 2014]; 8(2). Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/27_safety_of_benzathine_penicillin_for_preventing_65375.pdf
11. Brasil, Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU nº 249 de 28 de dezembro de 2011 – seção 1 página 54 [documento na internet]. [Acesso em 10 dezembro 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/230/portaria_3161_11_pdf_16020.pdf.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde [documento na internet]. 2013 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-60.
Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
13. São Paulo. Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 74 de 23 de junho de 2014. Dispõe sobre a realização do teste para pesquisa do HIV na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, e dá outras providências. DOE 115, Seção 1, 23. Se 24 de junho de 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso [documento na internet]. 2006. [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-59. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso [documento na internet]. 2007[acesso em 10 dezembro 2014]; 1-73. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivisifilis_manualbolso.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde [documento na internet]. 2005 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-53. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_congenita_preliminar.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde [documento

- na internet]. 2014 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-812. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>
18. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. *Arch Dis Child*. 2008; 93: 105-109.
 19. Woods, CR. Congenital Syphilis—Persisting Pestilence. *Pediatr Infect Dis J*. 2009; 28: 536–537.
 20. Beeram MR, Chopde N, Dawood Y, Siriboe S, Abedin M. Lumbar puncture in the evaluation of possible asymptomatic congenital syphilis in neonates. *J Pediatr*. 1996; 128(1):125-9.
 21. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005; 16(4):245-57.
 22. Lago EG, Vaccari A, Fiori RM. Clinical Features and Follow-up of Congenital Syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*. 2013; 40 (2): 85-94.
 23. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Documento Científico – Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria [documento na internet]. 2010 [acesso em 10 dezembro 2014]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina. Brasília [documento na internet]. 1999 [acesso em 10 dezembro 2014]; 1-32. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/artigos_manuais_textos/manual_teste_penicilina.pdf.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 120p.

ANEXO I

DOU Nº 1 de 02 de janeiro de 2012 - seção 1 págs. 50 a 52
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 3.242, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011

Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição; e

Considerando a Portaria Nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil;

Considerando a meta de eliminação da sífilis congênita até 2015 (<0,5/1.000 nascidos vivos) de acordo com os objetivos do milênio;

Considerando as recomendações do Manual de Controle das DST, do Ministério da Saúde, referentes ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis, suas alterações ou outro documento que venha a substituí-lo;

Considerando as recomendações do Manual de Teste Rápido para Sífilis e HIV do Ministério da Saúde, referentes à utilização dos testes rápidos e seguimento do paciente, suas alterações ou outro documento que venha a substituí-lo;

Considerando a sífilis como uma doença milenar, que apresenta métodos de diagnósticos simples e tratamento eficaz;

Considerando que a definição do diagnóstico da sífilis, assim como o seu tratamento oportuno, é fundamental na redução da transmissão vertical e da morbimortalidade;

Considerando a necessidade de se criarem alternativas para ampliar o acesso ao diagnóstico da sífilis e melhorar a qualidade deste,

em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a rotina estabelecida no Brasil para a definição do diagnóstico laboratorial da sífilis, a necessidade de normatização e as situações especiais que justificam a utilização de testes rápidos para sífilis;

Considerando que a pesquisa sorológica da sífilis deve ser realizada em indivíduos com idade acima de 18 meses, com ressalva para a investigação de sífilis congênita, resolve:

Art. 1º Ficam determinado que as instituições de saúde públicas e privadas utilizem o "Fluxograma Laboratorial da Sífilis em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses" e cumpram a sequência de etapas, conforme disposto no anexo I a esta Portaria.

Art. 2º Ficam determinado o uso do teste rápido treponêmico para sífilis em situações especiais, conforme anexo II desta Portaria.

Art. 3º As Considerações e Recomendações dispostas no anexo III a esta Portaria devem observadas para pesquisa de Sífilis.

Art. 4º As amostras podem ser de soro, plasma, sangue total, líquido cefalorraquidiano ou amostras colhidas em papel-filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante de cada conjunto diagnóstico (kit), não sendo permitidas adaptações de metodologias diagnósticas.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar sífilis.

Art. 5º Todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da sífilis devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o disposto na Resolução RDC No-302, de 13 de outubro de 2005, suas alterações ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 6º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS), definirá as diretrizes para os programas de capacitação (formação) profissional visando à realização dos testes rápidos para sífilis.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO II
PROPOSTA DE INTERROGATÓRIO
PRÉVIO AO USO DA PENICILINA

Ficha de notificação de realização de teste de alergia à penicilina

N.º _____ data de notificação: ____/____/____

Nome da Unidade de Saúde: _____

Cód.Unid.Saúde: | | | | | Município: _____ UF: | | |

A. Anamnese de alergia à penicilina

a. Identificação:

Nome: _____

idade: | | | | anos sexo: () 1. masc () 2. fem

b. Uso prévio de penicilina: () 1. sim () 2. não () 3. ignorado

se sim: via de administração: () 1. VO () 2. IM () 3. EV

especificar qual tipo de penicilina e quando foi utilizada:

c. Reação alérgica: () 1. sim () 2. não

se sim: tipo: () 1. urticária e/ou angioedema
() 2. hipotensão
() 3. edema de laringe
() 4. Stevens -Johnson
() 5. dermatite exfoliativa
() 6. doença do soro
() 7. choque
() 8. broncoespasmo
() 9. outras _____

d. Doenças associadas:

() 1. fibrose cística
() 2. imunodeficiências () a. CMV () b. EBV () c. outros
() 3. leucemia linfóide aguda
() 4. atopia
() 5. asma
() 6. nenhuma das citadas

e. Uso de drogas:

Uso de beta-bloqueadores: () 1. sim () 2. não () 3. ignorado

Uso de anti-histamínicos: () 1. sim () 2. não () 3. ignorado

Uso de descongestionantes: () 1. sim () 2. não () 3. ignorado

Uso de outras drogas: () 1. sim () 2. não () 3. ignorado

se sim: quais? _____

f. Resultado de teste cutâneo prévio: () 1. positivo () 2. negativo Data do teste: ____/____/____.

B. Testes de alergia à penicilina:

1. puntura _____ controle: _____

2. intradérmico: _____ controle: _____

C. Tratamento:

a. Dose e via de administração aplicadas: _____

b. Reações: _____

Nome do responsável pelo preenchimento: _____

ANEXO III
SUGESTÃO DE RELATÓRIO DE TRATAMENTO E
ACOMPANHAMENTO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO
 (Anexar junto à carteira de gestante para
 encaminhamento a maternidade)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Relatório de Tratamento e Acompanhamento da Sífilis na Gestaçã

Gestante _____ apresentou

(nome da gestante)

1º) VDRL () não reagente ou (1:____ título), teste treponêmico () negativo () positivo.

(teste rápido, TPHA, elisa, outro)

data ____/____/____ semanas de gestação ____

2º) VDRL () não reagente ou (1:____ título), teste treponêmico () negativo () positivo.

(teste rápido, TPHA, elisa, outro)

data ____/____/____ semanas de gestação ____

Tratamento da gestante

Data provável do parto ____/____/____

. Iniciou tratamento para sífilis: () primária () secundária () latente, com ____ semanas de gestação.

. Tratamento - penicilina benzatina (UI): () 2.400.000 () 4.800.000 () 7.200.000

. Sensibilidade à penicilina: () não () sim. Se sim, dessensibilização: () Sim () Não

. Uso de outra medicação: () não () sim. Qual? _____

. Tratamento incompleto: () não () sim. Motivo: _____

Parceiro

. VDRL () não reagente () 1:____ título () não realizado data ____/____/____

. Teste treponêmico () negativo () positivo () não realizado data ____/____/____
(teste rápido, TPHA, elisa, outro)

. Tratamento: penicilina benzatina (UI) () 2.400.000 () 4.800.000 () 7.200.000

Controle do tratamento da gestante e parceiro

Penicilina Benzatina	Data aplicação -Gestante	Data aplicação -Parceiro
1ª dose	/ /	/ /
2ª dose	/ /	/ /
3ª dose	/ /	/ /

VDRL de CONTROLE da gestante pós tratamento

Data	Idade gestacional (semanas)	Título de VDRL
/ /		1:
/ /		1:
/ /		1:
/ /		1:
/ /		1:

 Serviço de Pré-Natal (nome, bairro ou município)

 Assinatura do profissional / Carimbo

Fonte: Modelo adaptado do instrumento desenvolvido e utilizado na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-SP. *Disponível para impressão no site do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo - www.crt.saude.sp.gov.br

ANEXO IV

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SÍFILIS EM GESTANTE
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº _____

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorclogia não treponêmica reagentes, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado(a) SÍFILIS EM GESTANTE	3 Código (CID10) 098.1
	4 UF 5 Município de Notificação	6 Código (EGE) 7 Data de Notificação
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código		7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 11 Sexo <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> M - Masculino	12 Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		13 Raça/Ccr 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 9-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) 3-3ª 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 colégio ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colégio 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	19 Código (IBGE) 20 Distrito
	21 Bairro 22 Logradouro (rua, avenida,...)	23 Código 24 Geo campo 1
	25 Númrec 26 Complemento (apto. casa, ...)	27 CEP 28 Geo campo 2
29 Ponto de Referência 30 CEP		31 (DDD) Telefone 32 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado

Dados Complementares do Caso

Ant. epid. gestante	31 Ocupação	
	32 UF 33 Município de realização do Pré-Natal	34 Código (EGE) 35 Unidade de realização do pré-natal: Código
	36 Nº da Gestante no SISPRENATAL 37 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado	

Dados laboratoriais	38 Resultado dos Exames 39 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado 40 Título 1: 41 Data	
	42 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	

Tratamento / encerramento	43 Esquema do tratamento prescrito 1 - Penicilina G benzatina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzatina 4.300.000 UI 3 - Penicilina G benzatina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado	
---------------------------	---	--

Investigador	Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome Função	Assinatura

ANEXO V

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SÍFILIS CONGÊNITA
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

Definição de caso:

Primeiro Critério: Toda criança, cu aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquorica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravadoença **SÍFILIS CONGÊNITA** Código (CID10) **A50.9** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (BGE)

6 Unidade de Saúde (cu outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico

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 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (BGE) 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

31 Idade da mãe 32 Raça/Cor da mãe 33 Ocupação da mãe

34 Escolaridade 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo ginsão ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (artigo ginsão ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica

35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 36 UF 37 Município de Realização do Pré-Natal Código (BGE)

38 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 5 - Ignorado

Frete (continuação)

Dados do Lab. da mãe	39	Teste não treponêmico no parto/aretagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	40	Título	41	Data
	42	Teste confirmatório treponêmico no parto/aretagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	1			
Trat. da mãe	43	Esquema de tratamento 1-Adequado 2-Inadequado 3-Não realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	44	Data do Início do Tratamento	45	Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	46	UF	47	Município de Nascimento	Código (IBGE)	48	Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)
Ant. Epiemi.	SICON_NET 15/12/2008 MR COREL				Sífilis Congênita SINAN NET SVS 27/09/2005		

Verso

Dados do Laboratório da Criança	49	Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	50	Título	51	Data
	52	Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>			53	Data
	54	Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	<input type="checkbox"/>	55	Título	56	Data
	57	Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	58	Evidência de T. pallidum 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado		
Critérios de definição de casos de sífilis congênita	59	Alteração Lúbrica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	60	Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado		
	61	Critério de definição de sífilis congênita 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe inadequadamente tratada <input type="checkbox"/> Parceiro inadequadamente tratado <input type="checkbox"/> Recém nascido sintomático <input type="checkbox"/> Evidência sorológica de infecção pelo Treponema pallidum no RN de mãe adequadamente tratada <input type="checkbox"/> Evidência sorológica de infecção pelo Treponema pallidum em < 13 anos, excluída a transmissão sexual <input type="checkbox"/> Aborto/natimorto de mulher com evidência laboratorial de infecção pelo Treponema pallidum não tratada ou inadequadamente tratada <input type="checkbox"/> Evidência de Treponema pallidum em tecido de placenta, cordão umbilical, criança, abortivo ou natimorto			
Tratamento	62	Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	<input type="checkbox"/>	4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Evolução	63	Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	64	Data do Óbito		
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde			
	Nome			Função		Assinatura	
SICON_NET 15/12/2008 MR COREL				Sífilis Congênita SINAN NET SVS 27/09/2005			

ANEXO VI
**PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO
DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA**

Para impressão, acessar o site do Departamento
Nacional DST/Aids e Hepatites Virais link:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/_p_diretrizes_de_investigacao_de_tv_pdf_p__14768.pdf



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-99792-28-5



9 788599 792285