

Nota Técnica nº 02/SEMUS/SUPAVS/2020

Manejo Clínico e de Vigilância Epidemiológica dos Casos de Sífilis Adquirida/não Especificada, em Gestantes, Congênita e Crianças Expostas à Sífilis.

Assunto: **Recomendações Técnicas Clínica e Epidemiológica para o Manejo Integral da Pessoa com Sífilis e criança exposta a sífilis em Palmas-TO**

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos, seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema Pallidum*, subespécie *Pallidum*. Sua transmissão se dá, principalmente, por contato sexual desprotegido. Contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação, de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada (BRASIL, 2019a).

OBJETIVO

Recomendar condutas aos profissionais da rede de atenção primária em saúde, para o manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis (adquirida/não especificada, em gestante, congênita e criança exposta à sífilis).

1. CONDUITAS DE MANEJO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA/NÃO ESPECIFICADA

A maioria das pessoas com sífilis permanecem assintomáticas. Aquelas que apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2019a *apud* ROLFS et al., 1997; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; PEELING *et al.*, 2017). Os sinais e sintomas da sífilis adquirida/não especificada variam de acordo com os estágios da infecção, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida/não especificada:

Estágios da Sífilis Adquirida/Não Especificada	Manifestações Clínicas
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada

	Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até dois anos de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de dois anos de duração)	Assintomática
Terciária ¹	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.
¹ Ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre entre 2 e 40 anos depois do início da infecção.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.2 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS ADQUIRIDA/NÃO ESPECIFICADA

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Os exames diretos (imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias), consistem em identificar a presença do *Treponema pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões, e os testes imunológicos detectam anticorpos - específicos ou não específicos (BRASIL, 2019a).

Em Palmas-TO, atualmente, somente são utilizados para o diagnóstico de sífilis os testes imunológicos. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA e testes rápidos) e os não treponêmicos (VDRL, RPR e TRUST), conforme mostra o quadro abaixo. **Recomenda-se iniciar a investigação diagnóstica, sempre que possível, por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido** (BRASIL, 2019a).

Quadro 2 - Métodos laboratoriais de diagnóstico de sífilis adquirida/não especificada:

Testes Imunológicos		
Treponêmicos	FTA-Abs ELISA TPHA/TPPA/MHA-TP TESTE RÁPIDO (TR)	Detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de <i>T. pallidum</i> . Podem ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento.
Não treponêmicos	VDRL RPR USR	Detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do <i>T. pallidum</i> . O resultado final dos testes reagentes são expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.). São utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.3 DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS ADQUIRIDA/NÃO ESPECIFICADA

Um equívoco frequente na avaliação diagnóstica de sífilis adquirida/não especificada e, conseqüentemente nas decisões terapêuticas, tem sido a análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico, como exemplo o VDRL (BRASIL, 2019a). O diagnóstico de sífilis, exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais (teste treponêmico e não treponêmico), histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. A análise de todas essas variáveis, permitirá um diagnóstico mais confiável e uma condução terapêutica adequada do caso.

Quadro 3 - Critérios de definição de casos de sífilis adquirida/não especificada:

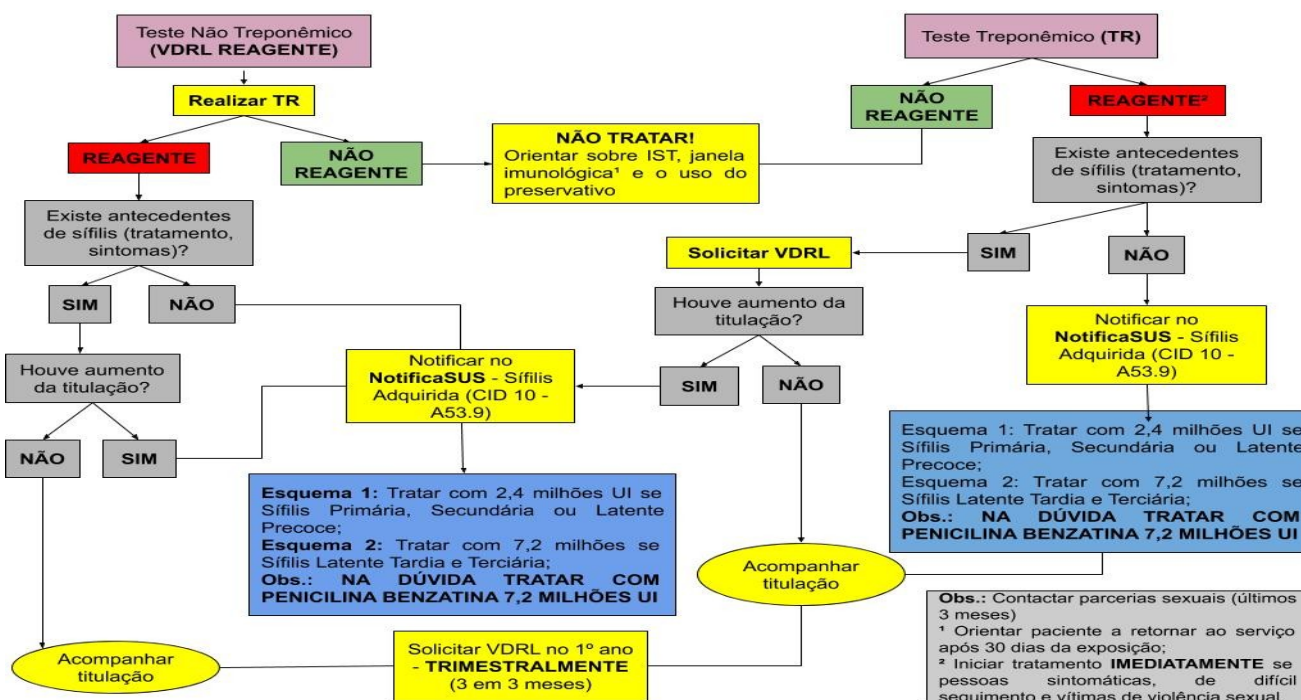
<p>SITUAÇÃO 1: Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação, E teste treponêmico reagente, sem registro comprobatório de tratamento prévio.</p>
<p>SITUAÇÃO 2: Indivíduo sintomático para sífilis, com, pelo menos, um teste reagente – treponêmico ou não treponêmico – com qualquer titulação.</p>
<p>Nota: casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados novamente.</p>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

1.4 CONDUTA FRENTE AO RESULTADO REAGENTE DE SÍFILIS ADQUIRIDA/NÃO ESPECIFICADA

Diante da suspeita de um caso de sífilis adquirida/não especificada, ou mediante solicitação de investigação diagnóstica por parte do usuário, o profissional de saúde deve seguir o seguinte fluxo de cuidado:

Imagem 1- Fluxograma de manejo da sífilis adquirida



Fonte: Adaptado SEMUS/SUPAVS/SVS/2018.

1.5 TRATAMENTO E MONITORAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA/NÃO ESPECIFICADA

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento com maior eficácia para o tratamento da sífilis adquirida/não especificada, não havendo registros de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. Além dela, outras opções para o tratamento da doença em pessoas não gestantes, são a doxiciclina e a ceftriaxona. No entanto, estas devem ser utilizadas somente associadas a um acompanhamento clínico e laboratorial rigorosos, de modo a garantir a cura. Diante disso, uma vez diagnosticado um caso de sífilis, recomenda-se o tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina, conforme o esquema abaixo (BRASIL, 2019a):

Quadro 4 - Esquema de tratamento da sífilis adquirida/não especificada conforme estágios da doença:

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa (Exceto para gestantes) ¹	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis Latente Recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral até o 12º mês de acompanhamento; (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis Latente Tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ² . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral até o 12º mês de acompanhamento; (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

¹ A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.
² A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (Brasil, 2019a *apud* WHO, 2016).

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Em caso de dúvida, quanto ao estágio clínico da infecção, a recomendação é que seja instituído o tratamento com Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas².

1.6 CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO: REATIVAÇÃO E/OU REINFECÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA/NÃO ESPECIFICADA

Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

OU

Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16);

OU

Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Deve-se considerar a presença de sinais e sintomas clínicos novos, epidemiologia (reexposição), histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e os exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica (BRASIL, 2019a).

2. CONDUTAS DE MANEJO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL

De maneira geral, a sífilis gestacional apresenta sinais e sintomas semelhantes aos da sífilis adquirida/não especificada, descritos de acordo com a evolução e estágios da doença na quadro 1. Quando relacionada à gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido - RN (BRASIL, 2019b).

Quadro 5 - Critérios para definição de caso de sífilis em gestantes:

SITUAÇÃO 1: Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação – e que não tenha registro de tratamento prévio.
SITUAÇÃO 2: Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico – com qualquer titulação.
SITUAÇÃO 3: Mulher que, durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia de sífilis e sem registro de tratamento prévio.
Nota: todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério devem ser notificados na ficha de notificação de sífilis em gestantes. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se cicatriz sorológica: tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento). Se não houver comprovação de tratamento da gestante e parcerias sexuais, além de valores de titulações, notificar e implementar tratamento.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

2.1 CONDUTA FRENTE AO RESULTADO REAGENTE DE SÍFILIS GESTACIONAL

Devido à alta probabilidade de transmissão vertical e outras complicações à saúde da gestante e do bebê, a prevenção da sífilis gestacional e diagnóstico oportuno, em caso de infecção, deve ser uma prioridade das equipes de saúde. Diante disso, o Ministério da Saúde preconiza que as gestantes devem ser testadas para sífilis na primeira consulta, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto (BRASIL, 2019b). Em Palmas-TO, visando intensificar esse cuidado, a recomendação é que seja realizada **testagem rápida nos três trimestres de gestação** durante o pré-natal. Frente à investigação de sífilis gestacional, as seguintes condutas devem ser tomadas diante das situações apresentadas:

Quadro 6 - Manejo da sífilis gestacional e parceiro de gestante:

SITUAÇÕES	CONDUTA
Gestante TR Positivo + VDRL Positivo e Parceiro TR Positivo + VDRL Positivo	Tratar gestante e parceiro com Penicilina Benzatina 7,2 milhões por 3 semanas consecutivas
Gestante TR Positivo + VDRL Negativo e Parceiro TR Positivo + VDRL Negativo	Investigar histórico de sífilis e tratamentos anteriores em ambos. Gestante e parceiro: Se não houver comprovação de doses administradas (Penicilina Benzatina) e histórico de titulações - notificar (Sífilis em Gestante e Sífilis Adquirida) e implementar tratamento com Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI por 3 semanas consecutivas.
Gestante TR Positivo + VDRL Positivo e Parceiro TR Negativo + VDRL Negativo	Gestante: Investigar histórico de sífilis e tratamentos anteriores. Se não houver comprovação de doses administradas (Penicilina Benzatina) e histórico de titulações - notificar (Sífilis em Gestante) e implementar tratamento com Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI por 3 semanas consecutivas. Parceiro: Administrar dose profilática - 2,4 milhões UI de Penicilina Benzatina ¹ .
Gestante TR Positivo + VDRL Negativo e Parceiro TR Negativo + VDRL Positivo	Gestante: Investigar histórico de sífilis e tratamentos anteriores. Se não houver comprovação de doses administradas (Penicilina Benzatina) e histórico de titulações - notificar (Sífilis em Gestante) e implementar tratamento com Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI por 3 semanas consecutivas. Parceiro: Reação cruzada (falso-positivo) - NÃO notificar, NÃO tratar
Gestante TR Negativo + VDRL Positivo e Parceiro TR Negativo + VDRL Positivo ²	Reação cruzada (falso-positivo) - NÃO notificar, NÃO tratar
Gestante TR Negativo + VDRL Negativo e Parceiro TR Negativo + VDRL Negativo	Gestante: Realizar TR no 2º e 3º trimestre na gestante. NÃO tratar. Parceiro: Repetir TR se a gestante vier a apresentar TR reagente no 2º e 3º trimestres.
Gestante TR Negativo + VDRL Positivo e Parceiro TR Positivo + VDRL (+ ou -)	Gestante: Reação cruzada (falso-positivo) - NÃO notificar, NÃO tratar. Realizar TR após 30 dias do diagnóstico do parceiro. Parceiro: Investigar histórico de sífilis e tratamentos anteriores. Se não houver comprovação de doses administradas (Penicilina Benzatina) e histórico de titulações - notificar (Sífilis Adquirida) e implementar tratamento conforme estágio clínico da sífilis ³ .

Gestante TR Negativo + VDRL Negativo e Parceiro TR Positivo + VDRL (+ ou -)	Gestante: Realizar TR após 30 dias do diagnóstico do parceiro. Parceiro: Investigar histórico de sífilis e tratamentos anteriores. Se não houver comprovação de doses administradas (Penicilina Benzatina) e histórico de titulações - notificar (Sífilis Adquirida) e implementar tratamento conforme estágio clínico da sífilis ³ .
<p>Nota: Todas as notificações devem ser inseridas no sistema municipal de notificações - NotificaSUS. Obs.: Tratamento com Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI por 3 semanas - 1,2 milhões UI em cada nádega; VDRL de monitoramento após diagnóstico na gestante deve ser solicitado MENSALMENTE.</p> <p>¹ Tratamento com Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI em dose única - 1,2 milhões UI em cada nádega; ² No município adota-se esta situação após análise epidemiológica dos casos de SG. Com um resultado reagente de teste não treponêmico (VDRL) com titulação baixa (1:1 ou 1:2) e um teste treponêmico negativo com análise da história clínica do paciente (tratamentos anteriores, entre outros), exclui-se o diagnóstico de sífilis e mantém a conduta descrita; ³ Tratamento com Penicilina Benzatina conforme estadiamento clínico (quadro 4). Na dúvida quanto a definição do estágio clínico da infecção, tratar igual ao esquema prescrito para a gestante (DIAHV/SVS/MS/2018); VDRL de monitoramento no parceiro deve ser solicitado trimestralmente no primeiro ano após tratamento.</p>	

Fonte: Adaptado SEMUS/SUPAVS/SVS/2019.

2.2 TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se **tratamento imediato**, com **benzilpenicilina benzatina**, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis (BRASIL, 2019b).

O tratamento instituído para **TODOS** os casos novos diagnosticados com sífilis em Gestante deverá ser de acordo com o quadro 7 a seguir:

Quadro 7 - Esquema terapêutico e seguimento da sífilis gestacional:

Estadiamento	Estágios da Sífilis	Esquema Terapêutico	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis latente tardia (latente com duração ignorada)	Difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia (com mais de 2 anos de evolução)	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI Intramuscular (IM) semanal, por 03 semanas ¹ , sendo 1.200.000 em cada glúteo, dose total: 7.200.000 UI.	Teste treponêmico mensal
¹ Gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses, devem reiniciar o esquema terapêutico.			

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

2.3 MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO DE SÍFILIS NA GESTANTE

O seguimento da gestante com sífilis, deve levar em consideração tanto os sinais e os sintomas clínicos, quanto o monitoramento laboratorial da resposta ao tratamento. Os **testes não treponêmicos** (VDRL, RPR, TRUST, por exemplo), **devem ser realizados mensalmente nas gestantes**, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste, para que seja possível comparação entre eles. A quantificação do título de teste não treponêmico deve ser obtida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar

significativamente após alguns dias entre o diagnóstico de sífilis e o início de tratamento. Isso é importante para documentação da real queda da titulação, evitando a necessidade de retratamento.

É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4. Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfecção.

Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e, conseqüentemente, a negatização dos testes não treponêmicos, ou estabilização em títulos baixos. A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos com títulos baixos (1:1 a 1:4), durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de “**cicatriz sorológica**” e não caracteriza falha terapêutica.

2.4 CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO: REATIVAÇÃO E/OU REINFEÇÃO SÍFILIS GESTACIONAL

Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32);

OU

Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento;

OU

Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

Na presença desses critérios, o profissional de saúde deve investigar sinais/sintomas neurológicos e/ou oftalmológicos e reexposição sexual de risco. Se o paciente preencher os critérios de retratamento, recomenda-se investigação de neurosífilis por meio de punção lombar e retratamento com três doses de penicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM (uma vez por semana, por três semanas).

Em caso de exame de LCR compatível com neurosífilis, deve-se estabelecer o tratamento conforme o estágio da infecção. Não é aceitável a falha de doses no retratamento; portanto, é importante reforçar a adesão. O intervalo entre as doses não deve exceder 14 dias.

Situações que não se enquadram como resposta imunológica adequada ou critérios de retratamento devem ser avaliadas quanto à presença de sinais ou sintomas clínicos novos, epidemiologia (reexposição, comorbidades), histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. Caso ainda haja suspeita de infecção ativa por sífilis, o retratamento deve ser instituído.

2.5 CRITÉRIOS DE TRATAMENTO ADEQUADO DA SÍFILIS GESTACIONAL

- Tratamento ser realizado com penicilina benzatina;
- Início do tratamento ser de até 30 dias antes do parto;
- Respeito ao intervalo recomendado de doses;
- Tratamento das parcerias sexuais;
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção;
- Documentação de queda do título do teste não treponêmico em, pelo menos, duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada.

3. CONDUTAS DE MANEJO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). É passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da

doença materna, e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas. Apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento (BRASIL,2019b).

Deve-se avaliar os critérios como exames laboratoriais (Teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe) e radiológicos da criança, além da associação do histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação.

Quadro 8 - Critérios para definição de caso de sífilis congênita:

<p>SITUAÇÃO 1 Todo recém-nascido de mulher com sífilis¹ não tratada ou tratada de forma não adequada^{2,3}, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.</p>
<p>SITUAÇÃO 2 Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; • Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores que os da mãe, em pelo menos 2 diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; • Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos 2 diluições no seguimento da criança exposta⁵; • Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico; • Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.
<p>SITUAÇÃO 3 Evidência microbiológica⁶ de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p>
<p>¹ Ver definição de sífilis em gestantes. ² Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico de sífilis com benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. ³ Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe (apenas para notificação). ⁴ Nessa situação deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual. ⁵ Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. ⁶ Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).</p> <p>Nota: a parceria sexual da gestante com sífilis NÃO faz parte da definição de caso de sífilis congênita, em relação ao tratamento materno, se adequado ou não adequado (para fins de notificação apenas). Todavia, o risco de reinfeção por sífilis deve ser acompanhado em todo o período do pré-natal. Assim, recomenda-se que todas as parcerias sexuais de mulheres grávidas com IST sejam avaliadas e tratadas, para evitar reinfeções nas gestantes que foram tratadas adequadamente, especialmente para a sífilis.</p>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 9 - Testes para diagnóstico específico e monitoramento da sífilis congênita:

EXAMES COMPLEMENTARES	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após: Dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições.	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.

Teste treponêmico	NÃO é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Criança com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenha histórico de tratamento prévio deverá passar por avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita.
LCR	No momento do parto para aqueles que apresentarem VDRL reagente. Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurosífilis), até normalização.	VDRL reagente no líquido cefalorraquidiano (LCR) ou aumento na celularidade ou da proteína que não possam ser atribuídos a outras causas requerem tratamento para possível neurosífilis.
Nota: Demais exames devem ser solicitados conforme alterações clínicas.		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O tratamento da criança com sífilis congênita é implementado no Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) logo após nascimento da criança. Casos com diagnóstico de sífilis congênita tardia (após dois anos de nascimento), devem ser encaminhados para tratamento no Hospital Infantil de Palmas (HIPP) e informados à Coordenação Técnica (CT) de Doenças Infectocontagiosas. Embora o tratamento da criança seja de natureza hospitalar, é de responsabilidade do Centro de Saúde da Comunidade (CSC) o monitoramento e acompanhamento dessa criança.

Fica o profissional de saúde responsável por responder e encaminhar para a CT o Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce presente no Protocolo de Investigação Vertical do Ministério da Saúde, 2014.

4. CONDUITAS DE MANEJO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA CRIANÇA EXPOSTA A SÍFILIS

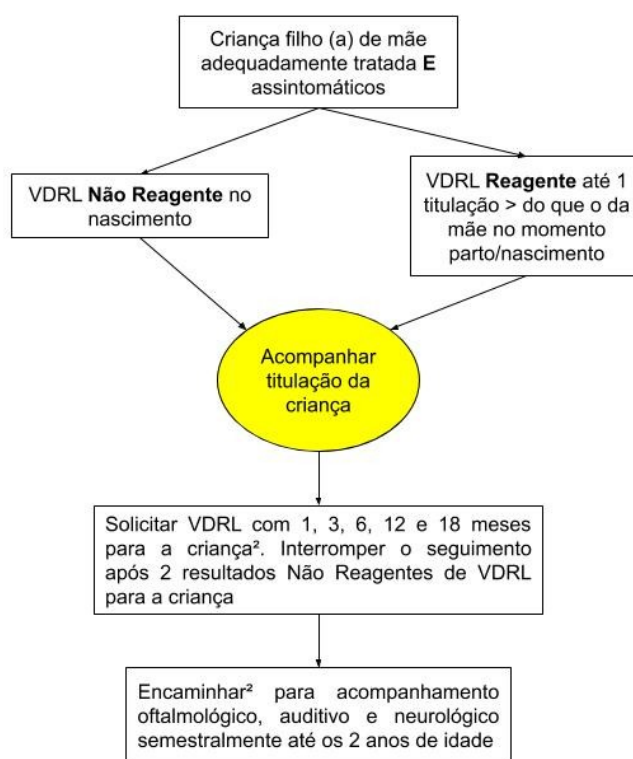
Identificar adequadamente as crianças expostas a sífilis é extremamente importante para não submetê-las a exames invasivos, a internações prolongadas e desnecessárias e garantir o seu segmento de acompanhamento nos serviços de saúde. **Criança exposta é aquela assintomática em que a mãe foi diagnosticada e tratada corretamente durante a gestação**, apresentando teste não treponêmico até uma diluição maior do que da mãe. Essas crianças devem ser acompanhadas clínica e laboratorialmente, mas não devem ser notificadas.

O HMDR desempenha um papel fundamental nesta classificação, visto que com base nas informações contidas no prontuário da parturiente, no cartão de pré-natal da gestante e nos exames laboratoriais realizados na mãe e no RN é que se faz a definição de caso.

Obs.: os profissionais de saúde da atenção primária devem preencher adequadamente o cartão de pré-natal da gestante com informações relacionadas a sífilis (histórico de titulações de VDRL, resultados de teste treponêmico, tratamentos realizados com suas devidas datas) além de alimentar o sistema de prontuários eletrônico eSUS com informações relacionadas ao agravo em questão.

Uma vez que não são notificados os casos de crianças expostas, a Vigilância em Saúde do município tomará conhecimento deles, por meio de planilha compartilhada entre CT Infecocontagiosas e HDMR, conforme pactuação documentada através do Ofício nº 33/2020 SEMUS/GAB/SUPAVS, de 08 de janeiro de 2020. O CT enviará as informações pertinentes à mãe e à criança, ao seu CSC de referência, para acompanhamento individual do caso.

Imagem 2 - Fluxograma de manejo da criança exposta a sífilis



Obs.: Considerar retratamento ou nova investigação diante da efetivação do título do teste não treponêmico (ex.:VDRL), da não negatificação até os 18 meses de idade, da persistência de títulos baixos, ou a presença de sinal clínico de sífilis
¹ Deve-se ocorrer **DIMINUIÇÃO** das titulações de VDRL aos 3 meses de idade e **NEGATIVAÇÃO** aos 6 meses de idade adequadamente tratadas no período neonatal;
² Encaminhamento feito via Sistema SisReg

Fonte: Adaptado SEMUS/SUPAVS/SVS/2018.

Quadro 10 - Testes para crianças expostas a sífilis:

TESTES DE SÍFILIS PARA CRIANÇAS EXPOSTAS	NO SEGMENTO
Teste não treponêmico	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos ou queda do

	título em duas diluições.
Teste treponêmico	NÃO é obrigatório. Só pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

5. SEGUIMENTO DAS CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS OU DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS CONGÊNITA

O acompanhamento da criança exposta a sífilis e com sífilis congênita devem ser feitos na Atenção Primária de Saúde durante as consultas de puericultura, com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial (solicitação de exame de VDRL). A partir dos 18 meses de idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se a possibilidade de sífilis congênita.

As crianças expostas a sífilis e as diagnosticadas com sífilis congênita devem ser acompanhadas pelos serviços de saúde de acordo com o quadro 11.

Quadro 11 - Seguimento e manejo das crianças expostas à sífilis ou diagnosticadas com sífilis congênita:

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO
Consultas ambulatoriais	Mensais até 06 meses de idade Bimestrais dos 6 aos 18 meses de idade
Teste não treponêmico	1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade Obs.: Interromper o seguimento laboratorial após 2 testes não treponêmicos não reagentes consecutivos
Teste Treponêmico	Após 18 meses de idade
Consulta oftalmológica e auditiva	Semestrais por 2 anos
LCR (se primeiro testes alterado)	Semestral até normalização

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

- Se observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames imunológicos, ainda que fora do período acima previsto;
- O teste da orelha normal não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar a surdez do oitavo par craniano;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, quanto à 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;
- Todas as crianças expostas devem ser seguidas para investigação e/ou seguimento de sífilis congênita até os 18 meses de idade;
- Notificar o caso após a confirmação diagnóstica de sífilis congênita.

6. CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS PARA NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA

A notificação compulsória é obrigatória para médicos e outros profissionais de saúde, ou responsáveis por serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. Entretanto, ainda existe a subnotificação dos casos de sífilis. Diante da necessidade de diminuir essa

falha e, também, com intuito de alinhamento com as definições da Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, foi publicada a **Nota Informativa N° 2 SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS**, que atualiza os critérios de definição de casos de notificação de sífilis.

Os casos positivos de sífilis adquirida/não especificada, gestacional e congênita devem ser notificados no sistema municipal de notificação - NotificaSUS - para, posteriormente, serem alimentados no banco do SINAN municipal. A completude dos campos da ficha de notificação é de responsabilidade do profissional notificador. Além de ser um mecanismo que facilita o monitoramento e acompanhado do paciente, permite a identificação da realidade epidemiológica.

Esses agravos encontram-se com CID 10 correspondentes:

A53.1 - Sífilis Adquirida ou Não Especificado;

O98.1 - Sífilis Gestacional; e

A50.9 - Sífilis Congênita.

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2016 fev. 18;Seção 1:23.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Informativa N° 2 (MS/SEI). DIAHV/SVS/MS**. Altera os Critérios de Definição de Caso para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde Diretoria de Vigilância de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis Gerência de Doenças Transmissíveis. **Nota Técnica - 4/2019/SES/SVS. 2019.**

7. AUTORES

Marta Maria Malheiros Silva - Diretora de Vigilância em Saúde; Luciana Gomes Sousa Santos - Gerente de Vigilância em Saúde; Eduardo Silva Moura - Coordenador da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Raiane Silva Mocelai – Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva/Analista em Saúde da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Iêda Fátima Batista Nogueira - Assistente Social Analista em Saúde; Ana Paula Barbosa - Odontóloga Especialista em Saúde da Comunidade/Residente de Saúde Coletiva da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Jackelayne Coelho Eufrázio - Psicóloga Especialista em Saúde da Família e Comunidade/Residente em Saúde Coletiva da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Natália Lorryne Morais Ferreira - Psicóloga Residente em Saúde Coletiva da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Alcinéia Ferreira Santos - Enfermeira Analista em Saúde da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Fernanda Maria Fernandes do Carmo Rodrigues - Biomédica Analista em Saúde da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Rafael Brustulin - Biomédico Analista em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas - TO; Marileide Florêncio Martins Souza - Enfermeira Apoiadora do Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis do Ministério da Saúde.

DOCUMENTO	REVISADO	E	ATESTADO	EM
/	/			
	POR			
_____ ASSINATURA				
_____ CARGO				
ENCAMINHA-SE	PARA	ASSINATURA	DO	
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE				