	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.SCIH.016	1 / 12
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		SCIH	1

### Objetivo

Nortear as ações dos profissionais de saúde do Hospital e Maternidade Santa Helena para a prevenção de Transmissão Vertical (TV), diagnóstico e tratamento da Sífilis.

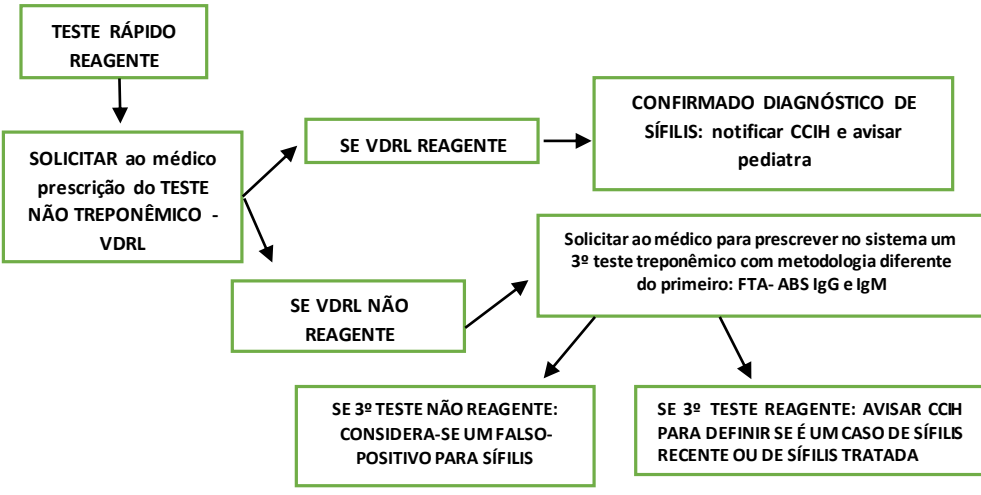
### Executantes

Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e biomédicos

### Materiais/Documentos

Resultado de exames do pré-natal, teste-rápido (TR) para Sífilis, ficha de Notificação do SINAN.

### DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS

ENFERMEIRA TÉCNICA DE ENFERMAGEM ADMISSÃO	Admissão conforme padrão definido no POP.GERENF.023 – ADMISSÃO PACIENTE OBSTÉTRICA. <b>ATENÇÃO!</b> <i>Verificar os exames do último trimestre, seguindo a conduta definida no POP.SCIH.032 – SOROLOGIAS NA ADMISSÃO DA GESTANTE</i>
	Em caso de história pregressa de sífilis (qualquer momento da vida) ou relato de infecção recente (mesmo sendo tratada) coletar VDRL, além do teste rápido
	Realizar teste-rápido (TR) de sífilis para gestantes que não apresentem exames treponêmicos (teste rápido) coletados no último trimestre
	<p>Seguir fluxo abaixo para a gestante:</p>  <pre> graph TD     A[TESTE RÁPIDO REAGENTE] --&gt; B[SOLICITAR ao médico prescrição do TESTE NÃO TREPONÊMICO - VDRL]     B --&gt; C[SE VDRL REAGENTE]     B --&gt; D[SE VDRL NÃO REAGENTE]     C --&gt; E[CONFIRMADO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS: notificar CCIH e avisar pediatra]     D --&gt; F[Solicitar ao médico para prescrever no sistema um 3º teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro: FTA- ABS IgG e IgM]     F --&gt; G[SE 3º TESTE NÃO REAGENTE: CONSIDERA-SE UM FALSO-POSITIVO PARA SÍFILIS]     F --&gt; H[SE 3º TESTE REAGENTE: AVISAR CCIH PARA DEFINIR SE É UM CASO DE SÍFILIS RECENTE OU DE SÍFILIS TRATADA] </pre>
Laudar resultado no sistema MV	
OBSTETRA	Prescrever no sistema os exames VDRL ou FTA-ABS quando indicado no fluxograma
LABORATÓRIO	Realizar o VDRL para sífilis como prioridade assim que chegar no laboratório ou no início do próximo turno, quando coletado em período noturno ou final de semana
	Lançar o laudo do resultado do exame para a equipe imediatamente no PEP
	Validar os laudos da enfermagem dos testes rápidos pelo RT do laboratório no PEP
ENFERMEIRA ADMISSÃO/ALAS COMPLEXO NEONATAL	Diante de qualquer suspeita ou confirmação de sífilis por meio de história ou algum exame positivo: TR ou VDRL reagente na gestante ou no RN: comunicar a equipe da SCIH, mediante e-mail ( <a href="mailto:ccih@clinicasantahelena.com.br">ccih@clinicasantahelena.com.br</a> ) ou contato telefônico (ramal 1536)
	Avisar o pediatra para investigação do RN nos casos suspeitos ou confirmados
ENFERMEIRA SCIH	Realizar notificação no Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) nos casos definidos epidemiologicamente como sífilis na gestante ou sífilis congênicas
	Alimentar planilha de casos de sífilis na gestante e congênita que passarem pela instituição (planilha própria excel)
ENFERMEIRA BERÇÁRIO	Encaminhar Rx de ossos longos para laudo. No HMSH não é possível laudo emergencial de especialista, sendo que o laudo pode demorar até 15 dias
OBSTETRA	Ao final do parto, encaminhar placenta para anatomopatológico (pode ajudar o pediatra na decisão por tratar ou não o RN quando achados patognomônicos) <sup>1</sup> Sugere: placenta grande, grossa e pálida, cordão edemaciado e inflamado, com listras, abscesso no cordão, etc.



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

Código do Documento

PROT.SCIH.016

Página

2 / 12

## PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Especialidade

SCIH

Revisão

1

Se sífilis confirmada, investigar outras TORSCH na gestante: importante teste rápido para HIV e hepatite B pelo menos na maternidade

### CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO EXPOSTO À SÍFILIS

MÉDICO  
PEDIATRA

Coletar a história materna detalhadamente: avaliar as sorologias; história e datas de tratamento; tratamento da parceria sexual, etc.

*Obs.: para checar os resultados de teste rápidos maternos: podem ser consultados na aba: PESQUISA – PACIENTES na parte inferior do PEP e acessar o prontuário da mãe e checar os resultados de exames laboratoriais*

Avaliar o RN clinicamente em busca de sinais de sífilis congênita: hepatomegalia, etc...

Solicitar para todos os RN suspeitas o VDRL (teste não treponêmico). Não coletar de cordão (sempre sangue periférico) e não realizar teste rápido no RN

Proceder com demais investigações conforme avaliação prévia e dos exames (vide protocolo)

Ao final da investigação classificar o RN como:

- a) Exposto à sífilis
- b) Sífilis congênita

Encaminhar para seguimento ambulatorial com infectopediatra após a alta (no máximo em até 30 dias pois o primeiro exame deve ser realizado com 30 dias)

### 1. EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS:

A sífilis é uma infecção sistêmica, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), transmitida predominantemente por via sexual e vertical. As taxas de transmissão vertical são altíssimas (chegando a 90-100% quando paciente nas fases primárias ou secundárias), chegando a 30% nas fases latentes. O tratamento precoce (< 16 semanas) geralmente previne a infecção fetal, mas acima desta data não garante a ausência de transmissão. Atinge cerca de 1 gestante para cada 5.000 gestações.

A transmissão vertical é mais comum intraútero (80% dos casos), embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa. *Apesar de 70% das pacientes (ou mais nos serviços privados) fazerem o pré-natal, as taxas de sífilis vêm aumentando progressivamente no Brasil e nosso estado.*

Na gestação, a sífilis pode levar a consequências graves em até 50% das gestantes não tratadas: como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido.<sup>1</sup> Se não tratada 20% dos RN apresentarão sífilis congênita (fora os 11% de morte fetal e 13% de prematuridade).

Após uma infecção, como não há imunidade protetora natural, a gestante poderá se reinfetar toda vez que entrar em contato com o patógeno.

### 2. QUAL A ORIENTAÇÃO ATUAL PARA TRIAGEM DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO?

A recomendação é a triagem PREFERENCIAL com o TR (teste rápido para sífilis que é treponêmico)<sup>1,5</sup> pelo menos no primeiro, segundo e terceiro trimestres, visto que a doença na gestação geralmente se manifesta na sua forma latente (sem sintomas clínicos).



*A desvantagem da triagem exclusivamente pelo VDRL é que 25% das vezes pode estar negativo na fase latente da doença (onde o TR viria positivo). Outra desvantagem é a taxa de falsos positivos relacionados a doenças autoimunes e SAAF.<sup>5</sup>*

Caso TR venha positivo, solicitar o VDRL será importante para orientar o tratamento e deve ser realizado MENSALMENTE (como a queda é lenta, pode ser que não fique bem documentado a negativação ainda durante a gestação, mas pelo menos descarta o aumento que indicará falha no tratamento ou reinfecção). Ao se iniciar um tratamento, o obstetra deve realizar um teste treponêmico (ex.: FTA-ABS IgG + IgM) para excluir falsos positivos, mas não deve aguardar resultado para iniciar o tratamento.<sup>1</sup>

Devido ao aumento progressivo da sífilis no país e em nosso estado (sendo que 40% dos diagnósticos é feito no momento do parto ou abortamento em nosso meio), atrelado ao fato de ainda não ser rotina a solicitação de testes rápidos para triagem no pré-natal no serviço privado, associado às altas taxas de

pacientes com pré-natal faltando exames do terceiro trimestre (cerca de 30-40% das gestantes em nosso hospital) e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, bem como da FEBRASGO<sup>5</sup> no HMSH a diretoria técnica juntamente com o SCIH e coordenadores das áreas definiram que o teste rápido deve ser realizado para toda gestante que fizer internamento na maternidade sem o teste rápido (treponêmico) realizado no terceiro trimestre ou naquelas pacientes que tiverem abortamento/curetagem.

**3. QUANDO SUSPEITAR CLINICAMENTE DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO E QUAIS SÃO AS DOSES DE TRATAMENTO PARA QUE SEJA CONSIDERADO ADEQUADO PARA CADA ESTÁGIO<sup>1</sup>:**

ESTÁGIOS DE SÍFILIS	TEMPO após contágio	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	TRATAMENTO ADEQUADO (nenhum outro medicamento é tão eficaz e não deve ser utilizado)
Primária	10 a 90 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cancro duro (úlceras genital ou oral)</li> <li>Linfonomegalia regional</li> </ul> 	<p><b>Penicilina Benzatina: dose total 2.400.000 UI (1 frasco de 1.200.000 UI em cada glúteo) na região ventroglútea* DOSE ÚNICA</b></p>
Secundária	6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesões cutâneo-mucosas : placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, roséola, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão)</li> <li>Linfadenopatia generalizada;</li> <li>Quadros neurológicos, oculares, hepáticos</li> </ul> 	
Latente recente	< 1 ano da infecção	Sem sintomas clínicos no momento do diagnóstico	
Latente tardia	> 1 ano da infecção ou data DESCONHECIDA	<p>Sem sintomas clínicos no momento do diagnóstico (diagnóstico sorológico).</p> <p><u>A maioria dos diagnósticos ocorre neste período!</u></p>	<p><b>Penicilina Benzatina: dose total 7.200.000 UI (1 frasco de 1.200.000 UI em cada glúteo, sendo a dose semanal de 2.400.000 UI) na região ventroglútea* 3 DOSES (uma a cada semana)**</b></p>
Terciária	Entre 1 e 40 anos depois do início da infecção não tratada	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cutâneas:</b> lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo.</li> <li><b>Ósseas:</b> periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justo-articulares.</li> <li><b>Cardiovasculares:</b> estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica.</li> <li><b>Neurológicas:</b> 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.</li> </ul>	

**Observações sobre o tratamento:**

*\*Região ventroglútea: local preferencial de aplicação, por ser tecido subcutâneo de menor espessura, livre de vasos e nervos importantes, com poucos efeitos adversos e dor local. Para aplicar neste local, paciente colocada em decúbito lateral e a aplicação é feita na área entre a espinha ilíaca ântero-superior e crista ilíaca, demarcada pelos dedos indicador e médios*

*\*\* se **uma das doses** atrasar até dois dias (isto é, ao invés de receber semanal, receber uma dose com 9 dias após a anterior), considerar tratamento adequado. Este atraso só pode ser considerado uma vez, não podendo atrasar na outra dose.*



**4. QUAIS OS EXAMES PRINCIPAIS SOLICITADOS NO MANEJO DA SÍFILIS NA GESTANTE E AS PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES SOBRE CADA UM:**



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

### PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Código do Documento

PROT.SCIH.016

Página

4 / 12

Especialidade

SCIH

Revisão

1

TIPO DE EXAME	DESCRIÇÃO	INTERPRETAÇÃO
<b>Teste Rápido</b> (TR) para sífilis	Específico para detecção dos anticorpos anti- treponema (treponêmico). <b>Atualmente é o teste indicado para triagem no pré-natal e internamento: a) por positivar até 1-3 semanas antes do VDRL; b) pela facilidade de realização (20 minutos).</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se positivo, confirma infecção atual ou prévia. <i>Como fica positivo por toda a vida, mesmo após tratamento, não indicado para controle de tratamento. Solicitar VDRL</i></li><li>Se negativo, paciente não tem infecção atual ou prévia</li></ul>
<b>VDRL</b> (venereal disease research laboratory)  <i>Ideal para seguir tratamento. Avaliar em conjunto com história. São considerados títulos baixos quando &lt;= 1:8</i>	Não é específico para sífilis (por isto chamado não treponêmico), podendo positivar em outras situações (como doenças auto-imunes e SAAF). <b>Não é mais o exame de escolha para triagem materna pois: a) somente positivar após uma a 3 semanas do cancro (sensibilidade 78% na fase primária); b) na fase latente tardia da doença pode negatizar em até 25% dos casos (sensibilidade cai novamente); c) taxa de falsos positivos relacionados a doenças autoimunes e SAAF. <sup>5</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se positivo, pode indicar:<ul style="list-style-type: none"><li>infecção atual;</li><li>ou resposta adequada ao tratamento (cicatriz sorológica)</li><li>ou falso positivo (2%, com especificidade de 98%)</li></ul></li><li>Se negativo, pode indicar:<ul style="list-style-type: none"><li>Sem infecção</li><li>Ou tratamento adequado</li><li>Ou falso negativo, como na fase latente</li></ul></li></ul>
<b>FTA-Abs</b> IgM e IgG (fluorescente treponemal antibody-absorption): realizado por imuno fluorescência direta	Específico para detecção dos anticorpos anti- treponema (treponêmico). Deve ser solicitado antes de qualquer tratamento na gestante. Não solicitar no RN antes de 18 meses. Obs.: Solicitar no PEP separadamente IgM e IgG  <i>Demora para sair resultado: no HMSH é encaminhado para outro estado com resultado em 48-72 horas (não usar para triagem)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se IgG positivo, confirma infecção atual ou prévia. Como fica positivo por toda a vida, mesmo após tratamento, não indicado para controle de tratamento. <i>Taxa de falsos positivos muito baixa (especificidade próxima a 100%)</i></li><li>Se IgG negativo:<ul style="list-style-type: none"><li>paciente não tem infecção atual ou prévia</li><li>apenas de negativo está com infecção muito recente (sensibilidade 85% na fase primária)</li></ul></li><li>Se IgM positivo, confirma infecção recente</li><li>Se IgM negativo, informa que infecção não foi recente ou pode ser falso negativo (baixo poder de ajudar na condução)</li></ul>
OUTRAS POSSIBILIDADES MENOS UTILIZADAS		
TIPO DE EXAME	DESCRIÇÃO	INTERPRETAÇÃO
CMIA (técnica da quimio luminescência)	Teste treponêmico, que pode ser utilizado para confirmação nos casos indicados, onde exista necessidade de confirmação ou dúvida quanto ao FTA-Abs. <b>Sensibilidade e especificidade &gt; 99%</b> . Resultado em 48 h-72 h (encaminhado para outro estado).	<ul style="list-style-type: none"><li>Se negativo: não teve ou não está com sífilis</li><li>Positivo: contato prévio ou atual com o treponema (fica positivo por toda a vida e não serve para seguimento)</li></ul>
RPR (rapid plasma reagin) ou TRUST ou USR (unheatead-serum reagin)	Nenhum destes é específico para sífilis (por isto chamado não treponêmico), podendo positivar em outras situações (como doenças auto-imunes e SAAF).	Raciocínio parecido com VDRL. No momento, não disponibilizados na instituição.
TPHA ou TPPA ou MH-TP	Testes menos sensíveis/específicos que FTA-Abs, com interpretação parecida	Não disponibilizamos na nossa instituição.



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA  
SÍFILIS

Código do Documento

PROT.SCIH.016

Página

5 / 12

Especialidade

SCIH

Revisão

1

### 5. COMO INTERPRETAR A COMBINAÇÃO DE RESULTADOS NA GESTANTE:

A investigação (triagem) deve ser iniciada por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido.

PRIMEIRO TESTE	TESTE COMPLEMENTAR	INTERPRETAÇÃO																								
Teste treponêmico (TR, FTA –Abs ou CMIA) <b>REAGENTE</b>	Teste não treponêmico (VDRL) <b>REAGENTE</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONFIRMADO</b> <i>Obs.: quando VDRL títulos baixos de longa data, discutir sobre cicatriz sorológica</i>																								
Teste treponêmico (TR, FTA –Abs ou CMIA) <b>REAGENTE</b>	Teste não treponêmico (VDRL) <b>NÃO REAGENTE</b>	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro (indicamos FTA-ABS) <ul style="list-style-type: none"><li>Novo teste FTA-ABS reagente:<table border="1"><thead><tr><th>TR</th><th>VDRL</th><th>FTA</th><th>INTERPRETAÇÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td>+</td><td>-</td><td>+</td><td>Sífilis latente (tratada ou não tratada) ou Sífilis primária (onde VDRL ainda não subiu)</td></tr><tr><td>-</td><td>+</td><td>+</td><td>Sífilis recente com teste rápido falso negativo ou cicatriz sorológica</td></tr></tbody></table></li><li>Novo teste FTA-ABS não reagente:<table border="1"><thead><tr><th>TR</th><th>VDRL</th><th>FTA</th><th>INTERPRETAÇÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td>+</td><td>-</td><td>-</td><td>Descarta sífilis. Teste rápido falso positivo.</td></tr><tr><td>-</td><td>+</td><td>-</td><td>Descarta sífilis. VDRL falso positivo</td></tr></tbody></table></li></ul>	TR	VDRL	FTA	INTERPRETAÇÃO	+	-	+	Sífilis latente (tratada ou não tratada) ou Sífilis primária (onde VDRL ainda não subiu)	-	+	+	Sífilis recente com teste rápido falso negativo ou cicatriz sorológica	TR	VDRL	FTA	INTERPRETAÇÃO	+	-	-	Descarta sífilis. Teste rápido falso positivo.	-	+	-	Descarta sífilis. VDRL falso positivo
TR	VDRL	FTA	INTERPRETAÇÃO																							
+	-	+	Sífilis latente (tratada ou não tratada) ou Sífilis primária (onde VDRL ainda não subiu)																							
-	+	+	Sífilis recente com teste rápido falso negativo ou cicatriz sorológica																							
TR	VDRL	FTA	INTERPRETAÇÃO																							
+	-	-	Descarta sífilis. Teste rápido falso positivo.																							
-	+	-	Descarta sífilis. VDRL falso positivo																							
Teste treponêmico (TR, FTA –Abs ou CMIA) <b>NÃO REAGENTE</b>	Teste não treponêmico (VDRL) <b>REAGENTE</b>																									
Teste treponêmico (TR, FTA –Abs ou CMIA) <b>NÃO REAGENTE</b>	Teste não treponêmico (VDRL) <b>NÃO REAGENTE ou NÃO REALIZADO</b>	<b>CONSIDERAR AUSÊNCIA DE INFECÇÃO</b> <i>Obs.: em poucos casos, há possibilidade de o paciente estar na janela imunológica (sífilis tão recente que nem o TR positivou)</i>																								

### 6. O TRATAMENTO DA PARCERIA SEXUAL ESTÁ SEMPRE INDICADO?

O ideal é que no início do pré-natal, que a parceria sexual seja testada para sífilis.

Quando o diagnóstico novo de sífilis seja feito na gestante durante a gestação, idealmente deve-se recomendar o tratamento de toda parceria sexual dos últimos 90 dias antes do diagnóstico da gestante (não compulsório). Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo e profilático a esses parceiros sexuais (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo). Esta prevenção contribui para não ocorrer reinfecção da gestante (caso o parceiro esteja na janela imunológica onde os exames virão negativos). Todas as parcerias devem ser testadas também com teste treponêmico (teste rápido). Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico. A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

Para se considerar como um tratamento adequado do parceiro é preciso ter o monitoramento do teste não treponêmico (ex.: VDRL) e que haja a queda da titulação em pelo menos duas diluições em 6 meses para sífilis recente e pelo quatro diluições em 1 ano para sífilis tardia.

### 7. QUANDO CONSIDERAMOS QUE A GESTANTE FOI ADEQUADAMENTE TRATADA NA GESTAÇÃO, para fins de NÃO NOTIFICAR COMO CASO DE SÍFILIS NA GESTANTE (INFORMAÇÃO IMPORTANTE PARA SCIH)?<sup>1</sup>

Considera-se sucesso de tratamento para sífilis em gestante, após ter tomado a última dose de penicilina:

VDRL da gestante NÃO REAGENTE no momento do parto	Considerar tratada
---	--------------------



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

Código do Documento

PROT.SCIH.016

Página

6 / 12

## PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Especialidade

SCIH

Revisão

1

VDRL da gestante REAGENTE no momento do parto

- 1) **Condições obrigatórias** para considerar tratamento adequado (todos devem estar presentes):
  - a) o tratamento DEVE ter sido iniciado no mínimo 30 dias antes do parto;
  - b) ter usado PENICILINA BENZATINA (qualquer outro considerar não tratada).
  - c) caso tenha recebido mais de uma dose, as próximas devem ter sido aplicadas a cada 7 dias (considerar tratada se EM UMA das doses o tratamento atrasar 2 dias, isto é, até 9 dias)

2) Se a condição base acima foi preenchida (três itens), avaliar:

Tempo desde a última dose de benzatina recebida	Queda na titulação do VDRL	Interpretação
< 3 meses	a diminuição da titulação do teste não treponêmico (VDRL) em pelo menos DUAS diluições (ex.: 1:64 para 1:16)	Considerar tratada
Entre 3 – 6 meses	neste caso considera-se sucesso somente se há queda de QUATRO diluições (ex.: 1:64 para 1:4)	

Obs.:

- 1) Para sífilis latente tardia (iniciada antes da gestação) uma queda de duas titulações em até 12 meses do tratamento já configura tratamento adequado.
- 2) Ressalta-se a importância de a gestante ser testada mensalmente após o tratamento, para avaliar, além da queda de títulos, a possibilidade de elevação destes por tratamento inadequado, falha terapêutica ou reinfeção.
- 3) Notificar todas as não tratadas ou sem informação.

### 8. QUANDO DIZER QUE A PACIENTE TEM UMA CICATRIZ SOROLÓGICA E QUE NÃO PRECISA FAZER RETRATAMENTO?

O termo “cicatriz sorológica” será aplicado diante de uma gestante que APÓS TRATAMENTO PRÉVIO ADEQUADO E DOCUMENTADO (sem novos intercursos sexuais não protegidos com parceria não tratada), continue a apresentar títulos ainda positivos de VDRL, mas com queda esperada para os critérios citados anteriormente.

*Um exemplo prático: se gestante foi avaliada e foi considerado tratamento adequado, iniciado entre 3-6 meses e a queda do título for de 1:128 para 1:16, ou seja, caiu 4 diluições como deveria, mesmo com títulos não considerados baixos no dia do parto (ou seja, 1:16), seria uma cicatriz sorológica. Se preencheu aos critérios de tratamento da gestante e RN assintomático e com VDRL igual ou menor, este deve ser considerado somente como exposto, sem necessidade de tratar o RN, mesmo que este apresente um VDRL com título de até 1:16. A tendência no decorrer do tempo será cair ainda mais e poderá manter títulos baixos (<=1:8) por muitos anos sem negativar (isto é a cicatriz sorológica).*

### 9. COMO AVALIAR O RECÉM-NASCIDO DIANTE DA SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE SÍFILIS MATERNA?

A decisão de tratar ou não o RN, dependerá de alguns critérios, a saber:

DADOS IMPORTANTES	INTERPRETAÇÃO E CONSIDERAÇÕES
1. História Materna	Se TR ou VDRL forem reagentes (ou se gestante fez tratamento) durante a gestação considerar RN suspeita e investigar o mesmo (exame físico e exames padrão)*
	Se a gestante fez o tratamento adequado conforme critérios do item 7, a mesma não será notificada como sífilis tratada, mas: se manteve intercuro sexual não protegido com parceiro não tratado, o RN deve ser investigado
	Se gestante não fez tratamento adequado conforme critérios do item 7, investigar o RN



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

### PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Código do Documento

PROT.SCIH.016

Página

7 / 12

Especialidade

SCIH

Revisão

1

2. Clínica do RN	Vide considerações no item sobre quando suspeitar sífilis sintomática no RN
3. Exames padrão para RN suspeita	Listados na parte de exames a serem solicitados

*\*Sobre a questão do início do tratamento 30 dias antes do nascimento, usaremos um exemplo prático Exemplificando: a gestante iniciou um tratamento de sífilis primária ou secundária com 37 semanas e RN nasceu com 41 semana, logo, completou 1 mês do início do tratamento, considerado adequado. Mas, se estiver por exemplo tratando sífilis terciária onde o tratamento completo seriam 3 doses, na prática, a gestante não encerrou o tratamento. Apesar disto, se foi iniciado antes de 30 dias está dentro do orientado: importante avaliar o VDRL materno = obviamente não vai ter diminuição de 2 diluições em tão pouco tempo, mas que minimamente não tenha subido dois títulos. Se manteve igual ou sofreu uma queda, e se não ascendeu 2 diluições e o tratamento foi feito dentro dos 30 dias após a instituição terapêutica, e não há outra evidência clínica e laboratorial no RN, essa criança não vai ser considerada com sífilis congênita inicialmente, mas sim uma criança exposta e deve ser seguida e monitorada, fazendo VDRL para acompanhamento.*

#### 10. QUANDO SUSPEITAR DE SÍFILIS SINTOMÁTICA NO RECÉM-NASCIDO?

A maioria dos RN com sífilis congênita serão assintomáticos ao nascimento (60 – 90%). Dados de história e exame do RN que sugerem sífilis sintomática (interpretar junto com história materna e exames do RN):

- Prematuridade	- Exantema (vesico ou papular)	- Linfonomegalia generalizada
- Baixo peso (< 2.500 g)	- Hepatomegalia (mais comum)	- Esplenomegalia (não isolada)
- Dor à movimentação de membros (ppte superiores) ou redução (psedoparalisia de Parrot) ou irritação à mobilização (sugere periostite), <b>mesmo com Rx normal</b>		- Febre
		- Fenda labial
- Desconforto respiratório com pneumonite (radiografia)		- Hidropsia
		- Corrimento nasal espontâneo
- Icterícia precoce		

#### 11. QUAIS OS EXAMES DEVEM SER SOLICITADOS EM TODO RN DE GESTANTE SUSPEITA OU CONFIRMADA PARA SÍFILIS?

- I. VDRL do RN: solicitar para todos os casos suspeitas, com atenção: a) não coletar do cordão; b) certificar-se de que já foi realizada a coleta de VDRL materno no internamento para comparação; c) nunca solicitar teste rápido ou FTA-ABS para recém-nascido

VDRL do RN	INTERPRETAÇÃO
Não reagente	Considerar como exposto se história materna com tratamento adequado, RN assintomático e demais exames normais
Titulação é maior que a materna em pelo menos 2 diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16). Acontece em 30% dos casos.	Considerar sífilis congênita e proceder ao tratamento, independentemente de outros achados na história e exame físico
Titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: RN 1:4 e materno 1:2)	Baixo risco para sífilis congênita considerando apenas a sorologia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Se for único achado e restante normal (história, clínica e demais exames): considerar exposto e dar alta com seguimento</li><li>• Se associado a outros achados sugestivos (história, clínica ou demais exames muito sugestivos): proceder ao tratamento</li></ul>

- II. Exames laboratoriais padrão:

EXAME LABORATORIAL	SUGERE SÍFILIS CONGÊNITA:
HEMOGRAMA	Anemia, leucocitose/leucopenia, plaquetopenia
TGO e TGP	Aumento das enzimas hepáticas
BTF	Aumento das bilirrubinas além do esperado
ALBUMINA	Hipoalbuminemia (< 2,5 mg/dL)
Sódio	Hiponatremia



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

Código do Documento

Página

PROT.SCIH.016

8 / 12

## PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Especialidade

Revisão

SCIH

1

- III. LIQUOR: Neurosífilis acomete 60% dos RN afetados.
- Coletar em todo RN com VDRL positivo no sangue, mesmo em valores menores ou iguais ao materno.
  - Coletar 30 gotas (1,5 mL, sendo um mínimo de 20 gotas) para os exames abaixo.
  - Prescrever no MV:
    - A) PUNÇÃO LOMBAR PARA COLETA DE LIQUOR (e escolher uma justificativa para coleta)
    - B) CELULARIDADE + GLICEMIA NO LIQUOR (só será feito o diferencial se > 20 células)
    - C) PROTEÍNAS TOTAIS (no liquor)
    - D) VDRL (LIQUOR)

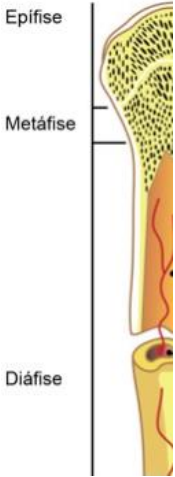
EXAME NO LÍQUOR	RN < 28 DIAS	RN > 28 DIAS
	SUGERE SÍFILIS CONGÊNITA (basta 1 dos três):	SUGERE SÍFILIS CONGÊNITA (basta 1 dos três):
CELULARIDADE	$\geq 25$ células/mm <sup>3</sup>	$\geq 5$ células/mm <sup>3</sup>
PROTEÍNA	$\geq 150$ mg/dL	$\geq 40$ mg/dL
VDRL	Reagente (qualquer titulação, com 90% de especificidade)	Reagente (qualquer titulação)

### Observações:

- 1) Diante de qualquer uma das três alterações, tratar como neurosífilis.
- 2) Caso não consiga coletar por acidente de punção, tratar empiricamente como neurosífilis, por 10 dias e tentar a recoleta ao final para garantia
- 3) A coleta deve ser sempre que possível sem vestígios de sangue. Um resultado com muitas hemácias pode aumentar a proteinorraquia



IV. Exames de imagem:

EXAME	SUGERE SÍFILIS CONGÊNITA:
FUNDOSCOPIA (fundo de olho)	Coriorretinite, ceratite intersticial, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica
Radiografia de tórax	Opacificação (pneumonite)
<p><b>Radiografia de ossos longos</b></p> <p>Para solicitar no sistema MV:</p> <p>A) RX MEMBROS INFERIORES PANORÂMICA (irá fazer de todos os ossos dos MMII)</p> <p>B) RX ÚMERO: necessário um de cada lado D e E</p> <p>C) RX ANTEBRACO: necessário um de cada lado D e E</p> <p>Obs.: quando se quer avaliar mais detalhadamente a dacilite solicitar RX Mão (D/E)</p>  <p>Geralmente o resultado virá normal no período neonatal, vindo a alterar mais nos casos de não tratamento.</p>	<p>Procurar nas tíbias, fêmures, úmero e rádio. Lesões mais comuns:</p> <p>a) NA REGIÃO DA METÁFISE</p> <p>a. Lesão lítica (destruição):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se acometer tíbia proximal: sinal de Wimberger (fotos à esquerda, também descrito como serrilhado metafisário)</li> <li>Pode acometer tíbia distal (foto à direita)</li> </ol> <p>b. Bandas brilhantes (radiopacas) nas metáfises (foto ao lado esquerdo)</p> <p>c. Alargamentos na região das metáfises, com calcificação nas periferias (dando a impressão de uma taça invertida: sinal de Wegner)</p> <p>b) NA REGIÃO DA DIÁFISE:</p> <p>a. Periostite, osteocondrite e osteomielite: procurar na parte cortical do osso por descontinuidades (lesões líticas = foto da direita) ou por linhas duplas (reação periosteal = foto da esquerda)</p> <p>O espessamento (periósteo espesso e brilhante) na região da diáfise costuma ser extenso, bilateral e simétrico (ft esquerda)</p>
UST TF (transfontanelar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Líquor alterado: obrigatório (não dar alta sem o resultado do exame)</li> <li>○ Líquor normal ou líquido não indicado: pode dar alta com pedido para realizar ambulatorialmente (se for possível fazer durante o internamento, pode ser feito ainda no internamento)</li> </ul>

**ATENÇÃO:** Quando o RN é sintomático, recomenda-se realizar diagnóstico diferencial em outras síndromes congênitas, como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus – CMV, herpes vírus simplex – HSV, sepsse neonatal, hepatite neonatal, hidropisia fetal, entre outros.

**12. CLASSIFICAÇÃO APÓS INVESTIGAÇÃO: EXPOSIÇÃO À SÍFILIS OU SÍFILIS CONGÊNITA**

Após avaliação das três variáveis: a) história materna e de tratamento; b) sintomas no RN; c) resultados de exames, o RN será classificado em:

a) EXPOSIÇÃO À SÍFILIS (RN EXPOSTO À SÍFILIS):

Após investigar: RN assintomático e com VDRL normal ou menor/igual ao materno: encaminhar para acompanhamento ambulatorial apenas sem novos exames, não sendo notificado pela SCIH

b) SÍFILIS CONGÊNITA:



SANTA HELENA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

## PROTOCOLO

### PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

Código do Documento

PROT.SCIH.016

Página

10 / 12

Especialidade

SCIH

Revisão

1

RN qualquer uma das três variáveis ou o conjunto delas compatível com sífilis: fazer o tratamento internado e notificar (avisar SCIH)

- a) História de tratamento materno inadequado (conforme descrito no item 7 deste protocolo);
- b) História do parceiro sexual: apesar de não se notificar como sífilis congênita se a única falha for o não tratamento do parceiro (vide item 13 deste protocolo), usar o bom senso: se gestante que apesar de tratada tiver mantido após o tratamento intercurso sexual sem uso de preservativo com parceiro não tratado (ou não investigado ou se for um desconhecido), devemos considerar que o tratamento foi inadequado e investigar o RN normalmente, podendo tratar como sífilis congênita, sendo posteriormente notificada como sífilis pelo novo critério investigado;
- b) RN com sintomas compatíveis com sífilis, sem outra causa que justifique;
- c) RN com exames laboratoriais, líquido ou de imagem compatíveis.

*Obs.: Estes critérios não são exclusivos: Todas as crianças nascidas de mães diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal necessitam de uma avaliação criteriosa no momento do parto, com realização de anamnese, exame físico e teste não treponêmico. Essa avaliação do profissional de saúde pode incluir outros dados e gerar uma conclusão de tratamento inadequado para sífilis durante a gestação, mesmo que este tenha sido inicialmente enquadrado dentro dos critérios epidemiológicos de tratamento adequado.<sup>1</sup>*

### 13. O TRATAMENTO DA PARCERIA SEXUAL NÃO É MAIS USADA COMO CRITÉRIO DE TRATAMENTO NÃO ADEQUADO NA GESTANTE?

A partir da recomendação do boletim do Ministério da Saúde de 2018, reforçado em 2019, o tratamento do parceiro não é mais levado em consideração para NOTIFICAR a sífilis congênita. Isto foi feito para unificar a forma de notificar que sempre foi considerada pela OMS, OPAS e CDC.

A medida visa a redução de hipernotificação pois muitos parceiros nem conviviam mais com a gestante. O bom senso ainda deve ser utilizado pelo pediatra, isto é, caso a gestante após o início do tratamento ainda continuar a manter relações sexuais desprotegidas com parceria não tratada (ou desconhecida), considerar um tratamento não adequado, visto que a mesma pode ter se reinfectado após o tratamento. Apesar de não ser mais critério para notificação (ficha do SINAN de sífilis congênita), o RN deverá ser triado para sífilis habitualmente. Se na triagem vier positivo, notificar como sífilis congênita posteriormente pelo novo critério de definição.

Se a paciente fez o tratamento e relata ter tido relações **protegidas** durante e após o tratamento (mesmo se parceiro não tratado com penicilina) ou relata não ter tido mais relações com o parceiro após o tratamento, além de não se notificar, se o não tratamento do parceiro estiver sendo o único critério, não há necessidade de tratamento caso investigação do RN negativa.

### 14. TRATAMENTO NEONATAL NOS CASOS IDENTIFICADOS COMO SÍFILIS CONGÊNITA:

O tratamento é importante mortalidade é duplicada em um RN com diagnóstico de sífilis congênita. A incidência é de cerca de 9 para cada 1.000 nascidos vivos no Brasil (o ideal seria uma taxa < 0,5).

Para todo RN sintomático, investigar também outras TORSH.

A única situação em que o tratamento não é necessário é a da criança exposta à sífilis, nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Criança com sífilis congênita SEM neurosífilis	<b>Benzilpenicilina cristalina</b> 50.000 UI/kg, endovenosa, de 12/12h na primeira semana de vida, de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias.	Referenciar para seguimento clínico e laboratorial na puericultura.
Criança com sífilis congênita COM neurosífilis	<b>Benzilpenicilina cristalina</b> 50.000 UI/kg, endovenosa, de 12/12h na primeira semana de vida, de 8/8h	

**PROTOCOLO**

Código do Documento

Página

PROT.SCIH.016

11 / 12

**PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS**

Especialidade

Revisão

SCIH

1

	após a primeira semana de vida, por 10 dias.	
<b>Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada</b> , com exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento	<b>Benzilpenicilina benzatina</b> 50.000 UI/kg, dose única, intramuscular.	

**15. PREPARO DO RN NO MOMENTO DA ALTA:**

Os cuidados mínimos de transição são orientados:

Profissional	Obrigatório no momento da alta do RN
Pediatra	Dar alta com um pedido de VDRL e BERA para realizar com 1 mês de vida
	Dar alta com relatório para seguimento para Infectologista na rede privada em até 30 dias da alta
	Dar alta com relatório para seguimento com oftalmologista após alta
Enfermeira SCIH	Relatório padrão com dados para alta de RN com sífilis


\*Sobre o VDRL após a alta: Será repetido ainda aos 3, 6, 12 e 18 meses. Espera-se que declinem até os 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou adequadamente tratada. Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para sífilis congênita, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso. Não será mais solicitado quando dois não reagentes ou queda de duas diluições em relação ao materno. Se tratada deve negativar até 6 meses. Teste treponêmico (FTA-ABS) somente poderá ser solicitado após 18 meses de vida do RN.

**Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis E Hepatites Virais**. Brasília – DF, 2022.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Para Diagnóstico Da Sífilis**. Brasília – DF, 2021.
3. NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS. **Atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes**. Brasília, 2023.
4. Guia Prático: Infecções no ciclo gravídico puerperal. FEBRASGO. 2016
5. Nota informativa n. 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS – Altera os critérios de definição de casos para NOTIFICAÇÃO de sífilis adquirida, em gestantes e sífilis congênita.
6. Fernandes CE et al. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. In Sífilis e gravidez. Elsevier 2018: 594-610

**Anexos**

Não se aplica.

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.SCIH.016	12 / 12
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		SCIH	1

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
YANE ALMEIDA CORDEIRO Enfermeira SCIH	VIVIANE OLIVEIRA DE SOUSA CORREIA Enfermeira SCIH  SAMUEL JOSÉ RODRIGUES Infectologista SCIH	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico  PATRICIA ISHI Coordenadora neonatal	VIVIANE OLIVEIRA DE SOUSA CORREIA Enfermeira da Qualidade e SCIH
<b>Data: 02/12/2019</b>	<b>Data: 23/08/2023</b>	<b>Data: 11/09/2023</b>	<b>Data: 12/09/2023</b>
<b>Assinaturas e carimbo:</b>			

#### Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.		
2.		