

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

**Plano Integrado para Prevenção, Vigilância e Controle da Sífilis
2021/2024**

Brasília, 2020

Governador do Distrito Federal

Ibaneis Rocha

Vice-Governador

Paco Britto

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

Osney Okumoto

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

Petrus Leonardo Barron Sanchez

Secretário Adjunto de Gestão em Saúde

Bruno Tempesta

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

Alexandre Garcia Barbosa

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Divino Valero Martins

Elaboração

Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis – GEVIST/DIVEP/SVS

Colaboração e Revisão

Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis – SVS/ DIVEP/SVS

Grupo Condutor Central da Rede Cegonha no DF - SAIS

Coordenação de Atenção Primária à Saúde - SAIS

Coordenação de Atenção Secundária em Saúde - SAIS

Diretorias de Atenção Primária à Saúde das Regiões de Saúde - SES

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
1. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO DISTRITO FEDERAL	6
Sífilis adquirida	7
Sífilis em gestantes	10
Sífilis congênita	11
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVO	13
3.1 Objetivos específicos	13
EIXO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
EIXO 2 – AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS	15
EIXO 3 – MATERNIDADE	15
EIXO 4 – LOGÍSTICA, APOIO DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	16
EIXO 5 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	16
EIXO 6 – GESTÃO	16
5. SÍFILIS: PARTICULARIDADES EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	17
6. REFERÊNCIAS	18
7. ANEXOS	19
ANEXO I – FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES	19
ANEXO II – CONDUTA NA GESTANTE COM SÍFILIS	24
ANEXO IV – CONDUTA NA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E NA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS	25
ANEXO V – LINHA DE CUIDADOS DA MULHER, CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS	27

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo (WHO, 2014), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Primária à Saúde (APS) e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros.

O **Plano Integrado em Saúde para a Prevenção e Controle da Sífilis – 2020/2024**, elaborado pela Gerência de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, com a colaboração do Grupo Conductor Central da Rede Cegonha, Coordenação de Atenção Primária à Saúde, Coordenação de Atenção Secundária à Saúde e Diretorias de Atenção Primária à Saúde das regiões de saúde, é uma atualização do Plano Integrado para o Enfrentamento da Sífilis no Distrito Federal – 2018/2019 e visa reorientar as estratégias sanitárias das equipes de saúde do Distrito Federal em resposta à crescente epidemia de sífilis observada nos últimos anos.

Este documento sistematiza e redefine ações e responsabilidades de promoção da saúde, de vigilância, de prevenção e de controle do processo epidêmico, organizadas em **seis eixos**:

1. **Atenção Primária à Saúde.**
2. **Ambulatórios Especializados.**
3. **Maternidades.**
4. **Logística, Apoio Diagnóstico e Assistência Farmacêutica.**
5. **Vigilância Epidemiológica.**
6. **Gestão.**

Essa divisão permitirá maior efetividade na implementação das ações programadas e na organização das atividades de monitoramento e avaliação.

Espera-se, por meio deste Plano, uma grande mobilização institucional e social para o enfrentamento deste desafio para a saúde pública, vencendo as práticas desarticuladas da Rede de Atenção à Saúde para prevenção, promoção do diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, da sífilis em gestante e da sífilis congênita.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pela bactéria denominada *Treponema pallidum*. O contato sexual é a forma mais comum de transmissão, mas também pode ser transmitida verticalmente para o feto, durante a gestação de uma mulher não tratada ou tratada inadequadamente (Brasil, 2019). Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não trataram ou que foram tratados inadequadamente (Brasil, 2020).

A taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intrauterino, sendo de ocorrência passível em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e podendo resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas. Apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento. (Brasil, 2020).

Com a descoberta da penicilina, a sífilis pode ser, não só evitada como também tratada. No entanto, continua sendo um problema de saúde pública amplamente difundido no mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano, surgem 12 milhões de novos casos de sífilis, sendo que mais de 90% estão na América Latina, Caribe, África Subsaariana, sul e sudeste da Ásia. Calcula-se que dois milhões de gestantes são afetadas anualmente e que em 66% dos casos ocorrem complicações, resultando em abortos espontâneos ou sífilis congênita (SC), podendo acontecer morte intrauterina em 30% dos casos; morte neonatal em 10% e transtornos neonatais em 40% dos casos da doença (OMS, 2014).

Com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, a Organização Mundial da Saúde estimou o total de casos incidentes de infecções sexualmente transmissíveis (IST) curáveis em 376,4 milhões, entre os quais 6,3 milhões são de sífilis. A prevalência global estimada de sífilis, em homens e mulheres, foi de 0,5%, com valores regionais variando de 0,1% a 1,6% (Ministério da Saúde, 2019).

Ainda de acordo com a OMS, a situação da sífilis no Brasil não é diferente da de outros países, com números de casos da infecção preocupantes e com necessidade de controle.

No Brasil, a sífilis adquirida, doença de notificação compulsória desde 2010, teve seu coeficiente de detecção aumentado de 59,1 casos por 100 mil habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100 mil habitantes, em 2018. Também em 2018, o coeficiente de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4 por 1.000 nascidos vivos e o coeficiente de incidência de sífilis congênita foi de 9,0 por 1.000 nascidos vivos, com coeficiente de mortalidade dessa última de 8,2 por 100.000 nascidos vivos. Entretanto, apesar do aumento de casos notificados, nenhuma Unidade da Federação apresentou o coeficiente de incidência de sífilis congênita mais elevado que o coeficiente de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhoria da notificação dos casos de sífilis em gestante no país (Ministério da Saúde, 2019).

A partir de 1993, o Ministério da Saúde, ciente dos riscos perinatais e da magnitude da sífilis congênita, e em consonância com a proposta de controle da doença nas Américas, formulada pela Organização Mundial e Pan-Americana da Saúde, propôs a eliminação da sífilis congênita, enquanto problema de saúde pública no Brasil até o ano 2000, com definição da meta de incidência menor ou igual a um caso por 1.000 nascidos vivos. Entretanto, as metas propostas até o ano 2000 não foram

atingidas e, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, as taxas de sífilis congênita ainda permanecem extremamente elevadas (Ministério da Saúde, 2019).

Considerando a assistência pré-natal um momento oportuno para diminuir a incidência da sífilis congênita, o Ministério da Saúde propõe como estratégias, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, e o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil, em 2007, que sugerem, basicamente, a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho, durante a gestação e o puerpério. Em ambos os casos, o cumprimento das ações e das metas propostas está associado ao intenso envolvimento da atuação dos gestores, dos profissionais de saúde e de organizações da sociedade civil (SES, 2017).

Como resultado desse grande esforço, foram implantados 15 comitês regionais de acompanhamento das ações pactuadas, resultando na queda do coeficiente de detecção de sífilis em gestantes de 3,4 casos (155 casos) por 1.000 nascidos vivos, em 2004, para 2,2 casos (98 casos) por 1.000 nascidos vivos, em 2007, e para 1,9 (82 casos) por 1.000 nascidos vivos, em 2009. A partir de 2010, houve crescimento no número de casos, com aumento do coeficiente de detecção de 2,2 casos (98 casos) por 1.000 nascidos vivos, em 2010, para 5,0 casos (283 casos) por 1.000 nascidos vivos, em 2015 (SES, 2017).

Em 2014, destaca-se o início do desabastecimento de penicilina no Brasil com ações específicas do Ministério da Saúde para garantir o acesso à penicilina benzatina e cristalina para gestantes e crianças com sífilis congênita, que incluíram a compra centralizada e distribuição para estados. Entre 2016 e 2019, o coeficiente de detecção continuou aumentando gradualmente, indo de 7,8 casos (347 casos) por 1.000 nascidos vivos para 15,0 casos (627 casos) por 1.000 nascidos vivos. Esses resultados sugerem que a redução e os bons resultados até 2009 foram frutos de esforços não sustentados a partir de 2010, independentemente do desabastecimento de penicilina.

Desde 2012, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha, proposta pelo Ministério da Saúde, elegeu a atenção materno-infantil como prioridade e vem empenhando esforços permanentes para conformar uma rede de saúde organizada, integrada, eficiente e capaz de responder às necessidades desse segmento populacional. A implantação dessa Rede traz a possibilidade de melhoria tanto no acesso ao diagnóstico de sífilis no pré-natal, pela testagem rápida, quanto ao tratamento oportuno para as gestantes e sua (s) parceria (s) sexuais, tornando possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, ou seja, reduzir a até um caso por mil nascidos vivos.

Cabe ressaltar que, no Distrito Federal, há disponibilidade de insumos, de tecnologia e de legislação para a realização do diagnóstico e para o tratamento adequado da sífilis. No entanto, para o cumprimento das ações e das metas propostas é necessário o envolvimento dos gestores, dos profissionais de saúde e da sociedade civil organizada; bem como a organização e a integração da Rede de Atenção à Saúde.

1. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO DISTRITO FEDERAL

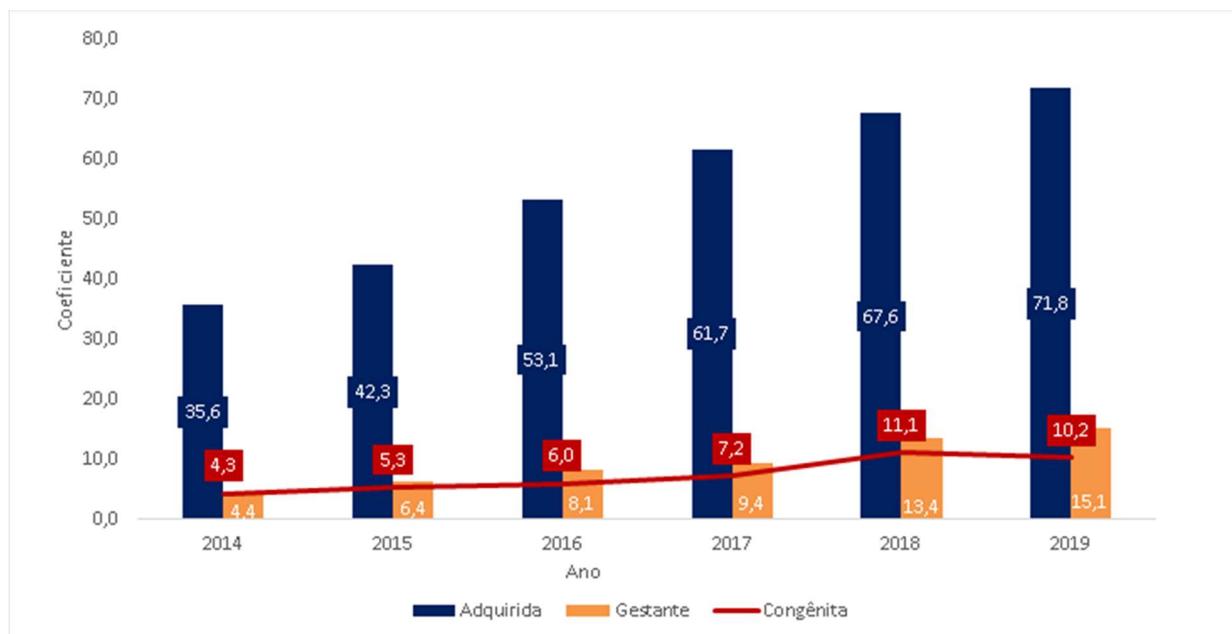
A sífilis adquirida, em gestantes e a sífilis congênita são doenças de notificação compulsória, cujo preenchimento completo e adequado da ficha de notificação e investigação epidemiológica no

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) deve ser feito pelo profissional de saúde no exercício de sua função.

Sífilis adquirida

A análise da série histórica da sífilis adquirida no Distrito Federal mostra que o coeficiente de detecção quadruplicou no período de 2014 a 2019 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Coeficiente de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), coeficiente de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) e coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos). Distrito Federal, 2014 a 2019.



Fonte: Sinan Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020.

Série histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53. 0 e A53.9, utilizados para a notificação de Sífilis no Sinan.

Coeficiente de detecção calculado pela população disponível pela Codeplan.

Coeficiente de detecção calculado pela população disponível pelo Sinasc.

*Para sífilis em gestantes e sífilis congênita foi utilizado “ano de diagnóstico”. Para sífilis adquirida foi utilizado “ano de notificação”.

A análise do coeficiente de detecção de sífilis adquirida, por regiões de saúde do Distrito Federal mostra que, em 2019, os maiores resultados foram nas Regiões Sul, Norte e Centro-Sul (Tabela 1).

Tabela 1 – Coeficiente de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), segundo região de saúde, região administrativa e ano de notificação. Distrito Federal, 2014 a 2019.

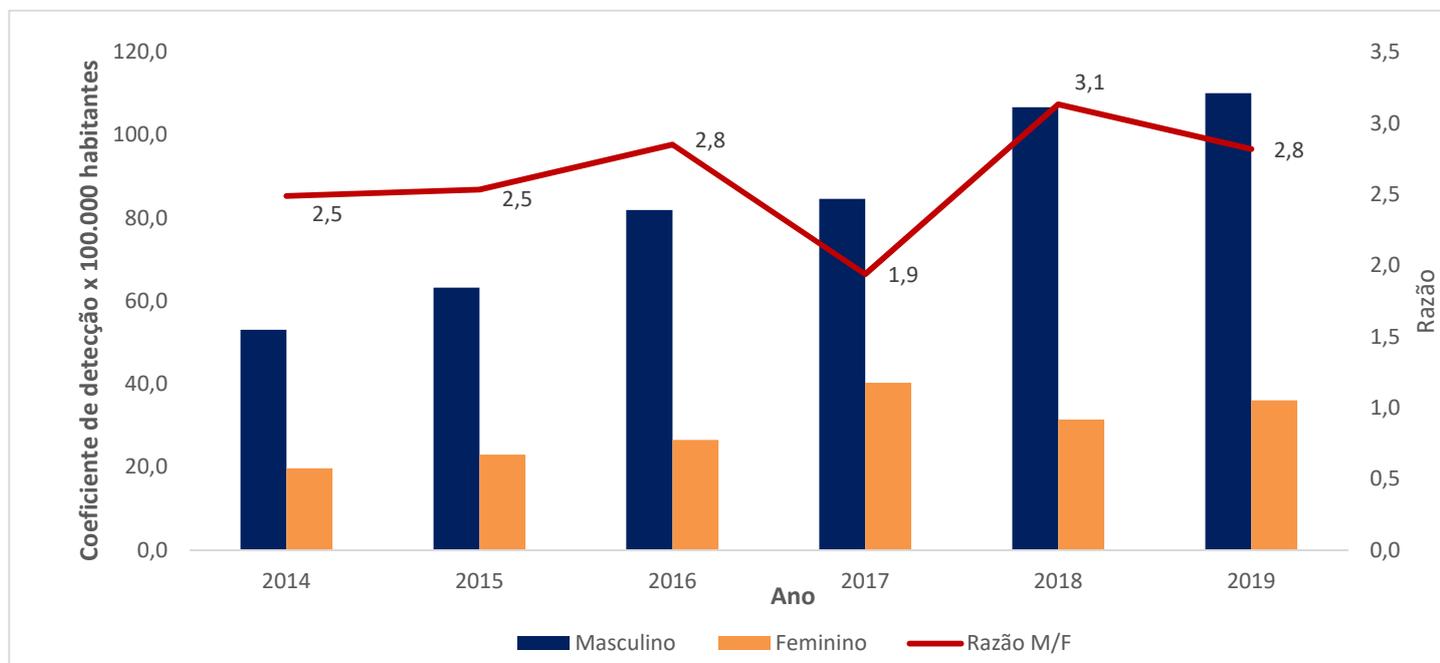
Região de Saúde/ Região Administrativa	2014		2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.
Central	75	19,9	55	14,5	84	22,09	133	34,8	165	42,7	222	53,7	734	31,7
Plano Piloto	45	21,0	40	18,2	67	30,45	97	43,7	116	51,6	175	76,9	540	40,7
Cruzeiro	16	50,0	7	22,1	12	38,29	14	44,9	15	48,3	25	81,0	89	47,3
Lago Norte	7	18,7	2	5,4	3	8,13	10	27,1	17	46,0	10	27,0	49	22,0
Sudoeste/Octogonal	1	1,9	6	11,3	1	1,87	10	18,6	12	22,1	10	12,7	40	11,5
Varjão do Torto	6	67,8	0	0,0	1	11,39	2	22,8	5	56,8	2	22,7	16	30,2
Centro-Sul	82	25,8	113	34,9	118	34,84	171	48,1	185	50,8	249	66,9	918	44,3
Candangolândia	8	47,4	11	65,2	4	24,02	7	42,3	10	60,6	18	109,7	58	58,1
Guará	25	20,2	30	23,8	43	33,57	65	49,6	76	56,6	91	66,2	330	42,3
Núcleo Bandeirante	8	33,3	25	104,2	12	50,33	18	75,5	23	96,2	23	96,0	109	75,9
Park Way	4	17,9	5	22,4	3	13,44	5	22,3	10	44,1	2	8,7	29	21,5
Riacho Fundo I	18	44,4	16	38,7	23	55,34	43	102,2	24	56,2	36	83,2	160	63,6
Riacho Fundo II	11	20,7	17	30,2	22	31,98	18	22,1	32	37,3	57	63,6	157	36,1
SCIA (Estrutural)	8	23,4	9	26,0	11	31,59	15	42,6	9	25,1	19	52,4	71	33,6
SIA	0	0,0	0	0,0	0	0,00	0	0,0	1	38,5	3	115,1	4	25,8
Leste	118	49,5	116	45,1	125	44,46	137	47,7	182	61,8	176	57,8	854	51,3
Itapoã	39	66,9	29	49,2	21	35,20	21	34,5	25	40,2	30	47,3	165	45,4
Jardim Botânico	1	2,7	1	1,9	1	1,89	6	11,1	5	9,0	8	14,1	22	7,1
Lago Sul	4	13,2	0	0,0	4	13,38	4	13,4	2	6,7	10	33,1	24	13,3
Paranoá	40	78,8	43	84,4	44	61,92	56	77,9	68	93,3	52	70,5	303	77,4
São Sebastião	34	36,9	43	45,1	55	56,33	50	49,7	82	78,8	76	68,8	340	56,6
Norte	101	29,0	151	43,4	148	42,68	179	51,4	189	53,9	212	60,1	980	46,8
Fercal	0	0,0	0	0,0	1	10,79	0	0,0	0	0,0	1	10,6	2	3,6
Planaltina	76	41,0	122	65,6	123	65,85	139	73,6	131	68,4	144	74,3	735	64,9
Sobradinho	20	27,8	22	30,7	19	26,74	28	39,5	39	54,9	55	77,3	183	42,8
Sobradinho II	5	6,1	7	8,7	5	6,28	12	15,2	19	24,1	12	15,3	60	12,5
Oeste	156	31,6	208	42,1	285	57,71	269	54,2	260	51,9	290	57,5	1468	49,2
Brazlândia	11	17,5	18	28,5	20	31,83	21	33,3	19	30,0	44	69,1	133	35,1
Ceilândia	145	33,6	190	44,0	265	61,48	248	57,2	241	55,1	246	55,8	1335	51,3
Sudoeste	269	35,1	308	39,7	425	54,43	445	56,2	405	50,3	478	58,5	2330	49,2
Águas Claras	20	14,2	22	14,8	32	21,06	45	28,8	35	21,7	60	36,2	214	23,1
Recanto das Emas	58	44,3	51	38,9	74	56,76	72	55,1	74	56,3	70	53,1	399	50,7
Samambaia	107	48,7	103	46,5	129	57,39	134	58,4	133	56,6	156	65,0	762	55,6
Taguatinga	79	38,5	117	57,4	162	79,63	161	78,8	147	71,5	156	75,4	822	66,9
Vicente Pires	5	7,2	15	21,4	28	39,87	33	46,5	16	22,3	36	49,6	133	31,3
Sul	61	23,0	106	39,3	131	48,74	181	67,2	184	68,0	230	84,6	893	55,3
Gama	40	28,1	73	51,5	78	55,21	100	70,6	102	71,6	123	86,0	516	60,5
Santa Maria	21	17,1	33	25,8	53	41,57	81	63,4	82	63,9	107	83,1	377	49,4
Em Branco	138	***	148	***	220	***	292	***	439	***	305	***	1542	***
Distrito Federal	1000	35,6	1205	42,3	1536	53,14	1807	61,7	2009	67,6	2162	71,2	9719	55,6

Fonte: Sinan Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020.

Série histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53. 0 e A53.9, utilizados para a notificação de Sífilis no Sinan. Coeficiente de detecção calculado pela população disponível pela Codeplan.

O coeficiente de detecção de sífilis adquirida por ano de notificação e sexo é apresentado no Gráfico 2 e mostra crescimento em ambos os sexos. Entretanto, o sexo masculino apresenta os maiores coeficientes, com razão entre os sexos de quase três casos em homens para cada mulher infectada, em 2019.

Gráfico 2 – Coeficiente de detecção (por 100.000 habitantes) e razão de sexos de sífilis adquirida. Distrito Federal, 2014 a 2019.

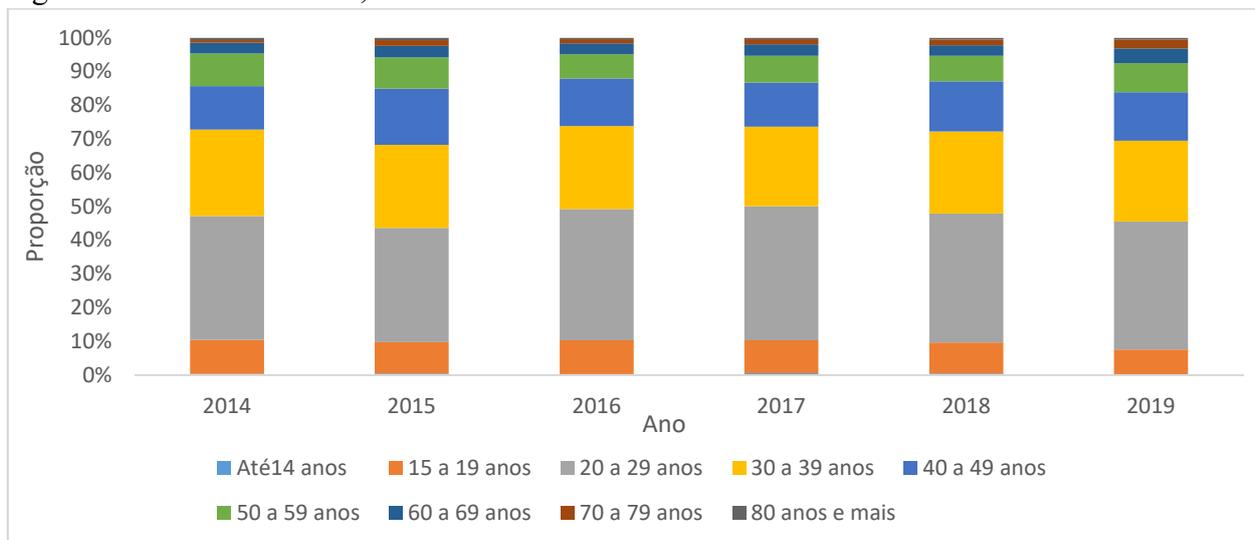


Fonte: Sinan - Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020.

Série histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53. 0 e A53.9, utilizados para a notificação de Sífilis no Sinan.

Com relação à faixa etária, identifica-se o maior número de casos detectados na população de 20 a 29 anos tanto no sexo feminino quanto no masculino. No entanto, observa-se um crescimento importante no número de casos totais na maioria das faixas etárias (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Proporção de casos notificados de sífilis adquirida, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2014 a 2019.



Fonte: Sinan Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020.

Série histórica corrigida e atualizada, considerando os códigos A53.0 e A53.9, utilizados para a notificação de Sífilis no Sinan.

Sífilis em gestantes

A notificação da sífilis em gestantes é obrigatória, devendo ser realizada pelos serviços de saúde, como forma de possibilitar o controle da doença. Quanto maior o número de detecções de sífilis, tratamento e notificação em gestantes, maiores são as chances de reduzir as taxas de sífilis congênita.

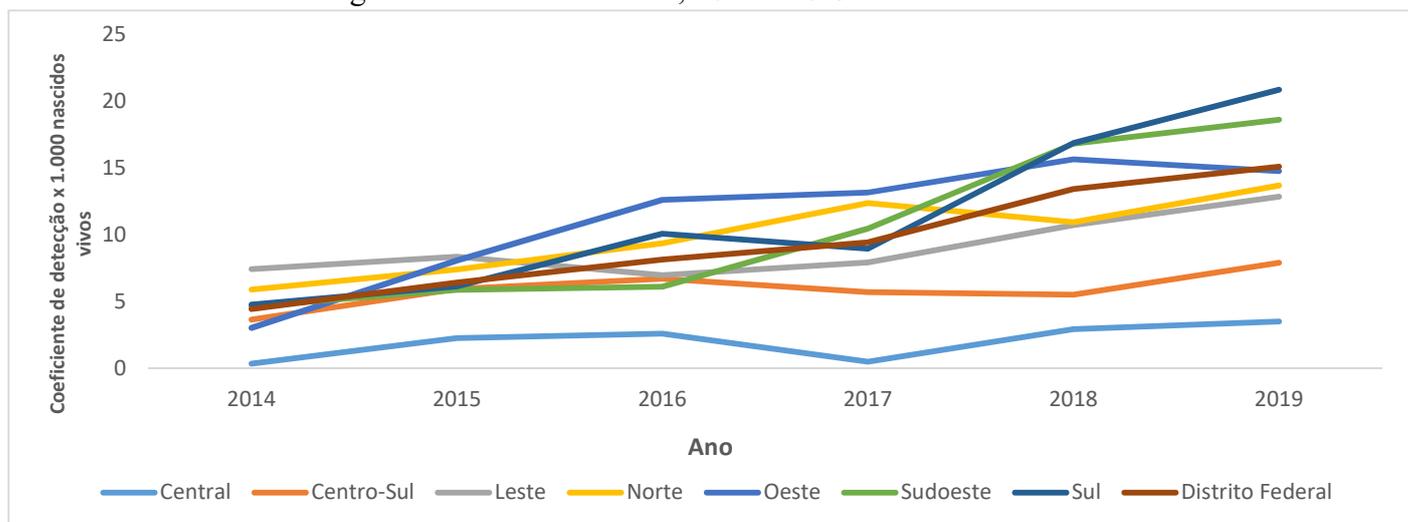
O teste rápido da sífilis é um teste treponêmico indicado para triagem das gestantes, realizado, preferencialmente na primeira consulta de pré-natal, e repetido no segundo e terceiro (28ª semana) trimestres e na admissão para o parto. Em caso de aborto, o exame também deve ser realizado, independentemente de exames anteriores (Brasil, 2019).

Em caso de resultado reagente, deverá ser realizada a classificação da sífilis e a coleta de amostra venosa para a realização do VDRL e sua titulação no laboratório da regional de saúde. Essa conduta se aplica às gestantes e suas parcerias sexuais. Ressaltando que no caso das parcerias o tratamento deve ser realizado presumivelmente, na ocasião do atendimento, independentemente do resultado dos exames e utilizando o critério de exposição sexual, ou seja, tratamento com esquema para sífilis recente se o parceiro foi exposto nos últimos 90 dias (devido possibilidade de estar em janela) e/ou esquema para sífilis tardia quando exposto há mais de 90 dias ou na impossibilidade de se estimar a infecção.

O tratamento da sífilis é eficaz quando administrada a penicilina benzatina, medicamento capaz de atravessar a barreira placentária, prevenindo a transmissão para o recém-nascido.

No Distrito Federal, no período compreendido entre 2014 e 2019, foram notificados 2.458 casos de sífilis em gestantes. A análise das notificações demonstrou que houve tanto um aumento do número de casos quanto do coeficiente de detecção (Gráfico 4).

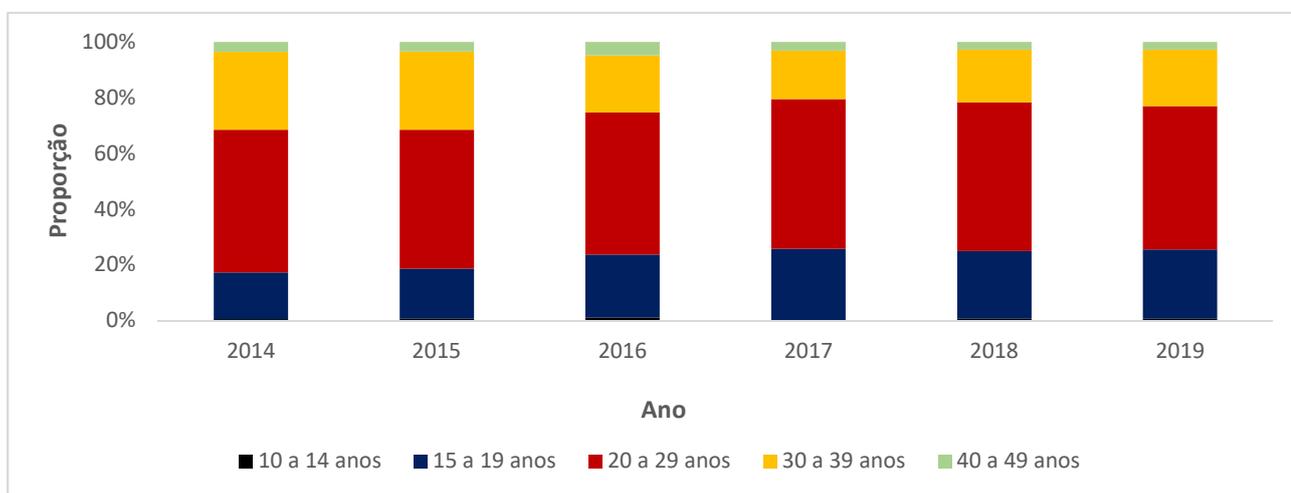
Gráfico 4 – Coeficiente de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2014 a 2019.



Fonte: Sinan Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020
 Coeficiente de detecção calculado pela população disponível pelo Sinasc.

A faixa etária mais acometida foi entre 20 a 29 anos. Chama a atenção para as gestantes com idade entre 15 e 19 anos que também apresentaram proporções consideráveis de casos de sífilis (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Proporção de casos notificados de sífilis em gestantes, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2014 a 2019.



Fonte: Sinan Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020.

Sífilis congênita

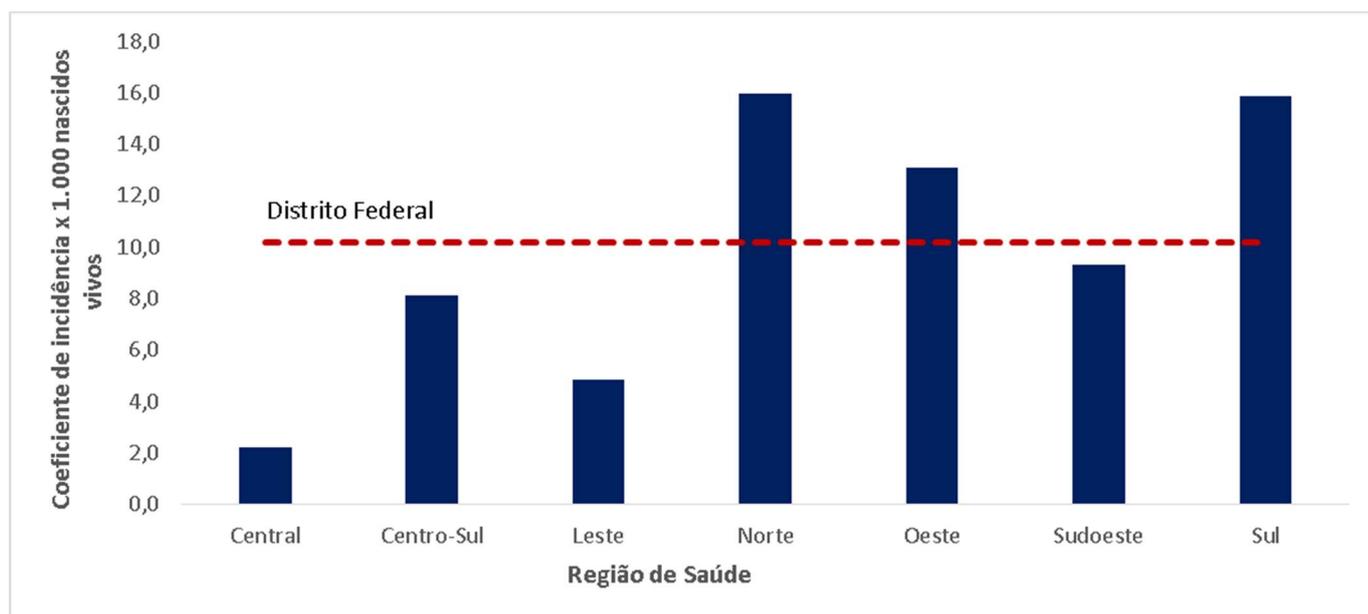
A sífilis congênita ocorre por meio da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária, embora também possa ocorrer durante a passagem do bebê pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa. A sífilis

congênita é prevenível quando se identifica e se trata adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais.

A notificação compulsória, a investigação, o tratamento adequado dos casos e a adoção de medidas para a prevenção de novos casos contribuirão para a eliminação da doença.

No Distrito Federal, observou-se um crescimento dos casos de sífilis congênita nos últimos cinco anos, atingindo 1.926 casos notificados entre 2014 e 2019. O gráfico 6 apresenta o coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2019.

Gráfico 6 – Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de saúde e ano de diagnóstico. Distrito Federal, 2019.



Fonte: Sinan Dados provisórios sujeitos à alteração e extraídos em 28 de agosto de 2020. Coeficiente de detecção calculado pela população disponível pelo Sinasc.

Conforme orientações do Ministério da Saúde, a estimativa de casos de sífilis congênita deve ser calculada a partir da estimativa de sífilis em gestante. Para obtenção dessas estimativas, utiliza-se como parâmetro a prevalência nacional de sífilis em gestante de 0,8% (Domingues, 2016) e considera-se que aproximadamente 25% dos casos de sífilis em gestante têm como desfecho casos de sífilis congênita. Desta forma, tem-se o cálculo abaixo:

Métodos de cálculo:

Estimativa de gestante com sífilis: $(N^{\circ} \text{ de nascidos vivos no ano anterior} \times 10\% + N^{\circ} \text{ de nascidos vivos no ano anterior}) \times 0,8\% = n^{\circ} \text{ de gestantes estimadas com sífilis no ano vigente}$. OBS: acrescenta-se os 10% devido às perdas por aborto e natimorto.

Estimativa de sífilis congênita: $N^{\circ} \text{ de sífilis em gestante estimado} \times 25\%$

Assim, para 2020 são estimados 372 casos de sífilis em gestantes e 93 casos de sífilis congênita.

2. JUSTIFICATIVA

Os dados relativos à sífilis no Distrito Federal são preocupantes e vêm apresentando tendência de crescimento entre os anos de 2013 a 2019.

A realização de ações de prevenção, bem como diagnóstico e tratamento oportunos da sífilis, especialmente na gestante e no parceiro devem ser reforçados, uma vez que estudos nacionais e internacionais demonstram que o tratamento oportuno é a principal estratégia para se atingir a eliminação da sífilis congênita. A incorporação do teste rápido para sífilis pode se constituir em importante ferramenta, pois o teste de triagem reagente sinaliza a necessidade do início imediato do tratamento nas gestantes e parceiros, incidindo diretamente na interrupção da transmissão vertical.

Cabe ressaltar que a proporção de infecção entre os sexos, quase três homens infectados para uma mulher infectada, somada a principal faixa etária envolvida, dos 20 aos 39 anos, a tendência de aumento dos casos observada nos últimos anos e que homens nessa faixa etária correspondem a quase metade dos casos novos de sífilis adquirida, reforça a necessidade de realização de estratégias que atinjam esses grupos, e que o tratamento das parcerias sexuais é fundamental para quebrar a cadeia de transmissão da sífilis adquirida.

Nesse sentido, são imperativos a elaboração, a execução e o monitoramento do presente Plano como meio de controlar o processo epidêmico da doença, principalmente, interrompendo a cadeia de transmissão da sífilis no Distrito Federal.

3. OBJETIVO

Reduzir a transmissão da sífilis adquirida e sífilis em gestante para eliminar a sífilis congênita em todo o Distrito Federal até 2024.

3.1 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura de testagem para a sífilis no pré-natal e na população geral (inclui população sexualmente ativa, população-chave e prioritária e população vulnerável).
- Aumentar a cobertura de tratamento e seguimento adequado e oportuno das gestantes com sífilis e de suas parcerias sexuais.
- Ampliar a cobertura das ações de profilaxia de transmissão vertical da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas.
- Garantir o seguimento adequado dos recém-nascidos expostos à sífilis e com sífilis congênita pela APS e ambulatórios especializados
- Ampliar ações de informação sobre a doença e educação sexual (prevenção, tratamento e identificação de ISTs).
- Obter a Certificação de Eliminação da Sífilis Congênita.

4. EIXOS ESTRATÉGICOS E AÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

EIXO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.	Realizar os testes rápidos de sífilis na rotina das unidades de saúde para a população geral (pessoas sexualmente ativas, populações-chave e prioritárias, população vulnerável).
2.	Realizar classificação do estágio clínico da doença e o tratamento adequado de acordo com a fase clínica da doença, diagnóstico, tempo de infecção e histórico de tratamento.
3.	Realizar teste na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre), no segundo trimestre, e na 28ª semana de gestação
4.	Iniciar tratamento com penicilina benzatina
5.	Tratar oportunamente com penicilina benzatina todos os pacientes que possuírem manifestação clínica de úlcera genital e teste rápido positivo reagente para sífilis.
6.	Notificar como sífilis adquirida, todos os casos suspeitos de sífilis na população geral.
7.	Solicitar VDRL trimestralmente e acompanhar, no primeiro ano após o tratamento, todas as pessoas não-gestantes tratadas para sífilis.
8.	Realizar VDRL mensal e no momento do primeiro teste rápido positivo em todas as gestantes
9.	Realizar o preenchimento completo dos campos sobre tratamento de sífilis, (esquema prescrito e data da aplicação e os resultados dos VDRLs de acompanhamento) no Cartão da Gestante, assim como no campo “pré-natal do parceiro” quando for realizado tratamento.
10.	Registrar no e-SUS os procedimentos relativos à testagem, tratamento e acompanhamento de sífilis.
11.	Notificar todos os casos com teste rápido reagente em mulheres grávidas na Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante, preenchendo todos os campos corretamente e digitar no SINAN em até 7 dias.
12.	Registrar o número da Notificação no Cartão da Gestante e no e-SUS.
13.	Realizar o tratamento com penicilina benzatina, a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis.
14.	Realizar busca ativa de pacientes que não iniciaram ou não completaram o tratamento.
15.	Realizar busca ativa de parcerias sexuais das gestantes.
16.	Tratar oportunamente e presumivelmente, independentemente do resultado dos exames, baseando-se no critério de exposição sexual.
17.	Encaminhar os casos comprovados de alergia à penicilina ao ambulatório de Reação a Drogas do HRAN.
18.	Encaminhar para referência regional ou regular para o ambulatório de líquido a gestante com suspeita de neurosífilis para coleta de líquido.
19.	Distribuir preservativos externos e internos nas unidades de saúde.
20.	Realizar o acompanhamento do recém-nascido exposto à sífilis, na rotina habitual da puericultura, incluída a avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica, se houver necessidade e conforme critérios de encaminhamento definidos pela SAIS.
21.	Encaminhar a criança com sífilis congênita para o Ambulatório Especializado, se necessário.
22.	Realizar um teste rápido aos 18 meses na criança com sífilis congênita.
23.	Preencher os campos relativos ao segmento na ficha de notificação (campos 53 e 58)

24.	Realizar educação em saúde visando à prevenção da sífilis.
25.	Promover e participar de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis.

EIXO 2 – AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

1.	Tratar as gestantes e parcerias sexuais, comprovadamente, alérgicas à penicilina.
2.	Realizar radiografia de ossos longos de recém-nascidos com sífilis congênita, caso não tenha sido realizada na maternidade.
3.	Encaminhar para referência hospitalar regional os casos com suspeita de neurosífilis para coleta de líquido.
4.	Realizar seguimento da criança com sífilis congênita, na rotina habitual da puericultura, incluída a avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica, se houver necessidade e conforme critérios de encaminhamento definidos pela SAIS.
5.	Realizar um teste rápido aos 18 meses na criança com sífilis congênita.
6.	Preencher os campos relativos ao segmento na ficha de notificação (campos 53 e 58)
7.	Promover e participar de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis.

EIXO 3 – MATERNIDADE

1.	Realizar teste rápido para sífilis em todas as gestantes admitidas na maternidade, independentemente da testagem realizada no pré-natal, bem como nas mulheres em situação de abortamento.
2.	Realizar teste de VDRL em amostra de sangue periférico em parturientes e recém-nascidos de mães que apresentarem tratamento inadequado ou com diagnóstico de sífilis na gestação, concomitantemente, após o parto.
3.	Realizar o tratamento com penicilina benzatina de gestantes/parturientes/puérperas admitidas na maternidade sem registro de tratamento adequado.
4.	Realizar radiografia de ossos longos e exames laboratoriais (hemograma completo, glicemia), incluindo o VDRL do líquido, sempre que houver indicação clínica, nos recém-nascidos de mães não tratadas e/ou com tratamento inadequado na gestação.
5.	Realizar o tratamento com penicilina nos recém-nascidos com sífilis, conforme protocolo vigente.
6.	Notificar todos os casos de sífilis congênita na Ficha de Notificação de Sífilis Congênita, preenchendo todos os campos corretamente.
7.	Registrar o número da notificação no Cartão da Criança e no <i>Trakcare</i> .
8.	Encaminhar puérperas com sífilis para seguimento na Atenção Primária à Saúde.
9.	Encaminhar o recém-nascido exposto à sífilis ou com sífilis congênita para seguimento por 18 meses na Atenção Primária à Saúde.
10.	Registrar na caderneta da criança, no campo “Anotações”, os resultados dos exames realizados.
11.	Promover e participar de educação permanente sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis.

EIXO 4 – LOGÍSTICA, APOIO DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1.	Gerenciar a logística de distribuição e recebimento dos insumos e suprimentos necessários para testagem e tratamento.
2.	Realizar a programação ascendente de testes rápidos no SisLogLab.
3.	Adquirir VDRL e distribuir à Rede de Atenção à Saúde.
4.	Executar em tempo oportuno (em até 30 dias) o VDRL para seguimento terapêutico.
5.	Monitorar incidente de qualidade dos testes diagnósticos para sífilis.

EIXO 5 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

1.	Normatizar as condutas para a redução e controle da sífilis.
2.	Coordenar o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis.
3.	Realizar a programação ascendente no SisLogLab.
4.	Acompanhar a programação logística no SisLogLab.
5.	Monitorar a utilização dos testes rápidos nas unidades de saúde.
6.	Qualificar as informações dos registros de sífilis em todas as unidades de saúde.
7.	Acompanhar as notificações e a investigação dos casos de sífilis em gestantes (NVEPI)
8.	Acompanhar as notificações e a investigação dos casos de sífilis congênita (NEPH)
9.	
10.	Articular com a Rede de Atenção à Saúde as ações para o controle da sífilis.
11.	Realizar e apoiar atividades de educação permanente nas regiões de saúde para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da transmissão vertical da sífilis.
12.	Elaborar boletins e informativos epidemiológicos da sífilis.
13.	Realizar o monitoramento do Plano Distrital de Vigilância e Controle da Sífilis.

EIXO 6 – GESTÃO

1.	Organizar a Rede de Atenção à Saúde para o controle da sífilis.
2.	Estabelecer o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis.
3.	Apoiar atividades de capacitação dos profissionais de saúde para a execução de ações de controle da sífilis.
4.	Articular com as áreas técnicas responsáveis para garantir a efetiva implementação do Plano de Vigilância e Controle da Sífilis.
5.	Realizar campanhas para informação, educação e comunicação em saúde.

5. SÍFILIS: PARTICULARIDADES EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Alguns grupos populacionais como pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua, pessoas vivendo com HIV, profissionais do sexo, população indígena, devido às suas condições de saúde e de vida, dispõem de menos possibilidades de se proteger ou se prevenir e possuem maior vulnerabilidade para contrair e adoecer por sífilis.

Esses grupos populacionais devem ser testados sempre que acessarem os serviços de saúde e se houver possibilidade de perda de segmento, devem ser tratados imediatamente com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste positivo para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) e na ausência de diagnóstico prévio de sífilis.

No caso de haver tais populações dentro da área de abrangência e/ou de sua população adscrita, as equipes devem se organizar para ofertar testagem.

INDICADORES

Em 2014, a OMS e parceiros-chave publicaram “Orientações sobre processos e critérios globais para a validação de eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis”, que descreve o processo de validação e os diferentes indicadores que os países precisam atingir (WHO, 2014).

Os critérios para a eliminação da transmissão vertical da sífilis são alcançar e manter os indicadores de processo por dois anos e alcançar e manter o indicador de impacto por um ano, conforme descrito abaixo:

Indicador de Impacto – deve ser atendido por pelo menos 1 (um) ano:

1. Taxa de transmissão vertical de sífilis menor que 0,5 casos por 1.000 nascidos-vivos.

Indicadores de Processo – devem ser atendidos por pelo menos 2 (dois) anos:

1. Mais de 95% das mulheres grávidas tenham tido ao menos uma consulta de pré-natal.
2. Mais de 95% das mulheres grávidas testadas para sífilis.
3. Mais de 95% das mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis recebendo tratamento.

6. 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 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.

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, 2020. 248 p.

WHO (World Health Organization). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2014.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ano V – nº 01. Número Especial/out. 2019

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Plano Integrado para o Enfrentamento da Sífilis no Distrito Federal – 2018/2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira and LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2016, vol.32, n.6 [cited 2020-08-12]. Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000605002&lng=en&nrm=iso>. Epub June 01, 2016.

WHO (World Health Organization). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis, 2014

7. ANEXOS

ANEXO I – FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES

INDICADOR DE IMPACTO

Indicador 1				
Coeficiente de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de um ano.				
Meta: Reduzir para 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos o coeficiente de incidência da sífilis congênita em menores de um ano.				
Meta anual	2021	2022	2023	2024
Linha de base (2019– 10,2)	5,2	2,3	1,1	0,5
Título	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em crianças menores de um ano.			
Tipo	Impacto			
Classificação do indicador	Qualidade			
Interpretação (o que mede?)	Mede a razão entre o número de casos novos confirmados de sífilis congênita notificados em menores de um ano para cada 1.000 nascidos-vivos, em um mesmo local e período.			
Uso (para qual fim?)	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em quatro oportunidade durante o pré-natal e no momento do parto. Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da sífilis congênita. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis congênita.			
Fonte	Sinan e Sinasc			
Periodicidade de monitoramento	Bimestral			
Índice de referência	2019			
Parâmetro	< 0,5/1.000 nascidos vivos (não inclui natimortos)			
Fórmula de cálculo	n° de casos novos de SC em menores de um ano/ n° de nascidos vivos x 1.000			
Método do cálculo	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência, sobre o número de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado.			
Polaridade	Quanto menor melhor			
Cumulatividade	Cumulativo dentro de 12 meses			
Limitações	Deve considerar o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis congênita.			

INDICADORES DE PROCESSO

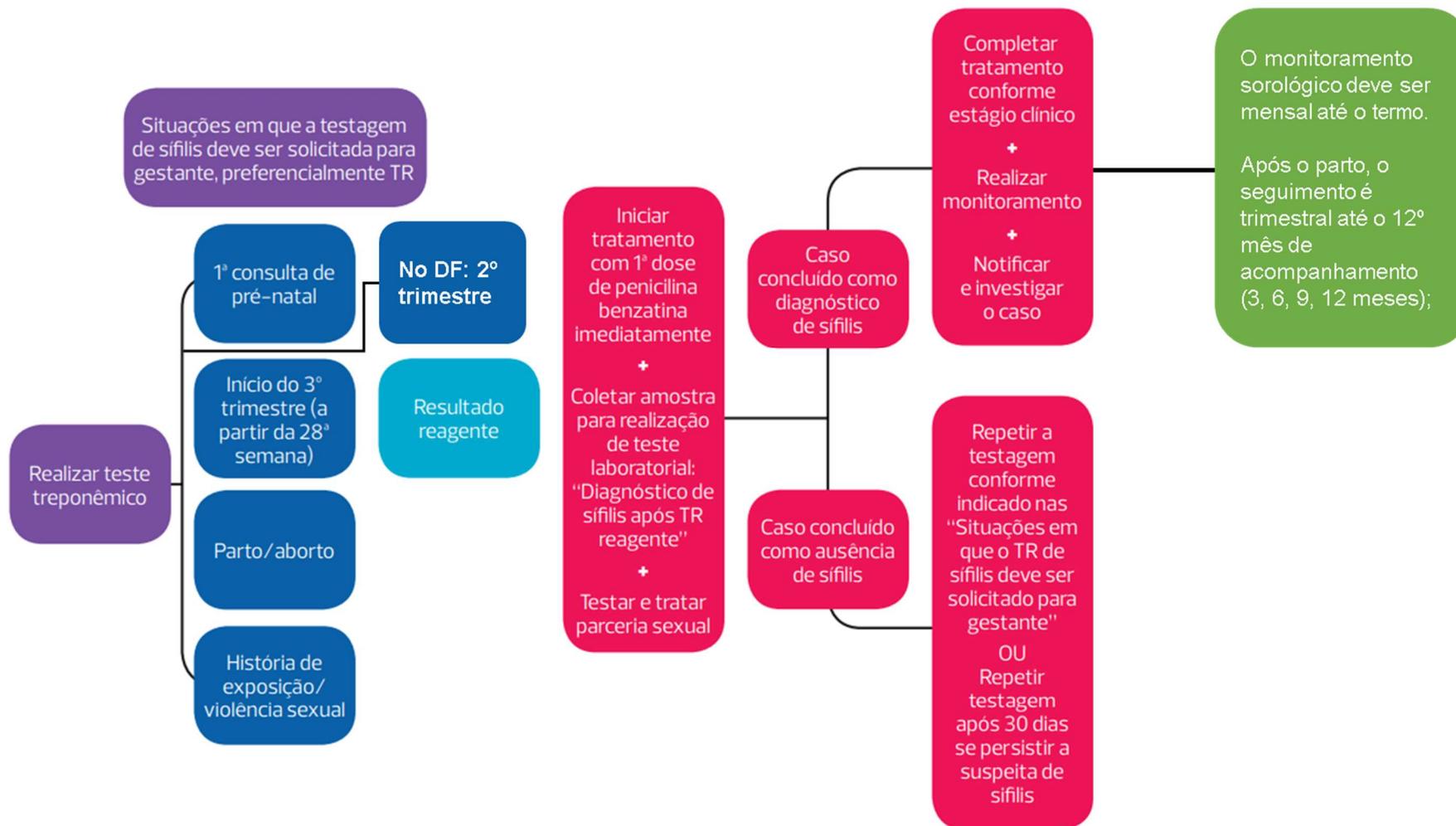
Indicador 1				
Cobertura de consultas de pré-natal				
Meta: ≥95% de mulheres grávidas com seis consultas de pré-natal				
Meta anual	2021	2022	2023	2024
Linha de base (2019 – 46%)	55%	75%	85%	≥ 95%
Título	Cobertura de consultas no pré-natal.			
Tipo	Processo			
Classificação do indicador	Cobertura			
Interpretação (o que mede?)	Mede o percentual de mulheres com filhos nascidos-vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.			
Uso (para qual fim?)	Avaliar o acesso oportuno ao cuidado pré-natal; Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado pré-natal; Incentivar a captação precoce de mulheres grávidas para início oportuno do pré-natal Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores como a mortalidade materna, infantil e transmissão vertical.			
Fonte	Sinasc, e-SUS-AB e SISAB			
Periodicidade de monitoramento	Mensal			
Índice de referência	2019			
Parâmetro	≥95%			
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal}}{\text{n}^\circ \text{ total de nascidos vivos}} \times 100$			
Método do cálculo	Número de nascidos-vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal, sobre o número total de nascidos-vivos de mulheres residentes x 100.			
Polaridade	Quanto maior melhor			
Cumulatividade	Cumulativo dentro do período de 42 semanas			
Limitações	Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde ¹ , em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo ² . ¹ Ministério da Saúde. Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000. ² O formulário prevê as seguintes categorias: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais consultas. Até o ano de 2000, estavam também em vigor formulários que continham apenas as seguintes categorias: nenhuma, 1 a 6, 7 e mais consultas. Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas.			

	<p>Desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos.</p> <p>A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.</p> <p>A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.</p> <p>Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.</p>			
Indicador 2				
Proporção de gestantes com teste rápido para sífilis realizado				
Meta: 95% das mulheres grávidas com um teste rápido, por trimestre, no pré-natal mais um no parto				
Meta anual	2021	2022	2023	2024
Linha de base (2019 – 46 %)				95%
Título	Proporção de gestantes com realização de exame (TR) para sífilis			
Tipo	Cobertura			
Classificação do indicador	Processo			
Interpretação (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes que realizaram exame de sífilis durante o pré-natal realizado na APS, ou seja, a sorologia avaliada e teste rápido realizado. Em relação ao total de gestantes estimadas no DF.			
Uso (para qual fim?)	<p>O objetivo desse indicador é mensurar quantas gestantes realizam TR para sífilis no pré-natal, em relação a quantidade estimada de gestantes que o DF possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos as usuárias da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador.</p> <p>Avaliar o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação;</p> <p>Avaliar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em quatro oportunidades durante o pré-natal e no momento do parto.</p> <p>Reduzir a transmissão vertical.</p> <p>Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado pré-natal;</p> <p>Incentivar a captação precoce de mulheres grávidas para início oportuno do pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos;</p> <p>Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores como mortalidade materna, infantil e número de casos de sífilis congênita.</p>			
Fonte	e-SUS-AB, Trakcare, SIA/SUS, SIH/SUS, SISAB e Sistemas de Informação Oficial de dados local			

Periodicidade de monitoramento	Trimestral			
Índice de referência	2019			
Parâmetro	Quatro exames por gestante			
Fórmula de cálculo	n° de gestantes com teste rápido realizado para sífilis/parâmetro de cadastro/população x n° nascidos-vivos OU n° gestantes identificadas ¹ ¹ O denominador será o que apresentar o maior valor			
Método do cálculo	<p>Numerador: Número de mulheres com gestações finalizadas no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente nesta equipe que tiveram um atendimento individual; que realizou o procedimento de teste rápido para Sífilis (é aceito a marcação do campo rápido ou o SIGTAP correspondente)</p> <p>Denominador: Será considerado a mensuração que obtiver o maior resultado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Estimado: O menor resultado de quadrimestre da quantidade de nascidos vivos no período de 2014 a 2017 (apresentado no TABNET), com a correção da proporção do parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE) em relação à população Codeplan, ou 2- Informado: Quantidade de gestantes cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com gestações finalizadas (considerando a data provável do parto (DPP) + 14 dias) no período. 			
Polaridade	Quanto maior melhor			
Cumulatividade	Cumulativo dentro do período de 42 semanas			
Limitações	O indicador se refere à população que faz uso da APS, por esse motivo apresenta a correção populacional nas estimativas. Assim é possível acompanhar a quantidade de gestantes que deveriam ter realizado o exame por cada equipe dado os resultados do SINASC.			
Observação	Quando o número de gestantes cadastradas pela equipe supera a quantidade de gestantes esmada pelo SINASC é utilizado o número de gestantes cadastradas. O indicador na granulação equipe tem como função o suporte ao monitoramento dos resultados, para que o gestor identifique onde o necessita mais atenção, entretanto para o pagamento será considerado o valor no nível municipal.			
Indicador 3				
Proporção de gestantes com sífilis realizando tratamento adequado				
Meta: ≥95% das mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis recebendo tratamento adequado				
Meta anual	2021	2022	2023	2024
Linha de base (2019 – 45%)	65%	80%	90%	≥95%
Título	Proporção de gestantes com sífilis realizando tratamento adequado.			
Tipo	Processo			

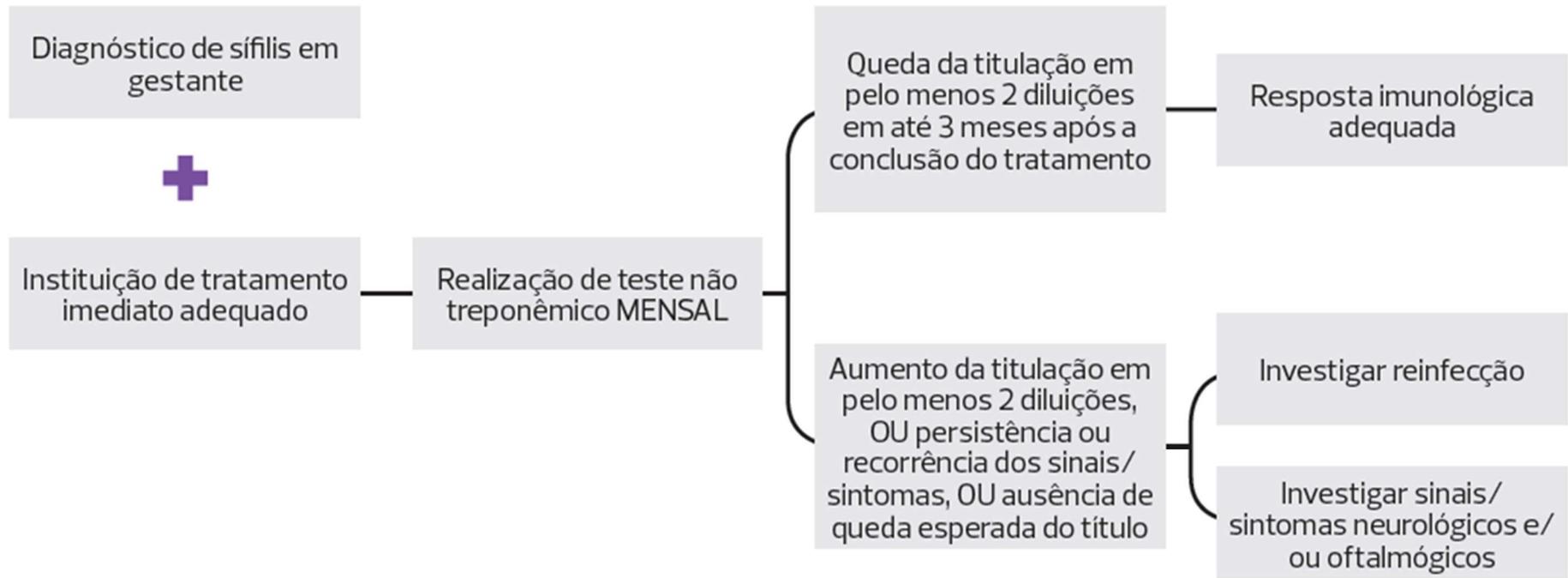
Classificação do indicador	Qualidade
Interpretação (o que mede?)	Mede a proporção de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal e tratadas com penicilina benzatina, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado
Uso (para qual fim?)	Avaliar o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação; Avaliar a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em quatro oportunidades durante o pré-natal e no momento do parto. Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação do cuidado pré-natal; Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores como mortalidade materna, infantil e número de casos de sífilis congênita.
Fonte	Sinan, e-SUS-AB, Trakcare e Sistemas de Informação Oficial de dados local.
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Índice de referência	2019
Parâmetro	≥95%
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de gestantes com sífilis tratadas com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença}}{\text{n}^\circ \text{ de gestantes com sífilis no mesmo período}} \times 100$
Método do cálculo	Número de gestantes com sífilis adequadamente tratadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, sobre o número de gestantes com sífilis para o mesmo espaço geográfico e período.
Polaridade	Quanto maior melhor
Cumulatividade	Cumulativo dentro do período de 42 semanas
Limitações	Falhas na alimentação da informação no SIH, SIA e no podem interferir nos resultados e exigem cautela na interpretação.
Observação	Para o numerador considerar os seguintes códigos 0301100020 - Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente) Para o denominador considerar o total de gestantes com sífilis

ANEXO II – CONDUTA NA GESTANTE COM SÍFILIS



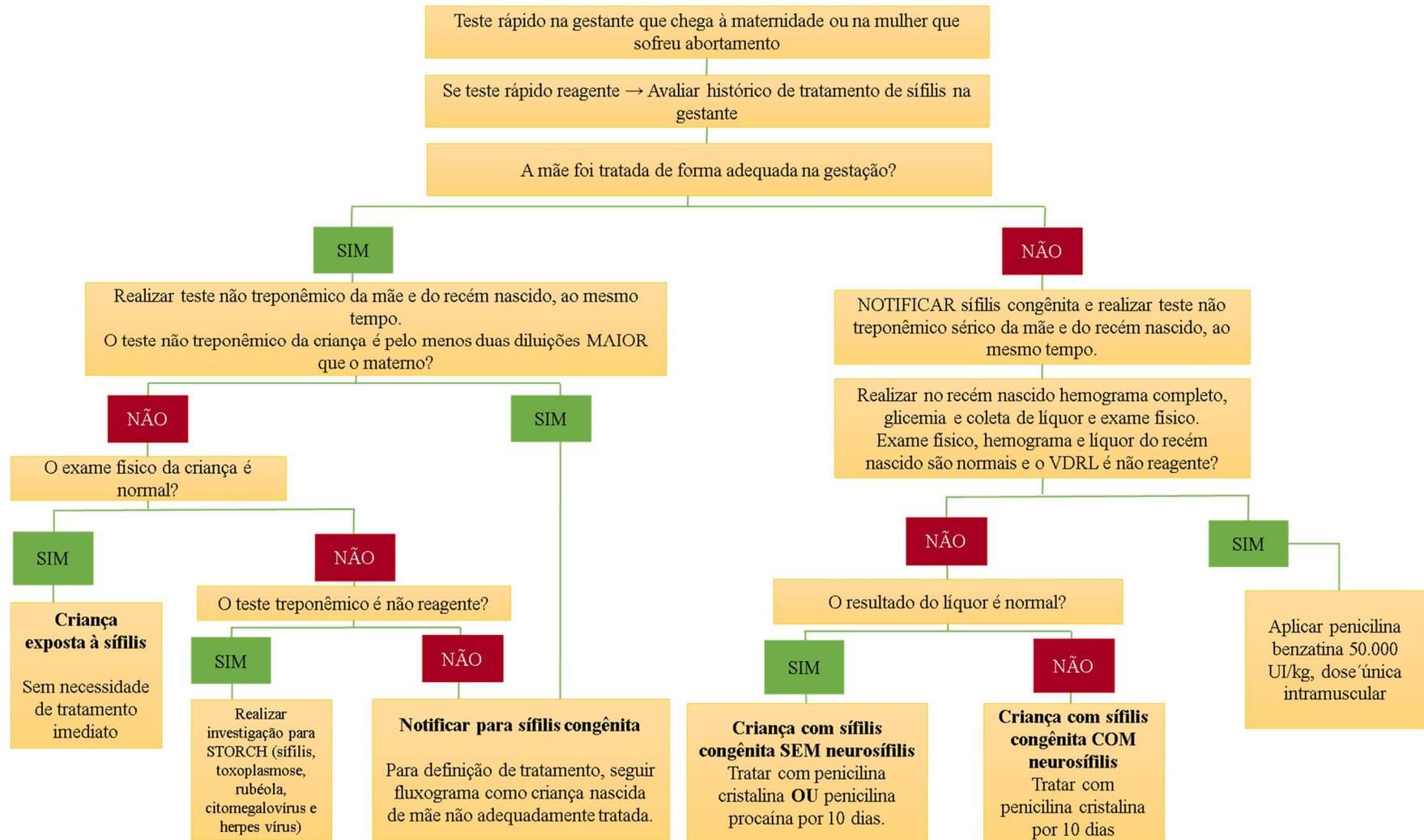
Fonte: DCCI/SVS/MS.

ANEXO III – SEGUIMENTO DA GESTANTE COM SÍFILIS



Fonte: Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. MS, 2020.

ANEXO IV – CONDOTA NA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E NA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS



Fonte: Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. MS, 2020.

ANEXO V – LINHA DE CUIDADOS DA MULHER, CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

Atenção básica PRÉ-NATAL

- ✓ Ter cobertura de pré-natal de todas as mulheres gestantes e suas parcerias sexuais. Idealmente, fazer seguimento e planejamento reprodutivo incluindo rastreio de IST e abordagem à saúde sexual e prevenção combinada.
- ✓ FAZER teste rápido para sífilis no pré-natal, em todos os trimestres de gestação, parto e puerpério.
- ✓ REALIZAR tanto testagem rápida (TR) para sífilis quanto VDRL (teste não treponêmico).
- ✓ NOTIFICAR todos os casos de sífilis em gestante.
- ✓ Aplicar penicilina benzatina na gestante e DOCUMENTAR tratamento na caderneta da gestante e prontuário.
- ✓ MONITORAR mensalmente a gestante com VDRL.
- ✓ ORIENTAR a gestante quanto ao risco de nova exposição à sífilis.
- ✓ Realizar TR para HIV, Sífilis, Hepatite B e C nas parcerias.
- ✓ TRATAR as parcerias sexuais da gestantes, com resultados da TR para sífilis positivo, presumivelmente com 1 dose de penicilina benzatina ou de acordo com o estadiamento da sífilis diagnosticada.
- ✓ MONITORAR parcerias com VDRL aos 3, 6, 9, 12 e 18 meses, conforme protocolo de sífilis adquirida.
- ✓ NOTIFICAR todos os casos positivos nas parcerias como sífilis adquirida.
- ✓ Referenciar gestante para maternidade/casa de parto com histórico de tratamento e resultado de exames realizado durante o pré-natal com número da notificação no SINAN.

Maternidade/ Casa de parto

- ✓ Receber referência da atenção básica quanto ao histórico de tratamento e resultado de exames realizados durante o pré-natal, anotados na caderneta da gestante e prontuário.
- ✓ FAZER teste rápido para sífilis e HIV no momento do parto ou abortamento.
- ✓ Realizar parto de acordo com indicação obstétrica, levando em consideração PCDT TV (Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Transmissão vertical).
- ✓ Recém nascido deve ser avaliado ao nascimento quanto ao histórico de tratamento materno e presença OU ausência de sinais/sintomas clínicos.
- ✓ Se criança assintomática e VDRL menor que materno até 1 titulação maior que o materno, confirma caso como CRIANÇA EXPOSTA. NÃO notificar.
- ✓ Se criança sintomática ou tratamento materno não adequado ou não realizado: tratar, notificar e realizar seguimento, conforme PCDT IST (Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas– Infecções Sexualmente Transmissíveis).
- ✓ NOTIFICAR a mãe como sífilis em gestante cas não haja registro no SINAN.
- ✓ Fazer conta referência para atenção básica de modo a garantir o seguimento clínico e laboratorial da criança, na puericultura, e da mãe.
- ✓ O tratamento da criança na maternidade NÃO dispensa seguimento posterior na atenção básica.

Atenção básica COORDENADOR DO CUIDADO

- ✓ Receber referência da maternidade quanto à investigação clínica e laboratorial da criança e da mãe.
- ✓ AVALIAR se o tratamento da criança foi adequado.
- ✓ FAZER seguimento clínico e laboratorial da criança e da mãe.
- ✓ Realizar puericultura conforme orientações da saúde da criança.
- ✓ Coordenar o cuidado de ambos: referência e contra referência para especialidade de acordo com protocolos e necessidade clínica.
- ✓ MONITORAR aparecimento de sintomas neurológicos e ENCAMINHAR para serviço de especialidade, de acordo com a necessidade clínica.
- ✓ Manter diálogo com mulher puérpera sobre saúde sexual, oferta de prevenção combinada e rastreio de IST.
- ✓ AVALIAR e TESTAR parcerias sexuais.
- ✓ NOTIFICAR, TRATAR e MONITORAR parcerias sexuais com TR positivo, conforme PCDT IST.
- ✓ Toda pessoa com sífilis deverá ser rastreada para HIV e outras IST.

Serviços de especialidade

- ✓ Receber referência da atenção básica e avaliar a alteração apresentada no seguimento da criança ou da mãe.
- ✓ Fornecer contra referência à atenção básica.

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. MS, 2020.

ANEXO VI – NOTA TÉCNICA Nº 9/2020 – SES/SVS/DIVEP/GEVIST - ORIENTAÇÕES SOBRE O MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL

02/08/2020

SEI/GDF - 44303801 - Nota Técnica



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis

Nota Técnica N.º 9/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST

Brasília-DF, 28 de julho de 2020.

Assunto: Orientações para o Manejo Clínico dos casos de Sífilis Congênita no Distrito Federal

Esta Nota Técnica tem como objetivo apresentar as atualizações e orientações no manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Distrito Federal.

Contextualização

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo (WHO, 2014), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Primária à Saúde (APS) e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros.

Em 2018, no Distrito Federal (DF), foram notificados 384 casos de sífilis congênita, um número maior de ocorrência (108 casos) em relação a 2017. O coeficiente de detecção (CD) vem apresentando crescimento desde 2013, sem sinal de desaceleração. Entre 2013 e 2018 o CD apresentou um aumento de 5,3%.

O aumento no número de casos de sífilis congênita, associada ao incremento na detecção da sífilis em gestantes (de 3,1 em 2013, para 9,4 em 2018, por 1.000 NV), tem mostrado que as ações que vêm sendo realizadas no DF para a eliminação da sífilis congênita ainda não são suficientes para o controle e eliminação da doença.

A 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. Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (CDC, 1999). Em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação a criança nasce com infecção congênita, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (BERMAN, 2004; BLENCOWE et al., 2011).

Portanto, trata-se de uma doença que pode ser prevenida, sendo possível alcançar a eliminação da sífilis congênita por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais (WHO, 2012). Além disso, o risco de desfechos desfavoráveis à criança será mínimo se a gestante receber tratamento adequado e precoce durante a gestação.

Recomendações aos profissionais de saúde do pré-natal quanto ao risco de sífilis congênita

Para o combate à sífilis congênita, o tratamento da gestante com benzilpenicilina benzatina após um teste reagente é fundamental. Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para o conceito. A benzilpenicilina benzatina é segura e a melhor opção para o tratamento da mãe e da criança. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal, é impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe-bebê.

Parceiros sexuais de gestantes com sífilis devem ser tratados, apesar de não fazerem parte da definição de caso de sífilis congênita. O não tratamento dos parceiros pode levar à reinfecção das gestantes, muitas vezes no período próximo ao parto. No DF, apenas 51% dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis foram tratados em 2018.

A Atenção Primária à Saúde é responsável pelo acompanhamento dos casos de crianças expostas à sífilis ou sífilis congênita até 18 ou 24 meses de vida, com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além da realização dos testes de sífilis e exames complementares descritos em quadros no final deste documento. Assim, todas as crianças devem ser encaminhadas para seguimento na APS.

O seguimento laboratorial com testes não treponêmicos poderá ser suspenso quando a criança apresentar dois resultados não reagentes consecutivos. A persistência de VDRL/RPR reagentes implica em reinvestigação da criança e tratamento, quando indicado.

A realização de teste treponêmico após os 18 meses de idade, embora não seja obrigatório, é importante especialmente em crianças que não preencheram critério para tratamento na maternidade. Na ocorrência de resultado reagente, estas crianças devem ser investigadas, tratadas e notificadas.

Recomendações aos profissionais de saúde da atenção secundária e maternidades quanto ao risco de sífilis congênita

As crianças com sífilis congênita devem ser investigadas ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, exames complementares e resultado do teste não treponêmico.

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

Independentemente do histórico de tratamento materno, as crianças com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições (ex.: mãe 1:4 e RN \geq 1:16) são consideradas caso de sífilis congênita, devendo ser notificadas, investigadas, tratadas e acompanhadas quanto a aspectos clínicos e laboratoriais.

Todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar e análise do líquido.

As crianças com manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente preenchem critério para sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento e das titulações dos testes não treponêmicos.

Para as demais situações em que a criança é classificada como sífilis congênita, consultar o Fluxograma para o manejo clínico da criança exposta e da criança com sífilis congênita

Todas as crianças que preencherem o critério de sífilis congênita devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme Fluxograma de vigilância epidemiológica.

As crianças expostas devem ser informadas aos núcleos de vigilância epidemiológica e imunização (NVEPI) para o monitoramento do seguimento, estas crianças não devem ser notificadas no Sinan.

A conduta de identificar adequadamente crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar crianças com sífilis congênita, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas. É essencial garantir o seguimento de todas as crianças expostas à sífilis, excluída ou confirmada a doença em uma avaliação inicial, na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento na maternidade.

A sífilis congênita pode trazer complicações para a criança, sendo importante que os casos sejam avaliados por especialistas no seguimento pós-neonatal, a cada seis meses, durante dois anos. As avaliações são necessárias para detectar alterações oftalmológicas (coriorretinite, glaucoma, atrofia óptica, ceratite intersticial), audiológicas (perda auditiva sensorial) e neurológicas (atraso no desenvolvimento psicomotor). Para casos com alterações líquóricas na maternidade é recomendada a coleta de líquido a cada 6 meses, até a sua normalização. Estas avaliações serão encaminhadas pela APS.

Cuidados essenciais

Diante do contexto e recomendações apresentados, orientamos que seja utilizado no DF, para o manejo clínico dos casos de sífilis congênita, o "PROTÓCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS" e que sejam implementadas as recomendações no manejo dos casos, como:

1. Realizar teste não treponêmico em sangue periférico de todos os recém-nascidos de mães com testes reagentes para sífilis no momento do parto.

2. Recém-nascidos de mães tratadas adequadamente para sífilis, mas com teste não treponêmico reagente, com titulação pelo menos duas diluições MAIOR que o materno, devem ser investigados (realizar radiografia de ossos longos, hemograma e coleta de líquido), independentemente da presença de sinais e sintomas clínicos.

3. Recém-nascidos de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente: realizar radiografia de ossos longos e coleta de líquido cefalorraquidiano mesmo quando apresentarem resultados não reagentes em testes não treponêmicos e independentemente da presença de sinais e sintomas clínicos.

4. Crianças nascidas de mulheres com diagnóstico de sífilis **anterior a gestação atual**, com **histórico documentado de tratamento adequado** dessa sífilis anterior à gestação, com **documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições** (ex.: antes, 1:16, depois, menor ou igual a 1:4), e que **durante a gestação atual se mantiveram com títulos de teste não treponêmico baixos e estáveis**, não são consideradas crianças expostas à sífilis, e não precisam coletar VDRL no momento do parto.

5. Seguimento ambulatorial clínico e com testes não treponêmicos por 18 a 24 meses para todas as crianças com sífilis congênita ou expostas à sífilis materna.

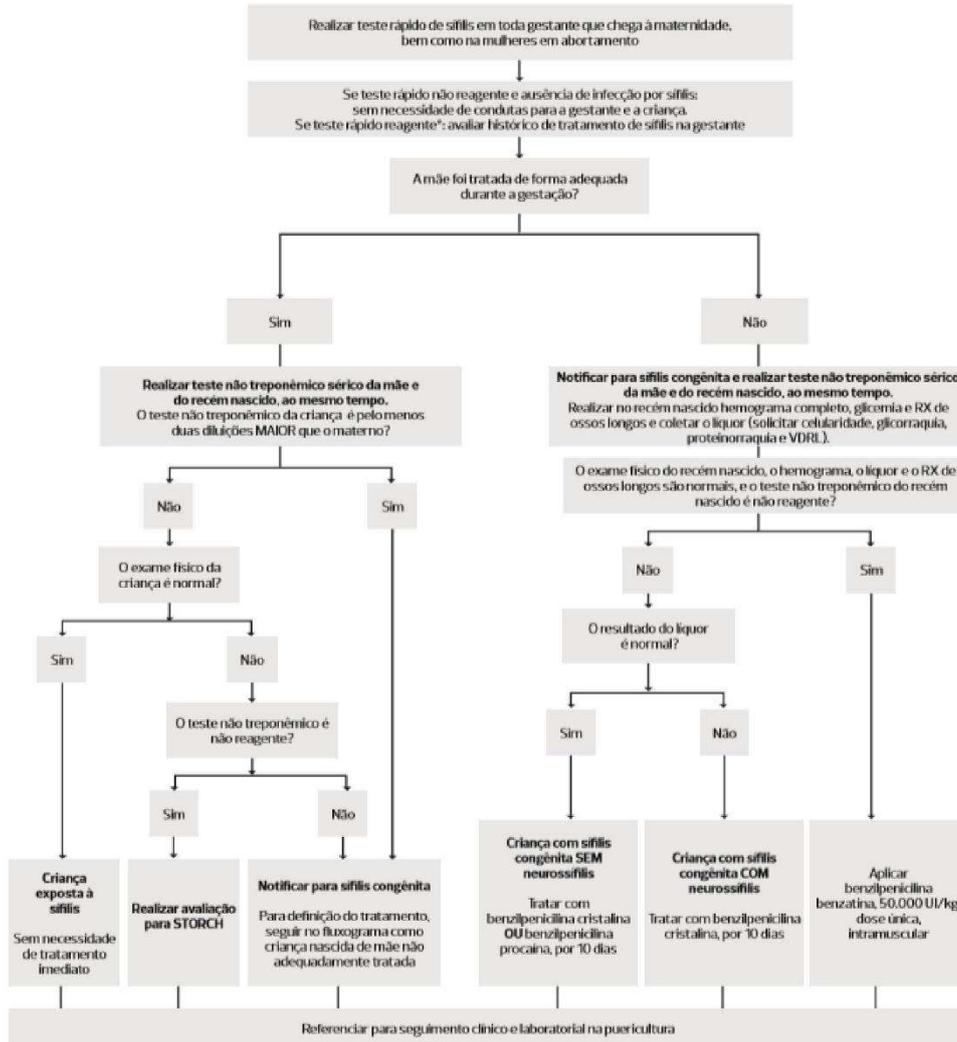
6. Suspender a realização de teste não treponêmico quando obtiver dois resultados não reagentes consecutivos, durante o seguimento ambulatorial da criança com sífilis congênita ou exposta à sífilis.

7. Realizar avaliação audiológica, neurológica e oftalmológica, a cada seis meses durante dois anos;

8. Realizar teste treponêmico após os 18 meses de idade.

Abaixo são apresentados: Fluxograma para o manejo clínico e Fluxograma para vigilância epidemiológica, com os critérios de notificação de casos vigentes no Brasil, Quadros de Exames Complementares e Seguimento Ambulatorial.

1. FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DA CRIANÇA EXPOSTA E DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT – Teste não treponêmico periférico.

*Crianças nascidas de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação atual, com histórico documentado de tratamento adequado dessa sífilis anterior à gestação, com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: antes, 1:16, depois, menor ou igual a 1:4), e que durante a gestação atual se mantiveram com títulos de teste não treponêmico baixos e estáveis, não são consideradas crianças expostas à sífilis, e não precisam coletar VDRL no momento do parto.

2. FLUXOGRAMA PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SITUAÇÃO 1
<ul style="list-style-type: none"> › Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequada^{b,c}
<p>^a Ver definição de sífilis em gestantes. ^b 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. ^c Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.</p>
SITUAÇÃO 2 ^d
<ul style="list-style-type: none"> › Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: <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 exposta^e; » 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>^d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual. ^e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.</p>
SITUAÇÃO 3
<ul style="list-style-type: none"> › Evidência microbiológica^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.
<p>^f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado). 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. Todavia, o risco de reinfecção 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 reinfecções nas gestantes que foram tratadas adequadamente, especialmente para a sífilis.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.

3. TESTES DE SÍFILIS PARA A CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

TESTES DE SÍFILIS	NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.	Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: 1:4 e materno 1:2): baixo risco de SC. Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: sífilis congênita. Tratar conforme a Figura 9 e realizar notificação imediata do caso de sífilis congênita. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada. Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para SC, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.
Teste treponêmico	Não realizar	NÃO é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses de 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. Crianças com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de sífilis congênita.

Fonte: adaptado de Workowski; Bolan, 2015; Hardy et al., 1970; Rawstron et al., 2001; Chang et al., 1995; Lago et al., 2013.

4. SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	<p>A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento no nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno (ver Quadro 23, referente às manifestações precoces de sífilis congênita). Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno.</p> <p>Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno.</p> <p>Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p> <p>Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.</p>

Fonte: Brasil, 2017e.

5. TESTES E EXAMES COMPLEMENTARES PARA A CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

Exames complementares	Maternidade	Seguimento	O que avaliar
Teste não treponêmico	Coletar amostras de sangue periférico do RN e da mãe pareadas para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.	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 realizar	NÃO é obrigatório Pode ser realizado a partir dos 18 meses	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período

		de idade	<p>intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente.</p> <p>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.</p>
Hemograma	Sim	De acordo com alterações clínicas	<p>Anemia hemolítica com Coombs não reagente no período neonatal ou crônica não hemolítica no período pós-natal.</p> <p>Leucopenia ou leucocitose.</p> <p>Hemólise pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e macroglobulinemia. Esse quadro pode durar semanas e costuma não ser responsivo à terapêutica.</p>
Plaquetas	Sim	De acordo com alterações clínicas	Trombocitopenia
Transaminases (ALT/AST), bilirrubina (total e direta), albumina	Sim	De acordo com alterações clínicas	<p>Aumento das transaminases</p> <p>Icterícia</p>
Eletrólitos (pelo menos sódio, potássio, magnésio sérico)	Sim	De acordo com alterações clínicas	Distúrbios hidroeletrólíticos
Líquor (LCR)	Sim	Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurossífilis), até normalização.	<p>VDRL reagente no líquor</p> <p>Pleocitose</p> <p>Proteína aumentada</p>
Radiografia de ossos longos	Sim	De acordo com alterações clínicas	<p>Bandas metafisárias luzentes (diagnóstico diferencial com outras doenças sistêmicas);</p> <p>Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metafise proximal tibial (sinal de Wimberger – diagnóstico diferencial com osteomielite e hiperparatireoidismo neonatal);</p>

			<p>Serrilhado metafisário (sinal de Wegener);</p> <p>Periostite diafisária com neoformação óssea (pode acontecer em outras patologias);</p> <p>Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.</p>
Radiografia de tórax	Sim	De acordo com alterações clínicas	A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina, é mais comum encontrar infiltrado difuso envolvendo todos os campos pulmonares.
Neuroimagem	A critério clínico	De acordo com alterações clínicas	Realizar neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável.

Fonte: DCCI/SVS/MS

6. SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º e 18º mês), com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	<p>A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno (Quadro 22, referente às manifestações precoces de sífilis congênita). Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno.</p> <p>Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno.</p> <p>Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p> <p>Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.</p>

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
Consulta audiológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.
Consulta neurológica	Semestrais por 2 anos	Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Referências:

WHO (World Health Organization). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2014.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Congenital syphilis – United States, 1998. MMWR, [S.I.], v. 48, n. 34, p. 757, 3 set. 1999.

BERMAN, S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization, [S.I.], v. 82, n. 6, p. 433-438, 2004. p. 148.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M. et al. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Public Health, [S.I.], v. 11, supl. 3, p. S9, 2011. p. 148.

WHO (World Health Organization). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO, 2012.

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, 2020. 248 p.

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 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. 248 p.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELA MENDES DOS SANTOS MAGALHAES - Matr.0156496-X, Enfermeiro(a)**, em 30/07/2020, às 12:58, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BEATRIZ MACIEL LUZ - Matr.1665092-1, Gerente de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 30/07/2020, às 16:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CASSIO ROBERTO LEONEL PETERKA - Matr.1694104-7, Diretor(a) de Vigilância Epidemiológica**, em 31/07/2020, às 16:36, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

02/08/2020

SEI/GDF - 44303801 - Nota Técnica



Documento assinado eletronicamente por **EDUARDO HAGE CARMO - Matr.1689080-9, Subsecretário(a) de Vigilância à Saúde**, em 31/07/2020, às 17:15, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **44303801** código CRC= **90F9A991**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF

00060-00324090/2020-60

Doc. SEI/GDF 44303801

ANEXO VII: PROTOCOLOS E NOTAS TÉCNICAS DE ENCAMINHAMENTO

Protocolo de Regulação de Consulta Oftalmológica - Portaria SES-DF Nº27 de 15/01/2019, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.

Nota Técnica Critérios de encaminhamento de pacientes para realização de consulta fisioterapêutica em neurologia na infância - Nota Técnica SEI-GDF n.º 27/2019 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB

Nota Técnica Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta em Neurologia Pediátrica - Nota Técnica N.º 8/2020 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESAMB

Nota Técnica Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Pediatria Geral - Nota Técnica SEI-GDF n.º 11/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS