



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 "PROTOCOLO 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 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.

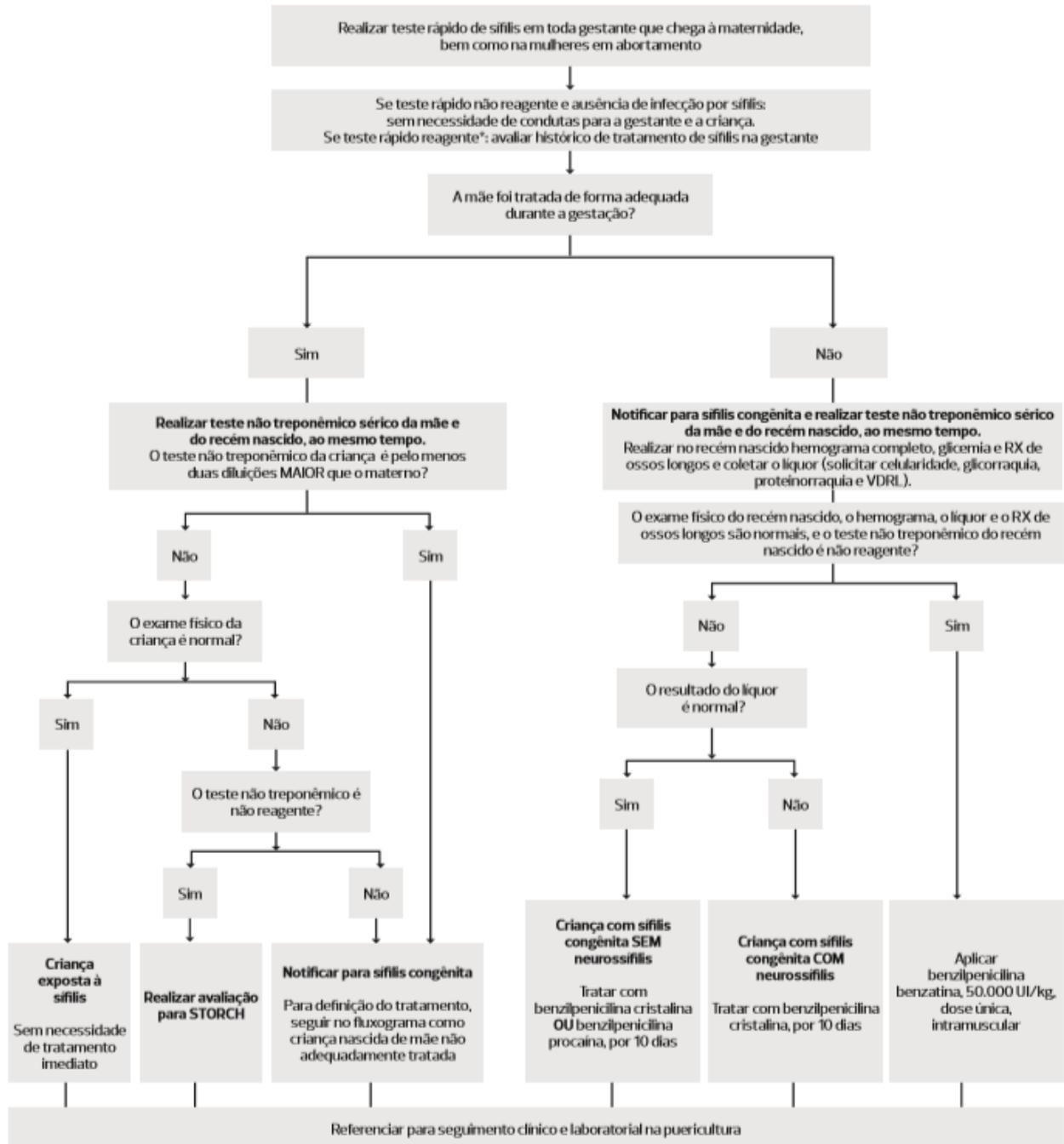
6. Suspender a realização de teste não treponêmico quando obtiver dois resultados não reagentes consecutivos, durante o seguimento ambulatorial da criança com sífilis congênita ou exposta à sífilis.

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

- › Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequada^{b,c}

^aVer definição de sífilis em gestantes.

^bTratamento 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.

^cPara fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

SITUAÇÃO 2^d

- › Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:
 - » 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.

^dNessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual.

^eSeguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

SITUAÇÃO 3

- › Evidência microbiológica^f de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

^fDeteção do *Treponema pallidum* 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.

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	<p>Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação.</p> <p>Não realizar coleta de cordão umbilical.</p>	<p>Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.</p> <p>Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.</p>
Teste treponêmico	Não realizar	<p>NÃO é obrigatório.</p> <p>Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.</p>	<p>Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente.</p> <p>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.</p>

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	<p>Coletar amostras de sangue periférico do RN e da mãe pareadas para comparação.</p> <p>Não realizar coleta de cordão umbilical.</p>	<p>Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após:</p> <p>Dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições.</p>	<p>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.</p> <p>Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.</p>
Teste treponêmico	Não realizar	<p>NÃO é obrigatório</p> <p>Pode ser realizado a partir dos 18 meses de</p>	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos)

		idade	<p>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.</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. Leucopenia ou leucocitose. 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 (neurosífilis), até normalização.	<p>VDRL reagente no líquido</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 no 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	<p>Buscar anomalias auditivas.</p> <p>A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.</p>
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.



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?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)
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