ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO AS IST/HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 001/2021 – IST/AIDS/HV/DASCA/DASMU/SAPS/SAPAPVS/SES

Orientações sobre o diagnóstico, tratamento, seguimento clínico-laboratorial e vigilância na Linha de Cuidado da Sífilis nos diferentes níveis de atenção do SUS.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum.* A transmissão ocorre principalmente por via sexual (oral, vaginal ou anal). A infecção pode ser classificada como congênita (transmitida da mãe para o bebê ainda no útero) ou adquirida (através de sexo ou transfusão sanguínea). A sífilis adquirida pode ser classificada em recente (com menos de um ano de evolução) ou tardia (com mais de um ano de evolução). A sífilis adquirida recente pode se apresentar nas formas primária, secundária ou latente recente e a tardia, nas formas latente tardia ou terciária. O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestação não diferem do período não gestacional.

A infecção quando transmitida durante a gestação –transmissão vertical - contribui com um aumento superior a 40% da mortalidade fetal, caso a gestante não seja tratada ou tratada de forma inadequada, favorecendo o aumento de abortamentos, natimortalidade, prematuridade, peso baixo ao nascer, retardo mental, lesões cutâneas, malformações e manifestações clínicas precoces ou tardias da sífilis congênita, que acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, embora tenha tratamento eficaz, seguro e de baixo custo.

A sífilis é considerada um grave problema de saúde pública, com impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, acarretando infertilidade e complicações na gravidez e parto e agravos à saúde da criança. Tem também um impacto indireto na facilitação da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A sua eliminação é um desafio para os serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade. Na gestação, a sífilis é classificada como uma emergência fetal, devido à elevada proporção de mortes fetais precoces ou tardias relacionadas à falta de tratamento ou tratamento inadequado.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita foram alterados pelo Ministério da Saúde, a partir de 2017, com a finalidade de proporcionar o aumento da sensibilidade na captação dos casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes.

De acordo com os dados epidemiológicos (BRASIL, 2021), trata-se de problema de alta magnitude no mundo e no Brasil. A Organização Mundial de Saúde estima mais de 12 milhões de pessoas com sífilis no planeta. Em 2016, foram 6,3 milhões de novos casos de sífilis no mundo, sendo a prevalência em homens e mulheres de 0,5%, com variações regionais entre 0,1% a 1,6%. A rede de servicos de saúde requer atuação dos gestores, profissionais de saúde e sociedade civil organizada para alcance dos objetivos de redução desses agravos.

Em 2019, foram notificados no SINAN 152.915 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes); 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos); e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos).

Os dados epidemiológicos oficiais no Brasil, ano 2020, revelam que o número de casos de sífilis adquirida na população adulta, sífilis em gestantes e sífilis congênita cresceu em nosso país, no período de 2014 a 2018.

No Estado do Maranhão, os dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, ano 2020, demonstram que nos últimos cinco anos, houve um aumento dos casos notificados. De 2017 para 2018, de 62,8% nos casos de sífilis em gestantes, e de 25,3% nos casos de sífilis adquirida e de 60% nos casos de sífilis congênita.

É preciso envidar esforços para atingir a meta de eliminação de sífilis congênita proposta pela OPAS/OMS – 0,5 casos por mil nascidos vivos (incluídos os natimortos), pois apesar da mudança na definição de caso, tornando-a mais específica, o número de ocorrências mantém-se ascendente, contribuindo para a elevação da taxa de incidência a valores muito acima do esperado para sua eliminação. Portanto, todo e qualquer caso de sífilis congênita deve ser visto como inaceitável, considerando a disponibilidade de diagnostico ágil e tratamento simples para gestantes e suas parcerias sexuais, durante o seguimento de pré-natal, na atenção primária do Maranhão e do Brasil em geral.

SÍFILIS ADQUIRIDA

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

Nas fases iniciais a sintomatologia é variável e desaparece, independentemente de tratamento. As manifestações clínicas propiciam a suspeição clínica, mas não há sinal ou sintoma exclusivo, o que pode gerar confusão com outras patologias e dificultar o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NA GESTANTE

Para o diagnóstico de sífilis é necessário reunir dados clínicos, resultados de testes diagnósticos, histórico de infecções anteriores e investigação de recente exposição sexual de risco. A

análise da história sexual tem relevância para a elucidação diagnóstica, o que exige habilidade profissional e garantia de confidencialidade.

Os testes sorológicos podem ser:

1. TREPONÊMICOS: teste rápido (TR), hemaglutinação passiva (TPHA ou MHATP), aglutinação de partículas (TPPA), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (Elisa ou CLIA/CMIA). Estes testes são os mais específicos, os primeiros a se tornarem reagentes, mas tendem a ficar positivos por toda a vida, não servindo, portanto, para monitoramento de tratamento.
2. NÃO TREPONÊMICOS, como o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (teste de reagin plasmática rápido), que são quantitativos (expressos em títulos 1:2, 1:4 etc.) e utilizados para triagem e monitoramento da infecção, pois tendem à negativação após o tratamento e por isso são utilizados no seguimento.

Recomenda-se iniciar a investigação por um teste treponêmico, de preferência o teste rápido, devido à sua maior sensibilidade.

O Ministério da Saúde orienta que as gestantes devem ser testadas para sífilis:

1. Na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre);
2. No início do terceiro trimestre;
3. Na internação para o parto;
4. Em caso de abortamento ou natimortalidade;
5. Em situação de exposição de risco ou violência sexual.

Entretanto, considerando as frequentes situações não detectadas de reinfecções de gestantes após tratamento (em geral pela falta de tratamento adequado da parceria sexual) e visando um monitoramento mais rigoroso das gestantes, visando à meta de redução da sífilis congênita, a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão propõe a incorporação no Pré-natal de mais duas testagens para todas as gestantes, com uso do Teste Rápido:

1. **Na 24ª semana de gestação;**
2. **Entre a 34ª e 36ª semanas**.

O monitoramento clínico-laboratorial após tratamento da sífilis gestacional deve ser feito com teste não treponêmico (VDRL ou outro), mensal, durante toda a gestação, tendo em vista que os testes treponêmicos, como o teste rápido, podem permanecer positivos por toda a vida, a despeito do tratamento correto. Após o parto, esse seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento.

TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTANTE

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), recomenda o **tratamento imediato, com benzilpenicilina, após um teste, treponêmico (Teste Rápido, TPHA, FTA-ABS, ELISA) ou não treponêmico (VDRL), reagente para sífilis,** nas seguintes situações, independentemente da presença de sinais e sintomas: gestantes; vítimas de violência sexual; pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço); pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária e secundária; e pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

O tratamento, após o primeiro teste reagente, que deve ser imediato, não exclui a necessidade de realização de um segundo teste (Não treponêmico, como o VDRL), do seguimento clínico-laboratorial e do diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais. Há esquemas terapêuticos específicos conforme a classificação de manifestações clínicas da sífilis. A resolução dos sinais e sintomas após tratamento indica resposta à terapia. Deve ser realizado o monitoramento clínico pós-tratamento, com teste não treponêmico (VDRL ou outro), para determinar a resposta imunológica adequada.

A benzilpenicilina benzatina é o único medicamento seguro, que efetivamente trata a gestante com sífilis e o feto (visto que atravessa a barreira transplacentária), em conformidade com a Portaria 3.161 de 27 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O receio de ocorrência de reação anafilática, não deve ser impeditivo para a administração de penicilina na prevenção da sífilis congênita, em qualquer serviço do SUS, inclusive na APS, considerando sua raridade (0,002%, segundo levantamento das evidências cientificas constante no relatório de recomendação: "Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez", elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS - Conitec (BRASIL, 2015b).

A Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS determinou o seguinte: Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado. [...] Art. 3º A administração da penicilina deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico. Art. 4º Em caso de reações anafiláticas deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Destaca-se também a Decisão no 0094/2015, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, que reforçar a importância da administração da benzilpenicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica (COFEN, 2015), além da Nota Técnica COFEN/CTLN no 03/2017, que reafirma esse compromisso de cuidado à saúde (COFEN, 2017).

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é o local preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes e constituir tecido subcutâneo de menor espessura, o que implica poucos efeitos adversos e menor dor local. A região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo são outras opões para aplicação, quando é inviável a aplicação pela via IM nos locais indicados, devido à presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial).

Recomendações terapêuticas:

a) Para sífilis na gestação tratar sempre com dose total de 7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina, no esquema de 2,4 milhões de UI, intramuscular (1,2 milhão de UI em cada glúteo), 1 vez por semana, durante 3 semanas;

b) **Essencial tratar a parceria sexual da gestante com Sífilis, concomitantemente com o tratamento desta,** não havendo necessidade de confirmação sorológica. Devem ser envidados todos os esforços e estratégias para o sucesso desta prioritária ação.

Dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, intramuscular (1,2 milhão de UI em cada glúteo).

❖ **A penicilina G, administrada via parenteral, é a única terapia com eficácia documentada no tratamento de gestantes com sífilis e na prevenção da transmissão vertical da doença para o bebê, apresentando 98% de taxa de sucesso nessa prevenção.**

Considerando que eventualmente há relutância por parte de pacientes em receber a Penicilina Benzatina injetável, pelo fato de sua aplicação ser dolorosa, e visando aumentar a adesão das gestantes, e, em especial, dos parceiros de gestantes com sífilis, medidas para diminuir a dor durante aplicação da Penicilina Benzatina devem ser observadas e realizadas.
Uma medida que tem sido recomendada internacionalmente é realizar sua aplicação se acrescentando 0,5 ml de Cloridrato de Lidocaína a 2%, sem vasoconstritor. Evidências sustentam que isso reduz a dor durante a aplicação e nas primeiras 24 horas, além de não interferir nos níveis séricos da penicilina (Amir J, Ginat S, Cohen YH, et al., 2018; Morsy MMF, Mohamed MA, Abosedira MM, 2012).
Desta forma, a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão vem, através desse documento técnico, orientar aos profissionais médicos, no tratamento de gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais, para a prescrição de Lidocaína associada à Penicilina Benzatina, bem como aos profissionais de enfermagem para sua adequada diluição e aplicação.

A busca ativa de gestantes faltosas para completar o esquema terapêutico deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde. **A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).**

O tratamento é considerado adequado quando iniciado até 30 dias do parto e se o ciclo completo para o estágio clínico de sífilis tiver sido administrado.

Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão definidas como inadequadamente tratadas. O recém-nascido será classificado como caso de sífilis congênita e submetido à avaliação clínica, laboratorial e terapêutica e à notificação epidemiológica.

SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DAS PARCERIAS SEXUAIS.

Como já orientado acima, no caso de exposição sexual da grávida com sífilis (até 90 dias) recomenda-se a oferta de tratamento presuntivo às parceiras sexuais da gestante (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas). Esse tratamento é essencial. Porque interrompe a cadeia de transmissão e previne o nascimento de crianças com sífilis congênita. Sugere-se que seja realizado concomitantemente com o tratamento da grávida, não havendo necessidade de confirmação sorológica da parceria.

É de fundamental importância que os profissionais de saúde da rede básica estimulem a participação do pai/parceiro durante o pré-natal, para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio.

O Ministério da Saúde recomenda a utilização do "Guia do pré-natal do parceiro" para devida orientação do pré-natal do homem (BRASIL, 2016).

SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

A sífilis congênita é uma doença evitável, sendo possível alcançar a sua eliminação por meio de da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado nas gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais, no pré-natal (WHO,2012). A maior parte dos casos de sífilis congênita é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal, ou de tratamento ausente ou inadequado, da sífilis materna ou da parceria sexual. Eventualmente, essa transmissão pode ocorrer durante o nascimento, por contato direto com lesões de sífilis no canal de parto.

DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A avaliação inicial da criança exposta à sífilis deve ser realizada prioritariamente na **maternidade ou casa de parto**, considerando o histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação, sinais e sintomas clínicos da criança (frequentemente ausentes ou inespecíficos) e o teste não treponêmico (TNT) de sangue periférico da criança, comparado simultaneamente ao TNT materno no momento do parto. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois estas amostras de sangue fetal podem apresentar contaminações com o sangue materno e levar a resultados falso-reagentes.

Para exclusão da infecção congênita em criança exposta ao treponema, a mãe deve preencher todos os critérios de tratamento adequado, com confirmação em prontuário ou caderneta da gestante, e o exame físico do recém-nascido deve ser normal. O achado de qualquer sinal ou sintoma deve levar à investigação complementar para confirmação do diagnóstico. Além do exame físico, o teste não treponêmico deve ser realizado ao nascimento em toda criança exposta à sífilis.

TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

O tratamento da sífilis congênita no período neonatal é realizado com benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação ou da titulação de teste não treponêmico do recém-nascido comparado ao materno e dos exames clínicos e laboratoriais da criança.

Os casos diagnosticados com sífilis congênita após 1 (um) mês de idade (período pós-neonatal) e aqueles com sífilis adquirida deverão ser tratados com benzilpenicilina potássica/cristalina. Para as crianças com sífilis congênita que apresentem neurossífilis, a penicilina cristalina é o medicamento de escolha, sendo obrigatória a internação hospitalar. O esquema

completo, de dez dias com benzilpenicilina potássica/cristalina ou procaína, deve ser administrado mesmo nas situações em que a criança tenha recebido ampicilina por outras causas.

Recomendações quanto às opções terapêuticas:

Observação 1:

Tratamento materno adequado:

Registro de tratamento completo com benzilpenicilina benzatina, adequado para o estágio clínico, com primeira dose realizada até 30 dias antes do parto.

Observação 2:

Opções terapêuticas:

Benzilpenicilina potássica/cristalina 50.000 UI/kg, intravenosa, de 12/12h na primeira semana de vida, de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias.

Obs.: e necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.

Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias.

Obs.: e necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.

Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única.

Observação 3:

Investigação para STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus):

Portaria no 3.502, de 19 de dezembro de 2017, que instituiu a Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus (BRASIL, 2017).

Avaliação de acordo com as "Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde na Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional" (BRASIL, 2017).

Informações adicionais poderão ser obtidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) /Brasil 2020.

Todas as crianças, expostas à sífilis, e não expostas, devem ser acompanhadas de modo compartilhado na Atenção Básica, para o seguimento clínico e laboratorial, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança.

VIGILÂNCIA E CONTROLE

A sífilis adquirida, a sífilis congênita e a sífilis em gestante são de notificação **compulsória**. Médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços de saúde públicos e privados que prestam assistência ao paciente deverão obrigatoriamente notificar todos os casos no SINAN.

A vigilância da-sífilis envolve o seguimento clínico-laboratorial das pessoas com sífilis adquirida. A titulação do teste não treponêmico **(VDRL)** deve ser realizada a cada três meses, até o 12º mês do acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses). Esse monitoramento contribui para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e estabelecer a conduta adequada para cada caso.

Critérios para definição da notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita:

SÍFILIS ADQUIRIDA

Situação 1
Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente e sem registro de tratamento prévio.
Situação 2
Indivíduo sintomático (a) para sífilis, com pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.
Fonte: BRASIL, 2020, p.216.

SÍFILIS EM GESTANTES

Situação 1
Mulher assintomática para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente –** treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação **– e sem registro de tratamento prévio.**
Situação 2
Mulher sintomática para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** e apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação.
Situação 3
Mulher que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, **independente de sintomatologia** da sífilis **e de tratamento prévio.**
Fonte: BRASIL, 2020, p.216.

SÍFILIS CONGÊNITA

Situação 1
Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.
Situação 2
Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

1 Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

2 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;

3 Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos 2 diluições no seguimento da criança exposta e;

4 Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico;

5 Testes treponêmico reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

Situação 3

1. Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biopsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Fonte: BRASIL, 2020, p.215.

LINHA DE CUIDADO DA SÍFILIS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO NO SUS:

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020).

Cabe destacar que as pactuações entre os entes federados asseguram insumos estratégicos para os diferentes pontos de atenção.

ATENÇÃO BÁSICA - PRÉ-NATAL:

Garantir cobertura de pré-natal a todas as gestantes e suas parcerias sexuais. Idealmente, fazer seguimento e planejamento reprodutivo, incluindo rastreio de IST, abordagem à saúde sexual e Prevenção Combinada.

1. Realizar testagem de sífilis no pré-natal, no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no puerpério.
2. Realizar tanto TR para sífilis quanto o teste não treponêmico (VDRL/RPR).
3. Notificar todos os casos de sífilis em gestantes e de sua parceria sexual
4. Aplicar penicilina benzatina na gestante e documentar tratamento.
5. Orientar à gestante quanto ao risco de nova exposição à sífilis.
6. Investigar e tratar as parceiras sexuais das gestantes.
7. Monitorar mensalmente a gestante com teste não treponêmico.
8. Referenciar a gestante para a maternidade/casa de parto com histórico de tratamento, resultado de exames realizados durante o pré-natal e número da notificação da gestante.

MATERNIDADE:

Receber referência da Atenção Básica quanto ao histórico de tratamento e resultado de exames realizados durante o pré-natal.

1. Fazer TR de HIV e sífilis no momento do parto ou em caso de aborto/natimorto.
2. Realizar parto de acordo com indicação obstétrica.
3. Avaliar todo RN ao nascimento quanto ao histórico de tratamento materno e presença ou ausência de sinais/sintomas clínicos.
4. Notificar a mãe como sífilis em gestante, caso não haja registro no SINAN.
5. Notificar a criança conforme definição de caso de sífilis congênita (Quadro 54).

6. Fazer contrarreferência para Atenção Básica (com consulta agendada), de modo a garantir o seguimento clínico e laboratorial da criança exposta ou com sífilis congênita, na puericultura.
7. Tratar a criança com sífilis congênita na maternidade e dar seguimento posterior na Atenção Básica.

ATENÇÃO BÁSICA NO SEGUIMENTO

1. Receber referência da maternidade quanto à investigação clínica e laboratorial realizada na maternidade.
2. Fazer seguimento clínico e laboratorial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita.
3. Realizar puericultura conforme orientações da Caderneta de Saúde da Criança, avaliando necessidade de consultas mais próximas, além das previstas para crianças de risco habitual.
4. Notificar a criança conforme definição de caso de sífilis congênita, se durante o seguimento houver alteração clínica e/ou laboratorial.
5. Coordenar o cuidado: referência e contrarreferência para especialidade, de acordo com protocolos e necessidade clínica.
6. Manter diálogo com a mulher puérpera sobre saúde sexual, ofertar Prevenção Combinada e rastrear para IST/HIV.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

1. Receber referência da Atenção Básica e avaliar seguimento da criança com sífilis congênita, quanto a consultas e exames especializados.
2. Fornecer contrarreferência à Atenção Básica.
3. Notificar a criança conforme definição de caso de sífilis congênita, se durante o seguimento houver alteração clínica e/ou laboratorial.
4. Os profissionais de saúde devem orientar quanto ao cuidado para o sexo seguro, com o uso de preservativos, durante e após tratamento, para evitar a reinfecção.
5. Fornecer preservativos masculino e feminino durante a gestação com a devida orientação para o uso adequado e consistente.
6. Investigar a(s) parceria(s) sexual (is) na detecção da sífilis, para receber atenção especial e tratamento oportuno e adequado, bem como à população em geral.
7. Realizar testagem rápida para sífilis no primeiro trimestre ou primeira consulta de pré-natal
8. Concentrar esforços de prevenção nos segmentos mais afetados (populações-chave e prioritárias) como forma de interromper a cadeia de transmissão das IST, em especial a sífilis.

REFERÊNCIAS

Amir J, Ginat S, Cohen YH, et al. **Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G**. Pediatr Infect Dis J. 17(10):890-893, 1998.

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.: il.

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.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Boletim Epidemiológico da Sífilis - Ministério da Saúde -Número Especial | Out. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Relatório de recomendação n. 150. Brasília: Ministério da Saúde,jan.2015b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf

Herrmann, Angelita. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 55 p.: il.

Kingston M, French P, Higgins S, et al. **UK national guidelines on the management of syphilis 2015**. Int J STD AIDS, December 31, 2015.

Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Ano 2020.

Morsy MMF, Mohamed MA, Abosedira MM. **Lidocaine as a Diluent for Benzathine Penicillin G Reduces Injection Pain in Patients with Rheumatic Fever: a Prospective, Randomized Double-Blinded Crossover Study**. Aust. J. Basic & Appl. Sci., 6(5): 236-240, 2012.

Aprovo a Nota Técnica em:

Data: 28/09/2021.

Jocélia Frazão de Matos
Chefe do Departamento de Atenção às IST/AIDS e Hepatites Virais

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO AS IST/HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Nelma Pereira da Silva
Chefe do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

Ana Cleide Vieira
Chefe do Departamento de Atenção à Saúde da Mulher

Marcio Henrique Silva Menezes
Superintendente de Atenção Primária em Saúde

Waldeise Pereira
Secretária Adjunta da Políticas de Atenção Primária e Vigilância em Saúde