



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Direcção Nacional de Saúde Pública  
Programa Nacional de Controle de ITS, HIV/SIDA

# GUIÃO ORIENTADOR SOBRE O RASTREIO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA MULHER GRÁVIDA E NO PERÍODO PÓS-PARTO E SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA E INFECTADA POR SÍFILIS







REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Direcção Nacional de Saúde Pública  
Programa Nacional de Controle de ITS, HIV/SIDA

# GUIÃO ORIENTADOR SOBRE O RASTREIO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA MULHER GRÁVIDA E NO PERÍODO PÓS-PARTO E SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA E INFECTADA POR SÍFILIS



# FICHA TÉCNICA

**Título:** Guião Orientador Sobre o Rastreio e Tratamento da Sífilis na Mulher Grávida e no Período Pós-Parto e Seguimento da Criança Exposta e infectada por Sífilis.

**Autor:** Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA

## Revisores:

Quinhas Fernando - Director Nacional de Saúde Pública

Rosa Marlene - MISAU

Aleny Couto - Chefe do PNC de ITS-HIV/SIDA

Gizela Azambuja – Chefe do Departamento de Saúde da Mulher e Criança (DSMC)

## Elaborado por:

Kwalila Tibana - PNC de ITS-HIV/SIDA

Teresa Simione - PNC de ITS-HIV/SIDA

Námita Eliseu – PNC de ITS-HIV/SIDA

Morais da Cunha – PNC de ITS-HIV/SIDA

Nelíce Mate - Departamento de Saúde Familiar

Arla Alfandega - Departamento de Saúde Familiar

Vania Benzane - Departamento de Saúde Familiar

Alia Nala – Departamento de Saúde Familiar

Elsa Jacinto – Departamento de saúde Familiar

Fidel Paizone - Departamento de Saúde Familiar

Benilde Homo - Departamento de Saúde Familiar

Estela Linares – M&A DNSP - MISAU

Valéria Isabel Chicamba - Pediatra HCM

Thania Lima – Pediatra HGJM

Ivana Dias – Pediatra HCM

Eleutéria Macanze – Pediatra HGM

Helga Guambe – UNICEF

Nurbai Calu – OMS

Patricia Perez – Consultora Independente

Nafissa Osman – Associação Mocambiçana de Ginecologia e Obstetria (AMOG)

Ana Rosa Araújo – Fundação Ariel Glaser

Alicia Carbonel – OMS

Judite Oliveira – CDC

Silvia Mikusova - USAID

Argentina Wate - USAID

Dario Aly - Fundação Ariel Glaser

## Colaboradores

Rui Navingo - Departamento Central de Laboratórios – MISAU

Lucia Simbine - Departamento Central de Laboratórios – MISAU

## Maquetização:

Tatiana Pinto - Fundação Ariel Glaser





# PREFÁCIO

A eliminação da transmissão vertical da Sífilis é considerada uma prioridade de Saúde Pública quer a nível global assim como nacional.

A Organização Mundial da Saúde estima que a cada ano, ocorrem 357 milhões de novos casos de Infecção de transmissão vertical. A Sífilis, Gonorreia, Clamídia e Tricomónias são os quatro tipos curáveis de ITS (WHO, Global Health Sector Strategy On Sexually Transmitted Infections, 2016 - 2021).

Apesar de curáveis com antibióticos, a Sífilis, Gonorreia, infecção por Clamídia continuam a ser as principais causas de morbidade, com impacto negativo sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher causando infertilidade, cancro, complicações na gravidez assim como na saúde infantil, podendo causar malformações congénitas. Especificamente para a Sífilis, estima-se que existem no mundo cerca de 18 milhões de casos.

Em Moçambique, não existem dados demográficos relacionados ao impacto da Sífilis na população. De acordo com os dados de rotina até Junho de 2022, cerca de 79% das mulheres grávidas foram testadas para Sífilis na Consulta Pré-Natal, com uma taxa de positividade a nível nacional de 2.4%. No entanto, nem todas as mulheres diagnosticadas com Sífilis tiveram a oportunidade de serem tratadas na Consulta Pré-Natal, somente 95% realizaram tratamento completo (com 3 doses de Penicilina Benzatinica) e 93% dos seus parceiros foram tratados. O não tratamento ou tratamento incorrecto das mulheres diagnosticadas com Sífilis pode causar impacto devastador para o feto e/ou recém-nascido. Até ao momento a estimativa de casos de Sífilis congénita se mantém um desafio.

Este guião, tem como objectivo orientar aos provedores em relação as novas normas de diagnóstico e manejo da Sífilis na mulher grávida, no pós-parto e na criança exposta e infectada por Sífilis, alinhadas às novas orientações da OMS e aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O compromisso político ao mais alto nível e a confluência de sinergias através de programas de prevenção, envolvimento comunitário, logística de bens e produtos, provisão de serviços, vigilância e monitoria e avaliação constituem aspectos basilares para a Eliminação da Transmissão vertical da Sífilis.

Maputo, Janeiro de 2023

**O Ministro da Saúde**



**Armindo Daniel Tiago**

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>II. JUSTIFICATIVA</b>	<b>10</b>
<b>III. CONCEITO DE SÍFILIS E FORMA DE TRANSMISSÃO</b>	<b>11</b>
3.1 Conceito de Sífilis	11
3.2 Vias de transmissão	11
3.3 Factores de risco associados à Transmissão Vertical da Sífilis	11
<b>IV. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS</b>	<b>13</b>
<b>V. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NA MULHER GRÁVIDA, PARTURIENTE E NO PÓS-PARTO</b>	<b>14</b>
5.1 Testagem da Sífilis na SMI	14
5.2 Como seleccionar o tipo de teste a ser usado para o fazer diagnóstico da Sífilis na Mulher grávida na CPN	15
5.3 Testagem da Sífilis na maternidade	19
5.4 Testagem da Sífilis na consulta pós-parto (CPP)	21
5.5 Manejo de caso de Sífilis materna na maternidade ou na consulta pós-parto dependendo da classificação em relação ao tratamento recebido pela mulher	22
<b>VI. CONDUTA TERAPÊUTICA E ABORDAGEM PARA MULHER E SEU PARCEIRO NA SMI</b>	<b>23</b>
6.1 Tratamento preferencial com Penicilina Benzatínica	23
6.2 Tratamento alternativo à Penicilina Benzatínica	24
6.3 Tratamento do(s) parceiro(s) da mulher	25
6.4 Classificação das mulheres de acordo com o tipo de tratamento recebido	25
6.5 Medidas adicionais por sector da SMI	25
6.6 Seguimento da mulher após o parto	26
<b>VII. SÍFILIS CONGÊNITA</b>	<b>30</b>
7.1 Introdução	30
7.2 Definição de Sífilis congénita e de Criança Exposta a Sífilis	30
7.3 Manifestações Clínicas da Sífilis congénita	31

<b>VIII. ABORDAGEM PARA CRIANÇA EXPOSTA A SÍFILIS E PARA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA</b>	<b>34</b>
8.1 Conduta para RN filho de mãe com Sífilis na maternidade e na consulta pós- parto	36
8.2 Conduta Terapêutica para Criança filha de mãe com Sífilis em regime de internamento	37
<b>IX. SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA A SÍFILIS NA CCR</b>	<b>40</b>
9.1 Critérios para seguimento da Criança exposta a Sífilis na CCR	40
9.2 Quando deve começar o seguimento na CCR	40
9.3 Seguimento Clínico da Criança Exposta a Sífilis	40
9.4 Calendário de Seguimento clínico e laboratorial da Criança Exposta a Sífilis	42
<b>X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>44</b>
<b>ALGORITMOS</b>	<b>12</b>
Fig. 1 Algoritmo de Testagem Com teste DUO de HIV e Sífilis para Mulher Grávida	16
Fig. 2 Algoritmo de testagem e manejo com teste rápido da Sífilis na Consulta pré-natal para Mulher grávida	18
Fig. 3 Algoritmo de testagem com Teste rápido da Sífilis na Maternidade	20
Fig. 4 Algoritmo de testagem com Teste rápido da Sífilis na Consulta Pós Parto	21
Fig. 5 Algoritmo de Manejo da Sífilis materna na Maternidade ou Consulta Pós-parto de acordo com a classificação em relação ao tratamento recebido durante o seguimento na consulta pré-natal	22
Fig. 6 Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para Sífilis positivo em uma US com laboratório	27
Fig. 7 Algoritmo sobre a Abordagem do RN filho de mãe com TR para Sífilis positivo numa US sem laboratório	38
Fig. 8 Fluxograma de atendimento da criança exposta a Sífilis na CCR	43

# ACRÓNIMOS E SIGLAS

AIDI	Atenção Integrada das Doenças da Infância	PNC	Programa Nacional de Controlo
AMOG	Associação Moçambicana de Ginecologia e Obstetrícia	PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
CCR	Consulta de Criança em Risco	RN	Recém-nascido
CCS	Consulta de Criança Sadia	RPR	Reagina plasmática rápida
CCD	Consulta da Criança Doente	SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
CPN	Consulta pré-natal	SIS-MA	Sistema de Informação para Saúde – Monitoria e Avaliação
CPP	Consulta pós-parto	SC	Sífilis congénita
DUO	Duplo	SMI	Saúde Materno-Infantil
DCL	Departamento Central de Laboratórios	SNS	Serviço Nacional de Saúde
DU	Dose única	TARV	Tratamento antirretroviral
ESMI	Enfermeira de Saúde Materna e Infantil	TB	Tuberculose
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical	TR	Teste Rápido
EV	Endovenoso	TV	Transmissão Vertical
IG	Idade Gestacional	UI	Unidades Internacionais
ITS	Infecções de transmissão sexual	US	Unidade Sanitária
IM	Intra-muscular	VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Virus de Imunodeficiência humana)	WHO	<i>World Health Organisation</i> (Organização Mundial de Saúde)
LCR	Líquido cefaloraquídeo		
M&A	Monitoria e Avaliação		
MG	Mulheres Grávidas		
MGL	Mulheres Grávidas e Lactantes		
ML	Mulher lactante		
MIF	Mulheres em idade fértil		
MISAU	Ministério da Saúde		
OMS	Organização Mundial da Saúde		
PAV	Programa Alargado de Vacinação		
PB	Penicilina Benzatínica		
PF	Planeamento Familiar		

# I. INTRODUÇÃO

As Infecções de Transmissão Sexual (ITS) encontram-se entre as infecções de mais alta incidência no mundo onde mais de 1 milhão de ITS's são adquiridas a cada dia (*WHO Guidelines for the Treatment of Treponema Pallidum (Syphilis) 2016*), e causam complicações graves, afectando de forma inaceitável aspectos de saúde física, mental e social das pessoas e suas famílias.

Dentre elas, a Sífilis, Gonorreia, e infecção por Clamídia apesar de curáveis com antibióticos, continuam sendo as principais causas de morbidade, constituindo assim sério problema de saúde pública pelo mundo fora. A Organização Mundial da Saúde estima que 357 milhões de novos casos dos quatro tipos curáveis de ITS (Sífilis, Gonorreia, Clamídia e Tricomoníase) ocorrem a cada ano (*WHO, Global Health Sector Strategy On Sexually Transmitted Infections, 2016 - 2021*). Elas têm um impacto negativo sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher causando infertilidade, câncros, complicações na gravidez assim como na saúde infantil podendo causar malformações congénitas.

Especificamente para a Sífilis, estima-se que existe no mundo uma prevalência de 18 milhões de casos de Sífilis (*WHO Guidelines for the Treatment of Treponema Pallidum ( Syphilis) 2016*)

Em Moçambique, não existem dados demográficos relacionados ao impacto da Sífilis na população. De acordo com os dados de rotina do primeiro semestre de 2022 colhidos através dos programas de SMI e PNC ITS, HIV/SIDA, cerca de 79% das mulheres grávidas foram testadas para Sífilis na Consulta Pré-Natal (CPN), com uma taxa de positividade a nível nacional de 2,4%. Importantes variações podem ser observadas nas diferentes regiões do país, sendo que a região Norte apresenta baixas cobertura de testagem com elevada positividade (sendo Nampula a província com maior positividade a nível nacional), comparativamente a região centro e sul que apresentam alta cobertura de testagem com baixa positividade.

No entanto, nem todas as mulheres identificadas com Sífilis tiveram a oportunidade de serem tratadas na Consulta Pré-Natal, somente 95% (SIS-MA, 2022) realizaram tratamento completo (com 3 doses de Penicilina Benzatínica) e 93% dos parceiros foram tratados. Dentre as não tratadas ou incorrectamente tratadas podem surgir consequências devastadoras para o feto e/ou recém-nascido.

## II. JUSTIFICATIVA

---

Em 2019 o país aprovou o Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique, 2020-2024, cujas metas para Sífilis são:

- Cobertura de testagem de Sífilis na mulher grávida:  $\geq 90\%$
- Cobertura de tratamento da Sífilis na mulher grávida:  $\geq 90\%$

O plano tem como um dos principais objectivos reduzir a incidência da Sífilis congénita para menos de 750 casos/100,000 nascimentos vivos.

Para a componente da prevenção da TV da Sífilis, estão estabelecidas intervenções preventivas enfocadas na mulher grávida e intervenções para o recém-nascido filho de mulher com Sífilis.

No que concerne as intervenções para mulher grávida, em Moçambique, as normas nacionais de SMI recomendam a oferta rotineira da testagem para Sífilis á toda mulher grávida através de um teste rápido na 1ª Consulta Pré-Natal e oferta do tratamento para todas as positivas para Sífilis. Para as mulheres cujo resultados do teste for negativo na 1ª CPN, devem ser re-testadas no último trimestre da gravidez ou no parto.

Contudo, em relação a criança filha de mãe com Sífilis, as intervenções estão focadas na identificação de RN com Sífilis congénita, persistindo lacunas no seguimento das crianças para identificação da Sífilis tardia e também para monitoria e tratamento das complicações osteo-neurológicas.

Neste contexto, urge a necessidade de elaboração do presente guião com objectivo de padronizar intervenções para:

- Rastreio, diagnóstico, tratamento e seguimento da Mulher grávida com Sífilis;
- Diagnóstico de Sífilis congénita no RN e no lactente;
- Seguimento da criança exposta a Sífilis;
- Seguimento pós tratamento das crianças com diagnóstico de Sífilis congénita;

# II. CONCEITO DE SÍFILIS E FORMA DE TRANSMISSÃO

---

## 3.1 Conceito de Sífilis

A Sífilis é uma doença infecciosa sistémica de evolução crónica, causada por uma bactéria gram-negativa, denominada *Treponema Pallidum*. A história natural da Sífilis é caracterizada por fases da doença clínica e assintomática (fase latente). A fase de doença clínica é denominada Sífilis primária (há úlcera ou cancro no local da infecção), que pode evoluir para a Sífilis secundária (manifestações que incluem erupção cutânea, lesões mucocutâneas e linfadenopatia), neuro Sífilis e Sífilis terciária (incluem lesões cardíacas ou lesões gomatosas).

## 3.2 Vias de transmissão

A Sífilis é uma doença que pode ser transmitida por via sexual ou por transmissão vertical (de mãe para filho) durante a gravidez ou parto. O risco de transmissão é maior nas fases primária e secundária da doença, através do contacto directo com lesões repletas de treponemas. O período de incubação em geral varia entre 10 a 90 dias, com uma média de 21 dias após a infeção.

No adulto a transmissão é essencialmente por via sexual.

Na criança, a transmissão é predominantemente por via vertical e pode acontecer após a primo-infecção da mãe, na fase clínica da doença ou no período latente;

- O *Treponema Pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, pode atravessar a barreira placentária e por via hematogénica, penetrar na corrente sanguínea do feto.
- Pode ocorrer também no momento do parto pelo contacto com lesões activas presentes no canal vaginal.

## 3.3 Factores de risco associados à Transmissão Vertical da Sífilis

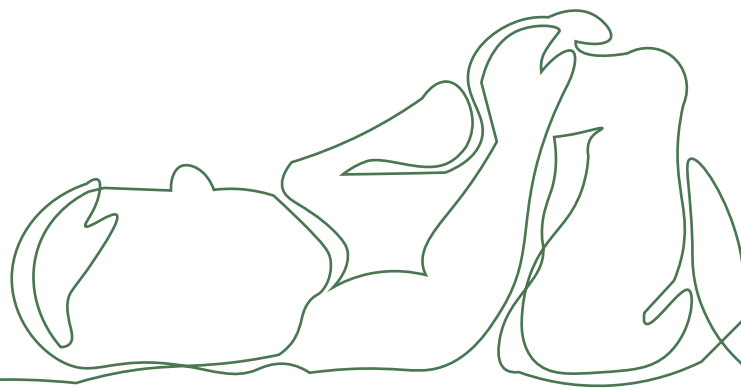
A infecção pode ser transmitida ao feto em qualquer momento da gravidez, a partir da 8<sup>a</sup> ou 9<sup>a</sup> semana de gestação. Contudo, o risco aumentado de transmissão depende da fase da doença materna, isto é:

- 50-70% no caso da Sífilis primária
- 90-100% no caso da Sífilis secundária
- Na Sífilis latente, o risco de transmissão é menor, sendo de 40% se for Sífilis latente precoce e 10% se for Sífilis latente tardia

Por outro lado, o risco de transmissão vertical é maior se a infecção materna acontecer no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. A gravidade das lesões no feto é maior quanto mais precoce ocorrer a transmissão vertical.

De um modo geral podemos dizer que a infecção durante as primeiras semanas de gravidez geralmente é rara, mas caso aconteça, ela afecta severamente o feto e muitas vezes cursa com aborto espontâneo. Porém, a infecção que ocorre durante a segunda metade da gravidez é mais frequente e pode causar:

- Aborto ou nado morto;
- Nado vivo com manifestações clínicas nomeadamente hidrops fetal (edema fetal), baixo peso a nascença, prematuridade, entre outros; ou
- Recém-nascido aparentemente saudável mas, com manifestações tardias, maioritariamente neuro-sensórias.



# IV. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS

As manifestações clínicas da Sífilis podem ser variadas dependendo do estágio da doença. Vide abaixo a tabela resumo das manifestações clínicas da Sífilis.

**Tabela 1:** Manifestações clínicas da Sífilis

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis recente  menos de 2 anos desde a infecção	<b>Primária</b>  10-90 dias (média de 21 dias) após o contacto.	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contacto, que se ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Geralmente surge na genitália, mas também pode ocorrer no períneo, ânus, recto, orofaringe, lábios ou mãos. Esta lesão primária é geralmente muito rica em treponemas;
	<b>Secundária</b>  6 semanas a 6 meses após o contacto	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outros diagnósticos. Pode ocorrer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erupção cutânea em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco;</li> <li>• Lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de Sífilis no estágio secundário);</li> <li>• Placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas;</li> <li>• Lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias também são ricas em treponemas;</li> </ul>
	<b>Latente recente</b>  Nos primeiros 2 anos após infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de Sífilis, verificando-se porém, reactividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos casos de sífilis são diagnosticados nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões secundárias com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção;
Sífilis tardia  (mais de 2 anos desde a infecção)	<b>Latente tardia</b>  Após 2 anos de infecção	
	<b>Terciária</b>	Menos frequente na actualidade. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação da aorta, regurgitação aórtica, estenose do buraco carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefacção) na pele, mucosas, ossos ou qualquer outro tecido.

# V. DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NA MULHER GRÁVIDA, PARTURIENTE E NO PÓS-PARTO

As normas nacionais recomendam que toda a mulher grávida deve ser testada para Sífilis na primeira consulta pré-natal, através do teste rápido. Preferencialmente o primeiro teste deve ser oferecido no primeiro trimestre de gravidez, e novamente no terceiro trimestre de gestação, caso o resultado do primeiro teste tenha sido negativo. Caso o resultado do teste rápido seja positivo, deve-se tratar imediatamente a mulher e seu(s) parceiro(s).

Caso a mulher grávida não tenha sido testada durante o período pré-natal, deve ser testada na maternidade no momento do parto ou na consulta pós- parto (caso não tenha sido testada na altura do parto).

## 5.1. Testagem da Sífilis na SMI

Há vários anos o diagnóstico para Sífilis no sistema nacional de saúde á nível dos cuidados de saúde primário tem sido realizado usando o teste rápido para Sífilis, que é um teste qualitativo e que detecta anticorpos anti-treponêmicos.

O país iniciou o processo de introdução de um novo tipo de teste rápido, o Teste DUO HIV e Sífilis que detecta simultaneamente anticorpos anti-treponêmicos e anticorpos anti-HIV.

Ambos testes deverão ser mantidos em uso no sistema nacional, contudo há orientações específicas para seu uso, nomeadamente:

- Para o diagnóstico da Sífilis na Mulher grávida recomenda-se o uso de dois tipos de testes (teste rápido e teste DUO de acordo com os algoritmos em anexo);
- Para o diagnóstico da Sífilis na Parturiente e no pós-parto recomenda-se o uso do Teste rápido para Sífilis;
- Para o diagnóstico da Sífilis na criança exposta na CCR, recomenda-se o uso do Teste rápido para Sífilis;

### Nota:

Apesar da introdução do teste DUO HIV/Sífilis, o teste rápido isolado para Sífilis bem como o teste rápido para HIV (Determine e Unigold) continuarão em uso no Sistema Nacional nas mesmas US. Contudo, haverá indicações específicas para o uso de cada um deles.

## 5.2. Como seleccionar o tipo de teste a ser usado para o fazer diagnóstico da Sífilis na mulher grávida na CPN

### a. Teste a ser usado na 1ª CPN

O teste DUO HIV E SÍFILIS só deve ser usado quando se pretende fazer o diagnóstico em simultâneo de infeção por HIV e de Sífilis. Dada a dificuldade para a identificação do seroestado para sífilis das mulheres a entrada na CPN, todas a mulher grávidas na 1ª CPN devem ser submetida ao diagnóstico da Sífilis. Contudo, para saber qual o teste a ser usado, recomenda-se que na 1ª CPN se deve:

- Identificar o seroestado para HIV de toda a mulher grávida a entrada na 1ª CPN.

Para as mulheres com seroestado desconhecido para HIV, devem ser oferecidas o TESTE DUO HIV E SÍFILIS para o diagnóstico tanto da Sífilis como do HIV;

- Para mulheres com seroestado conhecido para HIV, devem ser oferecidas o teste rápido isolado para a Sífilis;

1º Passo Na 1ª CPN deve-se sempre:

- Avaliar o seroestado para HIV (para definir elegibilidade a testagem para HIV)
- e
- Considerar todas as mulheres elegíveis a testagem para Sífilis (para facilitar a operacionalização devido a falta de um documento do paciente que tenha o registo de informação sobre testagem prévia para Sífilis)

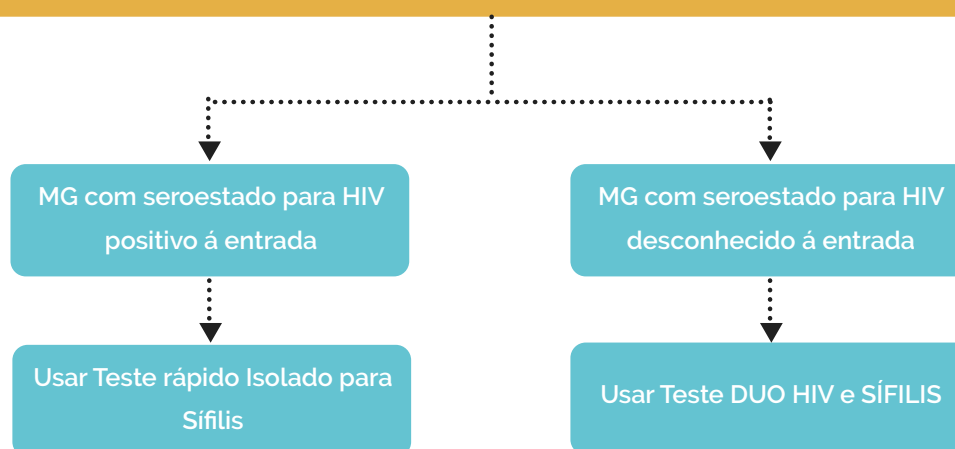
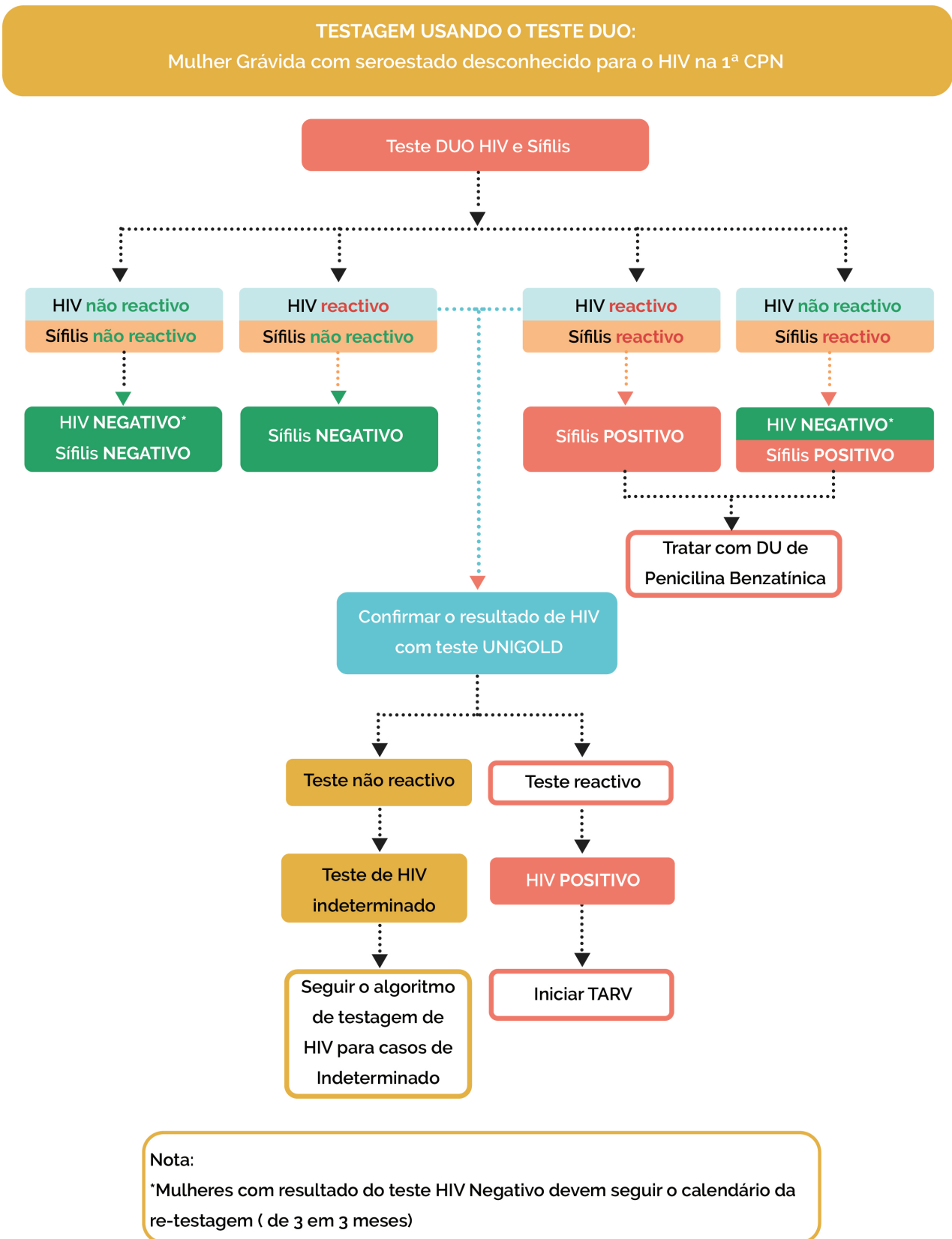


Figura 1: Algoritmo de Testagem Com teste DUO de HIV e Sífilis para Mulher Grávida



**b. Teste a usar nas consultas pré-natais de seguimento**

Nas consultas pré-natal de seguimento, os testes a serem usados dependem:

- Do resultado dos testes prévios para HIV e Sífilis
- Do antígeno que se pretende diagnosticar nesta consulta

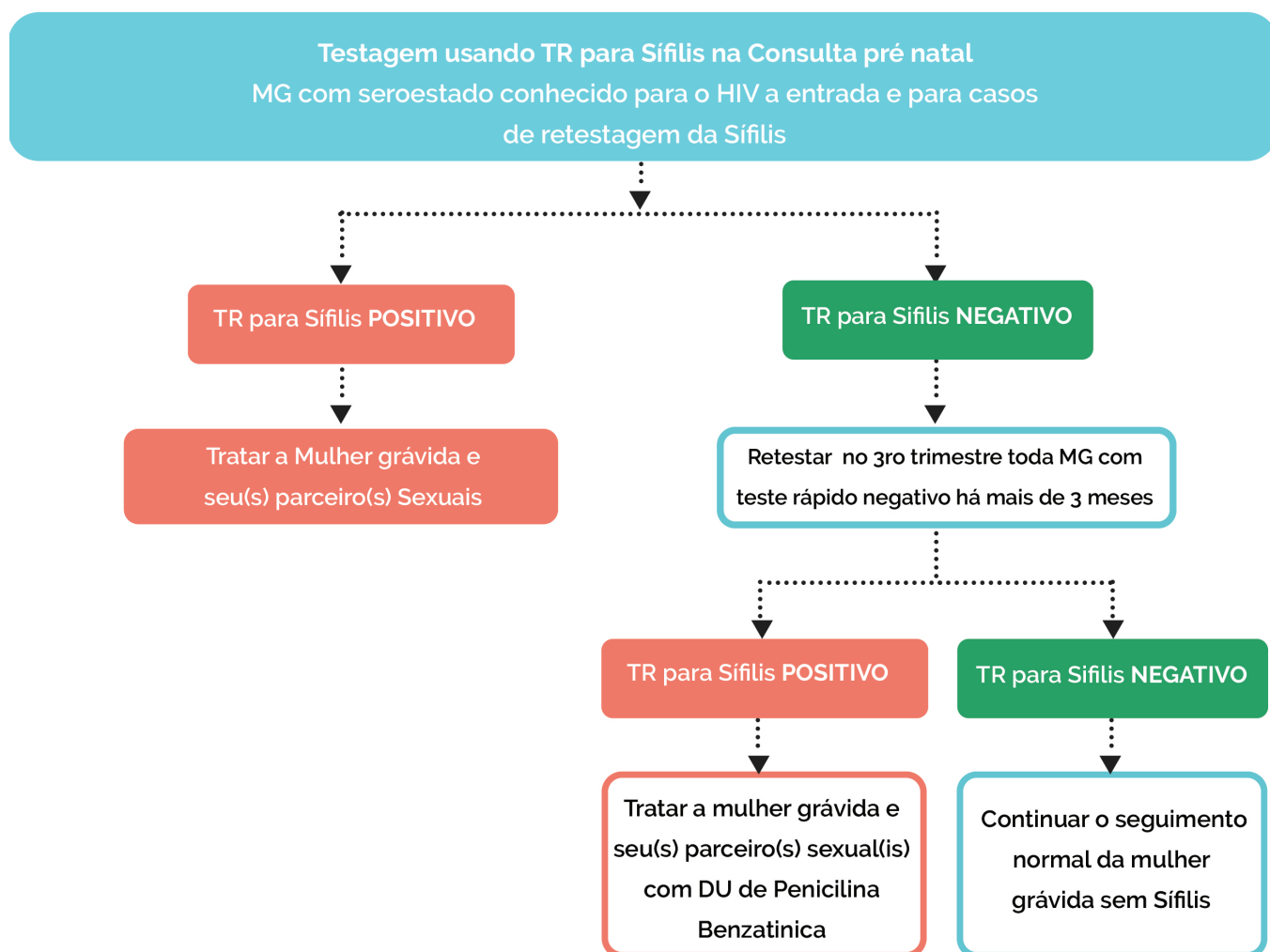
**Nota:**

Na primeira consulta pré-natal, sempre que se pretende fazer o diagnóstico de HIV e de Sífilis na mesma consulta, deve-se usar o teste DUO HIV/SÍFILIS.

Quando for para fazer o diagnóstico isolado e retestagem de HIV ou de Sífilis, usar os testes isolados respectivos.



**Figura 2:** Algoritmo de testagem e manejo com teste rápido da Sífilis na Consulta pré-natal para Mulher grávida



**NOTA:**

Registrar o resultado do teste e o tratamento efectuado no livro da CPN e na caderneta da mulher/ficha pré-natal da mulher.

### 5.3. Testagem da Sífilis na maternidade

Na maternidade deve-se realizar o teste rápido de Sífilis a:

- Toda a mulher com seroestado conhecido para o HIV mas que nunca foi testada para Sífilis na CPN
- Toda mulher que tinha critérios mas não foi retestada para Sífilis no terceiro trimestre de gravidez
- Toda a mulher que teve um nado morto, aborto ou nado vivo com malformações congénitas.

Dependendo do resultado da testagem, deve-se oferecer a conduta adequada para cada caso.

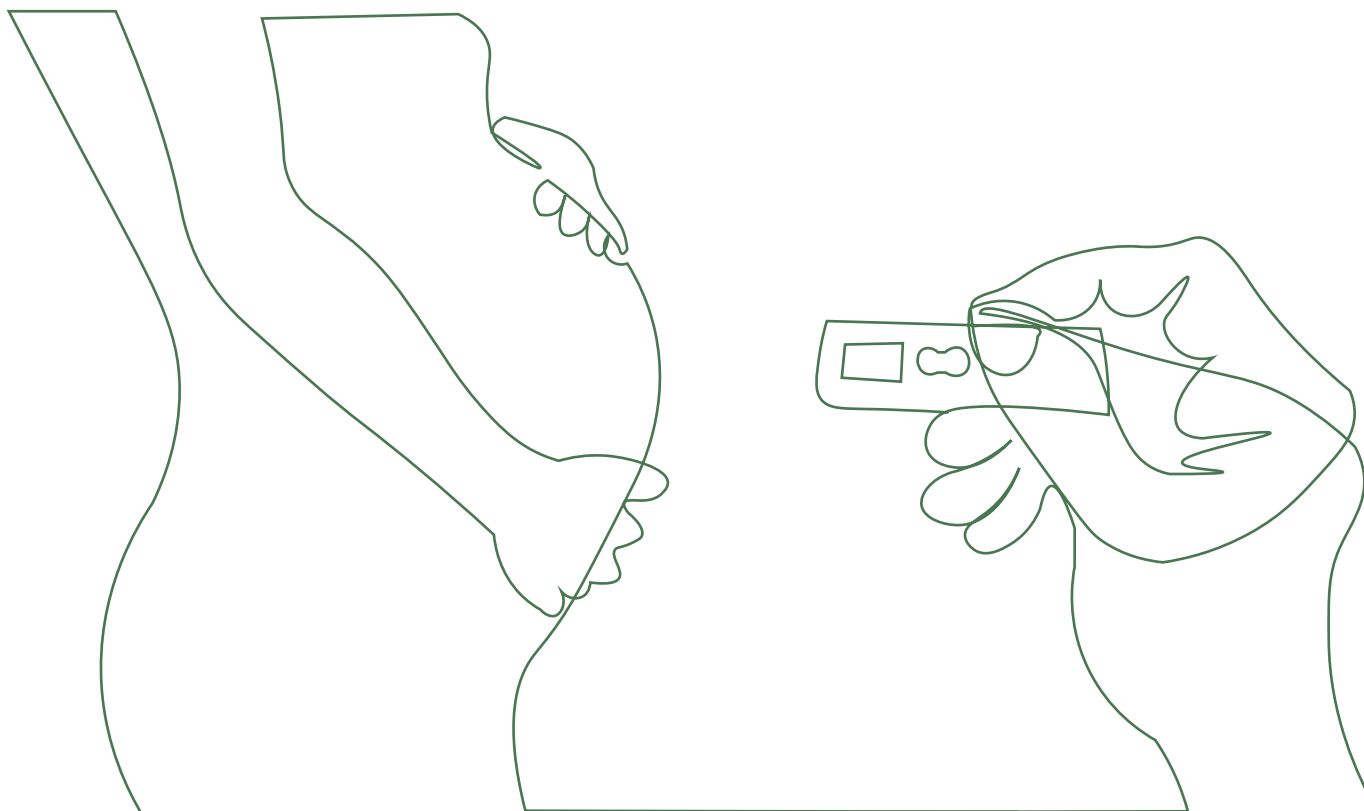
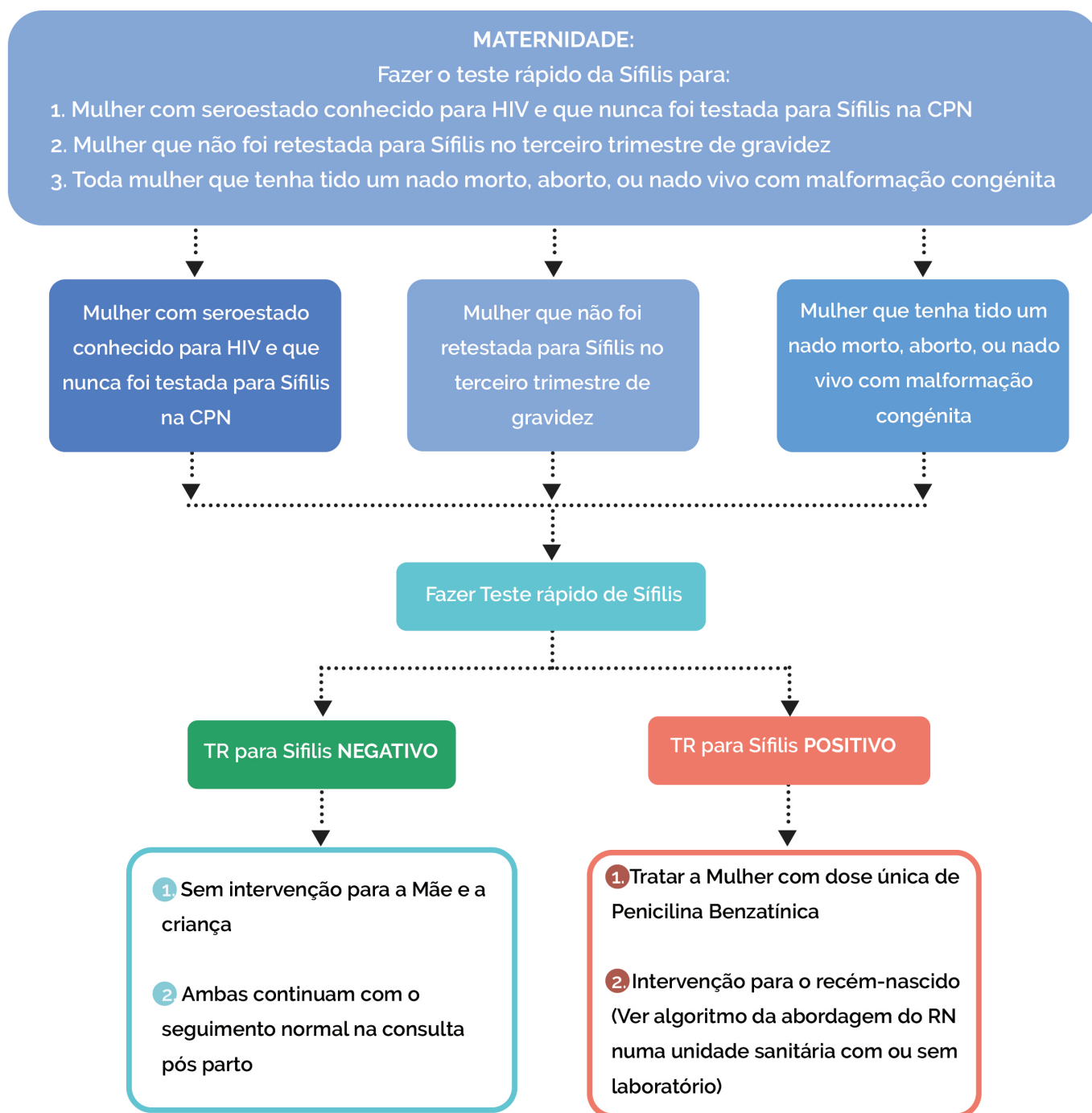


Figura 3: Algoritmo de testagem e manejo da Sífilis na maternidade.



**NOTA:**

Mulher que chega pela primeira vez na maternidade, sem história de seguimento na CPN, e que tenha seroestado desconhecido para o HIV deve ser testada na maternidade com teste DUO de HIV e Sífilis.

#### 5.4. Testagem da Sífilis na consulta pós-parto (CPP)

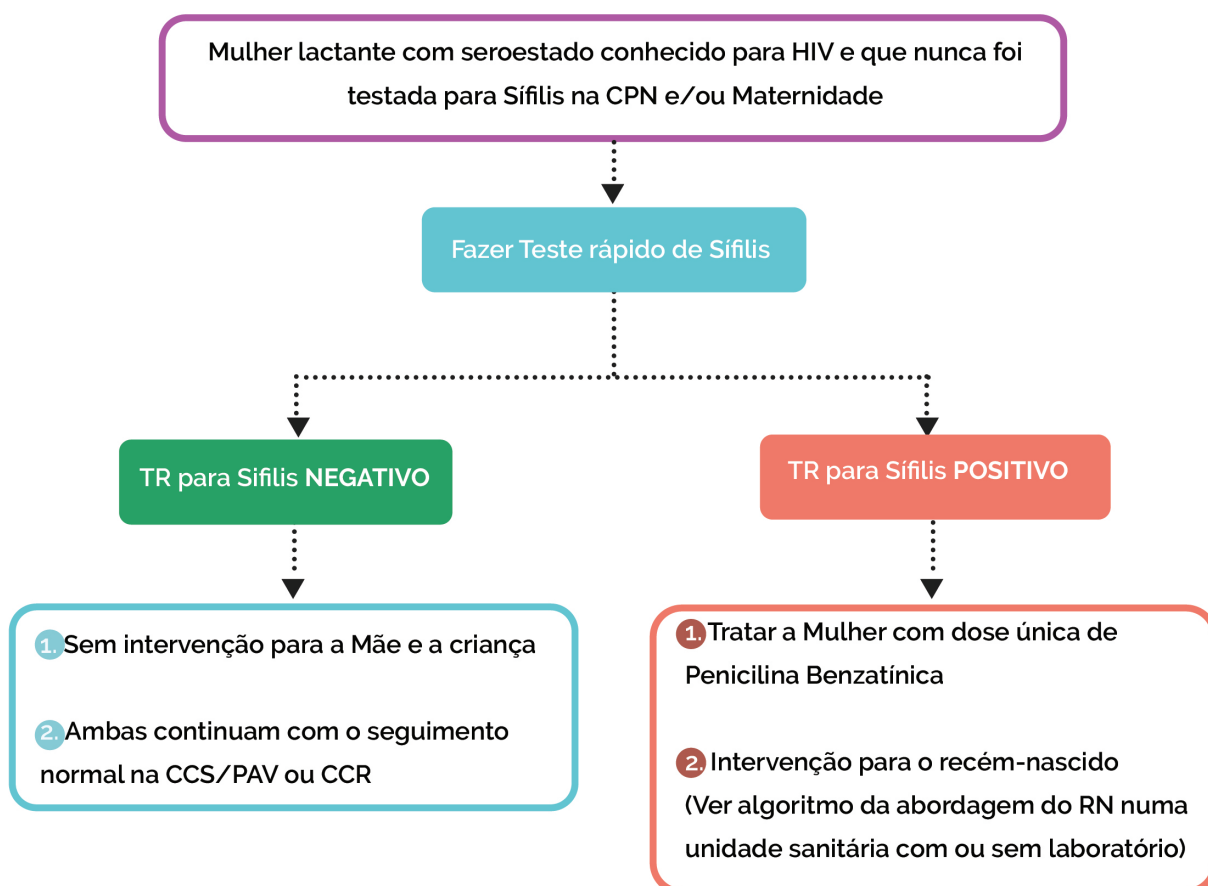
Na consulta pós-parto deve-se:

- Fazer o teste rápido da Sífilis a Mulher lactante com seroestado conhecido para HIV (Positivo ou Negativo) e que nunca foi testada para Sífilis na CPN ou na Maternidade.

Dependendo do resultado da testagem, deve-se oferecer a conduta adequada para cada caso.

Figura 4: Algoritmo de testagem e manejo para Sífilis na consulta pós-parto.

Testagem usando teste rápido de Sífilis na primeira consulta pós-parto  
Fazer o teste rápido da Sífilis a Mulher lactante com seroestado conhecido para HIV (Positivo ou Negativo) e que nunca foi testada para Sífilis na CPN na Maternidade

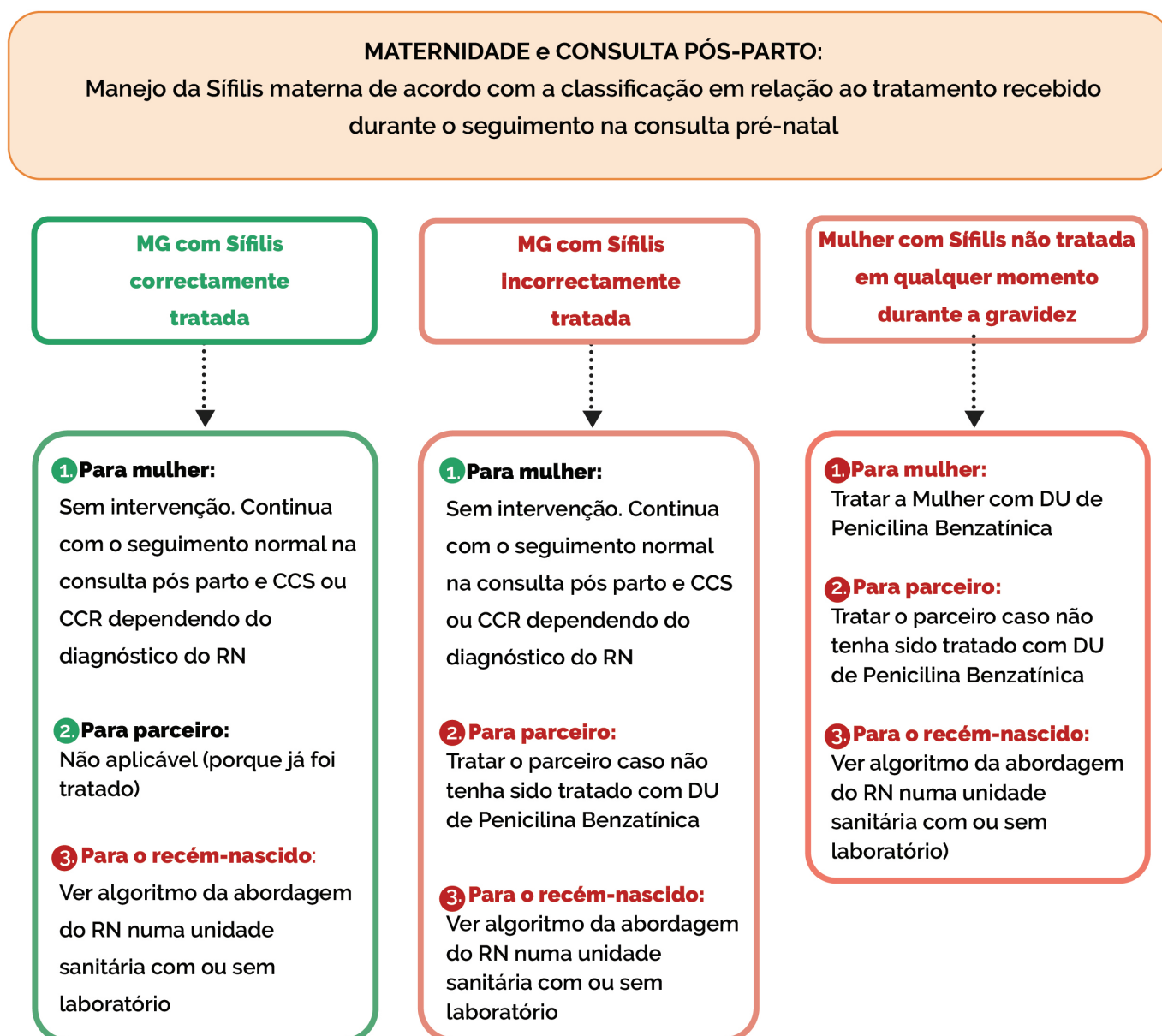


## 5.5. Manejo de caso de Sífilis materna na maternidade ou na consulta pós-parto dependendo da classificação em relação ao tratamento recebido pela mulher

Dependendo ainda do tipo de intervenção que a mulher grávida com diagnóstico de Sífilis positivo teve durante o seu seguimento na CPN, pode haver ou não a necessidade de ter alguma intervenção para a mãe estando esta a ser atendida na maternidade ou na consulta pós- parto.

Adicionalmente, para todos os casos de Sífilis materna, todas as suas crianças são consideradas como sendo expostas a Sífilis, e a ESMI deve fazer referência aos algoritmos de manejo da Sífilis para o recém-nascido numa US com ou sem laboratório conforme consta nos algoritmos por forma a determinar a melhor conduta.

Figura 5: Algoritmo de Manejo da Sífilis materna na maternidade ou CPP de acordo com a classificação em relação ao tratamento recebido durante o seguimento na consulta pré-natal.



# VI. CONDUITA TERAPÊUTICA E ABORDAGEM PARA MULHER E SEU PARCEIRO NA SMI

Toda a mulher diagnosticada com Sífilis deverá fazer o tratamento o mais cedo possível.

## 6.1. Tratamento preferencial com Penicilina Benzatínica

A Penicilina Benzatínica é o único medicamento que possui eficácia comprovada para evitar a transmissão vertical do *Treponema Pallidum* (agente causador da Sífilis); não apresenta resistência e pode ser realizado em todos os níveis de atenção, incluindo o nível primário.

A eficácia do tratamento na prevenção da transmissão vertical é maior quando o tratamento é administrado de preferência antes das 16 semanas de gravidez, até 30 dias antes da data do parto. Isto reforça a necessidade de fazer o diagnóstico precoce, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez e o teste seguinte no terceiro trimestre, a partir das 28 semanas de gestação.

Em caso de resultado de teste inválido (dois testes rápidos), a gestante deve ser oferecida o tratamento para Sífilis e no mesmo dia colher uma amostra de sangue para teste de RPR ou VDRL e enviar para uma US com laboratório.

Perante um resultado de teste de Sífilis positivo da mulher, deve-se oferecer a mulher o tratamento segundo a tabela abaixo:

**Tabela 2.** Tratamento da Sífilis com Penicilina Benzatínica

Fase da Doença	Esquema Terapêutico	
	Penicilina G Benzatínica	Dosagem total de PB ao fim do tratamento
Sífilis	2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega) Dose Única	Dose total: 2.400.000 UI

Para Unidades Sanitárias onde é possível diagnosticar Sífilis Secundária e Sífilis Tardia através de VDRL/RPR para MG, a mulher poderá ser tratada segundo a tabela abaixo:

**Tabela 3:** Tratamento da Sífilis com -Penicilina Benzatínica

Fase da Doença	Esquema Terapêutico	
	Penicilina G Benzatínica	Dosagem total de PB ao fim do tratamento
Sífilis Secundária	2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega) Dose Única repetir ao fim de 7 dias	Dose total: 4.800.000 UI
Sífilis Tardia	2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega) Dose Única repetir ao 7º dia e aos 14º dias	Dose total: 7.200.000 UI

## 6.2. Tratamento alternativo à Penicilina Benzatínica

Caso a Penicilina G Benzatínica não esteja disponível, pode-se usar como alternativa os seguintes medicamentos:

- Penicilina Procaína, 1.200.000 UI, IM, 1 vez por dia, durante 10 dias,

Ou

- Ceftriaxona, 1g IM, 1x/dia, durante 10-14 dias

Ou

- Azitromicina, 2g dose única, oral

Ou

- Eritromicina, 500mg por via oral, 4x/dia, durante 14 dias (para Sífilis primária e secundária) ou durante 30 dias para Sífilis tardia.

Embora estes medicamentos alternativos tratem a Sífilis na mulher grávida, eles não atravessam a barreira placentária, e como resultado o feto não é devidamente tratado, portanto, não impede que a criança nasça com Sífilis. Neste caso recomenda-se que logo após o parto, deve-se avaliar o RN como filho de uma mulher com Sífilis incorrectamente tratada e oferecer a conduta ao RN conforme o algoritmo.

### NOTA:

A Penicilina Benzatínica é considerada o tratamento de eleição para a mulher gestante com diagnóstico de Sífilis. O tratamento da mulher com Sífilis no âmbito da Prevenção da Transmissão Vertical consiste na oferta de DOSE ÚNICA de 2,4 milhões de UI de Penicilina Benzatínica intramuscular. Este deve ser administrado no dia do diagnóstico.

Se a mulher grávida recebeu tratamento com outro medicamento diferente da Penicilina Benzatínica (exemplo: Eritromicina), esta mulher será considerada incorrectamente tratada para efeitos de prevenção da Sífilis congénita. Na ausência de um tratamento eficaz com a penicilina Benzatínica, estima-se que:

- 25% das mulheres grávidas com Sífilis terminem com aborto no segundo trimestre de gestação;
- 11% terminem com nados mortos de termo;
- 13% terminem com nados vivos com baixo peso ou prematuros e pelo menos 20% destes recém-nascidos apresentarão sinais sugestivos de Sífilis congénita.

Por este motivo, é muito importante estabelecer mecanismos nos sistemas de saúde para:

- Diagnosticar atempadamente e tratar correctamente toda a mulher grávida com Sífilis;
- Identificar atempadamente e tratar recém-nascidos com Sífilis congénita;
- Seguir e monitorar às crianças expostas a Sífilis por forma a diagnosticar lactentes com Sífilis congénita e oferta do tratamento adequado.

### 6.3. Tratamento do(s) parceiro(s) da mulher

De modo geral, deve-se tratar todos os parceiros sexuais da mulher (na CPN, Maternidade e CPP) com diagnóstico positivo para Sífilis com dose única de Penicilina Benzatínica (não é necessário realizar o teste de Sífilis ao parceiro). Se o parceiro for alérgico a Penicilina Benzatínica, dar tetraciclina 500mg de 4x/dia durante 15 dias ou Doxiciclina 100mg de 12/12 horas durante 15 dias. Podemos ainda administrar Eritromicina, 500mg por via oral, 4x/dia, durante 14 dias

#### NOTA:

A tetraciclina e a doxiciclina não podem ser administradas a mulheres grávidas ou a mulheres que estão a amamentar.

### 6.4. Classificação das mulheres de acordo com o tipo de tratamento recebido

Para efeitos de seguimento e monitoria, classificamos as mulheres em três categorias:

1. Mulher grávida **correctamente tratada** para Sífilis quando:
  - A mulher grávida recebe tratamento com 1 dose de Penicilina Benzatínica até pelo menos 30 dias antes da data do parto e seu parceiro sexual foi também tratado;
  
2. Mulher grávida **incorrectamente tratada** para Sífilis quando:
  - A mulher grávida recebe tratamento com 1 dose de Penicilina Benzatínica até pelo menos 30 dias antes da data do parto, mas o seu parceiro sexual não foi tratado ou
  - Mulher grávida tratada com Penicilina Benzatínica há menos de 30 dias antes da data do parto ou
  - Mulher grávida foi tratada com outro medicamento que não seja a Penicilina Benzatínica (ex: Eritromicina).
  
3. Mulher grávida **não tratada**:
  - A mulher grávida com diagnóstico de Sífilis positivo, e que não recebeu tratamento com Penicilina Benzatínica ou nenhum outro medicamento alternativo durante a gravidez ou parto.

### 6.5. Medidas adicionais por sector da SMI

Na CPN deve-se:

- Preencher a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal com informações referentes ao diagnóstico (tipo de teste usado, data do teste e resultado), tratamento efectuado e seguimento da mulher grávida e do parceiro.
- Orientar a mulher grávida para levar a sua caderneta/ficha pré-natal para a maternidade no momento do parto.
- Caso o parceiro não esteja presente na primeira CPN, deve-se oferecer convite para que este se dirija á US o mais cedo possível por forma a efectuar o tratamento.

Na maternidade deve-se:

- Perante um resultado de teste de Sífilis positivo, oferecer a mulher o tratamento com Pen. Benzatinica.
- Preencher a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e cartão de saúde da criança as informações referentes ao diagnóstico (tipo de teste, data do teste e resultado), tratamento da mãe e conduta no recém-nascido.
- O recém-nascido de toda mulher que teve Sífilis, mesmo que correctamente tratada, deve ser avaliado na maternidade como recém nascido exposto a Sífilis segundo os algoritmos de abordagem do recém nascido.

Na CPP deve-se:

- Preencher a caderneta de saúde da mulher/ficha pré-natal e cartão de saúde da criança as informações referentes ao diagnóstico (tipo de teste, data do teste e resultado), tratamento da mãe e conduta no recém-nascido.
- Toda a criança cuja mãe foi diagnosticada com Sífilis positivo na consulta pós-parto deve ser correctamente avaliada segundo o algoritmo;

#### 6.6. Seguimento da mulher após o parto

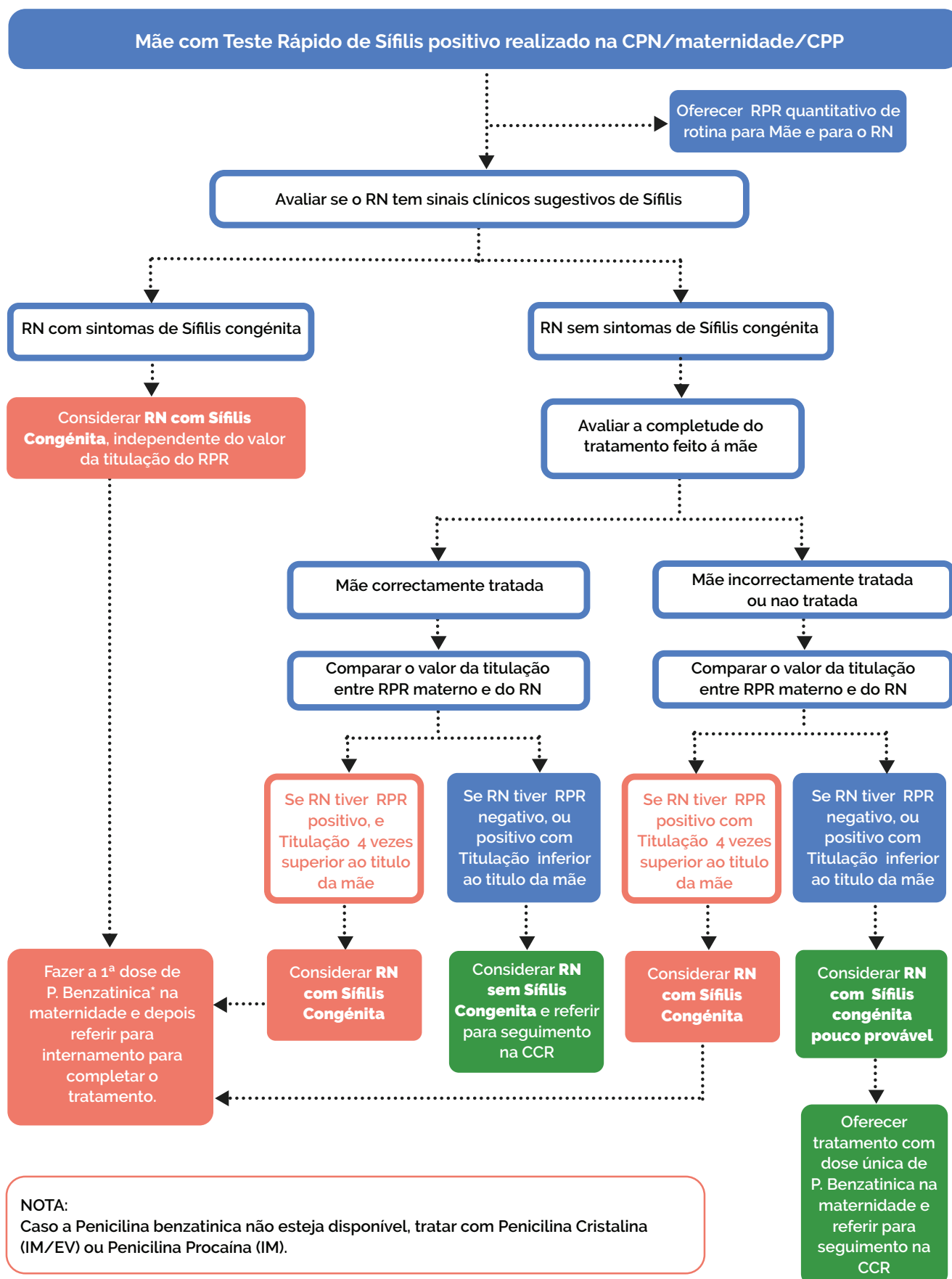
Na maternidade e na 1ª consulta pós-parto, toda mulher deve ser avaliada e enquadrada em uma das três categorias de acordo com o tipo de tratamento recebido, nomeadamente:

- Mulher correctamente tratada para Sífilis
- Mulher incorrectamente tratada para Sífilis
- Mulher não tratada para Sífilis

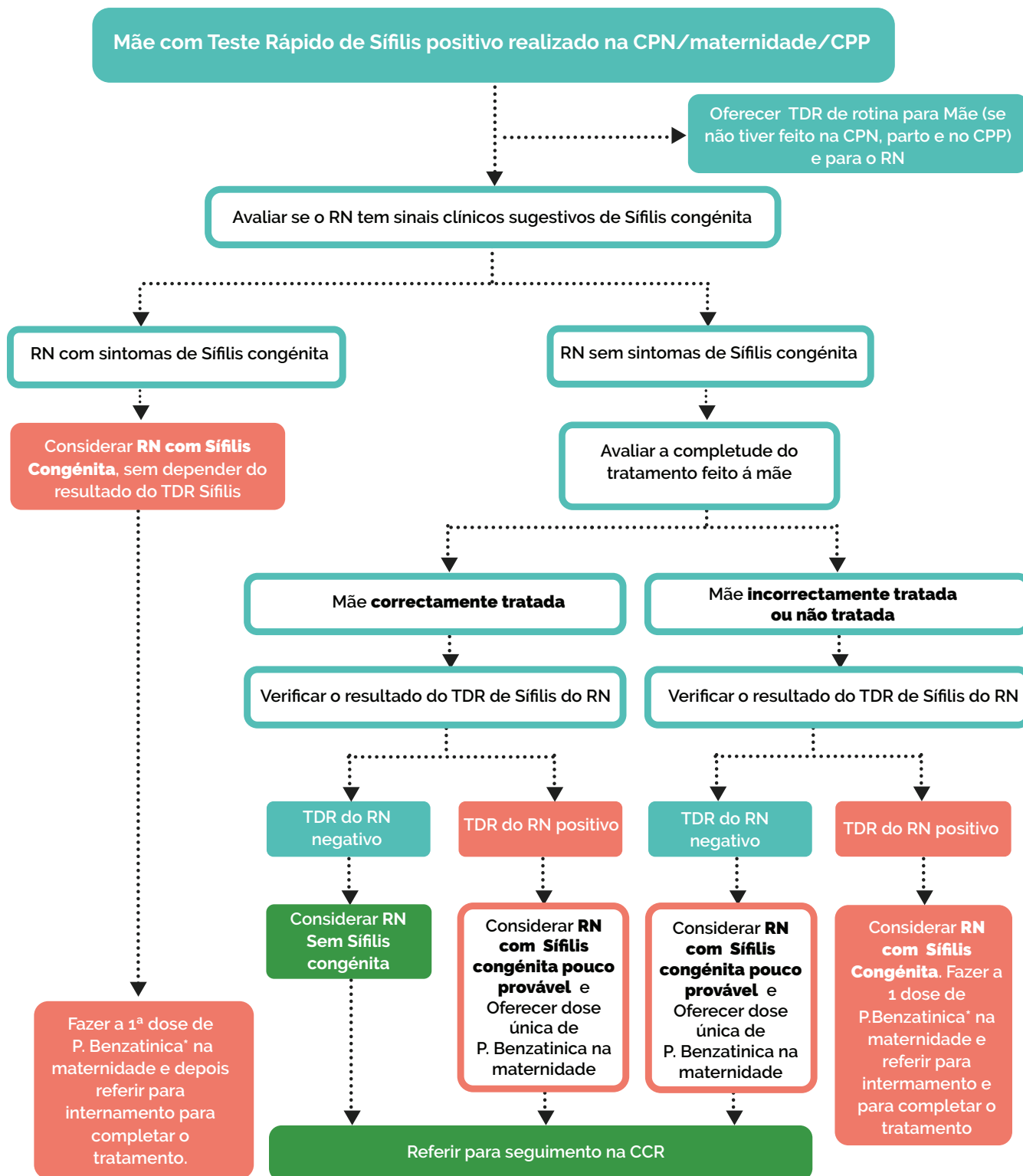
De acordo com a classificação, a mãe e a criança deverão ser referidas para CPP para fazer seguimento conforme os algoritmos de seguimento no RN em US com ou sem laboratório (ver figura 6 e 7) e a posterior continuar o seguimento da criança na CCR (á partir do 1º Mês de vida).

- Nas US com laboratório e que existe capacidade para realização dos testes quantitativos para Sífilis, a mãe e a criança devem fazer RPR quantitativo na maternidade e oferecer a conduta conforme o resultado (veja abaixo os algoritmos de seguimento da criança exposta a Sífilis em US com laboratório).
- Em US sem laboratório a criança deve ser submetida a TR para Sífilis e oferecer a conduta conforme o resultado e a clínica da criança (veja abaixo os algoritmos de seguimento da criança exposta a Sífilis em US sem laboratório).

Figura 6: Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para Sífilis positivo numa US com laboratório



**Figura 7:** Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para Sífilis positivo numa US sem laboratório



**NOTA:**

Caso a Penicilina benzatinica não esteja disponível, tratar com Penicilina Cristalina (IM/EV) ou Penicilina Procaína (IM).

**Tabela 4: Resumo sobre o diagnóstico e conduta terapêutica para Sífilis durante o período de gestação, parto e pós-parto.**

Sector de testagem	Critério de elegibilidade para testagem	Quando fazer o teste	Tipo de teste a ser usado	Conduta para mãe com resultado positivo	Conduta para o RN/ Criança
CPN	1. Toda MG na primeira consulta pré-natal	1ª CPN	Teste rápido de Sífilis se seroestado conhecido para o HIV Positivo Teste DUO se MG com seroestado desconhecido para HIV	Tratamento com DU Penicilina Benzatinica	N/A
	2. Retestagem para toda MG no 3º Trimestre de gravidez, com resultado do 1º teste negativo (feito há mais de 3 meses);	Geralmente coincide com a quarta CPN	Teste rápido de Sífilis		N/A
Maternidade	1. Toda mulher grávida que nunca foi testada antes durante a CPN	Testar na admissão à maternidade	Teste DUO em caso de MG com seroestado desconhecido para HIV	Tratamento com DU Penicilina Benzatinica	Conduta para RN exposto a Sífilis conforme o algoritmo
	2. Toda mulher com resultado negativo feito há mais de três meses que não foi retestada no 3º trimestre da gravidez.		Teste rápido de Sífilis: MG com resultado negativo feito há mais de três meses (retestagem).		
Consulta Pós-parto	3. Toda mulher que tenha tido um nado morto, aborto, ou nado vivo com malformação congênita.		Teste rápido de Sífilis		
	1. Toda mulher que nunca foi testada previamente.	Testar na 1ª CPP	Teste DUO em caso de MG com seroestado desconhecido para HIV Teste rápido de Sífilis se seroestado conhecido para o HIV Positivo	Tratamento com DU Penicilina Benzatinica	Conduta para RN exposto a Sífilis conforme o algoritmo
2. Testar toda mulher com resultado negativo feito há mais de três meses que não foi retestada no 3º trimestre da gravidez ou na maternidade.	Teste rápido de Sífilis: MG com resultado negativo feito há mais de três meses (retestagem)				

# VII. SÍFILIS CONGÊNITA

## 7.1. Generalidades

A transmissão vertical do *T. Pallidum* ocorre através da placenta ou pelo contacto com lesões activas na altura do parto.

A infecção congénita está associada a maior mortalidade perinatal, maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, anomalias congénitas e sequelas neuro-sensoriais a longo prazo como a surdez ou deficiência cognitiva.

De um modo geral podemos dizer que a infecção durante as primeiras semanas de gravidez geralmente é rara, mais caso aconteça, ela produz danos severos no feto e pode provocar aborto espontâneo. Porém, a infecção durante a segunda metade da gravidez é mais frequente e pode causar:

- Aborto espontâneo ou nado morto;
- Nado vivo com manifestações como hidropsis fetal (edema fetal), baixo peso, prematuridade, ou
- Recém-nascido aparentemente saudável mas, com manifestações tardias, maioritariamente neuro-sensoriais.

## 7.2. Definição de Sífilis congénita e de criança exposta a Sífilis

### a. Conceito de Sífilis congénita

O diagnóstico de Sífilis congénita é difícil de confirmar e neste momento o país não possui um meio que seja rápido, sensível e específico para assegurar o diagnóstico, sobretudo nos RN assintomáticos.

Moçambique adotou a definição de Sífilis congénita conforme as orientações da OMS.

Assim sendo, considera-se Sífilis congénita as seguintes situações clínicas:

- Todo feto produto de uma gestação com IG < 20 semanas, sem sinais de vida, cuja mãe tenha resultado do teste rápido da Sífilis positivo, realizado durante a gravidez ou parto;

Ou

- Recém-nascido ou nado morto ( $\geq 20$  semanas de gestação ou peso  $> 500$  gr) nascido de uma mulher com resultado do teste de Sífilis positivo realizado em qualquer momento da gravidez ou parto e cuja mãe não tenha feito tratamento correcto para Sífilis segundo as normas.

Ou

- Recém-nascido ou criança com idade inferior a 2 anos, nascido de uma mulher que tenha resultado do teste de Sífilis positivo realizado durante a gravidez, parto ou pós-parto e cuja criança apresente evidência clínica, radiológica e/ou laboratorial sugestivos de Sífilis, independente do tipo de tratamento que a mãe tenha recebido (correcto ou incorrecto).

Ou

- Recém-nascido ou criança com idade inferior a 2 anos, nascido de uma mulher com seroestado desconhecido para Sífilis (que não fez o teste rápido para Sífilis na gravidez e/ou parto) e que tenha evidência clínica, radiológica e/ou laboratorial sugestivos de Sífilis;

A adopção desta definição permite assegurar uma abordagem mais abrangente no seguimento das crianças expostas a Sífilis, contudo, pode levar o país a sobre notificar os casos de Sífilis congénita.

#### b. Criança exposta a Sífilis

Todo o recém-nascido filho de mãe com teste de Sífilis positivo realizado durante a gravidez, parto ou pós-parto é considerado criança exposta a Sífilis.

- **Qualquer criança exposta a Sífilis** deve ser avaliada clinicamente para:
  - Definir se tem ou não diagnóstico de Sífilis congénita;
  - Decidir a conducta terapêutica e seguimento clínico posterior
- » A avaliação clínica da criança exposta a Sífilis deve contemplar os seguintes aspectos chave:
  - a. Investigação clínica da mãe
    - Identificar se a mãe tem ou teve Sífilis
    - Verificar se a mãe fez ou não tratamento para Sífilis
    - Verificar se o tratamento feito é considerado correcto, de acordo com a definição de mulher correctamente tratada durante a gravidez;
  - b. Investigação clínica do recém-nascido ou criança exposta a Sífilis
    - Verificar se o RN tem sinais clínicos, radiológicos e laboratoriais de Sífilis logo á nascença;
    - Se indicado, avaliar comparativamente a titulação dos anticorpos maternos com os da criança para confirmação do diagnóstico (sempre que possível, dependendo da rede laboratorial);

### 7.3. Manifestações Clínicas da Sífilis congénita

A Sífilis na criança pode apresentar-se de forma assintomática ou sintomática. Cerca de 60-78% do RN infectados podem nascer assintomáticos e destes, pouco mais da metade apresentam sintomas entre a 5<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semana de vida se não forem tratados. Quando sintomática, os eventos clínicos podem apresentar-se em dois diferentes estadios: precoce e o tardio.

**7.3.1 Sífilis congénita Precoce** ocorre essencialmente em crianças com idade inferior a 2 anos e pode apresentar-se nas seguintes formas:

- Forma fulminante: Ocorre no período neonatal e apresenta-se com lesões vesículo-bolhosas na pele e mucosas, icterícia, hepato-esplenomegália, anemia, febre e sinais de sepsis;
- Forma subclínica: é caracterizada pelo surgimento tardio das manifestações clínicas (depois do período neonatal). As manifestações clínicas incluem febre, hepatomegália, adenopatias, afectação cutâneo-mucosa com rinite serosa ou sero-purulenta característica, exantema maculopapular, anemia, trombocitopenia, acometimento neurológico entre outras.

**7.3.2 Sífilis congénita tardia** é quando as manifestações clínicas ocorrem em crianças com idade  $\geq 2$  anos, geralmente por não identificação atempada e tratamento da Sífilis congénita no período neonatal ou na lactância. Manifesta-se clinicamente com:

- Lesões e deformidades nos ossos da face;
- Lesões e deformidades das extremidades (ex: tibia em sabre);
- Deformidades dos dentes (ex: dentes de Hutchinson – uma deformidade característica em que os dentes apresentam-se com manchas hiperocrómicas e colados uns aos outros);
- Lesões muco-cutâneas (sífilides maculo-papulosas, fissura labial ou anal),
- Lesões oculares (queratite, corioretinite);
- Hepatoesplenomegália;
- Manifestações neurológicas: surdez e atraso mental.

**Tabela 5: Principais formas de apresentação clínica da Sífilis na criança desde a concepção**

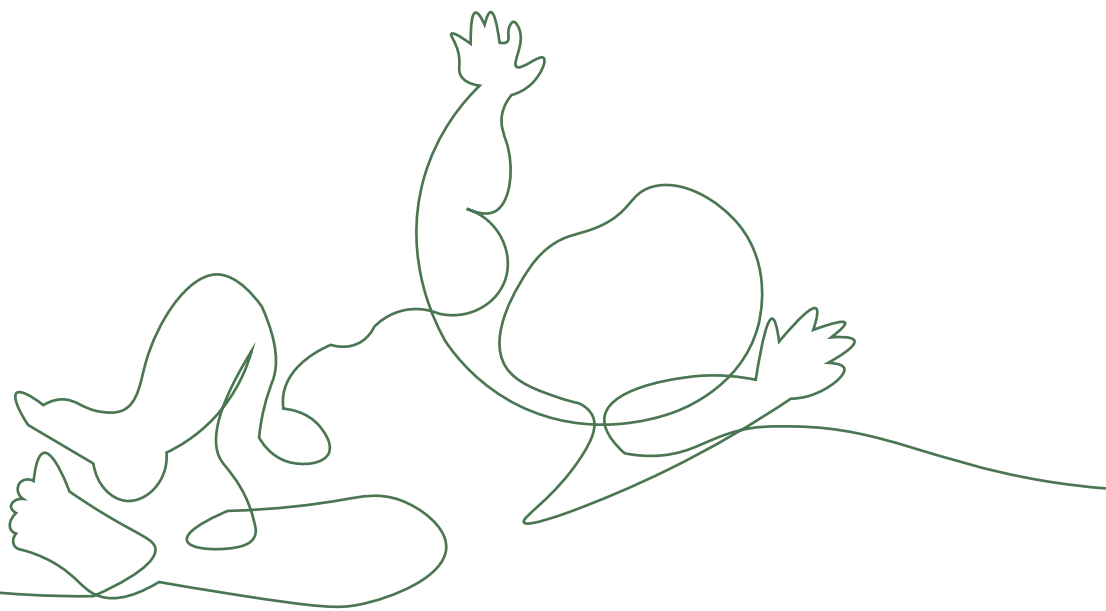
Apresentação clínica	Tempo para surgimento	Observação
Aborto espontâneo ou Nado morto ou hidrops fetal	Qualquer período da gestação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorre em aproximadamente 40% dos casos de Sífilis adquirida durante a gestação;</li> <li>O risco é maior quando a infecção ocorre no primeiro trimestre de gestação;</li> </ul>
Rinite ou descarga nasal	Geralmente esta é a Primeira manifestação da Sífilis na criança;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorre em aproximadamente 40% dos casos</li> </ul>
Rash cutâneo	Ocorre nas primeiras 8 semanas de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorre em aproximadamente 50% dos casos e caracteriza-se por rash maculopapular difuso.</li> <li>Pode haver descamação isolada, ou lesões vesiculares, bolhosas, Papulo-escamosas ou mucosas</li> </ul>
Hepatomegália/ esplenomegália	Geralmente ocorre nas primeiras 8 semanas de vida	Aproximadamente acomete 20% dos casos e pode persistir por vários anos
Lesões músculo-esquelética		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode manifestar-se com osteocondrite ou pericondrite, visível na radiográfica em cerca de 25% dos casos. Pode evoluir para uma Pseudo-paralisia.</li> <li>Pode desenvolver posteriormente fronte olímpica, hipo desenvolvimento dos maxilares, nariz em sela de montar, deformidade de escápulas e tibia em lâmina de sabre</li> </ul>
Anomalias hematológicas	Presentes ao nascimento ou tardiamente	Anemia, trombocitopénia e outras alterações associadas a doenças malignas do foro hematológico
Neuro Sífilis	Pode estar presente ao nascimento ou tardiamente	Ocorre em aproximadamente 50% dos casos.
<p>Outras manifestações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Queratite intersticial</li> <li>Dentes de Hutchinson</li> <li>Surdez neurosensorial</li> </ul>		

# VIII. ABORDAGEM PARA CRIANÇA EXPOSTA A SÍFILIS E PARA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÉNITA

---

No âmbito da implementação do plano de eliminação conjunta do HIV e da Sífilis, urge a necessidade de fortalecer as intervenções actualmente em curso para eliminar a transmissão vertical da Sífilis, bem como, orientar aos provedores de saúde sobre a conduta a ter perante as crianças expostas e/ou infectadas por Sífilis, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Assim sendo:

- » O seguimento das **mães com diagnóstico confirmado de Sífilis** deve iniciar na consulta pré-natal, continuar na sala de parto e na consulta pós-parto;
  - Se a mãe tem diagnóstico confirmado de Sífilis, o seguimento da sua criança deve começar na sala de partos e continuar na CPP e na CCR;
- » Na sala de partos e na CPP, de acordo com (i) o tipo de tratamento que a mãe tenha feito, (ii) resultado do TR ou RPR quantitativo da criança e, (iii) presença ou não de sinais e sintomas sugestivos de Sífilis congénita, a criança pode ser classificada como:
  - RN sem Sífilis congénita;
  - RN com Sífilis congénita pouco provável;
  - RN com Sífilis congénita.



**Tabela 6: Classificação do RN exposto a Sífilis**

Classificação do RN exposto a Sífilis	Descrição
RN Sem Sífilis congénita	<p>Consideram-se RN Sem Sífilis congénita, aqueles que estão assintomático e tem TR negativo para Sífilis</p> <p>e</p> <p>São filhos de uma Mãe que foi correctamente tratada, isto é, a mãe recebeu tratamento com 1 dose de Penicilina Benzatínica até pelo menos 30 dias antes da data do parto e seu parceiro sexual foi também tratado.</p>
RN Com sífilis congénita pouco provável	<p>Consideram-se RN com Sífilis pouco provável:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos os <u>RN assintomáticos e que tenham resultado de TR positivo para Sífilis</u></li> </ol> <p>e,</p> <p>São filhos de uma Mãe com Sífilis e que tenha sido correctamente tratada, isto é, a mãe recebeu tratamento com 1 dose de Penicilina Benzatínica até pelo menos 30 dias antes da data do parto e seu parceiro sexual foi também tratado</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Todos os <u>RN assintomáticos e que tem resultado de TR negativo para Sífilis</u></li> </ol> <p>e</p> <p>são filhos de Mãe com Sífilis e que tenha sido:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Incorrectamente tratada, ou</li> <li>b. Não foi tratada durante a gravidez e parto</li> </ol>
RN com Sífilis congénita	<p>Consideram-se RN com Sífilis congénita:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos os RN sintomáticos (com sinais e sintomas sugestivos de Sífilis), independente do seu resultados do TR para Sífilis e que sejam filhos de mãe com Sífilis, independente do tipo de tratamento que a mãe tenha feito (correcta ou incorrectamente tratada);</li> <li>2. Todos os RN assintomáticos e que tenha resultado de TR positivo para Sífilis e são filhos de mãe com Sífilis <b>incorrectamente tratada ou não tratada</b>.</li> </ol>

**NOTA:**

Toda criança com diagnóstico confirmado de Sífilis congénita identificada em qualquer porta na SMI deve ser referida para tratamento em regime de internamento. Após a alta, deverá ser encaminhada para seguimento na consulta clínica na US da zona de residência. **NÃO É RECOMENDADO SEU SEGUIMENTO NA CCR após confirmação diagnóstica prévia de Sífilis e tratamento completo.**

### 8.1. Conduta para RN filho de mãe com Sífilis na maternidade e na consulta pós- parto

Todas as crianças expostas a Sífilis devem ser avaliados e classificadas conforme as normas do AIDI neonatal e ter confirmação do diagnóstico laboratorial de Sífilis (realizar teste rápido para Sífilis após nascimento na maternidade ou na CPP).

**Abordagem recomendada para RN exposto a Sífilis na sala de partos e na CPP:**

- i. Avaliar se a mãe recebeu tratamento correcto para Sífilis;
- ii. Oferecer teste rápido de Sífilis a todo o RN filho de mãe diagnosticada com Sífilis durante a gravidez, parto ou pós-parto;
- iii. Fazer avaliação clínica da criança (veja algoritmos sobre Abordagem do RN de mãe com TR Sífilis positivo numa US com laboratório e US sem laboratório nas figuras 6 e 7 respetivamente).
  - » Crianças com sinais e sintomas clínicos de Sífilis, devem ser consideradas com diagnóstico de Sífilis congénita e devem ser referidas para tratamento em regime de internamento.
- iv. Para crianças assintomáticas, solicitar teste de Sífilis a criança (TR ou titulação dos anticorpos através do RPR quantitativo, caso a US tenha laboratório com capacidade para fazer a titulação) e proceder segundo o resultado do teste.

Toda criança com diagnóstico de Sífilis congénita identificada na sala de partos ou consulta pós-parto deverá ser referida para tratamento em regime de internamento. Após a alta, deverá ser encaminhada para seguimento na CONSULTA CLÍNICA na US da zona de residência. **NÃO É RECOMENDADO SEU SEGUIMENTO NA CCR.**

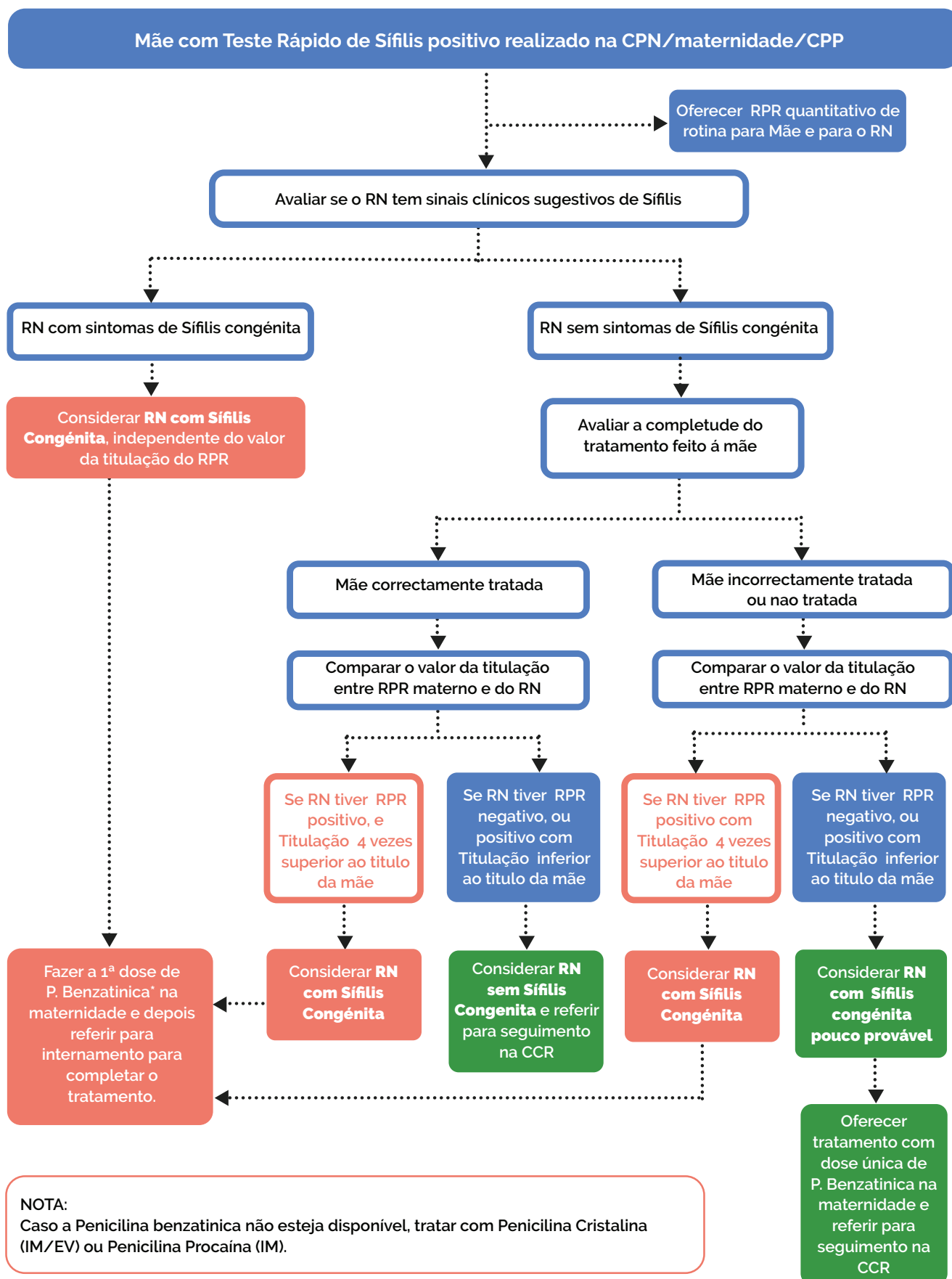
O seguimento dos recém-nascidos expostos a Sífilis deve iniciar na sala de parto, após alta na maternidade deve continuar na consulta pós-natal e posteriormente na CCR por um período de 6, após o qual iremos testar de novo a criança e comparar com o resultado do TDR á entrada (realizado na maternidade, CPP ou a entrada na CCR) conforme o algoritmo do seguimento da CE a sífilis na CCR.

#### **NOTA:**

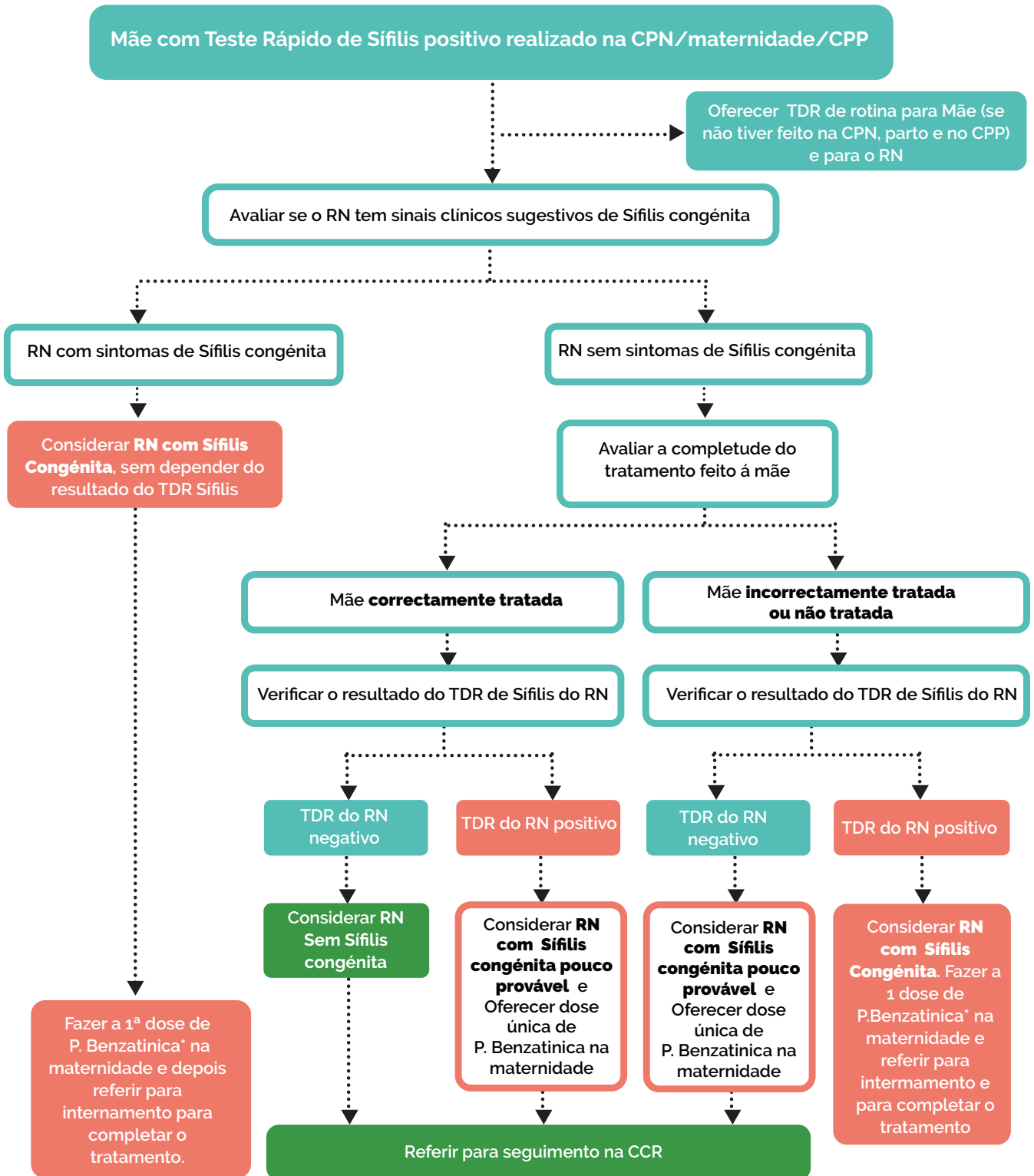
Ao solicitar o RPR para Sífilis, o provedor deve explicitar no formulário de solicitação a finalidade do exame:

- Para confirmação do diagnóstico de Sífilis congénita: quando o RN apresenta sinais e sintomas sugestivos de Sífilis congénita;
- Para confirmação laboratorial do diagnóstico de Sífilis: para RN assintomáticos mas que tenham resultado de teste rápido para Sífilis positivo;
- Para monitoramento do tratamento de Sífilis: para RN cujo diagnóstico da Sífilis congénita e o respectivo tratamento já tenham sido realizados e, o exame laboratorial é para monitorar os títulos dos anticorpos não treponémicos.

**Figura 6** Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para Sífilis positivo numa US com laboratório



**Figura 7:** Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para Sífilis positivo numa US sem laboratório



**NOTA:**  
 Caso a Penicilina benzatinica não esteja disponível, tratar com Penicilina Cristalina (IM/EV) ou Penicilina Procaina (IM).

## 8.2. Conduta Terapêutica para Criança filha de mãe com Sífilis em regime de internamento

Após seguir os algoritmos preconizados para o diagnóstico da Sífilis em US com e sem laboratório (ver os algoritmos respectivos), se a criança for classificada como **criança com Sífilis congênita**, esta deve ser encaminhada para receber o tratamento em regime de internamento, conforme a tabela 7 abaixo referida.



**Tabela7:** Conduta Terapêutica para criança exposta a Sífilis em regime de internamento

SITUAÇÃO	AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA	
			< 28 DIAS	>28 DIAS
<p><b>Um dos seguintes:</b></p> <p>RN de mãe com RPR(+)/VDRL(+) não tratada</p> <p>OU</p> <p>RN de mãe RPR(+)/VDRL(+) inadequadamente tratada</p> <p>OU</p> <p>RN de mãe RPR(+)/VDRL(+) cujo seguimento laboratorial obrigatório (durante 1-3meses) não pode ser garantido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RN com RPR(+)/VDRL(+) e/ou alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas sem alteração neurológica</li> </ul>	<p><b>Sífilis congênita SEM ALTERAÇÕES NEURLÓGICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h ate completar os 10 dias*</li> <li>OU</li> <li>Penicilina Procaina 50.000 UI/Kg/IM dose única diária durante 10 dias*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h ate completar os 10 dias*</li> <li>OU</li> <li>Penicilina Procaina 50.000 UI/Kg 12/12h IM durante 10 dias*.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>RN com RPR(+)/VDRL(+) e/ou alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas com alteração neurológica ou se não for possível fazer LCR</li> </ul>	<p><b>Sífilis congênita COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 4/4h até completar os 10 dias*</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>RN com RPR(+)/VDRL(+) sem alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas sem alteração neurológica</li> </ul>	<p><b>Sífilis congênita POUCO PROVÁVEL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fazer Penicilina Benzatinica- 50.000 UI/kg/ dose única/IM</li> <li>Voltar para as consultas de pós-natais de rotina e encaminhar para a CCR quando o RN tiver 4 semanas</li> </ul>	

SITUAÇÃO	AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA	
			< 28 DIAS	>28 DIAS
RN de mãe com Sífilis correctamente tratada	<ul style="list-style-type: none"> <li>RN com RPR(+)/VDRL(+) com título superior ao materno e alterações clínicas sem alteração do LCR</li> </ul>	Sífilis congénita SEM ALTERAÇÕES NEURLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h ate completar os 10 dias*</li> <li>OU</li> <li>Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg/IM dose única diária durante 10 dias*</li> </ul>	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h ate completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg 12/12h durante 10 dias*.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>RN com RPR(+)/VDRL(+) com título superior ao materno e alterações clínicas com alteração do LCR</li> </ul>	Sífilis congénita COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h até completar os 10 dias*</li> </ul>

**NOTA:**

- » Nas US sem capacidade de internamento, a criança recebe a primeira dose de tratamento pré-referência para Sífilis e será referida para completar tratamento em regime de internamento. Após finalizar o tratamento a criança será encaminhada para consulta de pediatria para controlo clínico e laboratorial
- » Toda criança referida para uma US com laboratório, que tenha uma titulação 4 vezes superior em relação a titulação da mãe e/ou tenha sinais e/ou sintomas sugestivos de Sífilis congénita, deverá ser submetida a uma punção lombar e solicitar a identificação do treponema pallidum no LCR. No caso que esta não seja possível, a criança será tratada como se tiver neurosífilis
- » Características do LCR na neurosífilis: Geralmente o LCR é límpido, com Leucocitose (> 25 leucócitos/mm<sup>3</sup>) e elevada concentração de proteínas (> 150 mg/dl);
  - Se o resultado do VDRL for positivo no LCR confirma o diagnostico de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou na concentração de proteínas no LCR.

# IX. SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA A SÍFILIS NA CCR

## 9.1 Critérios para seguimento da Criança exposta a Sífilis na CCR

Considera-se criança exposta a Sífilis com indicação para seguimento na CCR toda criança que foi classificada na maternidade ou na CPP como:

- RN sem Sífilis congénita;
- RN com Sífilis congénita pouco provável.;
- » As crianças que foram classificadas como RN com Sífilis congénita e que tenham feito tratamento em regime de internamento, após a alta **NÃO** devem ser seguidas na CCR. O seguimento destas crianças deve ser feito na **CONSULTA CLÍNICA** na US, para continuar a monitoria do crescimento e desenvolvimento e do surgimento de sequelas ósteo-neurológicas.

## 9.2 Quando deve começar o seguimento na CCR

Após a alta da maternidade o RN deve ser seguido na CPP. A partir do primeiro mês de vida o seguimento deve ser feito na CCR onde as crianças devem receber cuidados clínicos até ao diagnóstico definitivo para Sífilis, que será feito ao sexto mês de vida (vide anexo nº 8 - Fluxograma de atendimento da Criança exposta a Sífilis na CCR). Os cuidados clínicos incluem o controlo do crescimento ponderal, controle do desenvolvimento psicomotor, suplementação com Vitamina A, desparasitação e outras intervenções preconizadas segundo as normas e serão realizados testes diagnósticos para a confirmação ou exclusão da Sífilis congénita segundo o calendário previsto.

Crianças que durante o período de observação sejam diagnosticadas com Sífilis activa, quer seja através do diagnóstico clínico (sinais e sintomas) ou através do teste rápido para Sífilis, devem ser imediatamente referidas para o internamento para iniciar tratamento recomendado.

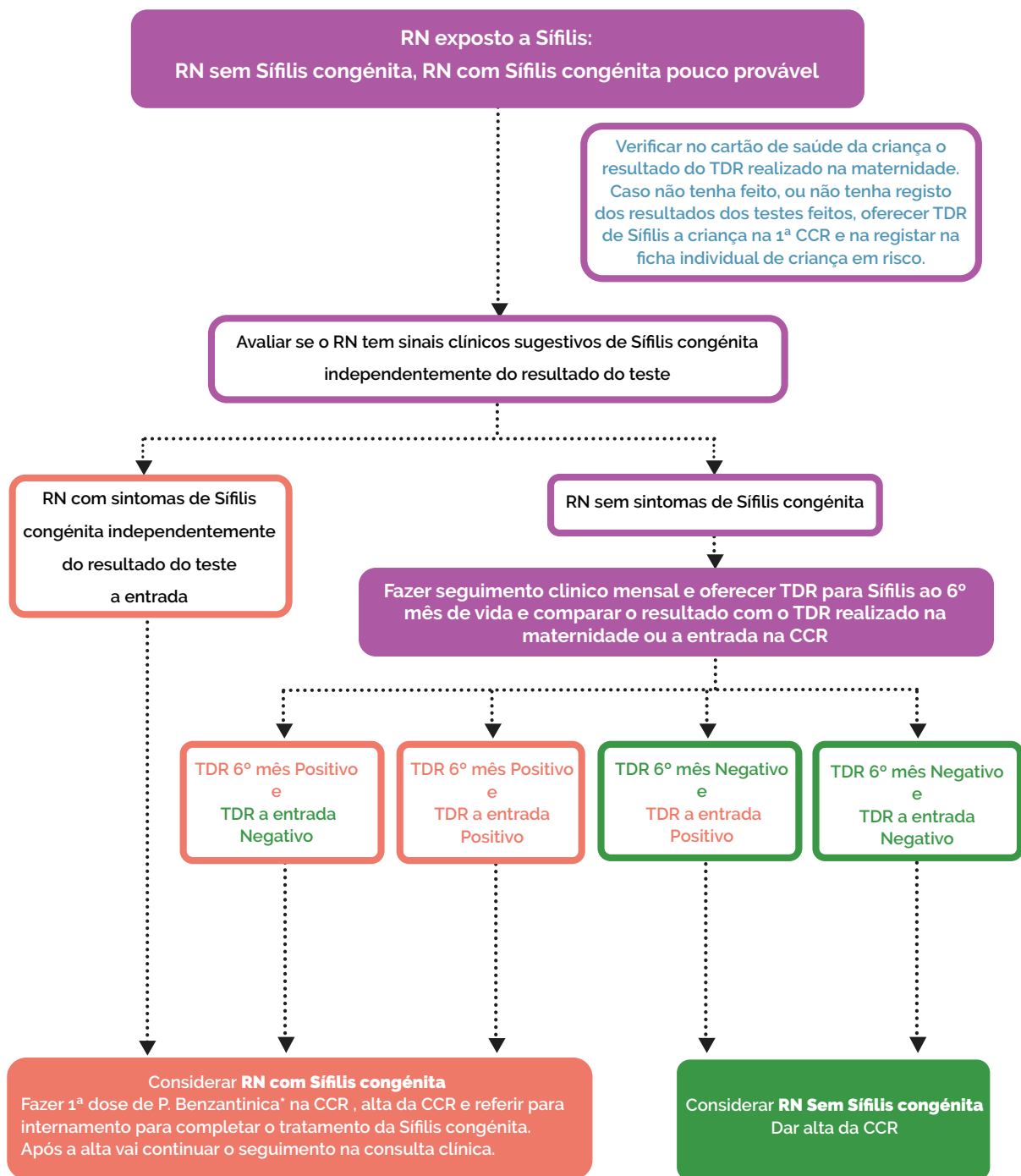
## 9.3 Seguimento clínico da criança exposta a Sífilis

Na CCR a criança devesa abrir processo clínico de CCR (actualmente em uso para todas as crianças de atenção especial). Na anamnese deve ser colhida a seguinte informação:

- » História clínica da mãe:
  - Testagem de Sífilis na CPN/maternidade/ CPP
  - Tratamento correto ou não para Sífilis.
- » História do RN:
  - Resultados da avaliação clínica e dos testes realizados no pós-parto
  - Tratamento recebido pela criança na maternidade e/ou na consulta pós-parto.
- » História clínica recente da criança, incluindo informações sobre alimentação infantil, cumprimento do calendário de vacinas, contactos com TB e internamentos recentes;

- » Exame físico completo com avaliação do peso, estatura, peso para estatura, perímetro craniano, presença de edemas, desenvolvimento psicomotor e reconhecimento de sinais clínicos de Sífilis: Icterícia, Febre, Hepatoesplenomegalia, Lesões descamativas na pele, Rinite, etc)
- » Testagem para a confirmação do estado serológico da criança

**Figura 8 Fluxograma de atendimento da criança exposta a Sífilis na CCR**



**NOTA:**  
Caso a Penicilina benzatinica não esteja disponível, tratar com Penicilina Cristalina (IM/EV) ou Penicilina Procaína (IM).

## 9.4 Calendário de seguimento clínico e laboratorial da criança exposta a Sífilis:

### i. Seguimento clínico da criança

Uma vez inscrita na CCR, o calendário de **seguimento clínico** da criança será:

- » Consulta mensal durante os primeiros 6 meses de seguimento.
- » Ao 6º mês de vida oferecer TDR e comparar com o resultado do TDR a entrada (realizado na maternidade ou a entrada na CCR):
  - TDR negativo: referir para CCS.
  - TDR positivo: administrar Penicilina Benzatínica e transferir para internamento.

Criança que apresenta sinais e sintomas sugestivos de Sífilis em qualquer fase de seguimento na CCR deve ser transferida para tratamento em regime de internamento.

Os sinais e sintomas que devem levar a suspeita de Sífilis congénita são:

- Rinite ou corrimento nasal
- Rash cutâneo
- Hepatomegália
- Esplenomegália

### ii. Seguimento laboratorial da criança

O seguimento laboratorial da criança consiste em:

- » À entrada na CCR:
  - A ESMI deve registar no processo da criança e no cartão de saúde da criança o resultado do TR realizado na maternidade.
  - Caso não tenha feito o TR para Sífilis na maternidade, ou não tenha registo dos resultados dos testes feitos no cartão de saúde da criança, oferecer TR de Sífilis a criança na 1ª CCR;
- » Realizar os testes rápidos de Sífilis á criança no 6º mês de vida
  - A interpretação dos resultados dos testes e a conduta clinica deverá seguir o Fluxograma de atendimento da criança exposta a Sífilis na CCR (descrito acima);
  - Nesta consulta, todas as crianças devem ter o diagnóstico definitivo.

### iii. Critérios de alta da CCR para crianças expostas a Sífilis

#### a) Alta da CCR para tratamento em regime de internamento

- » Toda criança que tiver diagnóstico de Sífilis congénita, isto é:
  - Criança que á entrada ou em qualquer fase de seguimento na CCR apresenta sinais e sintomas sugestivos de Sífilis congénita independentemente do resultado do teste a entrado;
  - Crianças que ao 6º mês de vida, apresenta um resultado do TR para Sífilis positivo;
  - Criança que ao 12º mês de vida apresenta resultado do TR para Sífilis Positivo.

#### NOTA:

Todas crianças, diagnosticadas com Sífilis congénita na CCR, devem receber:

- 1ª dose de Penicilina Benzatínica na CCR no dia do diagnóstico;
- Alta da CCR e referência para enfermaria de pediatria para completar o tratamento da Sífilis;

Após a alta da enfermaria, não devem continuar seguimento na CCR. Devem ser encaminhadas para a consulta clínica.

#### iv. Alta da CCR para Consulta da criança Sadia

Terá alta da CCR para CCS, toda a criança exposta a Sífilis, que tiver diagnóstico definitivo de criança sem Sífilis congénita ao 6º, de acordo com o algoritmo acima.

# X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. WHO, Global Health Sector Strategy On Sexually Transmitted Infections, Towards Ending STIs, 2016–2021
2. WHO Guideline on Syphilis screening and treatment for pregnant women, 2017
3. WHO Information note on the use of Dual HIV/Syphilis Rapid Diagnostic Tests (RDT), 2017
4. Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis Second Edition, WHO, 2017
5. WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema Pallidum* (Syphilis), 2016
6. Standards for maternal and neonatal care -Prevention of mother-to-child transmission of syphilis, WHO, 2006
7. Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA, Direcção Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde de Moçambique, 2019
8. 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 do Brasil, 2019
9. Atenção Integrada as Doenças da Infância (AIDI) – Caderno de Mapas para a atenção integrada ao recém-nascido do nascimento aos 7 dias, 2018
10. Guião de Bolso para manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis congénita, Secretaria do estado de Saúde de São Paulo, 2016
11. Plano de Aceleração para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, 2018-2020
12. Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique, 2020-2024
13. Nelson, Tratado de Pediatria, Elsevier, 18ª edição, 2ª Tiragem paginas

