

Belo Horizonte | 2021

GUIA TÉCNICO

SÍFILIS

ADQUIRIDA • NA GESTANTE • CONGÊNITA



GUIA TÉCNICO

SÍFILIS

ADQUIRIDA • NA GESTANTE • CONGÊNITA

Elaboração

Maria Gorete dos Santos Nogueira

Ricardo Andrade Carmo

Solange Maria Nonato

Atualização e revisão

Maria Gorete dos Santos Nogueira

Colaboração

Maria Cecília Borges Ladeira

Vinícius Gonçalves de Paula

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA	6
1 . SÍFILIS ADQUIRIDA.....	7
1.1 Definição de caso de sífilis adquirida.....	7
1.2 Diagnóstico Laboratorial.....	7
1.3 Manifestações clínicas e tratamento	12
1.3.1 Manifestações clínicas e tratamento.....	16
2 . SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....	19
2.1 Definição de caso de sífilis em gestantes.....	19
2.2 Diagnóstico Sorológico	20
2.3 Tratamento.....	21
2.3.1 Tratamento adequado da gestante.....	23
2.3.2 Recomendações para o seguimento da sífilis materna	23
2.4 Coinfecção sífilis-HIV na gestação	24

3. SÍFILIS CONGÊNITA	25
3.1 Classificação	25
3.2 Definição de caso de sífilis congênita	26
3.3 Manejo clínico da criança exposta ou com sífilis congênita	27
3.3.1 Período neonatal.....	28
3.3.2 No período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida).....	30
3.3.3 Seguimento	31
4. QUE AÇÕES DE SAÚDE DEVEM SER EXECUTADAS PARA GERAR IMPACTO?	33
Referências bibliográficas.....	34

INTRODUÇÃO

A sífilis é doença infecciosa, sistêmica e de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de transmissão sexual e vertical (materno-fetal), que evolui com fases de agudização e períodos de latência clínica. A infecção ocorre em 60 a 100% das relações sexuais desprotegidas com pessoas infectadas, sendo que as maiores taxas são detectadas quando envolve parcerias não tratadas e em fases mais precoces da doença, mesmo que sem sintomas. Na gestante, pode ocorrer em qualquer período da gestação e a transmissão para o concepto é maior durante as fases mais precoces da doença e/ou falta do tratamento adequado, o que leva a consequências graves para o concepto. Até 40% dos casos da infecção na gestação pode encerrar em morte fetal, aborto espontâneo e natimorto, ou ainda, morte neonatal precoce e prematuridade. Mesmo com as facilidades de diagnóstico e do tratamento de baixo custo e disponibilizado na rede básica de saúde, o número de casos da sífilis tem aumentado em todo o país nas últimas décadas.

Dados da OMS apontam um milhão de novas gestações afetadas pela sífilis anualmente em todo o mundo, levando a cerca de 660.000 casos de sífilis congênita, sendo 355.000 com desfechos graves tais como morte fetal precoce, abortamento, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascimento e recém-nascidos sintomáticos. Os demais são crianças infectadas que poderão apresentar sintomas nos primeiros meses de vida⁸. Observa-se que a infecção congênita ocorre em 70% a 100% das gestantes não tratadas e em menos de 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, o que ressalta a importância do diagnóstico e o pronto tratamento com a benzilpenicilina benzatina durante o pré-natal na prevenção de consequências graves da transmissão materno-fetal da sífilis.^{13,23}

Em 2019, foram registrados no Brasil 152.915 casos de sífilis adquirida com uma taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes, 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de 20,8 casos/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 casos/100.000 nascidos)⁹. No mesmo ano, em Belo Horizonte foram notificados 3.718 casos da sífilis adquirida, com incidências de 156,5 casos/100.000 habitantes; 764 casos de sífilis na gestante e 287 casos de sífilis congênita, com taxa de detecção de 26,7 e 10,0 casos, respectivamente para cada 1.000 nascidos vivos. Em um cenário de dissemina-

ção do *Treponema*, observam-se incidências importantes de casos de sífilis com pouca conscientização das pessoas sobre a importância do cuidado de prevenção em IST e da necessidade de uso de preservativos às relações sexuais. Assinala-se também, que o aumento do número de casos registrados da infecção é impulsionado pelos gradativos investimentos em ações de saúde, incluindo a ampliação da testagem rápida na qualificação da Atenção Básica à Saúde, dos serviços de pré-natal e da assistência ao parto para o controle da sífilis em todas as suas formas. Os dados do município apontam perspectivas positivas quanto à efetividade das ações para a evitabilidade da sífilis congênita, visto que em 2019 houve queda significativa do número de casos notificados com relação aos dois anos anteriores (401 em 2018 e 318 em 2019). Em 2020, observou-se redução de casos de sífilis congênita, com o registro de 192 casos. No entanto, devemos considerar as medidas restritivas e a mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19 contribuindo para a redução da notificação de casos.

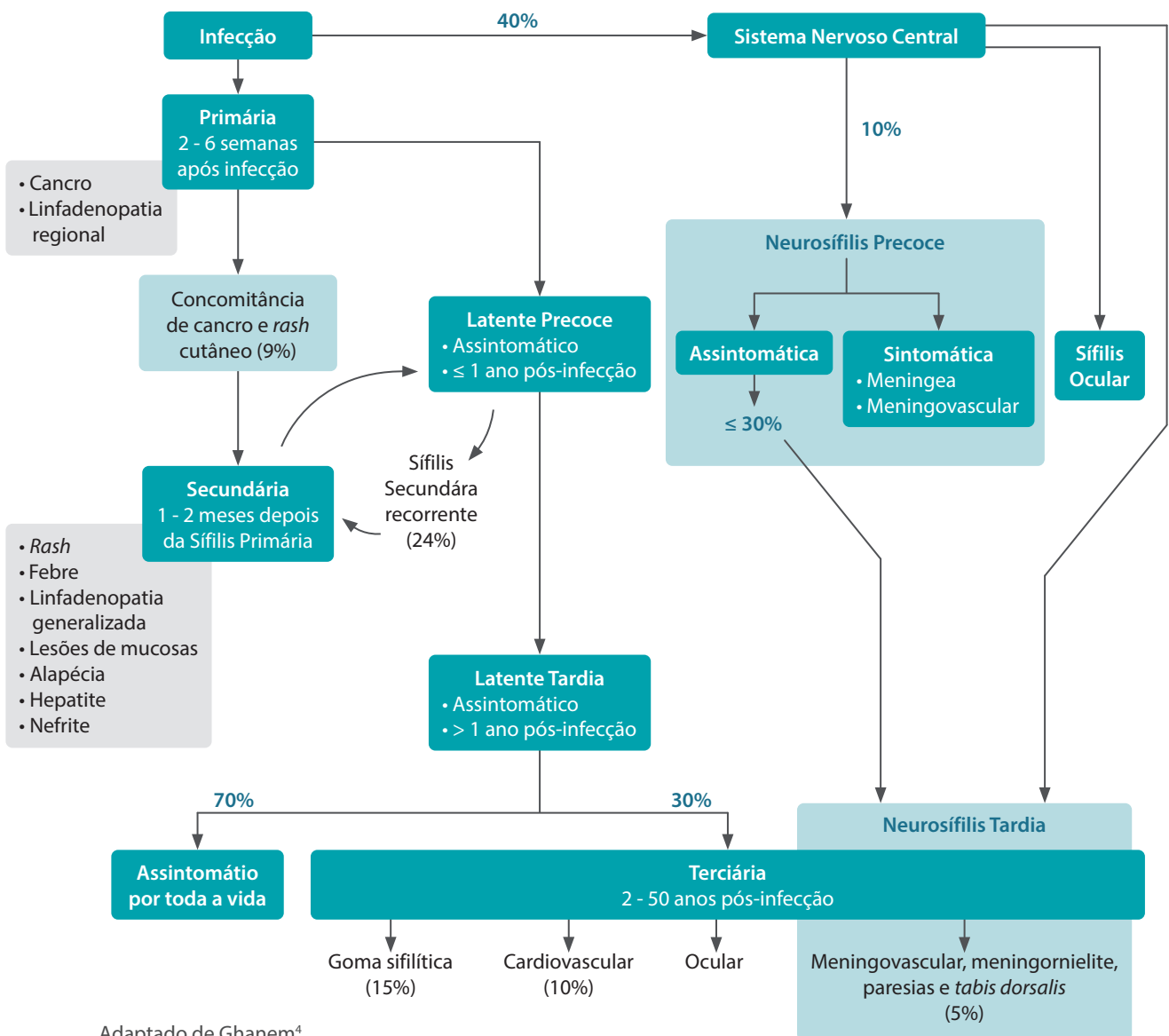
A **prevenção da sífilis congênita** pode ser feita com a prática de medidas relativamente simples e eficazes, que incluem **o diagnóstico da sífilis materna e o tratamento precoce adequado da gestante e de parceria (s) sexuais**. Reduzir e eliminar a sífilis congênita são uma prioridade das políticas de saúde do país. O Ministério da Saúde, trabalha em um processo de intensificação das ações de controle da sífilis em todo país, pautadas na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, iniciada em outubro de 2016, alinhada com os objetivos da Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde^{6,13}. A Agenda estabelece um rol de prioridades visando à qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis. Nesse sentido, o município de Belo Horizonte segue com um trabalho continuado de reorganização e implementação de ações e frentes de trabalho, em consonância com as diretrizes nacionais.

O nosso objetivo maior é tornar mais efetivas as medidas de prevenção, com reforço à adoção dos protocolos da gestante, dentre eles o da sífilis, para melhorar a assistência ao pré-natal²¹. Sabemos que, para a eliminação sustentada da sífilis congênita e o controle da sífilis adquirida, é preciso somar esforços para aumentar a conscientização e adesão aos cuidados para a prática do sexo protegido, assegurando assistência qualificada à mulher, com foco na saúde sexual e reprodutiva e na saúde do homem, além de diagnosticar e tratar adequadamente todas as formas da sífilis. Nesse sentido e com base em revisão da literatura e de protocolos atuais, discussão e revisão de casos juntamente com observações dos profissionais envolvidos com o tema na assistência, esse guia foi revisado e atualizado.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

O *T. pallidum* dissemina pelo organismo em dias após a infecção, podendo resultar em manifestações precoces em vários tecidos incluindo a pele, sistema nervoso central (SNC), olhos e placenta, dentre outros. Na história natural da doença, na ausência de intervenção terapêutica, usualmente a invasão sistêmica progride em doença que cursa com períodos silenciados pela ausência de manifestações clínicas, intercalados de períodos de manifestações distintas, conforme apresentado no fluxograma 1, abaixo.

Fluxograma 1 – História Natural da Sífilis não tratada



1. SÍFILIS ADQUIRIDA

1.1 Definição de caso de sífilis adquirida¹⁴

- 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 para sífilis, com pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

Obs.: Todos os casos devem ser notificados⁵. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se **cicatriz sorológica** casos tratados anteriormente para sífilis e com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições.

1.2 Diagnóstico Laboratorial

Pesquisa do *T. pallidum*

- Microscopia direta – a pesquisa do *T. pallidum* em material coletado de lesão cutâneo-mucosa (sífilis primária ou secundária), de biópsia ou autópsia, é um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80% na fase primária da sífilis. Fatores técnicos múltiplos diminuem a sensibilidade do teste. A técnica da microscopia de campo escuro é bastante conhecida, tem sensibilidade de 74% a 86%, geralmente é disponibilizada nos serviços especializados no atendimento em IST. Em Belo Horizonte é realizada na Unidade de Referência Secundária Centro Sul (SAE Centro Sul). A pesquisa direta do treponema pode ser realizada, também, por técnica de imunofluorescência direta, utilizando material corado e biópsias.

- Testes de amplificação de ácido nucleico (*nucleic acid amplification test*, NAAT) como a PCR (Reação em cadeia de Polimerase) de DNA pode ser realizado no sangue, líquido e em tecidos. No Brasil já existem metodologias validadas e consideradas para incorporação no SUS¹.

Testes imunológicos

Diagnóstico Sorológico

O diagnóstico sorológico da sífilis é feito pelo teste **não treponêmico VDRL** (*Veneral Disease Research Laboratorial*) e/ou por testes treponêmicos, FTA-abs (*Fluorescence Treponema pallidum Absorption Test*), ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*), HAI (Hemaglutinação indireta) e RIFI (Reação de Imunofluorescência Indireta). Na prática, são os mais usados para o diagnóstico da sífilis. Os testes sorológicos, em geral tornam-se reagentes cerca de uma semana após o aparecimento do cancro duro (três semanas após a infecção). Na grande maioria dos casos permanecem positivos por toda a vida, mesmo nas pessoas tratadas adequadamente. Na suspeita clínica e/ou epidemiológica da infecção em que o resultado dos testes for não reagente, o exame deverá ser repetido após cerca de 30 dias para a confirmação ou não da infecção. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido³.

Os **testes não treponêmicos** detectam anticorpos anticardiolipina. São anticorpos tituláveis e a leitura final dos testes reagentes é expressa em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.), **utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e para o monitoramento da resposta terapêutica e controle de cura**. Especialmente nos casos de infecção detectada em fases tardias, os títulos são baixos e, mesmo após o tratamento bem-sucedido, podem persistir baixos (1:1 – 1:4), por meses ou anos, o que é chamado de cicatriz sorológica^{1,3,4}.

Dessa forma, pessoas com títulos baixos em testes não treponêmico e sem registro de tratamento, devem ser submetidas ao teste treponêmico para confirmação da infecção, devendo ser consideradas portadoras de

sífilis latente tardia. Resultados falsos positivos, em geral, são títulos mais baixos e ocorrem em situações como: algumas infecções, após vacinações, uso concomitante de medicamentos, após transfusões de hemoderivados, gravidez, em idosos, em portadores de lúpus eritematoso sistêmico, na síndrome antifosfolipídica e outras colagenoses, hepatites virais crônica, uso de drogas ilícitas injetáveis, hanseníase, malária. Entretanto, é importante ressaltar que o título da amostra não pode ser utilizado para diferenciar infecção de falso-positivo, pois falso-positivos com títulos altos podem ocorrer.

Os **testes treponêmicos** detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Falsos positivos ocorrem muito raramente. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento correto e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Teste Rápido

O **Teste Rápido da sífilis** é teste treponêmico, muito útil para triagem diagnóstica e preferencialmente deve ser o primeiro teste a ser realizado. Disponibilizado pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, é mais uma ferramenta para ampliação do diagnóstico da sífilis¹⁸. São práticos, de fácil execução, pode ser realizado em amostra de sangue total colhida por punção digital ou venosa, com leitura de resultado em 15 a 20 minutos, sem uso de equipamentos. Trata-se de teste treponêmico, muito útil para triagem conforme **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011**¹⁹. Orienta-se que diante de um teste rápido com resultado reagente, deverá proceder à coleta de sangue venoso para realização do VDRL e ao agendamento de consulta médica^{1,3}.

Figura 2A - Fluxograma do diagnóstico complementar da sífilis¹⁹

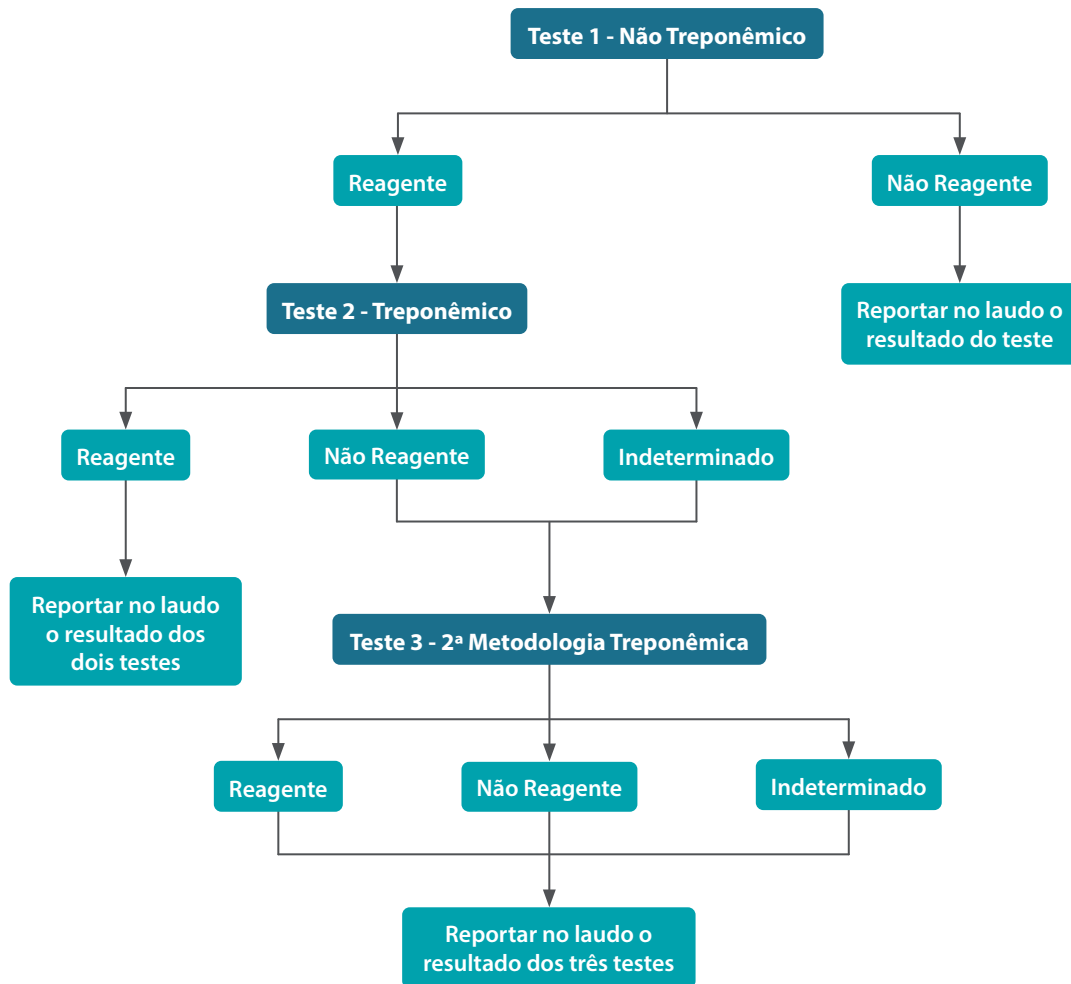
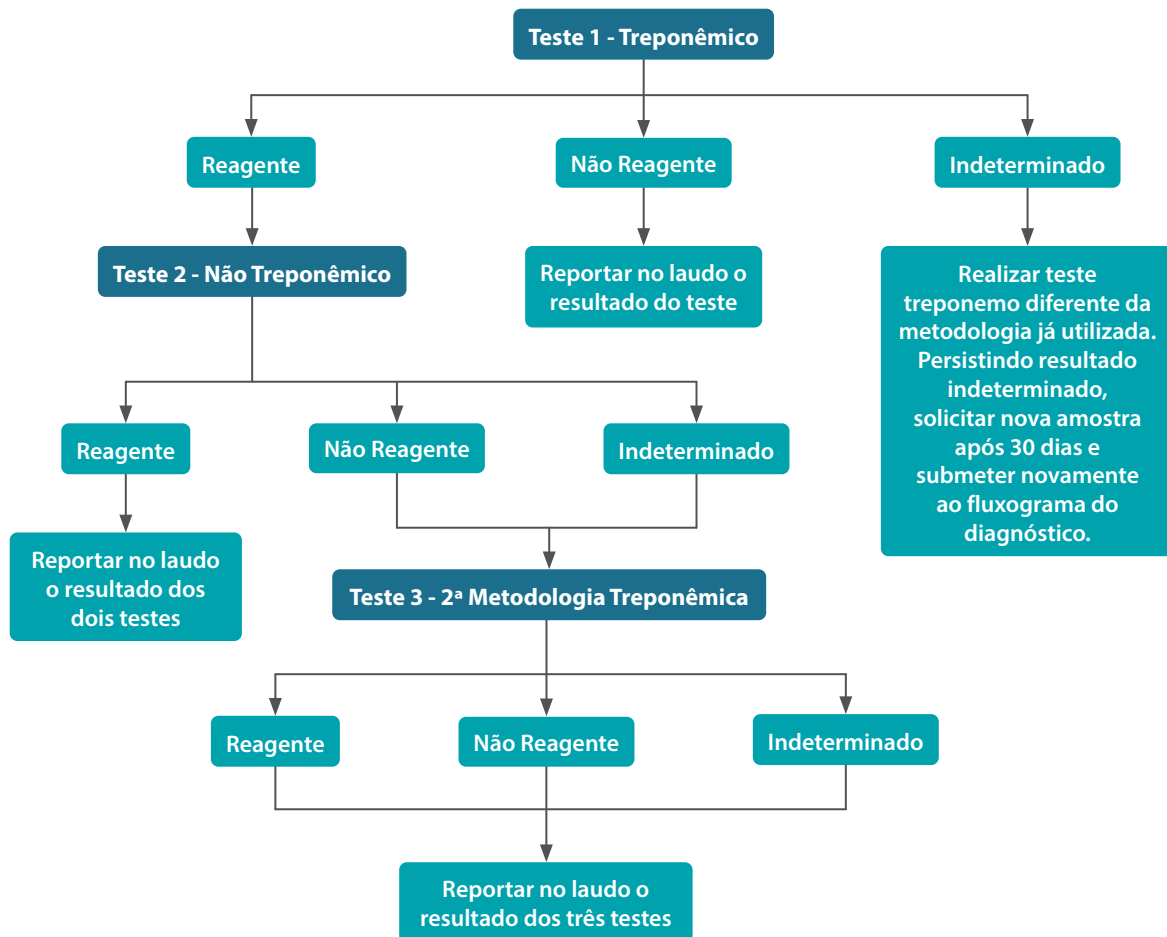


Figura 2B - Fluxograma do diagnóstico complementar da sífilis¹⁹



1.3 Manifestações clínicas e tratamento

Quadro 1 - Estadiamento, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em adultos e adolescentes (10 a 19 anos), incluindo pessoas vivendo com HIV, homens que fazem sexo com homens, transgêneros e não gestantes ou não nutrízes^{1,4,17}

CLASSIFICAÇÃO		SINAIS/ SINTOMAS	VDRL	ESQUEMA TERAPÊUTICO	CONTROLE DE CURA E ORIENTAÇÕES
SÍFILIS RECENTE	Primária	<ul style="list-style-type: none"> • Cancro duro: lesão genital ulcerada ou erosada, geralmente única, que aparece em 10 a 90 dias (média de 21 dias) após o contágio (contato sexual infectante). • Adenopatia regional (íngua) não supurativa, indolor e múltipla. • As lesões podem ser extragenitais e desaparecem, independente do tratamento em 4 a 8 semanas. 	Positivo, mas pode ser negativo. A pesquisa do Treponema em campo escuro pode ser positiva e, em Belo Horizonte, é realizada apenas no Laboratório da URS Centro Sul.	Penicilina G Benzatina: 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), dose única.	<ul style="list-style-type: none"> • Exame sorológico não treponêmico trimestral (VDRL). Na fase inicial do cancro a sorologia, VDRL ou qualquer outra, pode ser negativa. • Tratar parcerias sexuais. • Aconselhamento; uso do preservativo; monitoramento sorológico; testagem anti-HIV e vacina p/ hepatite B. • As pessoas infectadas devem ser orientadas a não se candidatarem a doação de sangue e a fazer acompanhamento médico até a confirmação da cura.

Quadro 1 - Estadiamento, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em adultos e adolescentes (10 a 19 anos), incluindo pessoas vivendo com HIV, homens que fazem sexo com homens, transgêneros e não gestantes ou não nutrízes^{1,4,17} (continuação).

CLASSIFICAÇÃO		SINAIS/ SINTOMAS	VDRL	ESQUEMA TERAPÊUTICO	CONTROLE DE CURA E ORIENTAÇÕES
SÍFILIS RECENTE	Secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões cutâneo-mucosas, não ulceradas que aparecem no corpo em cerca de 8 semanas após o desaparecimento do cancro duro. • Exantema morbiliforme e máculas (roséolas sífilíticas)*. • Em 70-90% dos casos pode ocorrer sintomas gerais como febre, artralgias, mal estar geral e linfadenopatia generalizada. • Sintomas neurológicos, oculares e hepáticos. 	Títulos altos, em geral superiores a 1:64.	Penicilina G Benzatina: 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), dose única.	<ul style="list-style-type: none"> • Exame sorológico não treponêmico trimestral (VDRL). Na fase inicial do cancro a sorologia, VDRL ou qualquer outra, pode ser negativa. • Tratar parcerias sexuais. • Aconselhamento; uso do preservativo; monitoramento sorológico; testagem anti-HIV e vacina p/ hepatite B. • As pessoas infectadas devem ser orientadas a não se candidatarem a doação de sangue e a fazer acompanhamento médico até a confirmação da cura.
	Latente Precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Sem sinais e sintomas clínicos (período desde o desaparecimento das lesões da sífilis secundária, até 1 ano após a infecção ou pessoas com testes treponêmico e não treponêmico positivos cuja possibilidade de exposição ocorreu nos últimos 12 meses. 	Títulos menores do que da fase secundária.		

Quadro 1 - Estadiamento, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em adultos e adolescentes (10 a 19 anos), incluindo pessoas vivendo com HIV, homens que fazem sexo com homens, transgêneros e não gestantes ou não nutrízes^{1,4,17} (continuação).

CLASSIFICAÇÃO		SINAIS/ SINTOMAS	VDRL	ESQUEMA TERAPÊUTICO	CONTROLE DE CURA E ORIENTAÇÕES
SÍFILIS TARDIA	Latente Tardia	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas assintomáticas com testagens positivas para a sífilis fora dos critérios da sífilis latente precoce ou seja, pessoas assintomáticas para a sífilis, com testes positivos, treponêmico positivo e não treponêmico em qualquer titulação, após 1 ano da infecção, afastado o diagnóstico e tratamento de sífilis no passado.^{3,4} 	Títulos baixos	Penicilina G Benzatina: 2.400.000 UI 01 vez por semana (1.200.000 UI em cada glúteo), por 03 semanas, dose total: 7.200.000 UI.	<ul style="list-style-type: none"> • Exame sorológico não treponêmico trimestral (VDRL). • Tratar parcerias sexuais. • Aconselhamento, uso do preservativo, segmento sorológico, testagem anti-HIV e vacina p/ hepatite B. • As pessoas infectadas devem ser orientadas a não se candidatarem a doação de sangue, até a confirmação da cura da infecção.
	Terciária**	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas que ocorrem de 1 ano a décadas após a infecção inicial, principalmente com presença de lesões cutaneomucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (neurosífilis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico/insuf.aórtica) e osteo-articulares (artropatia). 	Títulos baixos. Podem ser negativos.		

Quadro 1 - Estadiamento, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em adultos e adolescentes (10 a 19 anos), incluindo pessoas vivendo com HIV, homens que fazem sexo com homens, transgêneros e não gestantes ou não nutrízes^{1,4,17} (continuação).

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS/ SINTOMAS	VDRL	ESQUEMA TERAPÊUTICO	CONTROLE DE CURA E ORIENTAÇÕES
Neurossífilis	<p>Meníngea: meningite sífilítica aguda; meningo-vascular: cerebral, vascular.</p> <p>Parenquimatosa: paralisia geral, <i>tabes dorsalis</i>, paresia tabética, atrofia óptica.</p> <p>Gomatosa: cerebral, espinal.</p>	<p>Geralmente os títulos são mais altos na sífilis recente e mais baixos na sífilis terciária, podendo ser negativo. Realizar o exame do líquido.</p>	<p>Penicilina G Cristalina: 18 a 24 milhões de UI/dia, administradas em doses de 3 – 4 milhões de UI, EV de 4/4 h, por 10-14 dias³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exame de líquido de 6/6 meses até normalização. • Tratar parcerias sexuais. • Aconselhamento, uso do preservativo, seguimento sorológico, testagem anti-HIV e vacina para hepatite B.
Sífilis ocular	<p>Ocorre principalmente diminuição da acuidade visual. É comumente associada ao acometimento neurológico, mas pode ocorrer em qualquer fase da doença, sendo frequentemente associada às manifestações secundárias da doença. A uveíte é a lesão mais frequente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exames sorológicos e avaliação clínica para sífilis. • Tratamento conforme da neurossífilis. • Acompanhamento com oftalmologista e infectologista. • Observar toda a conduta para neurossífilis diante do caso de sífilis ocular. 		

Observação:

*Toda erupção cutânea, especialmente em adultos, sem causa aparente deve ser investigada para sífilis.

**A sífilis terciária é de ocorrência rara na atualidade, todo o caso deve ser encaminhado para especialista em infectologia e outros, dependendo da extensão do acometimento orgânico pela doença. Dependendo do caso, o tratamento da infecção deverá ser realizado a Penicilina Cristalina EV por 10-14 dias.

1.3.1 Manifestações clínicas e tratamento

- Todos os casos de sífilis adquirida, sífilis na gestante e sífilis congênita devem ser notificados. A benzilpenicilina é o antibiótico de escolha para tratamento da sífilis. A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é considerada o local preferencial para aplicação e a região dos músculos vasto lateral da coxa e do dorso glúteo, locais alternativos. Frequentemente, a presença de prótese ou silicone líquido industrial impossibilitam a aplicação IM da medicação e nesses casos deve ser avaliada a indicação de tratamento alternativo. Assinala-se que compete ao enfermeiro definir o local e os cuidados a serem observados na realização da injeção intramuscular em qualquer situação¹⁶.
- Em geral, recomenda-se início de tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis para vítimas de violência sexual e pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço). Esforços devem ser feitos para que todos os casos sejam confirmados com um segundo teste diferente e que tenham seguimento médico com monitoramento laboratorial.
- Possibilidade de reação anafilática à administração de benzilpenicilina benzatina é considerada muito rara, 0,002%. A anafilaxia não é exclusiva das penicilinas e, portanto, os serviços devem estar cientes dos procedimentos a serem adotados em tal situação. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento imediato da anafilaxia, protocolo para emergência na Atenção Básica^{8,16,22}.
- É preciso estar atento à possibilidade de ocorrência da Reação de *Jarisch-Herxheimer*. Trata-se de evento benigno e autolimitado e, que não deve ser confundido com os quadros de alergia à penicilina. Ocorre especialmente em pessoas com a fase primária ou secundária da sífilis com sintomas de febre, calafrios, mialgia, dor de cabeça, hipotensão, taquicardia e acentuação das lesões cutâneas. O quadro aparece usualmente em 4 a 12 horas após a aplicação da primeira dose da penicilina e desaparece espontaneamente com apenas com uso de analgésicos comuns em 12 a 24 horas, sem a necessidade de descontinuidade do tratamento^{15,24}.
- Casos de sífilis adquirida, incluindo mulheres **não gestantes** e **não nutrízes**, com comprovada história de hipersensibilidade à penicilina, de-

verão ser tratadas com doxiciclina, 100 mg (1 comprimido) de 12/12 horas, por 15 dias, para a sífilis recente, e por 30 dias, para a sífilis tardia.^{3,4}

- A resposta adequada ao tratamento é observada com o declínio da titulação do VDRL durante o primeiro ano. Os títulos devem declinar em duas ou mais diluições em até 6 meses para a sífilis recente e em até 12 meses, para a sífilis tardia, conforme protocolos recentes^{3,4}. Todavia, o critério tradicional de redução da diminuição da titulação em duas diluições em até três meses e quatro diluições, até seis meses, respectivamente para a sífilis recente e tardia, deve ser considerado na avaliação individualizada do caso, especialmente em gestantes. Na maioria dos casos de sífilis recente tratada corretamente, a titulação declina substancialmente ou mesmo tornam-se não reagente durante o primeiro ano após o tratamento³. Deve-se manter acompanhamento trimestral no segundo ano pós-tratamento, se ainda houver reatividade com titulações decrescentes ou persistência de títulos baixos.
- O intervalo entre as doses da benzilpenicilina deve ser de 7 dias para completar o tratamento. Excepcionalmente, intervalos até 14 dias, o tratamento pode ser continuado para a sífilis adquirida em não gestantes. Em casos de descontinuidade, com intervalos maiores, o tratamento deve ser reiniciado^{3,19}.
- Para parcerias sexuais de pessoas com sífilis, além da avaliação clínica, seguimento com os testes laboratoriais e o tratamento de acordo com o estágio clínico da doença, recomenda-se tratamento presuntivo com dose única da benzilpenicilina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo) em até 90 dias após a exposição, independentemente da presença de sintomatologias³.
- Em pessoas vivendo com HIV os critérios de diagnóstico e o tratamento da sífilis são os mesmos das pessoas negativas para o HIV. As manifestações clínicas geralmente são semelhantes às das pessoas não infectadas pelo HIV, mas podem ser atípicas, com ocorrência de cancro múltiplos, profundos e de resolução mais lenta; maior frequência de sobreposição de estágios de lesões primária e secundárias; maior exuberância da forma secundária e maior predisposição ao acometimento oftalmológico e neurológico³.
- Casos suspeitos de Neurosífilis⁷: sintomas neurológicos, evidência de manifestação de sífilis terciária ou sífilis ocular, ou sífilis em pessoas com imunodeficiência e/ou infecção pelo HIV, devem ser encaminhados

para propedêutica e tratamento nos Serviços Ambulatoriais Especializados em Infectologia (SAEs) ou hospitais de referência em doenças infectoparasitárias e sexualmente transmissíveis. Os critérios para indicação de punção lombar são: a) Presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos; b) Evidência de sífilis terciária ativa; c) Após falha ao tratamento clínico sem reexposição sexual, observados os ver critérios de retratamento. Sabe-se que alterações liquóricas são mais frequentes em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) com contagem de células CD4 \leq 350 e VDRL $>$ 1:32³, entretanto o Ministério da Saúde não recomenda a punção lombar de rotina nesses casos. Para PVHIV, a punção lombar está indicada após falha ao tratamento, independentemente da história sexual² (consultar Protocolo de IST do MS em www.aids.gov.br).

- Pessoas com testes positivos para o HIV deverão ser encaminhadas para consulta médica nos SAEs em IST/Aids e Hepatites Virais.

São critérios de retratamento da sífilis

- Interrupção do tratamento ou ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para $>$ 1:8; ou de 1:128 para $>$ 1:32).
- Aumento da titulação em duas diluições ou mais em relação ao último VDRL (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16). Neste caso, deve-se verificar se o parceiro foi tratado e o uso regular de preservativos nas relações sexuais.
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos. O esquema de retratamento, se para sífilis recente ou tardia, irá depender de cada caso.

2. SÍFILIS NA GESTAÇÃO

2.1 Definição de caso de sífilis em gestantes¹⁴

Toda mulher diagnosticada como sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério deve ser notificada como sífilis na gestação e não como sífilis adquirida*, conforme critérios:

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 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.

*Todos os casos devem ser notificados no formulário próprio de sífilis em gestantes⁵. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

2.2 Diagnóstico Sorológico

O diagnóstico sorológico da gestante é feito pelo teste não treponêmico **VDRL** e/ou por testes treponêmicos (ex: FTA-abs, ELISA, HAI, RIFI e teste rápido).

O **teste rápido** da sífilis prevê a triagem da sífilis da gestante e de suas parcerias sexuais. Deve ser o teste preferencial para início da investigação da sífilis. Toda gestante deve realizar o teste rápido para sífilis, HIV e hepatites B e C na primeira consulta de pré-natal. Nos casos de gestante e/ou de seu (s) parceiro (s), com o teste rápido positivo, deve-se iniciar prontamente o tratamento da sífilis de ambos. Essa conduta visa eliminar possibilidades de infecção materna e de transmissão vertical, e o tratamento pode não ser continuado se houver comprovação de tratamento adequado da gestante no passado e ausência de suspeita epidemiológica de novas exposições à infecção. Em todos os casos de teste rápido positivo, deverão ser solicitados, a coleta de sangue para fazer o VDRL e o agendamento de consulta médica para reavaliação do caso^{19,21}.

O **VDRL** deve ser solicitado, de rotina, na primeira consulta, idealmente no início do primeiro trimestre e repetido no início do 3º trimestre (entre 28ª a 32ª semanas de gestação) e no momento do parto. Deve ser realizado, rotineiramente, em todas as mulheres admitidas nas maternidades para curetagem e abortamentos.

Durante o acompanhamento pré-natal, os pedidos de exames devem ser feitos como "**Sorologia para Sífilis**", pois o Laboratório Distrital mantém a rotina de realizar o teste treponêmico sempre que for necessário, quando o VDRL for menor 1:8.^{20,21}

2.3 Tratamento

Quadro 3 - Tratamento para gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença.

CLASSIFICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	DOSE TOTAL	CONTROLE DE CURA
Sífilis primária (< 1 ano) e Sífilis secundária ou latente recente (< 1 ano)	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.200.00 U.I., em cada glúteo), em dose única*.	Dose total de 2.400.000 UI	Exame sorológico não treponêmico (VDRL) MENSAL
Sífilis latente tardia (> 1 ano ou duração ignorada) e Sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.200.000 U.I., em cada glúteo), semanalmente, por 3 semanas.	Dose total de 7.2000.000 UI	Exame sorológico não treponêmico (VDRL) MENSAL

*Alguns especialistas recomendam dose adicional de Penicilina G Benzatina e2.400.000 UI, em uma semana após esta dose⁴.

Observações:

- Em todos os casos de diagnóstico de sífilis na gestante, a(s) parceria(s) sexual(ais) devem receber, de imediato, o tratamento inicial para sífilis, independente da realização da sorologia ou do resultado do teste rápido. Também deverá ser solicitado o VDRL para acompanhamento.
- Deve-se estar atento para a importância do registro adequado dos resultados dos testes diagnósticos e do tratamento realizado pela gestante na caderneta do pré-natal.
- Recomenda-se início de tratamento imediato, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis para gestante que, mesmo que assintomática e sem suspeita epidemiológica de sífilis ou outra IST, não tenha registro confiável de tratamento prévio adequado para sífilis.
- O tratamento deve ser reiniciado em caso de descontinuidade do esquema ou persistência e recorrência de manifestações clínicas ou se houver quadruplicação dos títulos o VDRL (ex.: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado (controle mensal) ou se não houver redução de 2 titulações do VDRL no intervalo de 6 meses, nos casos de sífilis recente. Com relação ao parceiro ou parcerias sexuais, deve-se verificar se foi instituído tratamento adequado,

a indicação de novo tratamento e o uso regular de preservativos às relações sexuais (ver considerações para tratamento da sífilis e neurosífilis).

- **A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes** e a ceftriaxona é considerada um tratamento alternativo para a gestante, mas que não trata o feto.
- **Gestantes com história de hipersensibilidade à penicilina, deverão ser submetidas à dessensibilização e tratamento com a benzilpenicilina.** Em situação extrema de comprovada hipersensibilidade, poderia ser feito tratamento com eritromicina (estearato) 500mg (1 comprimido) de 6/6 h, via oral, por 15 dias, para a sífilis recente, ou por 30 dias, para a sífilis tardia, mas atualmente este antibiótico, na formulação estearato, não está disponibilizado pelo SUS e nem comercialmente. Para o uso da ceftriaxona, nesses casos, deve-se levar em consideração a pequena possibilidade de alergia também a este antibiótico em pacientes alérgicos às penicilinas. Assinala-se que toda gestante que recebe tratamento alternativo à penicilina não será considerada adequadamente tratada para sífilis gestacional, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado do recém-nascido após o parto^{3,17}.
- **O intervalo entre as doses da benzilpenicilina benzatina para o tratamento adequado da gestante deve ser de 7 dias.** Em caso de períodos maiores entre as doses, o tratamento deverá ser reiniciado. Nos últimos dois anos alguns protocolos consideraram que em casos excepcionais, poderiam ser aceitos intervalos de até 14 dias sem a necessidade de reinício do tratamento^{3,17}. Contudo, outra referência recente⁴ recomenda apenas intervalo de 7 dias e a revisão dos protocolos do Ministério da Saúde (PCDT) em andamento retoma a recomendação tradicional de reinício do tratamento em caso de intervalos maiores de 7 para as gestantes.
- Nos casos de gestantes que se apresentam com as manifestações clínicas da fase secundária da sífilis ou com titulação muito alta do VDRL, a primeira dose do tratamento deverá ser realizada, idealmente, em ambiente hospitalar, devido à possibilidade de ocorrência da Reação de *Jarisch-Herxheimer* e risco potencial de abortamento. Os principais sintomas da reação são febre, calafrios, mialgia, dor de cabeça, hipotensão, taquicardia e acentuação das lesões cutâneas que usualmente. Em geral ocorrem nas primeiras 24 horas após a primeira dose da penicilina e desaparecem espontaneamente ou com apenas com uso de analgésicos comuns em 12 a 24 horas, sem a descontinuidade do tratamento^{3,15,24}.

2.3.1 Tratamento adequado da gestante

Tratamento completo para estágio clínico da sífilis com Penicilina G benzatina, e INICIADO em até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

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

2.3.2 Recomendações para o seguimento da sífilis materna

- Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *Treponema pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras.
- Recomendar o uso rotineiro de preservativos sexuais (masculino e feminino), durante e após o tratamento.
- Realizar o **controle de cura mensal** por meio do VDRL. Considera-se resposta adequada ao tratamento quando há declínio dos títulos em duas titulações em 3 meses, o que pode acontecer em até 6 meses ou mais, nos estágios mais tardios da infecção. Muitas mulheres chegarão ao parto sem ter alcançado essa queda dos títulos. Recomenda-se, então, avaliar o tratamento realizado da gestante e da (s) parceria (s), e a possibilidade de coinfeção pelo HIV para a definição de condutas.

2.4 Coinfecção sífilis-HIV na gestação

A prevalência de sífilis é maior em pessoas vivendo com a infecção pelo HIV (PVHIV), especialmente devida a fatores comportamentais com maior exposição à infecção. Além disso, as úlceras genitais podem facilitar a transmissão sexual e perinatal do HIV e do *Treponema*, pela quebra da integridade da mucosa, que serve de entrada para infecções. Na coinfecção sífilis-HIV, as manifestações da sífilis podem ser atípicas, com lesões mucocutâneas não características, envolvimento neurológico mais precocemente e testes não-treponêmicos que se positivam mais tardiamente ou até mesmo permanecem falso-negativos, em relação à sífilis isolada. Deve-se estar atento para possíveis manifestações oculares da sífilis nessa população e à maior possibilidade de evolução atípica da resposta sorológica no monitoramento terapêutico dessas pessoas. Ainda há maior risco de comprometimento da efetividade do tratamento da sífilis e gestantes coinfectadas podem apresentar discordância entre a eficácia terapêutica e a queda dos títulos sorológicos^{3,17}. Todavia, os esquemas de tratamento preconizados para os casos da sífilis isolada, têm se mostrado eficazes para os coinfectados. Dessa forma, o acompanhamento dessas pacientes e seus recém-nascidos dispensam maior atenção e cuidado, devendo, sempre que possível e sem retardar o início do tratamento, ser realizado em Serviços de Referência (SAEs), em conjunto com a Atenção Básica, nos Centros de Saúde.

3. SÍFILIS CONGÊNITA

3.1 Classificação

A sífilis congênita é classificada em PRECOCE e TARDIA conforme período de início dos sintomas, respectivamente, antes e após os dois anos de idade da criança^{2,11}.

Sífilis Congênita Precoce

A sífilis congênita precoce inclui abortamento, morte perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascimento e crianças sintomáticas ao nascimento que corresponde a aproximadamente $\frac{2}{3}$ dos conceptos infectados. Cerca de $\frac{1}{3}$ das crianças afetadas são assintomáticas ao nascimento, mas podem vir apresentar manifestações clínicas da infecção durante os primeiros três meses de vida^{9,11}.

A infecção pode ser disseminada e fulminante com manifestações de quadro séptico grave ao nascimento, incluindo manifestações cutâneas, visceromegalias, hidropsia fetal, pneumonia com opacicação completa dos campos pulmonares e infiltrado difuso ao exame radiológico e síndrome nefrótica. Nas primeiras semanas de vida, podem ocorrer sinais e sintomas mais comuns como: febre, anemia, retardo no desenvolvimento, irritabilidade, lesões mucocutâneas (*rash* maculopapular no tronco, palmas das mãos e plantas dos pés, condilomata lata e erupções bolhosas), rinite sero-sanguinolenta, hepatoesplenomegalia, icterícia, ascite, glomerulonefrite, linfadenopatia, dactilite (inflamação das articulações dos dedos das mãos e dos pés), pseudoparalisia devido à osteocondrite. Esta última pode ser generalizada e acompanhada de pericondrite, afetando todos os ossos do esqueleto, mais acentuadamente no nariz e na tíbia. Fazem parte do quadro sintomas oculares e neurológicos e anormalidades no líquido ao nascimento; hemólise e trombocitopenia, dentre outros¹¹.

Sífilis Congênita Tardia

A sífilis congênita tardia caracteriza-se por manifestações ósseas variadas, como fronte olímpica e tibia em lâmina de sabre, pelos chamados dentes de Hutchinson (incisivos e molares), arco do palato alto, protuberância da mandíbula, espessamento esterno-clavicular, nariz em sela, rágades (cicatrizes lineares periorais), paresia juvenil, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia, sintomas neurológicos, incluindo déficits graves, ceratite intersticial, surdez por lesão do 8º nervo craniano. A leptomeningite sífilítica aguda surge no primeiro ano de vida, é semelhante à meningite bacteriana, mas com alterações liquóricas mais consistentes com meningite asséptica (predominância mononuclear). A sífilis meningovascular crônica surge a partir do final do primeiro ano de vida, tem curso prolongado e pode ocorrer com hidrocefalia, paralisia do nervo craniano e deterioração do desenvolvimento intelectual e neuropsicomotor. Podem ocorrer acometimento articular com derrames indolores (articulações de Clutton) e formações de gomas, manifestações estas mais raras, na época, após o uso da penicilina.

Considerando as múltiplas apresentações da sífilis congênita, esta deve ser considerada no diagnóstico diferencial de toda doença grave em recém-nascidos, mesmo que a mãe seja soronegativa no momento do parto.

Nenhum recém-nascido deve ter alta hospitalar pós-nascimento sem se ter a devida informação da realização da triagem materna para sífilis no pré-natal e/ou da realização de testagem da mãe e/ou recém-nascido na maternidade.

3.2 Definição de caso de sífilis congênita^{5,11,14}

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:

- Manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente.
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto.
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta.
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal.
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual.

Situação 3

Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. Detecção do *Treponema* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

3.3 Manejo clínico da criança exposta ou com sífilis congênita

Não existe uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção na criança, o que depende de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial. A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita é realizada especialmente na maternidade, considerando o histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação, sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das

vezes ausentes ou inespecíficos) e testagem não treponêmica de sangue periférico da criança comparado com o da mãe. Dessa forma, a abordagem clínica da criança para a sífilis congênita, tanto neonatal quanto pós-neonatal, deve ser feito de acordo com as seguintes recomendações^{2,11,17}.

3.3.1 Período neonatal

Em todo caso de sífilis congênita, suspeita ou confirmada (gestante com sífilis confirmada ou suspeita, tratada ou não, e recém-nascido com suspeita clínica da doença) deve-se realizar o VDRL em amostra pareada de sangue periférico, da mãe e do recém-nascido, e adotar conduta de acordo com os critérios abaixo. Em todas as situações, a criança deve ser acompanhada, no mínimo, até 18 meses de idade.

A - Recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada: realizar VDRL da mãe e da criança, hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar da criança, para exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) com VDRL e pesquisa de proteínas, glicemia e células. Deve-se **notificar** o caso.

A.1- Se houver alterações clínicas e/ou sorológica, radiológica ou hematológica, o tratamento deve ser feito com benzilpenicilina procaína 50.000UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias ou com benzilpenicilina potássica (cristalina) na dose de 50.000UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas para crianças com até uma semana de vida e a cada 8 horas as crianças com mais de uma semana de vida, durante 10 dias. Nos casos com alteração liquórica, o tratamento deverá ser realizado necessariamente com benzilpenicilina potássica (cristalina) na dose de 50.000UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas para crianças com até uma semana de vida e a cada 8 horas as crianças com mais de uma semana de vida, durante 10 dias. Líquor de recém-nascido com leucocitose (acima de 25 células/mm³) e proteínas aumentadas (acima de 150 mg/dl) deve ser considerado como evidência de neurosífilis. O VDRL positivo no líquido é considerado diagnóstico de neurosífilis, independente das alterações bioquímicas. (Na impossibilidade de realizar a PL ou exame do líquido, tratar o caso como neurosífilis).

A.2 - Se não houver alterações clínicas e nem dos exames complementares (sorologia / incluindo VDRL no sangue periférico não reagente, líquido, radiologia e hematologia), deve ser dado tratamento com benzilpenicilina benzatina por via intramuscular, dose única de 50.000 UI/Kg. O acompanhamento médico é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante). Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado conforme item A.1.

B - Nos recém-nascidos de mães **adequadamente tratadas e mães com Teste Rápido ou VDRL reagente no momento do parto, independentemente do tratamento realizado e do diagnóstico materno de cicatriz sorológica durante a gestação**, deve ser realizado VDRL da mãe e da criança.

B.1- Se o VDRL for reagente, com **título maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas**, deve realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR. **Notificar** caso e seguir conduta como A1 ou A2.

B.2 - Nos recém-nascidos **assintomáticos, com títulos iguais ou menores que o materno**:

B.2.1 - Se título reagente, fazer acompanhamento clínico-laboratorial (ver seção "seguimento"). Na impossibilidade do seguimento, conduzir como B.1.

B.2.2 - Se o VDRL for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial (ver seção "seguimento"). Na impossibilidade de garantir o seguimento, fazer o tratamento com penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg.

Nesses casos da categoria B2, a notificação de caso deverá ser realizada apenas se durante o acompanhamento ambulatorial for dado o diagnóstico de sífilis congênita.

Observação:

- Se o intervalo entre as doses da benzilpenicilina procaína ultrapassar as 24 horas, é necessário reiniciar o tratamento.
- Após os cuidados com investigação do diagnóstico e tratamento na maternidade, a criança deve receber alta hospitalar com consulta agendada no serviço de referência em infectologia pediátrica, conforme fluxo e linha de cuidado já estabelecidos no município entre maternidades, serviços de referência e centros de saúde. A equipe do Centro de Saúde deve manter o acompanhamento conjunto da criança.

3.3.2 No período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida)

Crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita ou adquirida devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, em crianças com idade acima de 28 dias de vida, deve-se proceder ao tratamento com Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 4/4h a 6/6h, por 10 dias. Nos casos de crianças totalmente assintomáticas e com líquido e demais exames sem alterações, exceto a sorologia para sífilis, poderá ser dado o tratamento com penicilina procaína de 12/12 horas por 10 dias.

As alterações líquóricas sugestivas de neurosífilis são a concentração de proteínas acima de 40 mg/dl e/ou contagem de leucócitos igual ou maior do que 05 células/mm³. O VDRL positivo no líquido é considerado diagnóstico de neurosífilis, independente de alterações bioquímicas.

As crianças com diagnóstico no período pós-natal também devem ser acompanhadas conforme linha de cuidado estabelecida, incluindo serviço ambulatorial especializado, hospitais e centros e saúde.

3.3.3 Seguimento

- Toda criança com diagnóstico ou exposta à sífilis congênita deve fazer Seguimento habitual na rotina da puericultura da Atenção Básica (AB), conforme recomendação da Saúde da Criança, na 1ª semana de vida e com 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses de idade. As consultas ambulatoriais especializadas disponibilizadas na rede SUS do município deve ocorrer, no mínimo até os 18 meses de idade (aproximadamente com 1, 3, 6, 12 e 18 meses), em conjunto com a AB, sempre cuidando da checagem de exames complementares. Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.
- O VDRL deve ser realizado com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos.
- Realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) em torno dos 18 meses de idade para o fechamento do caso.
- Em recém-nascidos com sorologia (VDRL) não reagente, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir o teste sorológico no terceiro mês de vida.
- Caso sejam observados sinais clínicos sugestivos da sífilis congênita, deve-se repetir os exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima.
- Diante de elevação do título ou da não negativação do VDRL até os 18 meses de idade, reinvestigar infecção e proceder ao tratamento.
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico, audiológico e odontológico semestralmente nos primeiros dois anos de vida nos casos com manifestações clínicas e/ou titulação de VDRL ascendente ou que não se torna negativa até o sexto mês de vida. Conforme já assinalado, no município, todas as expostas à sífilis gestacional e outras infecções congênitas são rotineiramente acompanhadas no serviço ambulatorial especializado em infectologia pediátrica e na atenção básica.
- Nos casos de exame laboratorial do LCR alterado, o exame deve ser repetido a cada 6 meses, até a sua normalização. Alterações persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e novo tratamento.
- Crianças tratadas de forma inadequada (tipo de antibiótico, dose e/ou tempo do tratamento inadequados) devem ser convocadas para reavaliação clínico-laboratorial e reinício de tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

- O esquema completo de tratamento das crianças diagnosticadas com sífilis deve ser de dez dias com benzilpenicilina, mesmo que tenham recebido ampicilina por outra causa.
- **Falha no tratamento ou na prevenção da sífilis congênita** é indicada pelo VDRL com aumento em duas titulações ao longo do seguimento ou com persistência da reatividade aos 6 meses de idade. Nesses dois casos, as crianças deverão ser notificadas para sífilis congênita e submetidas à punção lombar para estudo do LCR com análise do VDRL, contagem celular e proteína, devendo ser tratadas durante dez dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis), mesmo quando houver histórico de tratamento prévio.

4. QUE AÇÕES DE SAÚDE DEVEM SER EXECUTADAS PARA GERAR IMPACTO?

- Sensibilização e mobilização dos profissionais da atenção básica que realizam o pré-natal.^{4,18,21}
- Captação da gestante e o início precoce do pré-natal.
- Realização do teste rápido e do VDRL para sífilis no primeiro trimestre da gestação, no 3º trimestre (da 28ª a 32ª semanas) e na admissão para o parto.
- Instituição do tratamento adequado da gestante e da (s) seu(s) parceria(s).
- Tratamento de todos os casos de sífilis congênita identificados.
- Notificação dos casos de sífilis congênita e de sífilis em gestantes.
- Investigação, por equipe multiprofissional, dos casos de sífilis congênita, para detecção e correção de eventuais problemas assistenciais.
- Investigar, tratar e aconselhar adequadamente todos os casos de sífilis adquirida.

Referências bibliográficas

1- Gaspar, PC, Bigolin A et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 30(Esp.1), 2021.

2- PORTARIA SCTIE/MS Nº 55, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis. Conitec, disponível no endereço eletrônico <http://conitec.gov.br/>.

3- 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), Brasília: Ministério da Saúde, atualização em 15/04/2020.

4- Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 2020 Feb 27;382(9):845-854. doi: 10.1056/NEJMra1901593. PMID: 32101666.

5- Brasil. MS. Portaria nº 264, Ministério da Saúde, Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, publicada 17/2/2020.

6- WHO (World Health Organization). Governance guidance for the validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: an overview of validation structures and responsibilities at national, regional, and global levels. Geneva: World Health Organization, 2020.

7- Salles MLV, Klein EJ, Pinto JTT, et al. Neurosífilis na Oftalmologia: um relato de caso / Neurosyphilis in Ophthalmology: a case report, *Brazilian Journal of Health Review*, 2020.

8- Shenoy ES, Macy E, Rowe T et al. Evaluation and Management of Penicillin Allergy: A Review. *JAMA*, [S.l.], v. 2, n. 321, p. 188-199, 2019.

9- Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes. Estimates for 2016 and progress since 2012, *PLOS ONE* 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>, 2019.

10- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis. Boletim Epidemiológico Sífilis, Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

11- 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 de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Saúde, atualização em 02/10/19.

12- Storey A, Seghers F, Rosanna KPM et al. Syphilis diagnosis and treatment during antenatal care: the potential catalytic impact of the dual HIV and syphilis rapid diagnostic test. *Lancet Glob Health*, 7(8):1006-1008, 2019.

13- WHO (World Health Organization). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: WHO, 2017.

14- Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa Nº 2 – SEI/2017, na qual aponta alterações para os critérios de definição de casos para notificação das sífilis adquirida, congênita e em gestantes, Brasília: Ministério da Saúde, publicada 17/10/1917.

15- Butler T. The Jarisch-Herxheimer Reaction After Antibiotic Treatment of Spirochetal Infections: A Review of Recent Cases and Our Understanding of Pathogenesis. *Am J Trop Med Hyg*. v. 11; 96(1):46-52, 2017.

16- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Parecer no 09/2016/CTAS/COFEN, de 6 de maio de 2016. Solicitação de parecer sobre a administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html>.

17- WHO (World Health Organization). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO, 2016.

18- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 391/2012/3ASISVS/MS. Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha, 2012 http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf.

19- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº- 3.242, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html.

20- Brasil. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Gerência de Assistência à Saúde. Guia Técnico – Sífilis Congênita, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

21- Brasil. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Protocolo de pré-natal e puerpério, Secretaria Municipal de Saúde, 2019. www.pbh.gov.br .

22- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica nº 28, v. II, “Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica”, capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, p. 25, 2013.

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

24- Klein VR, Cox SM, Mitchell MD, Wendel GD Jr. The Jarisch-Herxheimer reaction complicating syphilotherapy in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 75(3 Pt 1):375-80, 1990.



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA
