



SÍFILIS¹

1 FINALIDADE

Promover critérios para diagnóstico, o tratamento preconizado com medicamentos e demais produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da doença. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico para sua notificação compulsória e tratamento

3 ABRANGÊNCIA

Este protocolo será aplicado nos diversos setores da Maternidade Escola – UFRJ, através de diretrizes e recomendações a serem seguidas por todos os profissionais de saúde envolvidos, a fim de proporcionar intervenções direcionadas aos indivíduos vulneráveis. As intervenções devem

¹ Protocolo elaborado para consulta básica e atualizações. Não substitui a leitura de livros textos, artigos acadêmicos e demais publicações referentes ao tema.



ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

4 DEFINIÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano e que quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo.

É fundamental a contínua qualificação de suas informações epidemiológicas para melhor conhecimento da magnitude e tendência da doença a fim de planejar ações para sua vigilância, prevenção e controle.

4.1 Agente Etiológico

Treponema pallidum, sub-espécie *pallidum*.

4.2 Transmissão

- ✓ Transmissão vertical (da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e na amamentação, quando sem acompanhamento);
- ✓ Transmissão sexual (sexo vaginal sem camisinha, sexo anal sem camisinha, sexo oral sem camisinha).

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais da doença (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente ou tardia).

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão pode ocorrer, ainda, durante o parto vaginal, em caso de lesão sifilítica maternal.

A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% e 50% de morte in utero, parto pré-termo ou morte neonatal.



4.3 Classificação Manifestações Clínicas (Fases Da Doença)

A sífilis é dividida em estágios que orientam o seu tratamento e monitoramento:

- ✓ Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução.
- ✓ Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas, sendo que sinais e sintomas muitas vezes não são percebidos ou valorizados, podendo assim, a doença ser transmitida para parcerias sexuais.

Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

SÍFILIS PRIMÁRIA:

Cancro duro - A lesão ocorre com maior frequência na vulva, pequenos lábios, e com visualização mais difícil nas paredes vaginais e colo uterino. Normalmente aparece cerca de 21 dias após o contato sexual e pode estar acompanhada da presença de gânglios. Outras regiões em que podem ocorrer a lesão primária é no ânus, mucosa retal, cavidade oral ou e em qualquer região da pele em que houver solução de continuidade.

O cancro usualmente desaparece em 3 a 4 semanas, sem deixar cicatrizes.

Entre a segunda e quarta semana do aparecimento do cancro, as reações sorológicas tornam-se positivas.

SÍFILIS SECUNDÁRIA:

Suas manifestações clínicas e dermatológicas ocorrem 6 a 8 semanas após o término da fase primária.

Manifestações clínicas mais comuns:

- Poliadenopatia generalizada por grande disseminação linfo-hematogênica do treponema.
- Adinamia, artralgias, febrícula e cefaleia;
- Alopecia (couro cabeludo e porção distal das sobrancelhas);
- Lesões dermatológicas (ricas em treponemas):
- Roséolas, podendo formar exantema morbiliforme



- Pápulas cutâneas eritemato-acastanhadas (localização nas superfícies palmoplantares são sugestivas de sífilis secundária).
- Condiloma plano, principalmente na região vulvar e em regiões de dobra cutânea.

SÍFILIS LATENTE:

- Ausência de lesões clínicas.
- Teste sorológico positivo.
- Transmissão nos primeiros 4 anos, e após, somente por transmissão vertical.

SÍFILIS TERCIÁRIA OU TARDIA:

Tem sinais e sintomas que normalmente aparecem 3 a 12 anos após a infecção, com lesões cutâneas mais específicas na forma de tubérculos (lesões elevadas) ou gomas (ulcerações), e pode estar acompanhada de alterações neurológicas, cardiovasculares e articulares.

Nesta fase não se observam treponemas nas lesões.

A figura 1 apresenta um quadro ilustrativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde para facilitar o entendimento das manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença.



Figura 1 – Entendimento das Manifestações clínicas da sífilis

ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Sífilis secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Sífilis latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Sífilis terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos just-articulares Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral

Fonte: DCCI/SVS/MS.



5 DIAGNÓSTICO

5.1 Diagnóstico Diferencial

A figura 2 apresenta um quadro com as principais síndromes de IST e seus agentes etiológicos, sendo a Sífilis um diagnóstico diferencial que deve sempre ser rastreado quando se trata de síndromes que cursam com úlceras genitais.

Figura 2 – Principais síndromes de IST

SÍNDROME – ÚLCERA ANOGENITAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovariantes L1, L2 e L3)	Linfogranuloma venéreo – LGV
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancroide
Vírus do Herpes simplex (tipo 2)	Herpes genital ^a
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
SÍNDROME – CORRIMENTO URETRAL/VAGINAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovariantes D a K)	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Infecção causada por micoplasma
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b
SÍNDROME – VERRUGA ANOGENITAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
Papilomavírus humano – HPV	Condiloma acuminado ^a

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a Infecções não curáveis, porém tratáveis.

^b Infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal; não são consideradas IST.



5.2 Diagnóstico Laboratorial

Os tipos principais de testes sorológicos para sífilis (Figura 3) são chamados testes não treponêmicos e treponêmicos:

- ✓ Testes não treponêmicos (reagínicos): VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin).

No Brasil, o VDRL é o teste mais comumente utilizado. É um teste quantitativo, cujo resultado se dá em diluições (1:8, 1:16, 1:32, etc.). É de fácil realização e baixo custo, porém deve ser cuidadosamente interpretado. A quantificação permite estimar o estágio da infecção e a resposta à terapêutica, quando dois ou mais testes são feito em diferentes momentos.

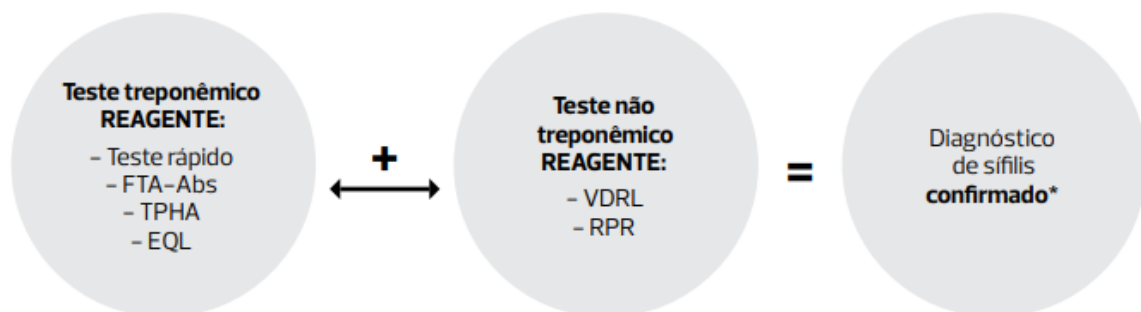
- ✓ Testes treponêmicos: TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption) e ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

São testes mais complexos e de maior custo. Detectam anticorpos específicos contra o treponema. São úteis para confirmação diagnóstica quando um teste não treponêmico for positivo.

Os testes rápidos para sífilis são considerados testes treponêmicos, pois envolvem a detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos no sangue. Desta forma, em pacientes já tratadas para sífilis, estes testes permanecerão reagentes praticamente pelo resto da vida, o que limita seu uso nestas condições.

Figura 3 – Principais De Testes Sorológicos Para Sífilis

TESTES IMUNO- LÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
		RPR	
		TRUST	
		USR	
	Treponêmicos	FTA-Abs	São os primeiros a se tornarem reagentes.
		ELISA/EQL/CMIA	Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
		TPHA/TPPA/ MHA-TP	São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
		Teste rápido – TR	



Fonte: DCCI/SVS/MS.

*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfeção.

Na gestação deve ser realizado o teste rápido para sífilis na consulta de acolhimento, exceto nas gestantes com história documentada de sífilis em qualquer fase da vida.

Se teste rápido negativo, o acompanhamento pré-natal será com o VDRL trimestral e no parto.

Caso VDRL positivo ($<1/8$) no decorrer do pré-natal, realizar o teste rápido imediatamente.

✓ Se neste caso o teste rápido (treponêmico) for negativo:

Considerar a possibilidade de reação cruzada com falso positivo.

✓ Se teste rápido positivo:

- Instituir tratamento imediato;
- Solicitar VDRL para titulação;
- Testar e tratar o parceiro.

Em caso de teste rápido positivo com posterior VDRL negativo, pesquisar antecedente de tratamento prévio, que, se for comprovado, autoriza a descontinuação do tratamento.

Repetir VDRL após 30 dias para confirmar persistência de negatividade. Quando o teste rápido for positivo ou indisponível, qualquer titulação do VDRL deve ser considerada infecção. Instituir tratamento, a não ser que haja comprovação de tratamento prévio adequado.



6 INTERVENÇÕES TRATAMENTO

Todas as gestantes elegíveis para tratamento da sífilis devem ser tratadas concomitantemente com sua parceria sexual com um dos seguintes esquemas:

SÍFILIS PRIMÁRIA:

- Penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.00 UI aplicado em cada glúteo), dose única.

SÍFILIS LATENTE (ou com duração ignorada):

- Três séries de penicilina benzatina 2.400.000 UI/IM
 - (1.200.00 UI aplicado em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre elas (dose total 7.200.000UI).
- No caso de não se realizar o exame de VDRL do parceiro, ele deverá ser aconselhado a receber o mesmo tratamento da gestante.
- No caso de parceiro com VDRL negativo (contactante sexual), realizar a profilaxia da sífilis com dose única de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.00 UI aplicado em cada glúteo).

6.1 Seguimento

Repetir mensalmente o VDRL quantitativo. Os títulos devem cair duas vezes em 3-4 meses na sífilis primária e em 6-8 meses na sífilis secundária.

Atenção! Considerar a possibilidade de reinfecção quando os títulos de VDRL aumentarem de duas vezes após o tratamento ou mesmo quando não caírem no prazo e na proporção esperadas.

O tratamento da sífilis em gestante deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente até a 28ª semana de gestação.

A Sífilis é considerada adequadamente tratada durante a gestação quando o esquema terapêutico é completo para o respectivo estágio clínico da sífilis, feito com benzilpenicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto.

É importante ressaltar que tratamento da gestante deve ser concluído antes do parto.



Gestantes que não atendam a esses critérios serão consideradas inadequadamente tratadas.

A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:

- Tratamento incompleto.
- Tratamento com droga que não a penicilina benzatina.
- Parceiro não tratado ou com tratamento incompleto.
- Tratamento for instituído com menos de 30 dias antes do parto.
- Tratamento da gestante e do parceiro não forem adequadamente registrados no cartão e no prontuário.

Se houver alergia materna à penicilina, o uso de drogas alternativas, como a eritromicina, não tratará a infecção fetal, existindo poucos estudos a respeito de drogas alternativas, como o ceftriaxone e a azitromicina.

Nos casos de alergia à penicilina, recomenda-se a dessensibilização da gestante e a posterior aplicação de penicilina benzatina.

As gestantes na fase secundária da sífilis devem receber a primeira dose do tratamento de preferência

em ambiente hospitalar devido a possibilidade de desenvolvimento da Reação de *Jarish-Herxheimer*² e risco de abortamento.

A figura 4 apresenta os esquemas terapêuticos e monitoramento utilizados para sífilis, de acordo com a classificação clínica.

O intervalo preconizado de administração de benzilpenicilina benzatina para o tratamento de sífilis é de uma semana entre as doses. Com a atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina para o tratamento de sífilis em gestante, a recomendação é que as doses sejam aplicadas, idealmente, a cada 7 (sete) dias, não ultrapassando 9 (nove) dias. Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado.

- ✓ A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.
- ✓ Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e

² Pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas.



abordagem terapêutica de sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, ou seja, o recém-nascido deve ser notificado como sífilis congênita e submetido a avaliação clínica e laboratorial.

Figura 4 - Esquemas Terapêuticos E Monitoramento Utilizados Para Sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose⁴⁶.

^c Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁷. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁶.

A recomendação constante no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais para o tratamento de sífilis tardia (sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária) consiste na aplicação de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, uma vez por semana, durante três semanas.

O intervalo entre as doses de penicilina deve ser de 7 (sete) dias, e no caso de gestantes, se o intervalo entre as doses ultrapassar os sete dias, o tratamento necessita ser reiniciado

No entanto, com base em avaliações de evidências e protocolos internacionais, verificou-se a necessidade de atualizar a recomendação quanto ao intervalo entre as doses para o tratamento de sífilis tardia em gestante.

A recomendação atual (Figura 5) é que as doses sejam aplicadas, idealmente, a cada sete dias, não ultrapassando 9 (nove) dias.



- ✓ Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas ultrapasse nove dias, o esquema deve ser reiniciado.

Figura 5 - Atualização Da Recomendação Do Intervalo Entre Doses De Benzilpenicilina Benzatina Para O Tratamento De Sífilis Em Gestante³

Importante!

- Para gestantes, o intervalo ideal entre as doses de benzilpenicilina benzatina é de 7 (sete) dias.
- Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes no 7º dia, é necessário realizar imediatamente a busca ativa.
- Em gestantes que apresentarem atraso entre as doses superior a 9 (nove) dias, em qualquer esquema de tratamento prescrito, é necessário repetir o esquema terapêutico completo.
- Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre sete e nove dias. Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses deve ser considerado como tratamento inadequado.

7 ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO

- ✓ A sífilis é doença de notificação compulsória para a gestante e seu parceiro (caso este seja diagnosticado na instituição).
- ✓ A notificação deve ser registrada, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação (Figura 6), que se encontra disponível em diversos setores da maternidade e também no link abaixo:
- ✓ A ficha deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu a gestante, e então ser encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), ramal 214.

³ [file:///C:/Users/bianc/Downloads/SEI_MS_-_0034352557_-_Nota_T%C3%A9cnica_penicilina%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/bianc/Downloads/SEI_MS_-_0034352557_-_Nota_T%C3%A9cnica_penicilina%20(1).pdf)



- ✓ A sífilis congênita é doença de notificação compulsória. Definição, diagnóstico, quadro clínico e tratamento da sífilis congênita (doença de notificação compulsória) podem ser encontrados em protocolo específico do Setor de Neonatologia da Maternidade Escola da UFRJ, disponível em <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/sifilis.pdf>.
- ✓ Dados pormenorizados a respeito de sífilis congênita e criança exposta à sífilis podem ser encontrados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST (Item 6):
 - ✓ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral/pdf
 - ✓ A notificação deve ser registrada, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação (Figura 6), que se encontra disponível em diversos setores da maternidade e também no link abaixo:
 - ✓ <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201807/13092959-ficha-de-notificacao-sifilis-congenita-sinan.pdf>
 - ✓ A ficha (figura 7) deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu o RN e então ser encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), ramal 214.
 - ✓ Caberá ao NVEH da ME da UFRJ fazer o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).



Figura 6 - Ficha de Notificação Sífilis em Gestante

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº
Definição de caso: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio. Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação. ^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pdt . Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. ^a Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	8
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	20 Bairro
Dados Complementares do Caso	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Ocupação
Ant. epid. gestante	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
	35 N° da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica	37 Resultado dos Exames	
	38 Título	39 Data	40 Teste treponêmico no pré-natal	
Dados laboratoriais	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro	44		
	45			

Sífilis em oestante Sinan NET SVS 29/09/2008



Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro	☐
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.	
	2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.	
	3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.	
	4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.	
	5 - Parceiro com sorologia não reagente.	
Investigador	6 - Outro motivo: _____	
	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
		Assinatura
Sífilis em oestante		Sinan NET
		SVS 29/09/2008



Figura 7 - Ficha de Notificação Sífilis Congênita

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº	
Definição de caso: Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} . ^a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). ^b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadram nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. ^c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - Manifestação clínica, líquórica 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 ^e ; - Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. ^d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. ^e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. ^f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA		3 Código (CID10) A 50.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data da Notificação	8 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11 Gestante	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade	10 - Não se aplica			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	31 Idade da mãe	32 Raça/Cor da mãe 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	33 Ocupação da mãe		
	34 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	41 Título	42 Data
	43 Teste treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	44 Esquema de tratamento 1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Trat. da gestante / mãe	Sifilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008				



Ant. Epidemiol. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Icterícia Anemia Esplenomegalia Osteocondrite Outro Rinite muco-sanguinolenta Hepatomegalia Lesões Cutâneas Pseudoparalisia		
	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função		Assinatura	

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de aglutinação passiva de partículas par a *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).

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

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008



7.1 Critérios Para Notificação

O Ministério da Saúde atualizou recentemente a definição de caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita com a finalidade de diminuir a subnotificação e de alinhar as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde. A figura 8 apresenta os critérios de definição de sífilis na gestação.

Figura 8 - Critérios de Definição de Sífilis na Gestação

SITUAÇÃO 1
› Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, sem registro de tratamento prévio.
SITUAÇÃO 2
› Indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente – treponêmico ou não treponêmico – com qualquer titulação.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a Para mais informações sobre sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde³²⁵ e os Capítulos 5 e 6 deste PCDT.

Nota: casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se cicatriz sorológica a persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado para sífilis, afastada a possibilidade de reinfeção.

A figura 9 apresenta os critérios de definição de sífilis congênita.

Figura 9 – Critérios De Definição De Sífilis Congênita

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 que não tenha registro de tratamento prévio.
SITUAÇÃO 2
Mulher sintomática ^a 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, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a Para mais informações sobre sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde³²⁵ e os Capítulos 5 e 6 deste PCDT.

Nota: todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério devem ser notificados na ficha de sífilis em gestantes. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se cicatriz sorológica a persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento para sífilis adequado e documentado, afastada a possibilidade de reinfeção.



SITUAÇÃO 1
› Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c}
SITUAÇÃO 2 ^d
› Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - o Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; - o Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores que os da mãe, em pelo menos 2 diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - o Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos 2 diluições no seguimento da criança exposta^e; - o Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - o Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.
SITUAÇÃO 3
› Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a Ver definição de sífilis em gestantes.

^b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico de sífilis com benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

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

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

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

^f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Nota: a parceria sexual da gestante com sífilis NÃO faz parte da definição de caso de sífilis congênita, em relação ao tratamento materno, se adequado ou não adequado. Todavia, o risco de reinfecção por sífilis deve ser acompanhado em todo o período do pré-natal. Assim, recomenda-se que todas as parcerias sexuais de mulheres grávidas com IST sejam avaliadas e tratadas, para evitar reinfecções nas gestantes que foram tratadas adequadamente, especialmente para a sífilis.

8 INDICADORES

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) disponibiliza aos gestores e profissionais de saúde, assim como aos interessados na produção e análise epidemiológica, painéis de indicadores e dados básicos sobre os agravos de responsabilidade do Departamento, com estratificações por UF e/ou municípios e outros recortes de interesse para a análise dos dados.

Os painéis compreendem um conjunto de indicadores construídos tendo como fontes de dados as notificações compulsórias de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além de dados de qualidade da informação no Sinan, os registros dos casos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM),



dados populacionais dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no site do DATASUS, e outros dados provenientes dos sistemas de monitoramento do Departamento.

A qualidade de cada indicador apresentado depende, principalmente, das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como a frequência dos casos, o tamanho da população dos municípios e os recortes avaliados. Assim, é necessário cautela na interpretação dos diversos dados apresentados, em especial quando estes se referem a populações reduzidas.

O Ministério da Saúde disponibiliza tais dados no Painel de Indicadores Epidemiológicos: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. L. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis provocados pela sífilis na gestação. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 19, n. 2, p. 421-429, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/BN3bjzccnn436TP8MqbWzYv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2023.

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, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z: sífilis. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s>. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de indicadores epidemiológicas. Disponível em: [Painel de Indicadores Epidemiológicos | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(aids.gov.br\)](https://paineis.epidemiologia.gov.br/). Acesso em: 02 de maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação para a gestão no SUS. Disponível em: https://brasil.bvs.br/vitrinas/post_vitrines/informacao-para-a-gestao-no-sus/. Acesso em: 02 maio de 2023.

MACÊDO, V. C.; *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saúde Colet*, v.28, n. 4, p. 518-528, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>. Acesso em: 18 abr. 2023.



MATERNIDADE ESCOLA. Neonatologia. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sífilis. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/sifilis.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Secretaria de Vigilância em Saúde. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, n. 217, p. 144, 13 nov. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf.

Ramchandani, M. S.; Cannon, C. A.; Marra, C. M. Syphilis: A Modern Resurgence [published online ahead of print, 2023 Mar 31]. Infect. Dis. Clin. North Am., v. 37, n. 2, p. 195-222, jun. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37005164/>.

Workowski, K. A.; Bachmann, L. H.; Chan, P. A. et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guideline. MMWR Recomm. Rep., v. 70, n. 4, p. 39-60 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatmentguidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>.

Mega, T.P., de Freitas Lopes, A.C., Santos, V.C.C., Petramale, C.A., 2015. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. Revista Gestão & Saúde ág-3275.

REZENDE FILHO, J. F. DE. Rezende Obstetrícia. 14. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2022, P 613.-619.