



Fernanda Vaz Dorneles
Amanda Curtinaz de Oliveira
Guilherme Machado Silva
Mariana Xavier da Silva
Daniela Barbosa Behrends
Adriana Aparecida Paz

GUIA TÉCNICO PARA GESTÃO DE CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS GESTACIONAL

Porto Alegre
2021



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Reitora
Lucia Campos Pellanda

Vice-Reitora
Jenifer Saffi

Pró-Reitora de Graduação
Márcia Rosa da Costa

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação
Dinara Jaqueline Moura

**Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos
Estudantis**
Mônica Maria Celestina de Oliveira

Pró-Reitor de Administração
Leandro Mateus Silva de Souza

Pró-Reitora de Planejamento
Alessandra Dahmer

Pró-Reitora de Gestão com Pessoas
Ana Cláudia Souza Vazquez

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PORTO ALEGRE**

Secretário Municipal de Saúde
Mauro Sparta

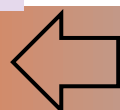
Secretária Adjunta
Ana Carolina Dal Ben

Diretoria de Vigilância em Saúde
Fernando Ritter

Registro de obra na Câmara Brasileira do Livro

ISBN: 978-65-00-32462-4

Direito Autoral DA-2021-014428





SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Prevenção combinada e sexo seguro

1.1.1 Rastreamento de IST

1.1.2 Abordagem de sexualidade

1.1.3 O que é sexo seguro?

1.1.4 Avaliação de risco e habilidades de comunicação

2 IDENTIFICAÇÃO

2.1 Síndrome da úlcera genital

2.2 Sífilis

2.2.1 Definição

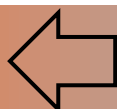
2.2.2 Transmissão

2.2.3 Suscetibilidade, vulnerabilidade e imunidade

2.2.4 Classificação clínica

2.2.5 Diagnóstico

2.2.6 Populações especiais



3 ASSISTÊNCIA

3.1 Tratamento

3.1.1 Aplicação de benzilpenicilina benzatina

3.1.2 Reação de Jarish-Herxheimer

3.1.3 Segurança e eficácia da administração

3.1.4 Teste de sensibilidade

3.1.5 Tratamento em gestantes

3.1.6 Tratamento parceiros sexuais

3.1.7 Prevenção combinada

4 REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO

4.1 Definição de critérios

4.1.1 Sífilis adquirida

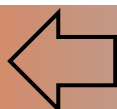
4.1.2 Sífilis gestacional

4.1.3 Sífilis congênita

4.2 Vigilância epidemiológica

4.3 Notificação

4.4 Medidas de prevenção e controle



5 MONITORAMENTO

5.1 Resposta imunológica ao tratamento

5.2 Título versus Diluição

5.3 Retratamento: reativação ou reinfeção

5.4 Neurosífilis

5.4.1 Quem deve ser tratado para neurosífilis?

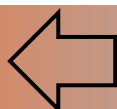
5.4.2 Monitoramento pós-tratamento da neurosífilis

6 CASOS CLÍNICOS

7 REFERÊNCIAS

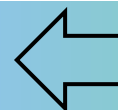
8 ANEXOS

CRÉDITOS



APRESENTAÇÃO

1



Este guia técnico busca facilitar a sua decisão de conduta, de forma alinhada com as mais recentes ferramentas para orientações de identificação, assistência, registro de notificação e monitoramento de casos de sífilis adquirida e sífilis gestacional.



Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem)⁽¹⁾ e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro)⁽²⁾.

A escolha dos temas abordados neste documento, se deu pela magnitude e relevância na prática da enfermagem e demais categorias que atendem diariamente casos de sífilis nos serviços de saúde.

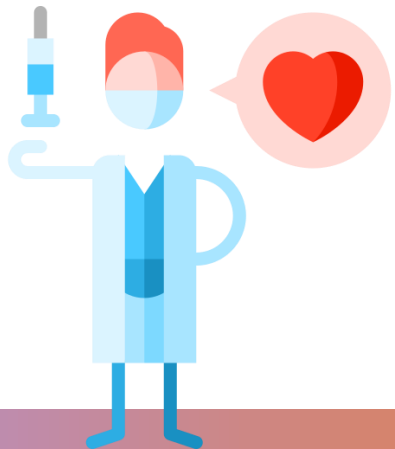


As infecções sexualmente transmissíveis (IST), são importantes causa de morbidade da população mundial.

O aumento recente do número de casos de doenças curáveis que pareciam controladas, como a sífilis; e a mudança de perfil epidemiológico de infecções crônicas, demonstram que devemos estar constantemente repensando nossas estratégias de combate⁽³⁾.

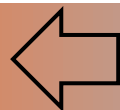


Devido aos aspectos importantes de privacidade que este tipo de doença envolve, é fundamental que o diagnóstico e tratamento sejam fornecidos já no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.



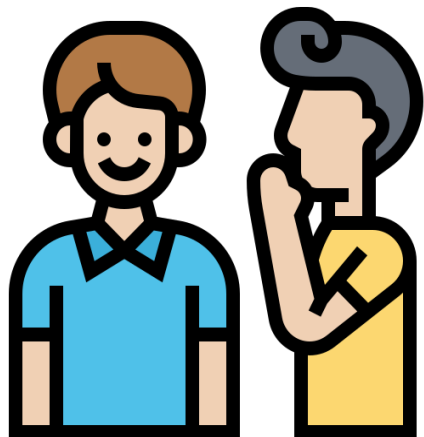
Por esse motivo, o profissional enfermeiro desempenha papel fundamental para o controle das IST, já que costuma estar inserido na primeira escuta ao usuário.

Ao ampliar as atribuições do enfermeiro para que este possa realizar o diagnóstico e tratamento dessas doenças, oferta-se um atendimento mais rápido ao cidadão, mantendo a mesma qualidade do serviço⁽³⁾.



Com grande frequência, é o enfermeiro o profissional que identifica IST's nas consultas realizadas com o princípio de coleta de material citopatológico para identificação de câncer de colo de útero, e também nas demandas espontâneas, por exemplo.

É fundamental que este profissional esteja devidamente capacitado e legalmente amparado para o manejo da sífilis, propiciando ao usuário maior segurança e menor constrangimento⁽³⁾.



A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde.

A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões⁽⁴⁾.



O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais.

Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de profissão ou de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças, as quais não devem ter valores diferentes na sociedade. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos⁽⁴⁾.



Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para garantir os diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõem a Prevenção Combinada⁽⁵⁾.



1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO



A percepção dos riscos de adquirir uma IST varia de pessoa para pessoa, e sofre mudanças ao longo da vida. A prevenção dessas infecções impulsiona a continuidade de projetos pessoais, como relacionamentos, filhos(as) e vida sexual saudável.

Para que a prevenção ocorra com maior eficácia, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes como ferramentas colaboradoras para a gestão de risco de cada pessoa.

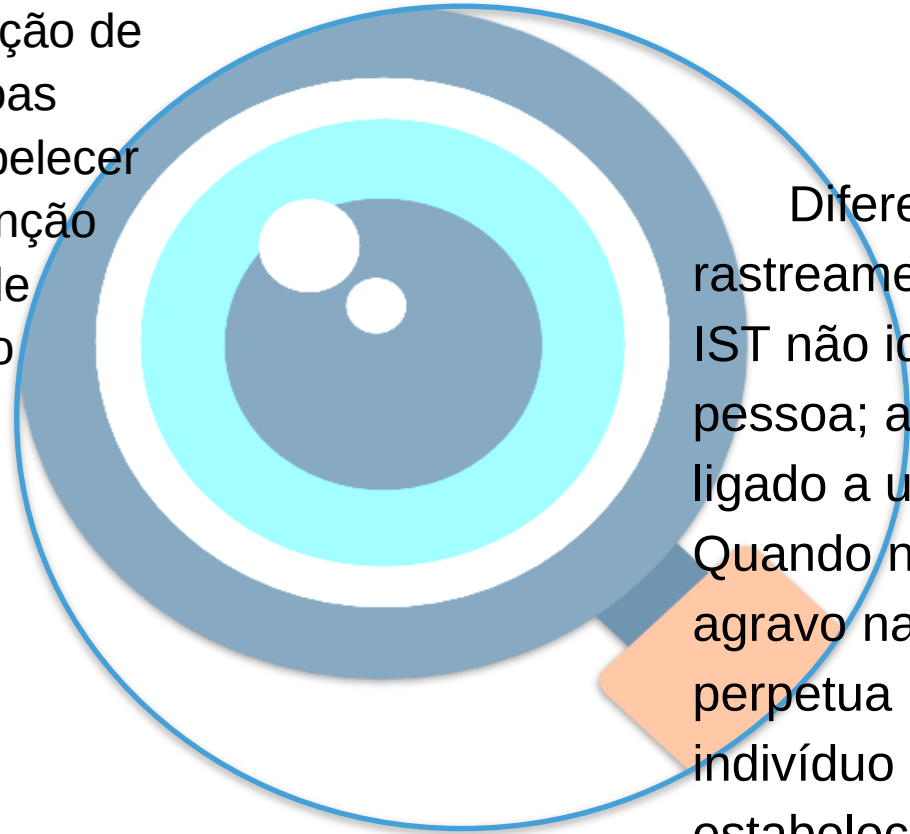
É papel do profissional de saúde oferecer orientações centradas na pessoa com vida sexual ativa e em suas práticas, com o intuito de ajudá-la a reconhecer e minimizar seu risco⁽⁵⁾.



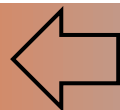
1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

1.1.1 Rastreamento de IST

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado.



Diferentemente de outros rastreamentos, o rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão. Quando não identificado e tratado o agravo na(s) parceria(s), este se perpetua na comunidade e expõe o indivíduo à reinfeção, caso não se estabeleça alguma medida de controle⁽⁵⁾.



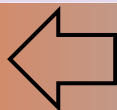
1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

1.1.2 Abordagem de sexualidade



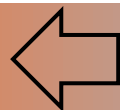
Existe uma preocupação em não rotular e estigmatizar comportamentos sexuais em “normais” ou “anormais”. Busca-se discutir os comportamentos e as práticas sexuais sem preconceitos, considerando que são relativos, a depender da cultura e do contexto histórico, social e de vida de cada pessoa⁽⁴⁾.

O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo, de escolher a parceria sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de decidir ter uma relação sexual com ou sem fins reprodutivos, de expressar livremente a própria orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva, entre outros aspectos que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais e humanos⁽⁵⁾.



Dentro dessa lógica, alguns conceitos precisam ser conhecidos para que a avaliação das sexualidades seja realizada de maneira integral:

-  **Orientação sexual:** é a atração que alguém sente por outros indivíduos. Geralmente, envolve questões sentimentais, e não somente sexuais.
-  **Identidade de gênero:** é uma classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, que pode ou não concordar com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento.
-  **Sexo designado ao nascimento (biológico):** refere-se aos aspectos anatômicos e morfológicos da genitália ao nascimento.
-  **Expressão de gênero:** é a forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento.





› **Identidade de gênero:**



Cisgênero / Travesti-Transexual-Transgênero

› **Orientação sexual:**



Heterossexual / Bissexual / Homossexual

› **Sexo designado ao nascimento (biológico):**



Homem / Intersexo / Mulher

› **Expressão de gênero:**



Esperado pela sociedade / Quebra de padrões



1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

1.1.3 O que é sexo seguro?

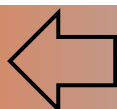
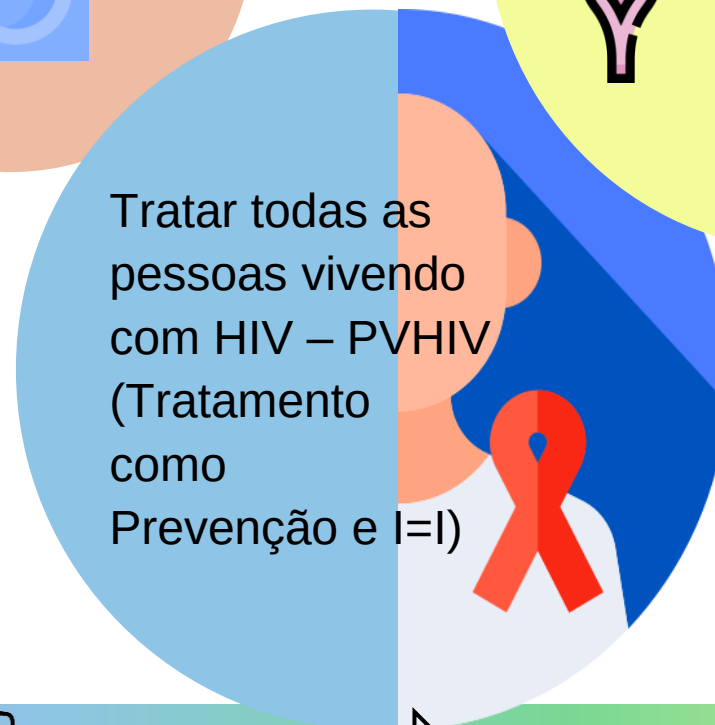
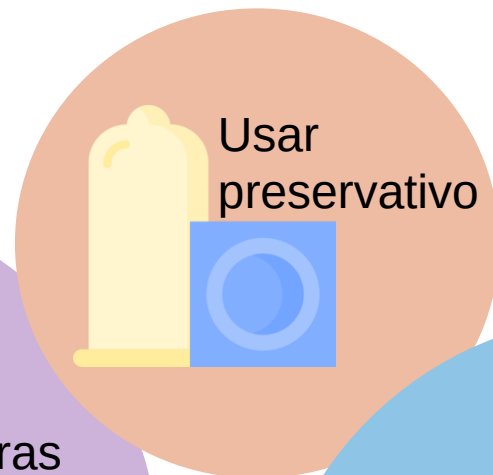
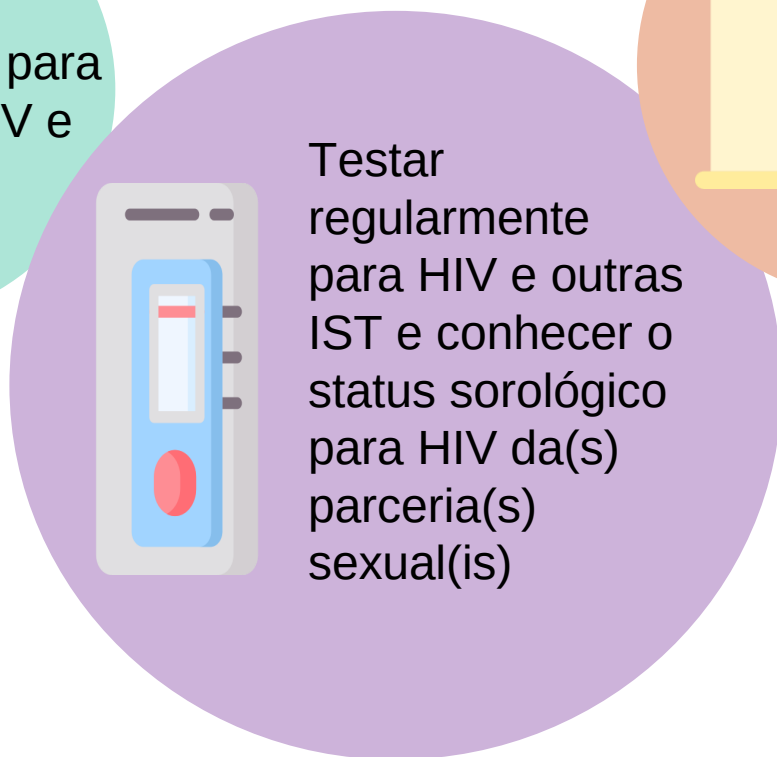
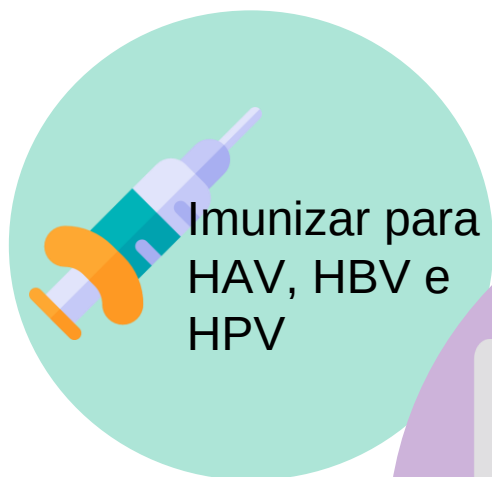
Geralmente, o termo “sexo seguro” é associado ao uso exclusivo de preservativos. Por mais que o uso de preservativos seja uma estratégia fundamental a ser sempre estimulada, possui limitações.

Assim, outras medidas de prevenção são importantes e complementares para uma prática sexual segura. É essencial ampliar as possibilidades de prevenção e tornar o cenário mais completo e efetivo⁽⁵⁾.



1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

Outras medidas de prevenção:



1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

Outras medidas de prevenção:

- Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado;
- Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado.



Conhecer e ter acesso a anticoncepção e concepção.



1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

1.1.4 Avaliação de risco e habilidades de comunicação

Somente por meio de uma avaliação adequada é que se pode identificar o risco de uma pessoa para IST. Hipóteses e inferências sobre o risco de IST podem ser imprecisas⁽⁵⁾.

O investimento exclusivo em diagnósticos e tratamentos não será suficiente se não falarmos de sexo. É necessário conhecer a temática para conversar e reduzir o estigma relacionado às práticas sexuais e às IST.



1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

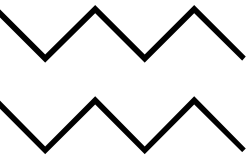


A saúde sexual é parte fundamental da avaliação geral de saúde de qualquer pessoa. Conhecer a história sexual dos usuários é fundamental para uma abordagem centrada na pessoa, permitindo assim conhecê-la como um todo. Essa investigação deve ser estruturada para identificar os fatores de risco relacionados à saúde sexual, reconhecendo práticas e comportamentos sexuais e também oportunidades para intervenções breves de mudança de comportamento⁽⁶⁾.

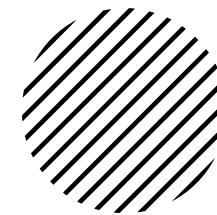


Muitas vezes, os profissionais de saúde e os pacientes não abordam esse tema nas consultas. Geralmente, há uma tendência em subestimar a necessidade que os usuários têm de externar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. É importante que o profissional desenvolva questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito ligado ao diálogo sobre sexo e práticas sexuais⁽⁷⁾. É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento, a adesão ao tratamento e a retenção no serviço.





Resumo do Guia



Auxilia no diagnóstico e na identificação de sinais e sintomas de casos de sífilis

IDENTIFICAÇÃO

ASSISTÊNCIA

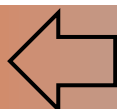
Auxilia na escolha adequada do tratamento

REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO

Auxilia no esclarecimento de critérios de casos de sífilis e no preenchimento adequado do SINAN.

Auxilia no acompanhamento de casos e avaliação sobre desfechos (cura, reinfecção, cicatriz sorológica) e na periodicidade de solicitação de exames

MONITORAMENTO



IDENTIFICAÇÃO



2



2.1 SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional⁽³⁾.



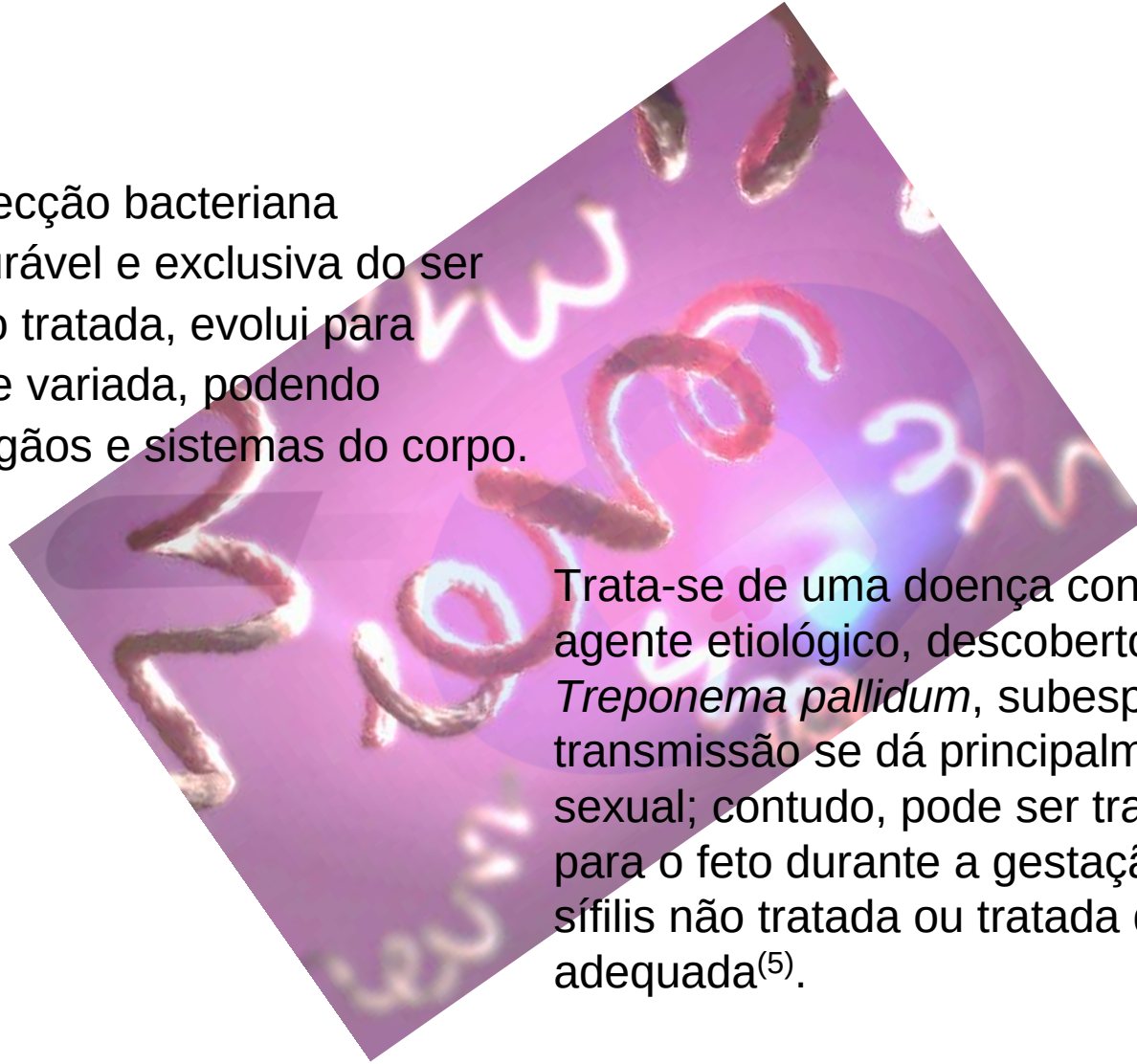
A presença de úlcera genital está associada a um maior risco de contaminação pelo HIV. As etiologias mais comuns para úlcera genital são a Sífilis, o Cancro mole, a Donovanose e o Herpes Genital⁽³⁾.



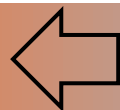
2.2 SÍFILIS

2.2.1 Definição

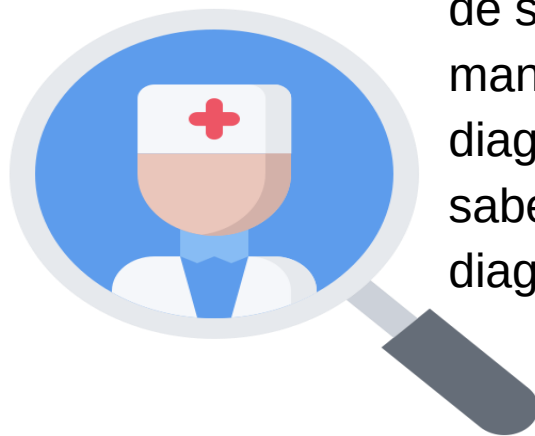
A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo.



Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada⁽⁵⁾.



A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular⁽⁸⁾.



O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da doença (BRASIL, 2020). Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento.

Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN).



2.2.2 Transmissão



A sífilis é uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode também ser transmitida verticalmente, ou seja, da mãe para o feto, sendo considerado sífilis congênita⁽⁵⁾.



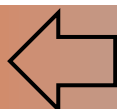
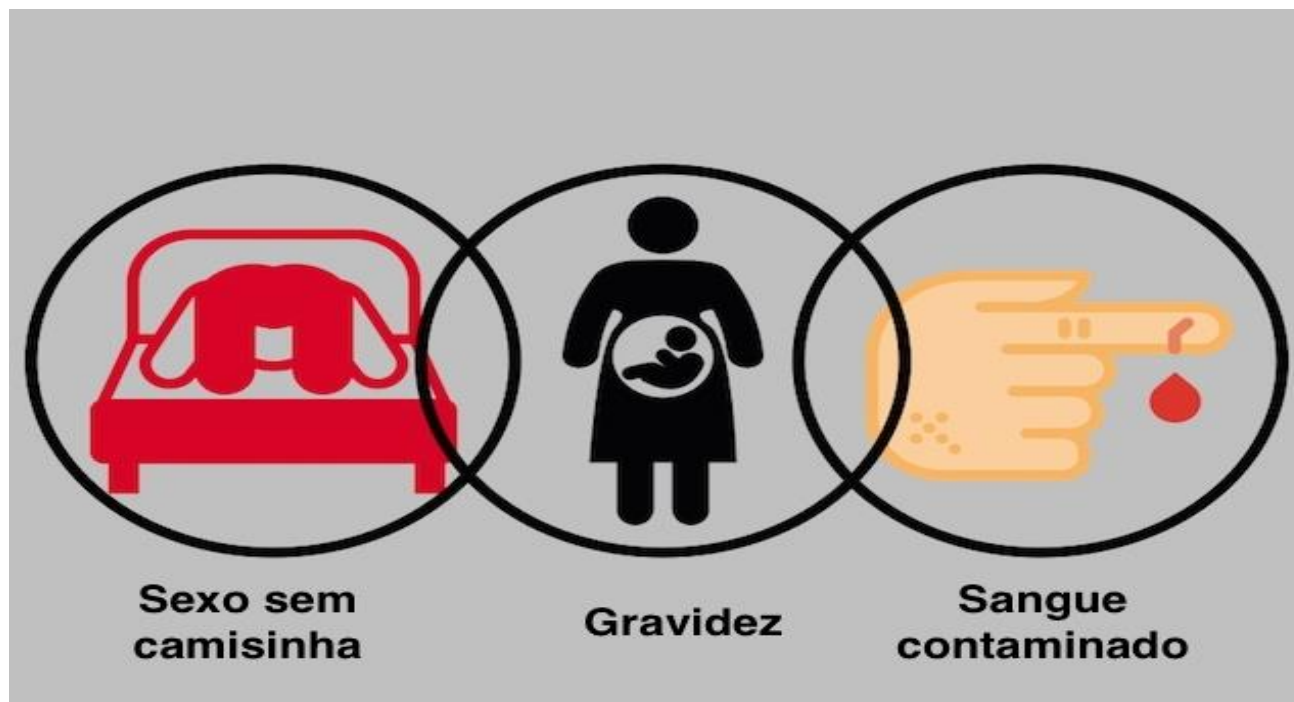
A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/tardia). Vale a pena ressaltar que, no primeiro ano de latência, 25% dos pacientes apresentam recrudescimento do secundarismo e, portanto, pode haver a transmissão⁽⁵⁾.



Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele⁽⁹⁾. Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença.

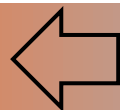


Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sifilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal⁽⁵⁾.



2.2.3 Suscetibilidade, vulnerabilidade e imunidade

A suscetibilidade à infecção é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. A pessoa pode adquirir sífilis sempre que se expuser ao *T. pallidum*. O tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sinais e sintomas em poucos dias. As lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia⁽⁵⁾.



2.2.4 Classificação clínica



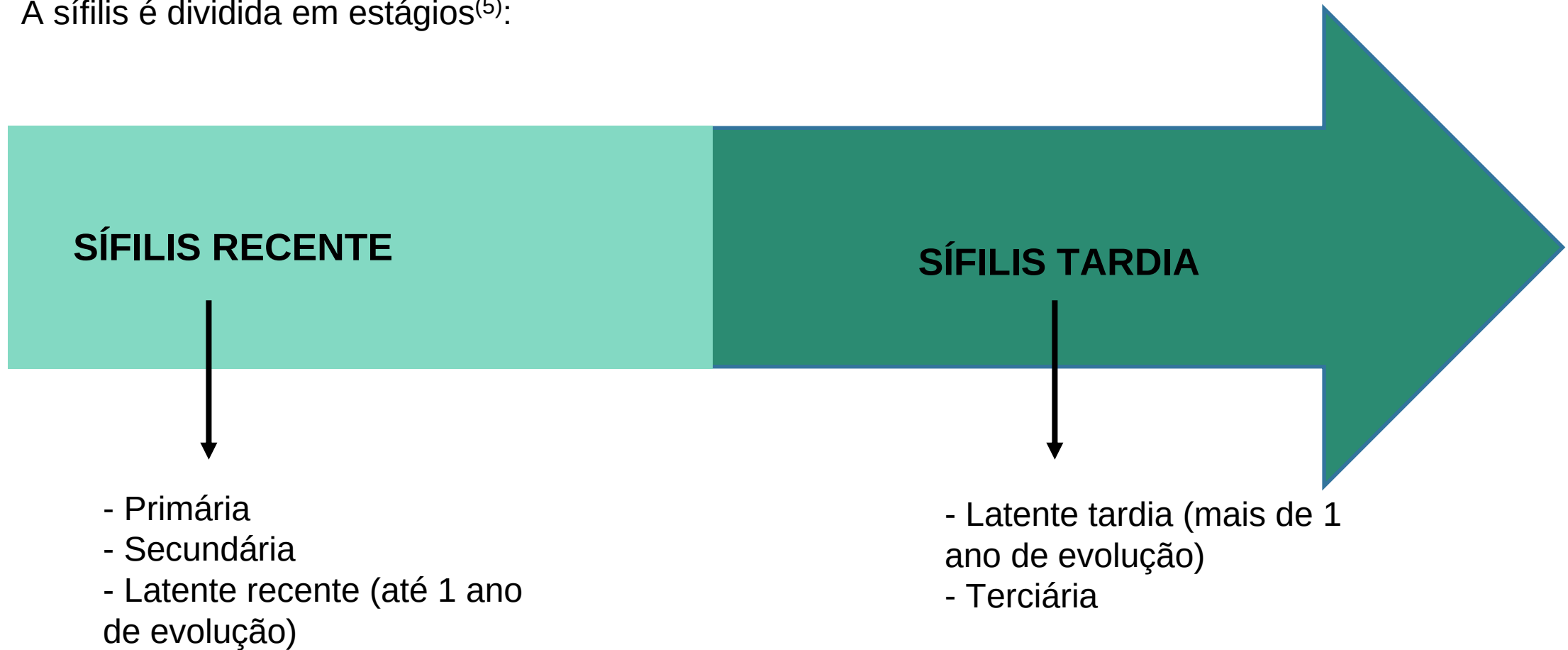
A sífilis é dividida em estágios⁽⁵⁾:

- › SÍFILIS RECENTE (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução;
- › SÍFILIS TARDIA (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.



2.2.4 Classificação clínica

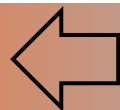
A sífilis é dividida em estágios⁽⁵⁾:



-Sífilis primária/cancro duro: o tempo de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas), pode durar de 2 a 6 semanas (resolução espontânea independente do tratamento).

A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”.

A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro, na região inguinal). Sua duração pode variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla.



-Sífilis secundária: inicia entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes do secundarismo possam ocorrer em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria.

Inicialmente, apresenta-se uma erupção cutânea macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas.

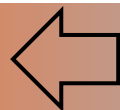
As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas eritematoacastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar (essa localização é fortemente sugestiva de sífilis), com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa.



Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área ano genital. Estas são lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaléia e adinamia.

A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, tem-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes.

A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos podem acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão. Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.



-Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma da doença (ASSINTOMÁTICA). O diagnóstico é exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio.

A sífilis latente é dividida em latente recente (até 1 ano de infecção) e latente tardia (mais de 1 ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência.



-Sífilis terciária: ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 1 e 40 anos depois do início da infecção.

A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.





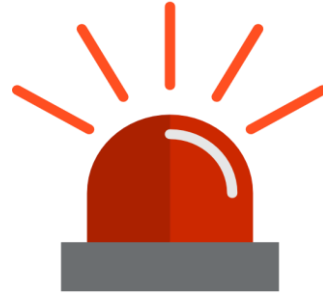
Importante ressaltar que, **mesmo sem a presença da lesão cancróide, o paciente é transmissor da sífilis** e, considerando a possibilidade da involução espontânea da sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos (teste rápido FTA-ABS*) e não treponêmicos (VDRL) fazer parte da rotina da enfermagem no município de Porto Alegre/RS para todos os usuários que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àqueles que nunca tenham realizado o exame⁽¹⁰⁾.

***Teste rápido treponêmico (FTA-ABS) será sempre reagente em pessoas com história de diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado neste caso o VDRL (não treponêmico) para controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nesta situação a possibilidade de cicatriz sorológica⁽¹⁰⁾.**



SÍFILIS PRIMÁRIA:

- Ferida no local de entrada da bactéria;
- Aparece entre 10 e 90 dias após o contágio;
- Não dói, não arde, não coça e não tem pus;

**SÍFILIS LATENTE:**

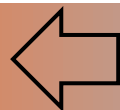
- ASSINTOMÁTICA (sem sinais e sintomas);
- Pode durar anos;

SÍFILIS SECUNDÁRIA:

- Manchas no corpo (geralmente mãos, tronco e pés);
- Pode apresentar Ínguas pelo corpo;
- Aparece entre 6 semanas e 6 meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial;

**SÍFILIS TERCIÁRIA:**

- Pode surgir de 2 a 40 anos depois do início da infecção;
- Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.



TERCIÁRIA:

- Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo;
- Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-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, e quadros demenciais como o da paralisia geral.

SECUNDÁRIA:

- Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão);
- Micropoliadenopatia;
- Linfadenopatia generalizada;
- Sinais constitucionais;
- Quadros neurológicos, oculares, hepáticos.

LATENTE RECENTE (até 1 ano de evolução):

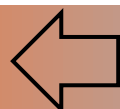
- Assintomática

LATENTE TARDIA (mais de 1 ano de evolução):

- Assintomática

PRIMÁRIA:

- Cancro duro (úlceras genitais);
- Linfonodos regionais.

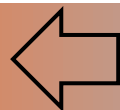


2.2.5 DIAGNÓSTICO

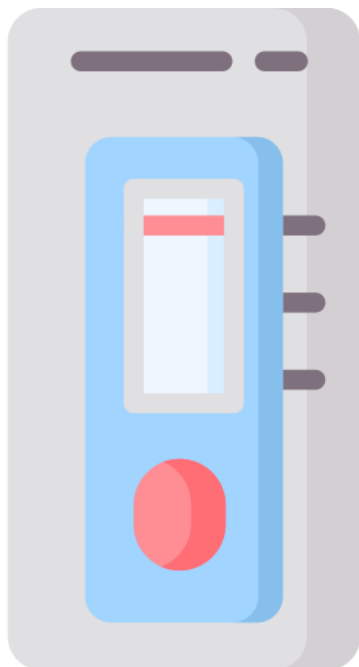
Para o diagnóstico rápido/laboratorial da sífilis, deve ser considerada a fase evolutiva da infecção⁽⁵⁾.

2.2.5.1 Testes imunológicos de sífilis

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos⁽⁵⁾.



✓ **Testes treponêmicos:** são testes que 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. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.



Existem vários tipos de testes treponêmicos:

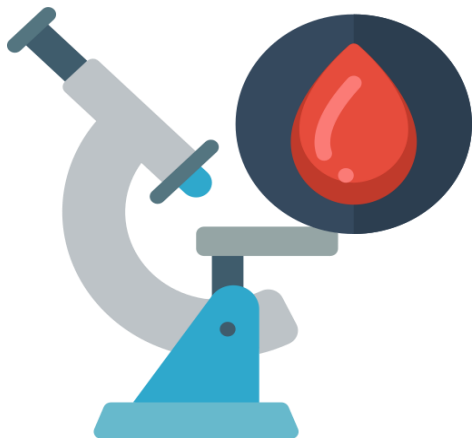
- › Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). São distribuídos pelo Ministério da Saúde para estados e Distrito Federal, sendo os mais indicados para início de diagnóstico; Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de serem realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato.



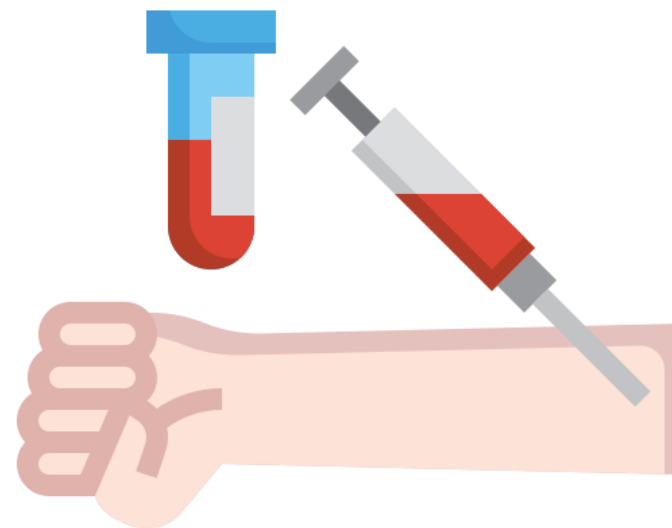
- › Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. Pallidum Haemagglutination Test*) e de aglutinação de partículas (TPPA, do inglês *T. Pallidum Particle Agglutination Assay*); ensaios de micro-hemaglutinação (MHA-TP, do inglês *Micro-Haemagglutination Assay*);
- › Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*);
- › Ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês *Enzyme- Linked Immunossorbent Assay*) e suas variações, como os ensaios de quimioluminescência (CMIA). A vantagem desses ensaios é sua elevada sensibilidade e capacidade de automação.



✓ **Testes não treponêmicos:** estes testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem a análise qualitativa e quantitativa. Sempre que um teste não treponêmico é realizado, é imprescindível analisar a amostra pura e diluída, em virtude do fenômeno prozona². Uma vez observada reatividade no teste, a amostra deve ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.).



Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura. A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento.



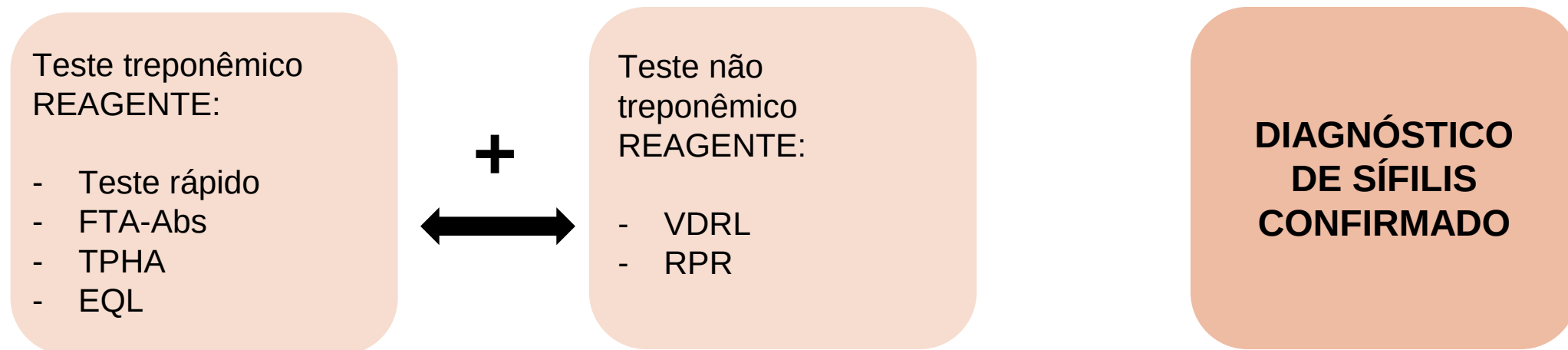
-Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e o USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*). Resultados falso-reagentes, ainda que raros, podem ocorrer. Anticorpos anticardiolipinas podem estar presentes em outras doenças. Por isso, é sempre importante realizar testes treponêmicos e não treponêmicos para a definição laboratorial do diagnóstico.



Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos nesses testes. Títulos baixos ($<1:4$) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.



Figura 1 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos



Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020.



Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo **teste treponêmico (preferencialmente teste rápido)**, que é o primeiro teste a ficar reagente. Na maioria das vezes permanece reagente por toda vida, mesmo após o tratamento, por isso não é indicado como monitoramento.

O **teste não treponêmico** é importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.





Os profissionais de saúde, tanto da medicina quanto da enfermagem, devem solicitar os testes imunológicos para sífilis, explicitando no formulário de solicitação a finalidade do exame⁽⁵⁾:

- ☒ Diagnóstico de sífilis: solicitação para rede laboratorial. Deverá ser solicitado somente na indisponibilidade do teste rápido no serviço.
- ☒ Diagnóstico de sífilis após TR reagente: quando foi realizada a testagem rápida no serviço de saúde e com resultado reagente. Nesse momento, o laboratório iniciará a investigação com o teste não treponêmico (preferencialmente VDRL, disponível na rede pública deste município).
- ☒ Monitoramento do tratamento de sífilis: quando o diagnóstico e tratamento da sífilis já foram realizados e é necessário monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos.

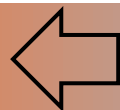


Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e consequente negatificação dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos.

Na prática clínica, é fundamental a avaliação da presença de novos sinais e sintomas clínicos, da epidemiologia (reexposição), histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios. Essa investigação é importante para facilitar a elucidação diagnóstica.



Algumas pessoas podem apresentar testes não treponêmicos persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento, considerando-se como cicatriz sorológica, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado⁽⁵⁾.



Quadro 1. Interpretação de testes e conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	Diagnóstico de sífilis. •Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas situações.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.

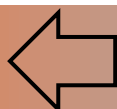
Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.



Quadro 1. Interpretação de testes e conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. • Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critérios de notificação. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis apenas orientar.

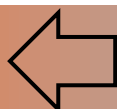
Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.



Quadro 1. Interpretação de testes e conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	Diagnóstico de sífilis. •Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.

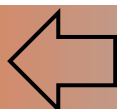
Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.



Quadro 1. Interpretação de testes e conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. • Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critérios de notificação. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.

Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.



Quadro 1. Interpretação de testes e conduta

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE ou TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária.	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.

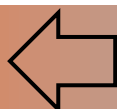
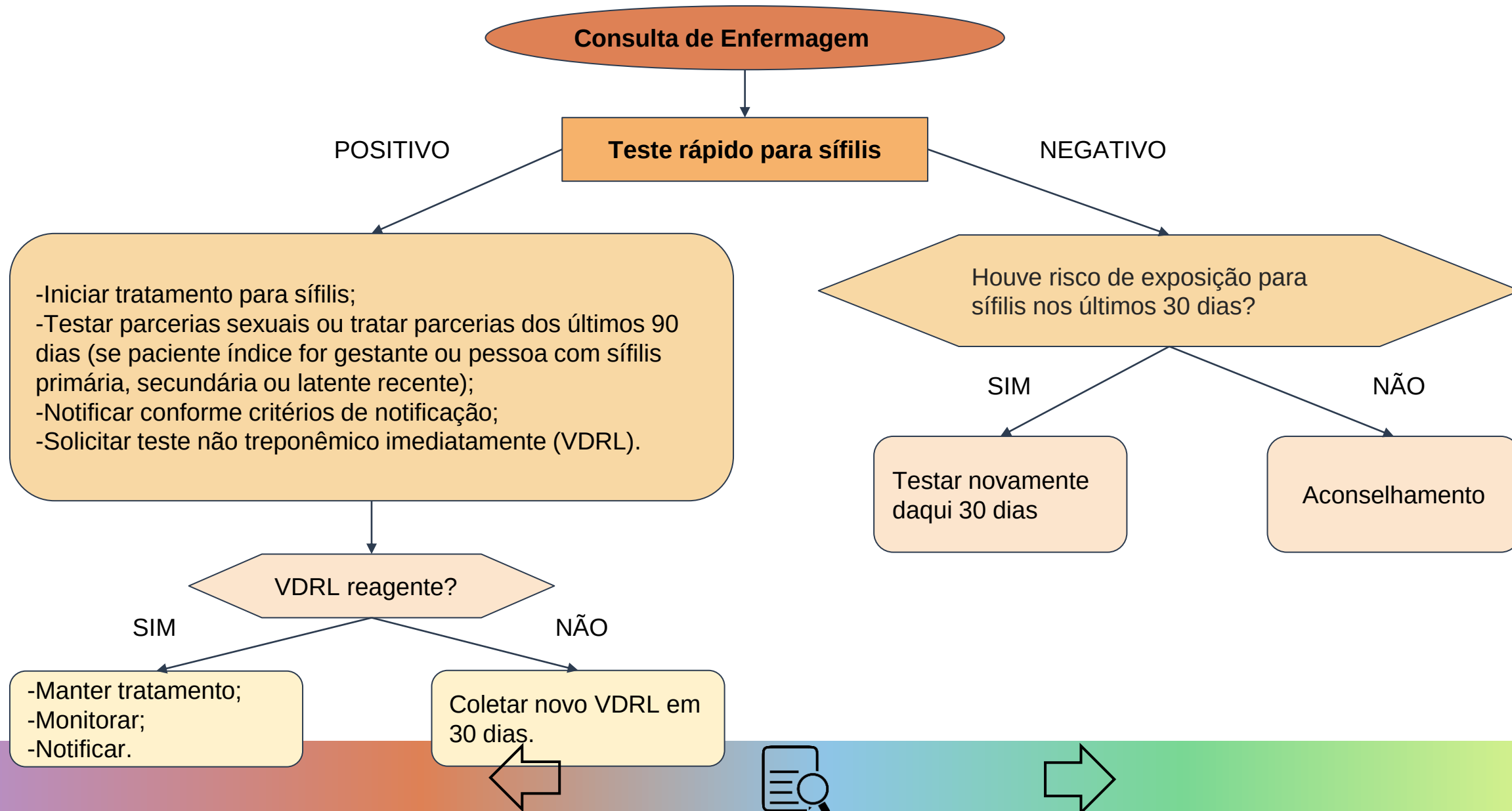


Figura 2. Fluxograma de teste rápido para sífilis

2.2.5.2 Possíveis diagnósticos diferenciais

Como as úlceras genitais podem surgir para diferentes etiologias, foram elencados alguns dos possíveis diagnósticos diferenciais mais recorrentes⁽³⁾:

Cancro mole - Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com secreção amarelada de odor fétido. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%. O acompanhamento do paciente deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a abstinência sexual até resolução total da doença.



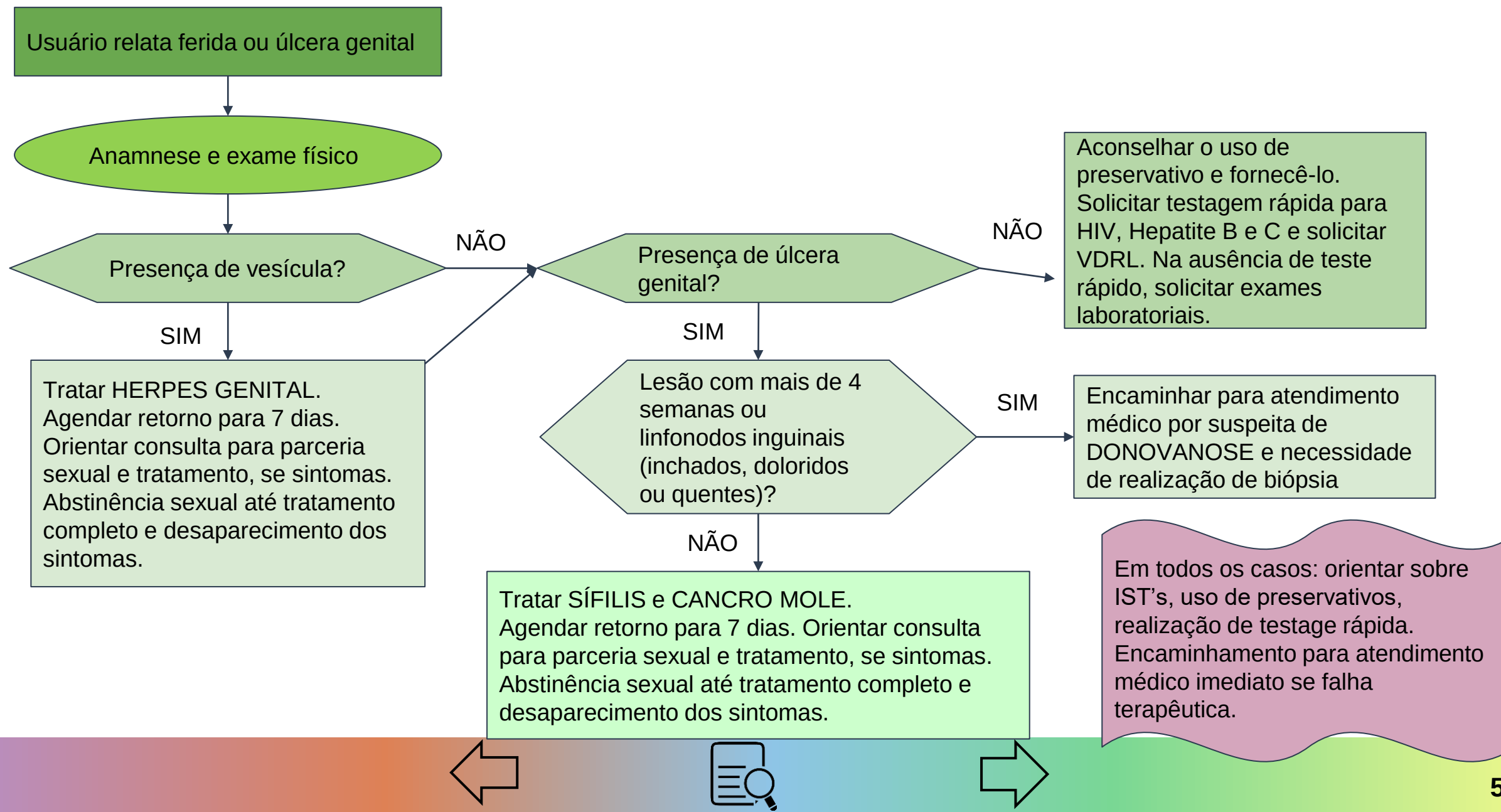
2.2.5.2 Possíveis diagnósticos diferenciais

Donovanose - Infecção sexualmente transmissível crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito a cronicidade da lesão.

Herpes genital - Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que apresentam um período de incubação médio de 6 dias. Muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV (vírus da herpes humana) nunca desenvolverão manifestações, sendo que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estes pacientes devem ser manejados pelo profissional médico.



Figura 3. Fluxograma da síndrome da úlcera genital



2.2.6 SÍFILIS: PARTICULARIDADES EM POPULAÇÕES ESPECIAIS

2.2.6.1 GESTANTES: Sífilis gestacional



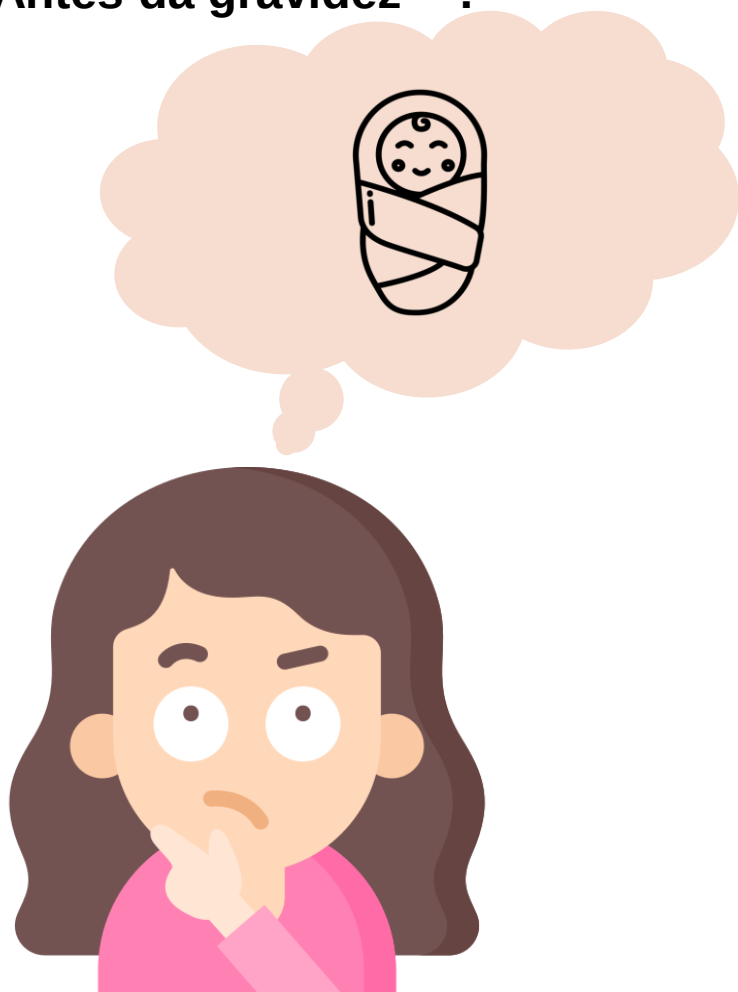
A gestante deve ser diagnosticada e tratada imediatamente, assim como suas parcerias sexuais. **A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente⁽⁵⁾.**

Portanto, a medida mais efetiva de controle da infecção consiste no cumprimento das recomendações para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. As medidas de controle devem abranger os momentos antes e durante a gravidez, bem como o momento da internação para o parto ou curetagem por abortamento⁽⁵⁾.

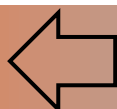
É fundamental realizar abordagem centrada na pessoa e em suas práticas sexuais, contribuir para que a pessoa a reconheça e minimize o risco de infecção por uma IST, além de informá-la sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/hepatites virais⁽⁵⁾.



Antes da gravidez⁽¹¹⁾:



- Realizar testagem para sífilis em mulheres que manifestem a intenção de engravidar;
- Testar parcerias sexuais;
- Iniciar imediatamente tratamento das mulheres e suas parcerias sexuais após diagnóstico



Durante a gravidez⁽¹¹⁾:

- Realizar testagem para sífilis na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana) e no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual⁽¹¹⁾; No município de Porto Alegre, em função das elevadas taxas de detecção de sífilis adquirida, gestacional e congênita, é recomendado que o teste seja realizado também no 2º trimestre de gestação⁽¹⁰⁾.
- As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário;
- Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta; Existe evidência de que os benefícios suplantam o custo e o risco do tratamento com benzilpenicilina benzatina⁽⁵⁾;



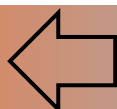
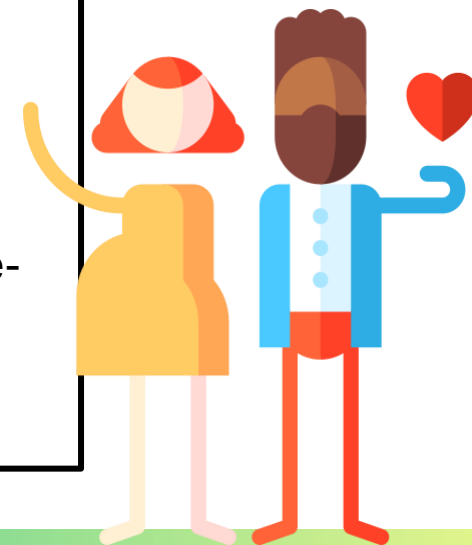
Durante a gravidez⁽¹¹⁾:

- Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico (linha de base), para seguimento sorológico; O retardo do tratamento no aguardo de resultados de teste complementar faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis⁽⁵⁾;
- Orientar para que a gestante conclua o tratamento, mesmo se os sinais/sintomas tiverem desaparecido;
- Vacinar contra hepatite B, de acordo com o calendário de vacinação do PNI do Ministério da Saúde;
- O monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9, 12 meses); Agendar o retorno para seguimento e controle de cura;
- Oferecer preservativos e orientar sobre técnicas de uso em todas as relações sexuais;



Durante a gravidez⁽¹¹⁾:

- Tratar, acompanhar e orientar parcerias sexuais; - as parcerias sexuais de casos de sífilis recente (primária, secundária ou latente precoce) podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, **devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI)**.
- Notificar e investigar o caso.
- A gravidez também é um assunto de homens. Estimular a participação do pai/parceiro durante todo o processo de pré-natal é essencial para o bem estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio;
- É fundamental a implementação do pré-natal do parceiro, conforme o “Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde”⁽¹²⁾.



Durante a gravidez⁽¹¹⁾:



Importante:

Em todos os casos de gestantes, recomenda-se tratamento imediato após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), sem a necessidade de aguardar o resultado do teste complementar, desde que a gestante não tenha sido tratada anteriormente de forma adequada ou o registro do tratamento não estiver disponível⁽¹¹⁾.



No momento da internação para o parto ou curetagem por abortamento⁽⁹⁾:

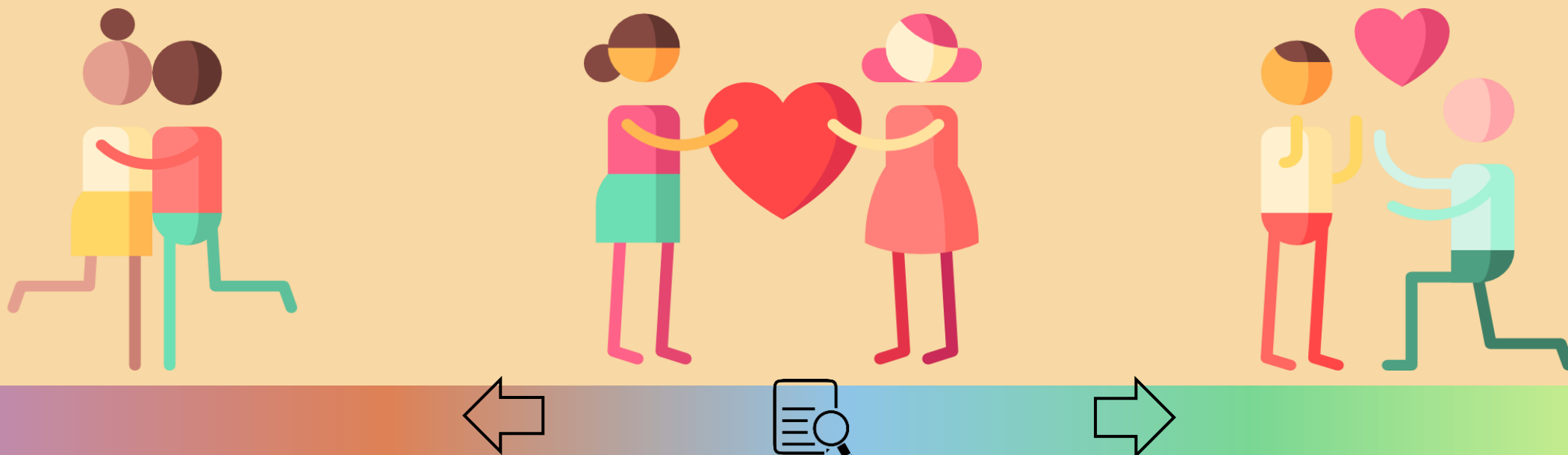
- Realizar testagem para sífilis, independentemente de ter sido realizada no pré-natal. O teste não treponêmico é preferencial para as situações em que a gestante já foi diagnosticada e tratada no pré-natal;
- Tratar mãe, parceria(s) sexual(is) e recém-nascido(s);
- Encaminhar para seguimento ambulatorial a mãe, parceria(s) sexual(is) e recém-nascido(s).;
- Notificar e investigar o caso e parceria(s) sexual (is).



2.2.6.2 Parcerias sexuais

Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo)⁽⁵⁾.

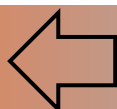
Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico. A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção.



No enfrentamento da epidemia de sífilis, necessita-se uma alta suspeição clínica, com testagem de pacientes assintomáticos e tratamento e monitoramento de todos os casos e de suas parcerias sexuais. Nunca se está diante de apenas um caso de sífilis – sempre são pelo menos duas pessoas infectadas. Muitas vezes se trata de toda uma rede sexual infectada. Conversar com o paciente sobre sua prática sexual e suas parcerias sexuais é realizar uma boa assistência à saúde.

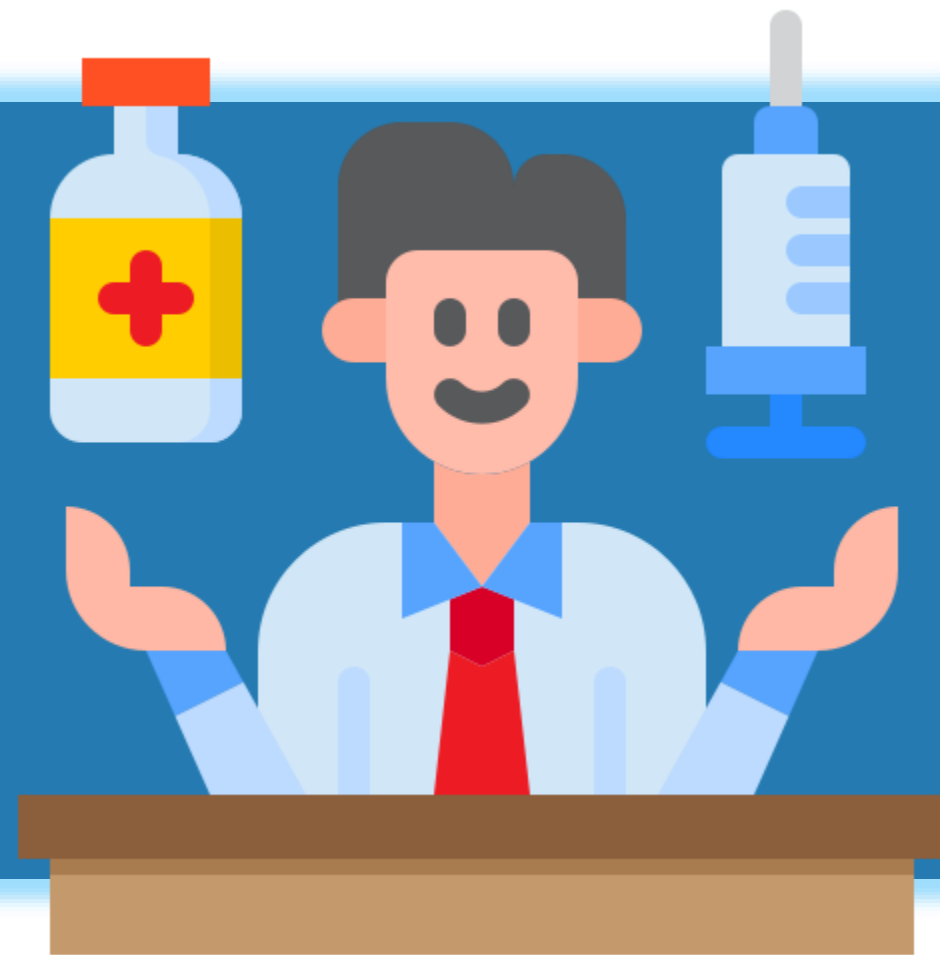


Para o combate à sífilis congênita, o tratamento da gestante com benzilpenicilina benzatina após um teste reagente é fundamental. Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para o conceito. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal, é impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe-bebê⁽⁵⁾.



ASSISTÊNCIA

3

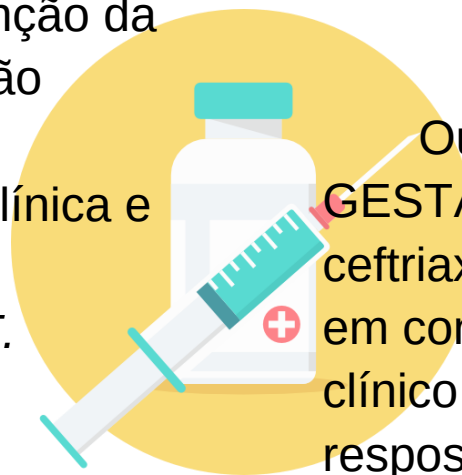


3.1 TRATAMENTO

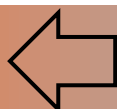


A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de primeira escolha para tratamento da sífilis, sendo a única droga segura e com eficácia documentada durante a gestação.

Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e prevenção da transmissão vertical, é considerado tratamento não adequado da mãe, sendo considerado sífilis em gestante. A criança será submetida à avaliação clínica e laboratorial e deverá ser notificada como sífilis congênita. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo⁽¹¹⁾.

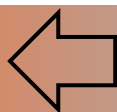
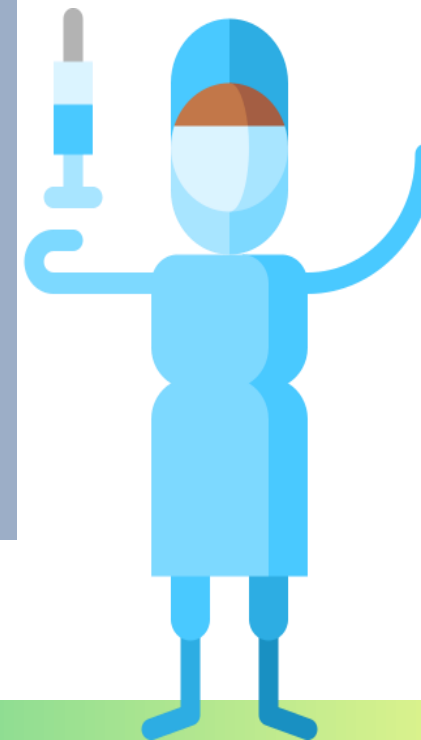


Outras opções para NÃO GESTANTES, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica⁽⁵⁾.



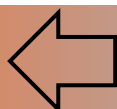
Devido ao cenário epidemiológico atual, **recomenda-se tratamento imediato**, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico **OU** teste não treponêmico) para as seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis)⁽⁵⁾:

- › Gestantes;
- › Vítimas de violência sexual;
- › Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- › Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- › Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.



O fato da realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão)⁽⁵⁾.

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais⁽⁵⁾.



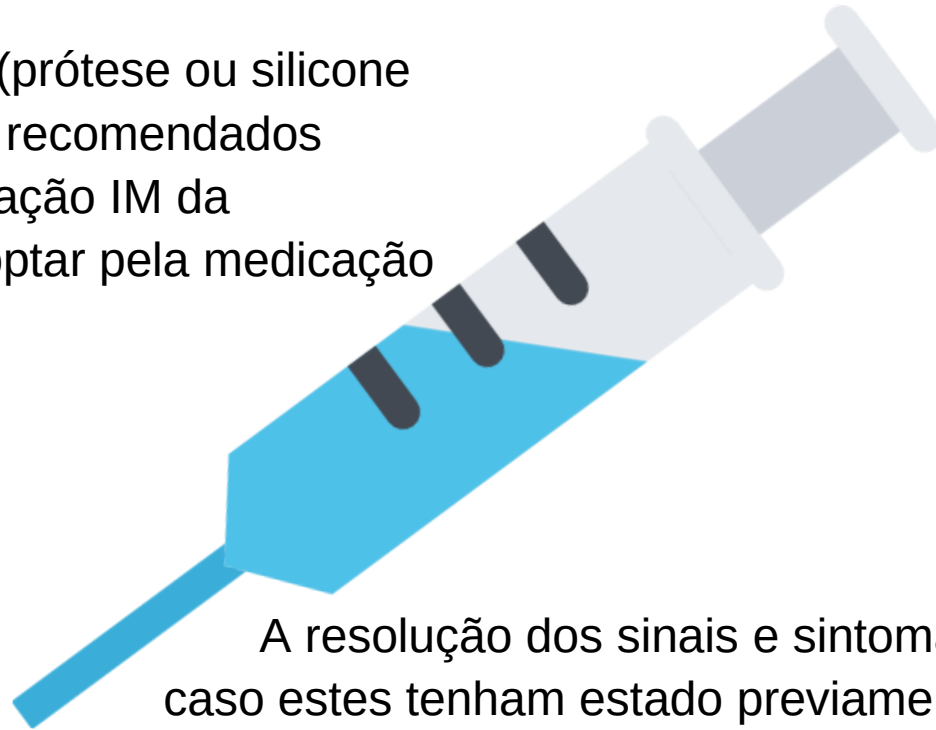
3.1.1 Aplicação de Benzilpenicilina benzatina

Como medida de garantia de acesso, a benzilpenicilina benzatina passou a ser componente estratégico na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) 2017, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde⁽¹³⁾. A compra e distribuição tem como base de cálculo os casos notificados de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes.

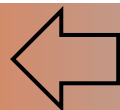
A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local⁽¹⁴⁾. Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.



A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados podem impossibilitar a aplicação IM da medicação. Nestes casos, optar pela medicação alternativa⁽⁵⁾.



A resolução dos sinais e sintomas após o tratamento, caso estes tenham estado previamente presentes, é indicativa de resposta à terapia. No entanto, **o monitoramento pós tratamento com teste não treponêmico é recomendado a todos os pacientes** para determinar se ocorreu resposta imunológica adequada⁽¹⁵⁾.

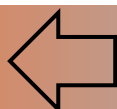


3.1.2 Reação de Jarish-Herxheimer

 A reação de Jarisch-Herxheimer é um evento que 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 – com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas⁽¹⁶⁾. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento.

 As pessoas com prescrição de tratamento devem ser alertadas quanto à possibilidade de ocorrência dessa reação, em especial para que se faça distinção em relação aos quadros de alergia à penicilina. Estes são muito raros com o uso da benzilpenicilina benzatina e, quando ocorrem, apresentam-se frequentemente na forma de urticária e exantema pruriginoso.

 Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Entretanto, caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais da reação⁽¹⁷⁾.



3.1.3 Segurança e eficácia da administração da benzilpenicilina benzatina

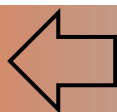
A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica, tanto para a pessoa com sífilis quanto suas(s) parceria(s) sexual(is). A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara⁽⁵⁾.

Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária (ex.: anti-inflamatórios não esteroides – AINE, lidocaína etc.), bem como alimentos (ex.: nozes, frutos do mar, corantes etc.) apresentam maiores riscos de anafilaxia; todavia, não há tanto temor quanto à sua administração ou consumo.

Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas com sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive sua faceta mais grave, a sífilis congênita⁽¹⁷⁾.



A possibilidade de reação anafilática à administração de benzilpenicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação: “Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez”, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS – Conitec⁽¹⁸⁾.



O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de benzilpenicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. 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 da reação de anafilaxia, caso esta ocorra, e a pessoa deverá receber atendimento conforme preconizado pelo 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⁽¹⁹⁾.

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015, do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, que reforça a importância da administração da benzilpenicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica⁽²⁰⁾, além da Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017, que reafirma esse compromisso de cuidado à saúde⁽²¹⁾.



3.1.4 Teste de sensibilidade à Benzilpenicilina benzatina

A maioria dos casos identificados grosseiramente como suspeitos de serem alérgicos à penicilina carecem de anamnese criteriosa para qualificar essa alteração. Em vista disso, é fundamental e imperativo que a anamnese seja objetiva, para a adequada obtenção dessas informações. Tal decisão fundamentou-se no elevado número de casos suspeitos de alergia à penicilina encaminhados para dessensibilização, constatando-se que a quase totalidade deles foram descartados somente pela anamnese. Por sua vez, o uso de derivados da penicilina também pode deflagrar crise de alergia à penicilina⁽²²⁾.

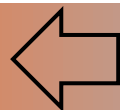


Relembre-se que dor e reação local, rash maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaléia, história de algum evento suspeito há mais de dez anos, história familiar, entre outras manifestações, isoladamente **não configuram alergia à penicilina**. As manifestações clínicas que justificam encaminhar a gestante para descartar o diagnóstico de alergia à sífilis incluem reação anafilática prévia e lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson⁽²³⁾.



Para orientar a anamnese, visando obter informações mais específicas sobre o passado de alergia à penicilina, podem-se dirigir às gestantes algumas perguntas com maior potencial de assertividade, dentre elas:

- 1) você se lembra dos detalhes da reação?
- 2) há quantos anos a reação ocorreu?
- 3) como foi o tratamento?
- 4) qual foi o resultado?
- 5) por que você recebeu penicilina?
- 6) você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento?
- 7) quais foram esses medicamentos (lembrar que medicamentos como a ampicilina, a amoxicilina e as cefalosporinas são exemplos de drogas derivadas da penicilina)?
- 8) você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento que você acha que foi alergia à penicilina?

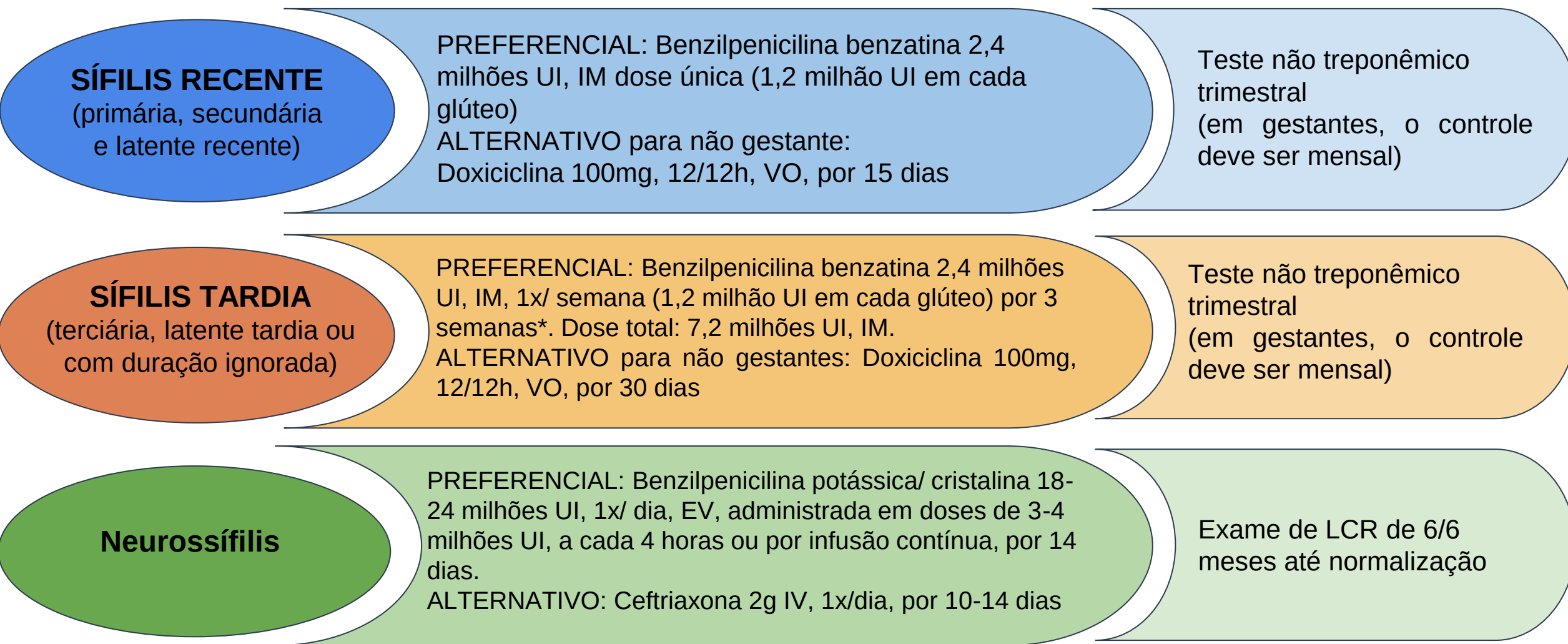




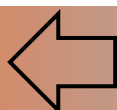
As gestantes com história **comprovada** de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para sua maternidade de referência, pois os tratamentos não penicilínicos são inadequados na gestação. Na impossibilidade, deve ser administrada a Ceftriaxona, pois o uso de Doxiciclina é contraindicado na gestação. No entanto, nesses casos o feto será considerado não tratado. As gestantes devem ser acompanhadas com VDRL mensal até o parto⁽¹⁰⁾.



Figura 4 - Esquemas terapêuticos e monitoramento utilizados para sífilis adquirida, de acordo com a classificação clínica



Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.

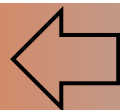


**Notas:**

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

*A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).

Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.



3.1.5 TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES

- Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (com até um ano de evolução): Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo);

Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis Terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

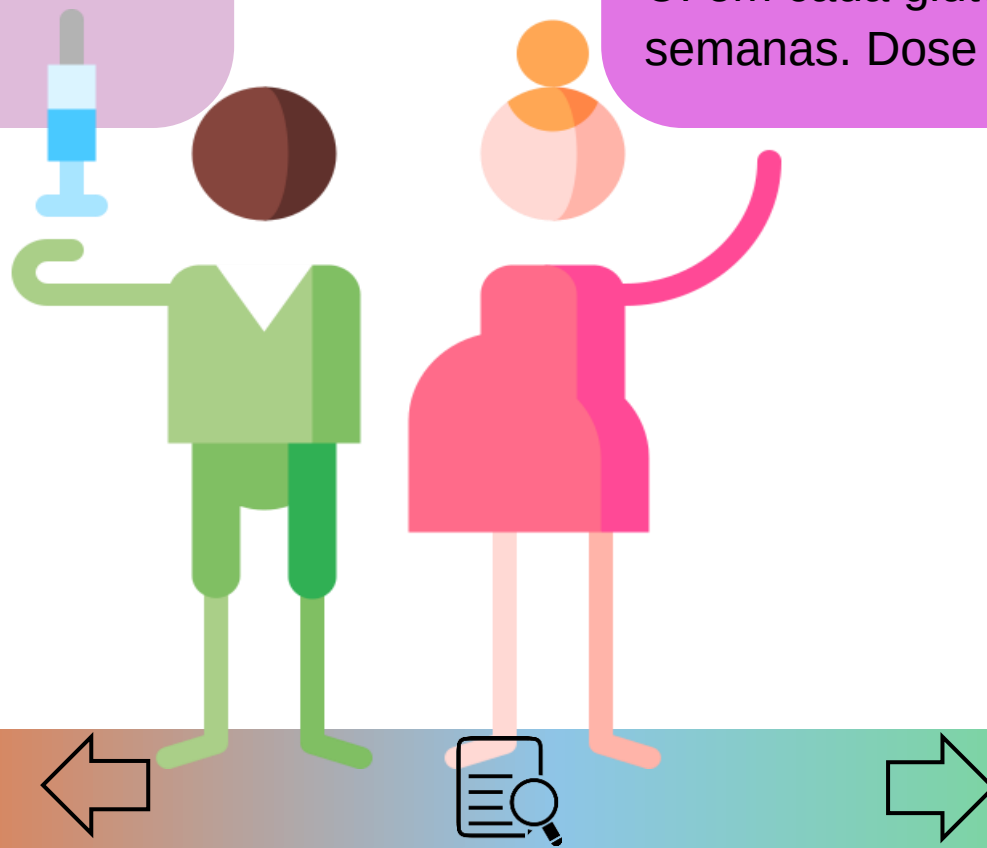
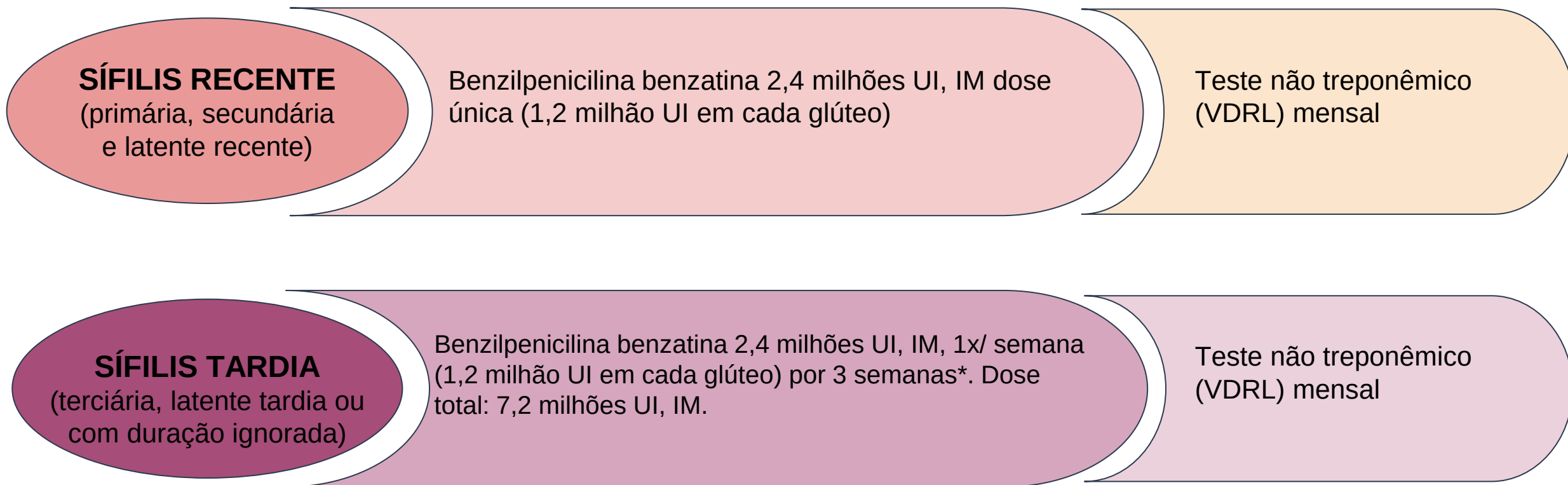
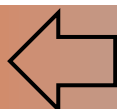


Figura 5 - Esquemas terapêuticos e monitoramento utilizados para sífilis em gestante, de acordo com a classificação clínica



Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020; Guia de Vigilância em Saúde/MS, BRASIL, 2019.

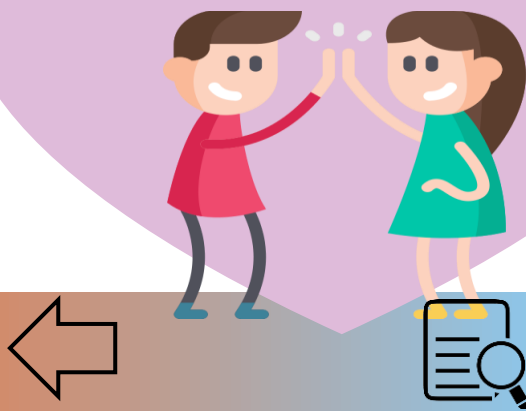


3.1.6 TRATAMENTO DAS PARCERIAS SEXUAIS

Uma pessoa com IST nunca é só uma pessoa. É uma rede de parcerias sexuais que estão infectadas. Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento de novas IST's é a quebra da cadeia de transmissão, porém para que se interrompa a cadeia de transmissão, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam testados e tratados. Portanto, essa informação deve ser repassada à pessoa com IST ao mesmo tempo que se fornecem instrumentos para comunicação e todo apoio até o final do processo⁽⁵⁾.

Contudo, o acesso das parcerias sexuais poderá ser prejudicado devido às características peculiares das IST's, que envolvem questões importantes de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, favorecendo para que haja uma reinfeção.

Tanto pode o usuário que procurou o serviço não comunicar o parceiro, mesmo sendo orientado a tal, quanto o parceiro ser comunicado e não procurar o serviço de saúde. Nesse quesito, o vínculo com os usuários adscritos e a vigilância do território são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia⁽³⁾.



3.1.6.1 Princípios para comunicação das parcerias sexuais

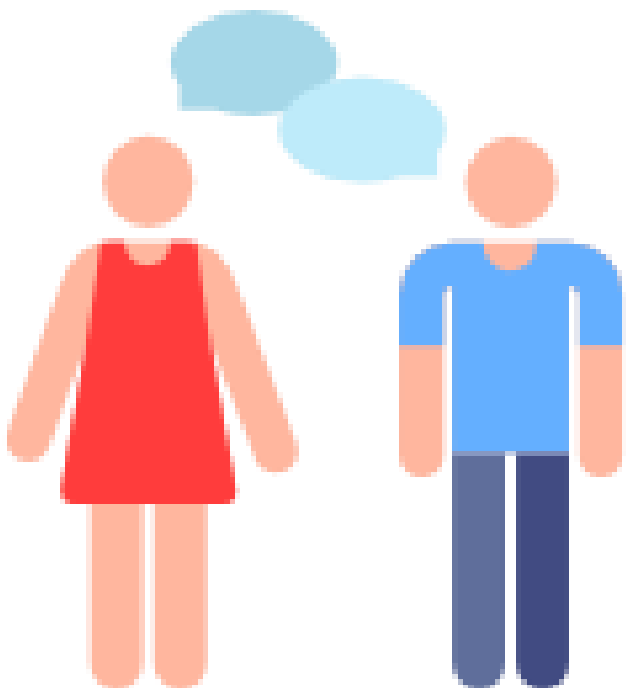
Qualquer método utilizado na comunicação das parcerias sexuais deve basear-se nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação⁽⁵⁾.



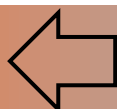
 **Confidencialidade:** o profissional de saúde explicará que a informação sobre um paciente não pode ser transmitida a outro. Há menor resistência em utilizar o serviço de saúde quando as pessoas percebem que há garantia de confidencialidade.



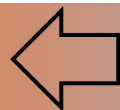
3.1.6.1 Princípios para comunicação das parcerias sexuais



 **Ausência de coerção:** a comunicação às parcerias sexuais pelo caso-índice deve ser voluntária, e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento. Pode acontecer de o caso-índice se recusar a fazer a comunicação ou impedir que o profissional de saúde o faça; por isso, essa decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com princípios éticos. Se o profissional perceber que o risco à saúde da parceria e/ou outros (como um conceito) é tão elevado que seria antiético deixar de realizar a comunicação, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades.



✓ **Proteção contra discriminação:** a comunicação às parcerias sexuais deverá ser feita respeitando os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente nos ambientes em que o estigma e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. É necessário lembrar que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde é antiética e profissionalmente inaceitável, repercute negativamente na adesão e compromete o trabalho de toda a equipe. Discussões com todos os profissionais são essenciais para homogeneizar as ações.



Quadro 2 – Tratamento da(s) parceria(s) sexual(is)

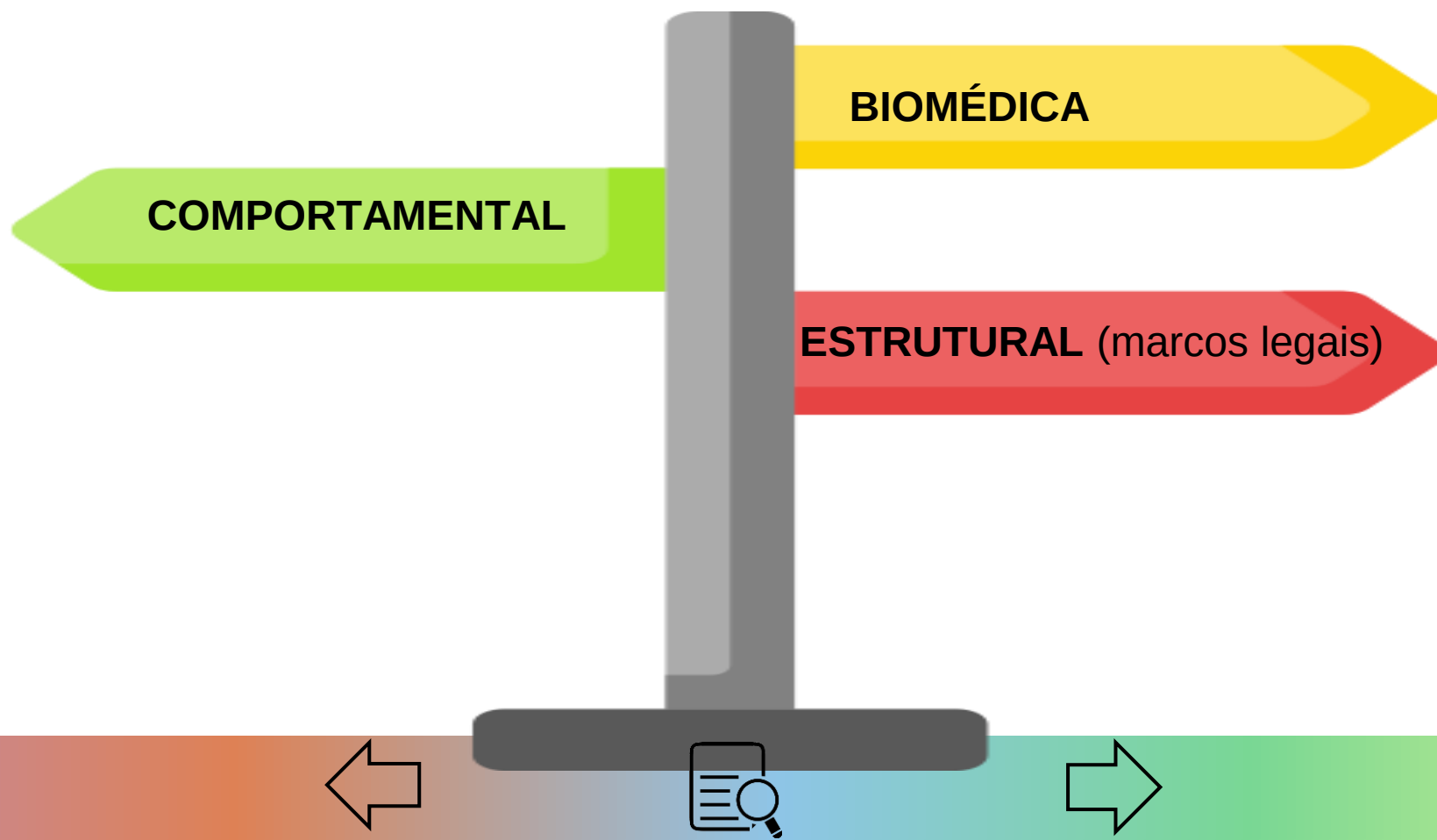
Estágio da sífilis no paciente índice	Último contato sexual	Tratamento	Monitoramento
SÍFILIS RECENTE: primária, secundária, latente recente (com até 1 ano de evolução)	Até 90 dias antes do diagnóstico	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), independente dos resultados de testes sorológicos.	Solicitar VDRL a cada 3 meses, por 1 ano
	Mais de 90 dias	Tratar conforme avaliação clínica e sorológica.	Solicitar VDRL a cada 3 meses, por 1 ano
SÍFILIS TARDIA: sífilis latente tardia (com mais de 1 ano de evolução), latente com duração ignorada, terciária	Independente do tempo	Tratar conforme avaliação clínica e sorológica	Solicitar VDRL a cada 3 meses, por 1 ano
SÍFILIS EM GESTANTE	Independente do tempo	Se teste do contato sexual NÃO REAGENTE: tratar como SÍFILIS RECENTE (penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo))	Solicitar VDRL a cada 3 meses, por 1 ano
		Se teste do contato sexual REAGENTE: fazer o mesmo tratamento da gestante, conforme suspeita clínica e sorológica.	Solicitar VDRL a cada 3 meses, por 1 ano

Fonte: Protocolo de enfermagem para enfermeiras (os) do município de Porto Alegre: infecções sexualmente transmissíveis. Porto Alegre, 2019



3.1.7 Prevenção combinada

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções, aplicadas ao âmbito individual e coletivo⁽⁵⁾:



3.1.7 Prevenção combinada

A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada⁽²⁴⁾. A mandala representa a combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção, tendo sido inicialmente proposta para a infecção pelo HIV.

Os profissionais de saúde devem usar a mandala na orientação sobre prevenção as pessoas sob risco de IST, HIV e hepatites virais. Utiliza-se a mesma lógica empregada em relação à saúde reprodutiva. Portanto, a pessoa/casal é quem identifica o método que melhor se enquadra na sua rotina, com auxílio do profissional de saúde. Da mesma maneira, pensa-se a Prevenção Combinada (Figura 4).

Não há hierarquização entre as estratégias. Essa combinação de ações deve ser centrada nas pessoas, nos grupos a que pertencem e na sociedade em que estão inseridas, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos⁽⁵⁾.

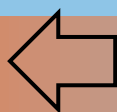
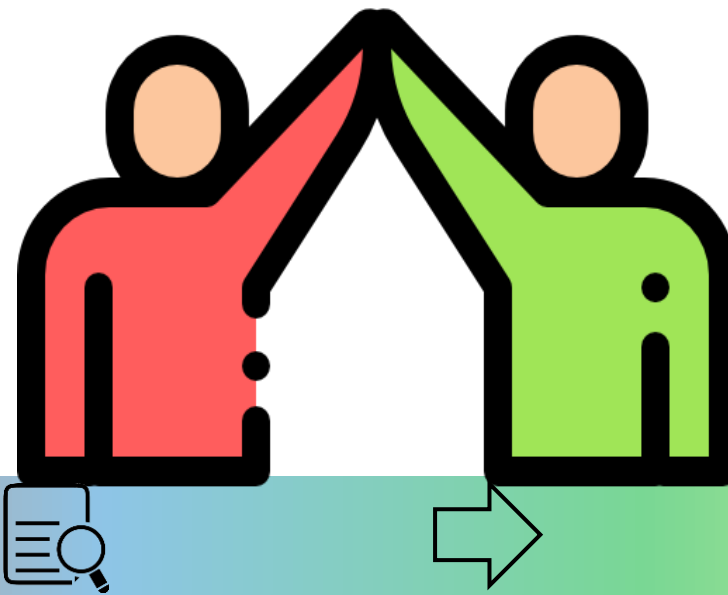


Figura 6. Mandala da prevenção combinada



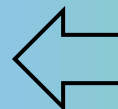
Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020

O melhor método é aquele que o indivíduo escolhe, com auxílio do profissional de saúde, e que atende às suas necessidades sexuais e de proteção. Nenhuma intervenção de prevenção isolada se mostrou eficaz o suficiente para reduzir novas infecções⁽⁵⁾.



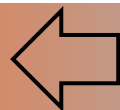
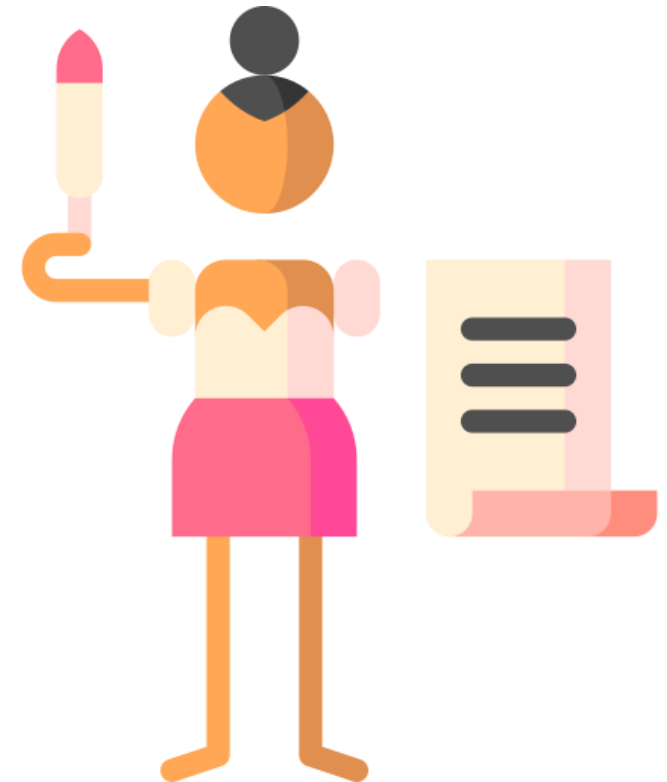
REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO

4



É fundamental a contínua qualificação das informações epidemiológicas, visando a conhecer a magnitude e medir a tendência dos agravos para o planejamento de ações de vigilância, prevenção e controle. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias preventivas e de intervenção terapêutica imediata, garantindo a disponibilização de insumos, além da confidencialidade e da não discriminação⁽¹¹⁾.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória e obrigatória em todas as suas formas de apresentação. Em 2017, houve uma mudança na definição de caso de sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita pelo Ministério da Saúde⁽²⁵⁾.



4.1 DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS DE CASOS DE SÍFILIS⁽²⁵⁾:

São considerados casos definidos de sífilis e, portanto, devem ser notificadas as seguintes situações:



4.1.1 Sífilis adquirida

- Pacientes sintomáticos para sífilis, com um pelo menos um teste reagente (treponêmico OU não treponêmico com qualquer titulação);
- Pacientes assintomáticos que apresentarem um teste treponêmico reagente E um teste não treponêmico reagente (independente da titulação) e sem registro de tratamento prévio.



Quadro 3. Critérios de notificação de casos de sífilis adquirida

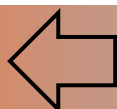
	SÍFILIS ADQUIRIDA
NOTIFICAR	• Sem sintomas + teste rápido reagente + VDRL reagente • Com sintomas + teste rápido reagente • Com sintomas + VDRL reagente
NÃO NOTIFICAR	• Sem sintomas + teste rápido reagente e/ou VDRL não reagente • Cicatriz sorológica



Fonte: Nota Informativa nº 2 SEI/2017 DIAHV/SVS/MS



Obs: Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.



4.1.2 Sífilis gestacional

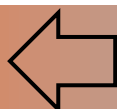
- Mulher sintomática durante o pré-natal, parto ou puerpério que apresente um teste reagente (treponêmico OU não treponêmico com qualquer titulação);
- Mulher assintomática durante o pré-natal, parto ou puerpério que apresente um teste reagente (independente de ser treponêmico OU não treponêmico e independente de titulação) e sem registro de tratamento prévio;
- Mulher que durante o pré-natal, parto ou puerpério apresente um teste treponêmico reagente E um teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação, independente de sintomatologia ou tratamento prévio. OBS: casos de cicatriz sorológica não devem ser notificados.



Quadro 4. Critérios de notificação de casos de sífilis gestacional

	SÍFILIS EM GESTANTES
NOTIFICAR	• Sem sintomas + teste reagente (teste rápido ou VDRL com qualquer titulação) durante o pré-natal, parto ou puerpério e sem registro de tratamento prévio • Com sintomas + teste reagente (teste rápido ou VDRL com qualquer titulação) durante o pré-natal, parto ou puerpério • Com teste rápido reagente + VDRL reagente (com qualquer titulação), independente de sintomatologia e de tratamento prévio
NÃO NOTIFICAR	NOTIFICAR SEMPRE!

Fonte: Nota Informativa nº 2 SEI/2017 DIAHV/SVS/MS





4.1.3 Sífilis congênita

- Recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

OBS: O tratamento é considerado adequado apenas quando realizado com penicilina benzatina e completo até 30 dias antes do parto.

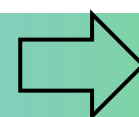
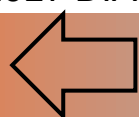
OBS 2: Para fins de definição de caso de sífilis congênita não se considera mais o tratamento da parceria sexual da mãe.



Quadro 5. Critérios de notificação de casos de sífilis congênita

	SÍFILIS CONGÊNITA
NOTIFICAR	•RN, NATIMORTO ou ABORTO DE MULHER COM SÍFILIS NÃO TRATADA OU COM TRATAMENTO INADEQUADO •<u>CRIANÇA MENOR DE 13 ANOS:</u> •Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita + VDRL REAGENTE •VDRL da criança > VDRL da mãe, em pelo menos 2 coletas simultaneamente no momento do parto •Aumento de VDRL em pelo menos 2 coletas no seguimento da criança exposta (coletas no 1º, 3º, 6º, 12º e 18º mês de vida) •VDRL REAGENTE após 6 meses de vida em crianças adequadamente tratada no período neonatal •TESTE RÁPIDO REAGENTE após 18 meses de vida, SEM diagnóstico prévio de sífilis congênita (excluir possibilidade de abuso sexual) •EVIDÊNCIA MICROBIOLÓGICA DE INFECÇÃO PELO <i>Treponema pallidum</i> POR BIÓPSIA OU NECRÓPSIA
OBSERVAÇÕES	Tratamento adequado: Com Penicilina Benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. De acordo com a Nota Informativa, é DESCONSIDERADO o tratamento da parceria sexual da mãe para fins de definição de caso. Porto Alegre trabalha com banco de dados paralelos, contemplando ambas informações.

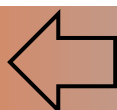
Fonte: Nota Informativa nº 2 SEI/2017 DIAHV/SVS/MS



4.2 Vigilância epidemiológica⁽¹¹⁾

Objetivos:

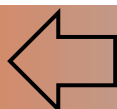
- Identificar os casos de sífilis adquirida e em gestantes para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis e da sífilis congênita.
- Monitorar o perfil epidemiológico da sífilis adquirida e em gestante e suas tendências.
- Monitorar a sífilis adquirida de acordo com seu estadiamento.
- Desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns.



4.3 Notificação



É de **notificação compulsória regular** (em até 7 dias) **todo caso confirmado como sífilis adquirida ou em gestante**, segundo os critérios de definição de caso descritos acima, devendo ser notificado à vigilância epidemiológica. A notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Adquirida (ANEXO A) e da Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis em Gestante (ANEXO B)⁽¹¹⁾. A notificação e vigilância desses agravos são imprescindíveis para o monitoramento e a eliminação da transmissão vertical.



4.4 Medidas de prevenção e controle

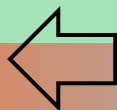
Objetivos

- Desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade.
- Definir e indicar as medidas de controle da transmissão.
- Interromper a cadeia de transmissão.

Estratégias

Sífilis adquirida:

- Realizar abordagem centrada na pessoa e em suas práticas sexuais;
- Contribuir para que a pessoa a reconheça e minimize o risco de infecção por uma IST;
- Informar a pessoa sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/hepatites virais;
- Oferecer testagem (especialmente teste rápido) para HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B; e para HPV, quando indicado. Consultar calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde;



Estratégias

Sífilis adquirida:

- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento, mesmo se os sinais/sintomas tiverem desaparecido;
- Agendar o retorno para seguimento e controle de cura;
- Tratar, acompanhar e orientar parcerias sexuais; - as parcerias sexuais de casos de sífilis recente (primária, secundária ou latente precoce) podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).
- Oferecer preservativos (feminino/masculino) e orientar sobre o uso em todas as relações sexuais;
- Notificar e investigar o caso.





Importante: O rastreamento para sífilis é a testagem de pessoas assintomáticas, a fim de se realizar diagnóstico precoce (prevenção secundária) e reduzir a morbimortalidade. Esse rastreamento não identifica apenas uma pessoa, o que difere de outros (por exemplo, a mamografia para câncer de mama). **Dessa forma, uma IST, como a sífilis, sempre estará ligada a uma rede de transmissão. Quando não diagnosticada e tratada, perpetua o agravo na comunidade, e expõe a pessoa à reinfeção, caso não sejam adotadas medidas preventivas⁽¹¹⁾.**



MONITORAMENTO

5

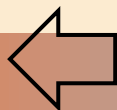


Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/ RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses)⁽⁵⁾.



O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Por exemplo: se o diagnóstico for realizado com VDRL, deve-se manter seguimento com VDRL⁽⁵⁾.

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após 1 ano de seguimento pós tratamento. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para outras IST. Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco para sífilis e outras IST na população de pessoas curadas de sífilis⁽⁵⁾.

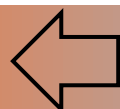


Os testes não treponêmicos não são automatizados; portanto, pode haver diferença entre leituras em momentos diferentes e/ou quando realizadas por mais de um observador. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) devem ser analisadas com cautela.



O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e definir a conduta correta para cada caso. Didaticamente, a resposta ao tratamento foi classificada em:

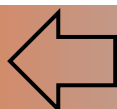
- › Resposta imunológica adequada;
- › Critérios de retratamento: reativação e/ou reinfecção.



5.1 Resposta imunológica ao tratamento de sífilis

Tradicionalmente, é indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em até três meses e quatro diluições até seis meses, com evolução até a sororreversão (teste não treponêmico não reagente)⁽²⁶⁾. Essa resposta é mais comum em pessoas de menos idade, com títulos não treponêmicos mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente)⁽²⁷⁾. Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfeção.

Atualmente, para definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia^(28,29,30,31,32).

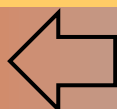


Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e consequente negativação dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos.

Deve-se realizar a coleta do teste não treponêmico, sempre que possível, no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar significativamente se o tratamento só for iniciado após alguns dias do diagnóstico. Isso é importante para documentação da titulação no momento do início do tratamento e servirá como base para o monitoramento clínico.



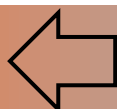
A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado e com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica” e não caracteriza falha terapêutica⁽⁵⁾.



5.2 TÍTULO X DILUIÇÃO

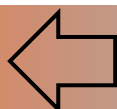
Quando os títulos da amostra diminuem em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16), isso significa que o título da amostra caiu quatro vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos. Para realizar um teste não treponêmico, são feitas várias diluições da amostra. A última diluição que ainda apresenta reatividade permite determinar o título (ex.: amostra reagente até a diluição 1:16 corresponde ao título 16). No Brasil, a maioria dos laboratórios libera o resultado na forma de diluição⁽⁵⁾.

Diferença entre Título x Diluição: Dizer que a titulação da amostra diminui em duas diluições (de 1:64 para 1:16) é equivalente a dizer que o título da amostra caiu 4 vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a 2 títulos.



5.3 Critérios de retratamento de sífilis: reativação ou reinfeção

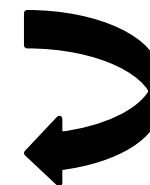
Muitas vezes, é difícil distinguir entre **reinfeção**, **reativação** e **cicatriz sorológica**, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.



São **critérios de retratamento** e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

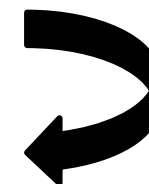
› Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

OU



› Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16);

OU



› Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.



O esquema de retratamento para sífilis recente ou tardia, irá depender de cada caso. A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfecção. Para PVHIV, a investigação está recomendada em todos os casos de retratamento, independentemente de haver ocorrido ou não nova exposição.

O monitoramento das gestantes e da população geral não tem o intuito de avaliar somente a queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais.

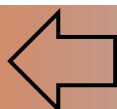
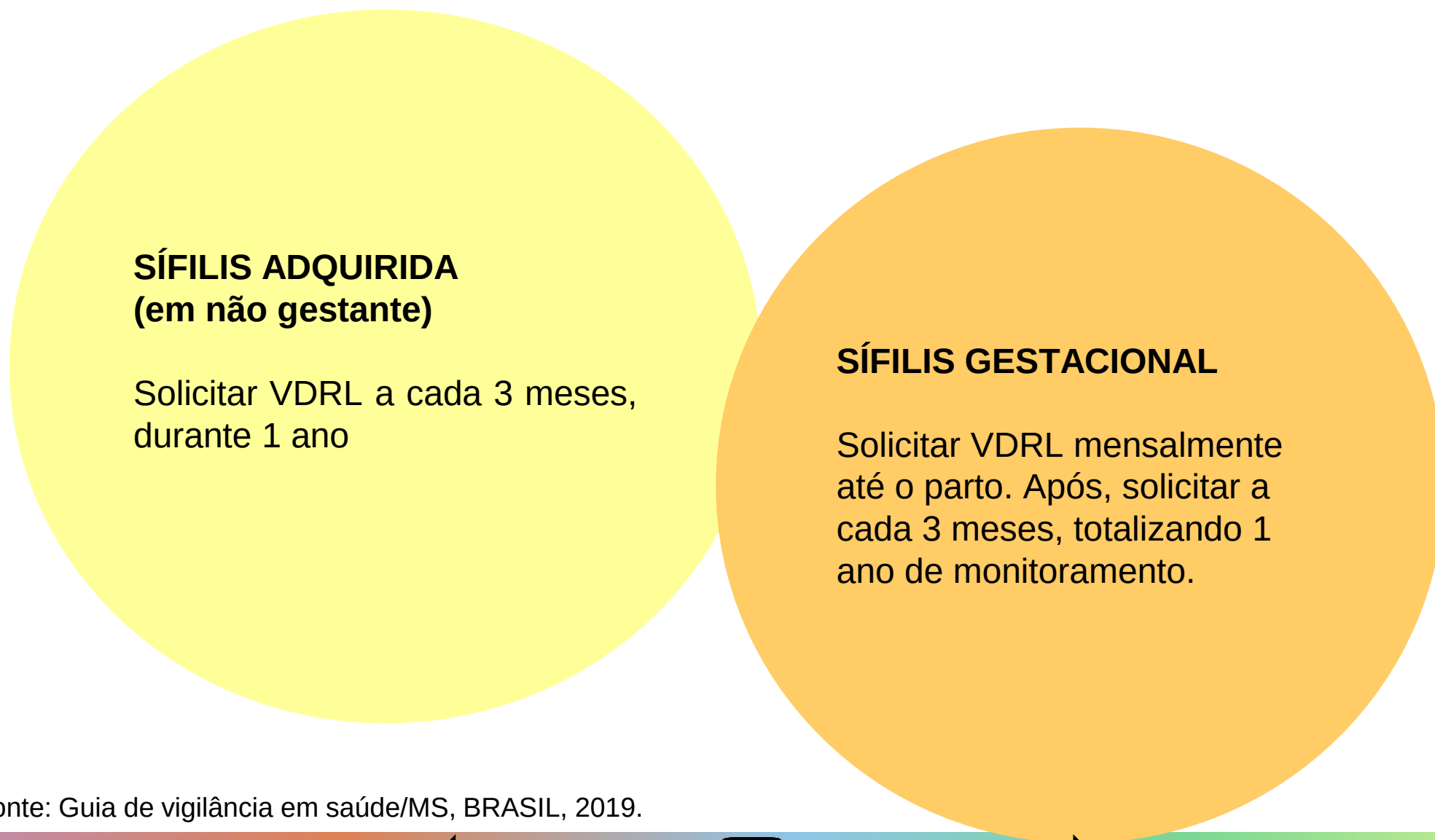
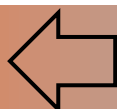


Figura 7. Monitoramento após tratamento de sífilis adquirida ou sífilis gestacional



Fonte: Guia de vigilância em saúde/MS, BRASIL, 2019.



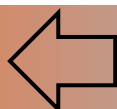
5.4 NEUROSSÍFILIS



A neurosífilis acomete o SNC, o que pode ocorrer já nas fases iniciais da infecção. O envolvimento do sistema nervoso central (SNC) pode ocorrer durante qualquer estágio da sífilis e anormalidades laboratoriais do LCR são comuns em pessoas infectadas já nos estágios iniciais da doença⁽³¹⁾, pois o *T. pallidum* invade precocemente o SNC dentro de horas a dias após a inoculação. A neuroinvasão pode ser transitória e não está bem estabelecido os preditores de sua persistência e do início de sinais e sintomas clínicos⁽³³⁾.

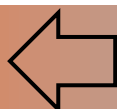


O comprometimento sintomático do SNC nos estágios tardios (sífilis terciária) era uma condição extremamente comum na era pré-antibiótica, afetando 5% a 10% de todas as pessoas que apresentavam sífilis não tratada. Caracterizava-se por uma grande variedade de anormalidades neurológicas, incluindo tabes dorsalis, AVC, demência e morte. A neurosífilis precoce aparece logo após a infecção sífilítica, causando meningite e anormalidades nos nervos cranianos^(34,35).



 O diagnóstico de neurosífilis continua a ser um desafio, pois não há teste padrão ouro. Consequentemente, o diagnóstico é baseado em uma combinação de achados clínicos, alterações do LCR e ao resultado do VDRL no LCR⁽⁵⁾.

 Não existe uma única prova sensível e específica para o diagnóstico de neurosífilis. Devido à baixa sensibilidade, o RPR não é recomendado para o diagnóstico da neurosífilis⁽³⁶⁾. **O método de escolha é o VDRL**, com sensibilidade que varia de 50% a 70% ⁽³⁷⁾. Embora seja possível encontrar resultados falso-reagentes (ex.: tripanossomíase, malária cerebral e carcinomatose meníngea), na prática um VDRL reagente confere diagnóstico de neurosífilis^(38,39,40,9).

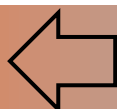


5.4.1 Quem deve ser tratado para NEUROSSÍFILIS?

- Todos os casos com VDRL reagente no LCR, independentemente da presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares;
- Casos que apresentem VDRL não reagente no LCR, com alterações bioquímicas no LCR **E** presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares e/ou achados de imagem do SNC característicos da doença **E** desde que os achados não possam ser explicados por outra doença.

NEUROSSÍFILIS	TRATAMENTO
Primeira escolha	Benzilpenicilina potássica/ cristalina, 3 a 4 milhões UI, 4/4h, IV, ou por infusão contínua, totalizando 18-24 milhões por dia, por 14 dias.
Alternativo	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10 a 14 dias.

Fonte: PCDT IST/MS, BRASIL 2020



5.4.2 Monitoramento pós-tratamento da NEUROSSÍFILIS



Indivíduos tratados para neurosífilis devem ser submetidos à punção liquórica de controle após seis meses do término do tratamento. Na persistência de alterações do LCR, recomenda-se o retratamento e punções de controle em intervalos de seis meses, até a normalização da celularidade e VDRL não reagente⁽⁵⁾.



A normalização de testes não treponêmicos em amostras de sangue (queda da titulação em pelo menos duas diluições ou sororreversão para não reagente) pode ser um parâmetro a ser considerado como resposta ao tratamento da neurosífilis, principalmente em um cenário de indisponibilidade de realização da punção lombar⁽⁴¹⁾.



CASOS CLÍNICOS

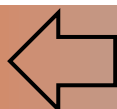


7. CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Ester Corte Real, jovem de 28 anos, cor parda, atendente de supermercado, chega à Unidade de Saúde Gaúcha para coletar exame preventivo de câncer de colo uterino em consulta de rotina no dia 20/04/2020. Quando questionada, relatou que tem vida sexual ativa e há 2 meses tem parceria sexual fixa, com que mantém relações sem preservativo por conhecer e confiar no parceiro. É divorciada e tem dois filhos do relacionamento anterior.

Ao exame físico, apresentou úlcera genital na região da vulva, sem queixa de dor. Em conversa com a profissional de saúde, foi ofertado testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais, pois a usuária disse nunca ter feito.



Foi realizado testagem rápida para:

HIV - não reagente SÍFILIS – reagente Hepatite B - não reagente Hepatite
C - não reagente

CASO 1

Dados pessoais da usuária:

Nome completo: Ester CR

Nascimento: 15/04/1992

Raça/cor: parda

CPF: 000.00.000-00

Cartão SUS: 912345678901234

Endereço: Rua X, 400. Bairro: X. CEP: 00.000-00. Porto Alegre/RS

Nome da mãe: Maria CCR

Telefone: (51) 99999-9999

Escolaridade: Ensino médio completo



A partir do exame físico e do resultado da testagem rápida para sífilis, dê os encaminhamentos necessários:

CASO 1

A- É um caso de sífilis? Se sim, quais foram os critérios utilizados para considerar um caso de sífilis?

B- Qual é o estágio da sífilis?

C- A usuária deve receber tratamento? Se sim, prescreva o tratamento indicado

D- Deve ser solicitado algum exame à usuária? Especifique

E- O caso deve ser notificado? Se sim, especifique quais são os critérios para notificá-lo e preencha a ficha de notificação adequada.

F- E quanto à(s) parceria(s) sexual(is), quais são os encaminhamentos?



CASO 1

G - RETORNOS:

Em 30/04/2020 retornou à Unidade de Saúde Gaúcha para mostrar exame VDRL, realizado em 22/04/2020, com resultado 1:128.

Em 30/07/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:16, realizado em 20/07/2020.

Em 30/10/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:64, realizado em 20/10/2020.

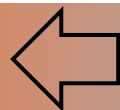
Conforme as informações acima, avalie se o caso pode ser considerado cura, cicatriz sorológica ou reinfecção. Justifique e prescreva novo tratamento, se necessário.



CASO 2

Vitória Silva Moraes, 19 anos, cor branca, estudante, chega à Unidade de Saúde Novo Sul em 10/06/2020, com queixa de atraso menstrual há 4 semanas, inchaço nas mamas e abdômen. Relata que tem relações sexuais com o namorado sem preservativo, mas que utiliza como método contraceptivo a “tabelinha”. Não tem história prévia de gestação. Em conversa com a profissional de saúde, foi ofertado testagem rápida para gravidez. Realizado teste rápido para gravidez nesta consulta e com o consentimento da usuária. Resultado: positivo.

Após, também foi ofertado testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais, por ser a primeira consulta de pré-natal, conforme preconizado no protocolo do Ministério da Saúde. Ao exame físico, estava assintomática, não apresentava lesão/úlceras genital.



Foi realizada testagem rápida para:

HIV - não reagente SÍFILIS – reagente Hepatite B - não reagente Hepatite C - não reagente

Relata desconhecer diagnóstico prévio de sífilis e nunca realizou tratamento.

CASO 2

Dados pessoais da usuária:

Nome completo: Vitória SM

Nascimento: 05/05/2002

Raça/cor: branca

CPF: 000.000.000-00

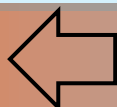
Cartão SUS: 1234567891012345

Endereço: Rua Y, 150. Bairro: X. CEP: 00000-000. Porto Alegre/RS

Nome da mãe: Vera SS

Telefone: (51) 99999-9999

Escolaridade: Ensino médio incompleto



A partir do exame físico, do teste rápido para gravidez e do teste rápido para sífilis, dê os encaminhamentos necessários:

CASO 2

A- É um caso de sífilis? Se sim, quais foram os critérios utilizados para considerar um caso de sífilis?

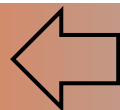
B- Qual é o estágio da sífilis?

C- A gestante deve receber tratamento? Se sim, prescreva o tratamento indicado

D- Deve ser solicitado algum exame à usuária? Especifique

E- O caso deve ser notificado? Se sim, especifique quais são os critérios para notificá-lo e preencha a ficha de notificação adequada.

F- E quanto à(s) parceria(s) sexual(is), quais são os encaminhamentos?



CASO 2

G - RETORNOS:

Em 20/06/2020 retornou à Unidade de Novo Sul para mostrar exames:

VDRL, realizado em 12/06/2020, com resultado 1:64. Primeiro trimestre de gestação.

Em 20/07/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:32, realizado em 10/07/2020. Primeiro trimestre de gestação.

Em 20/08/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:8, realizado em 10/08/2020. Segundo trimestre de gestação.

Em 20/09/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:4, realizado em 10/09/2020. Segundo trimestre de gestação.

Em 20/10/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:4, realizado em 10/10/2020. Segundo trimestre de gestação.



CASO 2

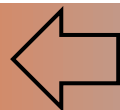
Em 20/11/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:2, realizado em 10/11/2020. Terceiro trimestre de gestação.

Em 20/12/2020 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:1, realizado em 10/12/2020. Terceiro trimestre de gestação.

Em 20/01/2021 retornou à unidade para mostrar exame de monitoramento de sífilis: VDRL = 1:1, realizado em 10/01/2020. Terceiro trimestre de gestação.

Parto em 30/01/2021, com VDRL= 1:1.

Conforme as informações acima, avalie se o caso pode ser considerado cura, cicatriz sorológica ou reinfecção. Justifique e prescreva novo tratamento, se necessário.



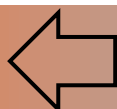
REFERÊNCIAS

7



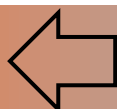
REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]; COFEN, 1986. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.
2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 195/1997: dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro [online]. COFEN; 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.
3. Prefeitura Municipal de Florianópolis (SC). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem para infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue/tuberculose). Volume 2. Florianópolis, 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
6. Clutterbuck DJ; Flowers P; Barber T et al. The Clinical Effectiveness Group of British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) and British HIV Association (BHIVA). UK national guideline on safer sex advice. Int. J. STD. AIDS, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 381-8, jun. 2012.



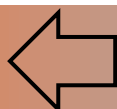
REFERÊNCIAS

7. Nusbaum MR; Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am. Fam. Physician, [S.l.], v. 66, n. 9, p. 1705-12, 1 nov. 2002.
8. Rolfs RT et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. N. Engl. J. Med., [S.l.], v. 337, p. 307-314, 1997.
9. Peeling RW; Mabey D; Kamb ML et al. Syphilis. Nat. Rev. Dis. Primers, [S.l.], v. 3, p. 17073, 12 out. 2017.
10. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem para enfermeiras (os) do município de Porto Alegre: infecções sexualmente transmissíveis. Porto Alegre, 2019.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). 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>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.



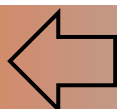
REFERÊNCIAS

15. Seña AC; Wolff M; Behets F et al. Rate of Decline in nontreponemal antibody titers and seroreversion after treatment of early syphilis. Sex. Transm. Dis., [S.l.], v. 44, n. 1, p. 6-10, jan. 2017.
16. 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., [S.l.], v. 96, n. 1, 2017, p. 46-52, 2017.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Relatório de recomendação n. 150. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2015.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decisão nº 0094/2015, de 8 de julho de 2015. Revoga o Parecer de Conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012. Administração de penicilina pelos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.



REFERÊNCIAS

21. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, de 14 de junho de 2017. Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2021.
22. 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. p. 162.
23. Galvao TF; Silva MT; Serruya SJ et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. PLoS One, [S.l.], v. 8, n. 2, p. e56463, 2013. p. 154.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Informativa nº 2 - sei/2017 - DIAHV/SVS/MS. Altera os Critérios de Definição de Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis- Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf.
26. Brown ST; Zaidi A; Larsen SA et al. Serological response to syphilis treatment. A new analysis of old data. JAMA, [S.l.], v. 253, n. 9, p. 1296-9, 1985.



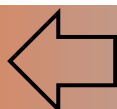
REFERÊNCIAS

27. Seña AC; Zhang XH; Li T et al. A systematic review of syphilis serological treatment outcomes in HIV-infected and HIV-uninfected persons: rethinking the significance of serological non-responsiveness and the serofast state after therapy. BMC Infect. Dis., [S.I.], v. 15, p. 479, 2015.
28. Romanowski B; Sutherland R; Fick GH et al. Serologic response to treatment of infectious syphilis. Ann. Intern. Med., [S.I.], v. 114, p. 1005-1009, 1991.
29. Tong ML; Lin LR; Liu GL et al. Factors associated with serological cure and the serofast state of HIV-negative patients with primary, secondary, latent, and tertiary syphilis. PLoS One, [S.I.], v. 8, n. 7, p. e70102, 23 jul. 2013.
30. Clement ME; Okeke NL; Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA, [S.I.], v. 312, n. 18, p. 1905-17, 12 nov. 2014.
31. Workowski K A; Bolang GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR, [S.I.], v. 64, RR03, p. 1, 5 jun. 2015.
32. Zhang RL; Wang QQ.; Zhang JP et al. Molecular subtyping of Treponema pallidum and associated factors of serofast status in early syphilis patients: identified novel genotype and cytokine marker. PLoS One, [S.I.], v. 12, n. 4, p. e0175477, 14 abr. 2017.
33. Tuddenham S; Ghanem KG. Neurosyphilis: Knowledge Gaps and Controversies. Sex. Transm. Dis., [S.I.], v. 45, n. 3, p. 147-151, mar 2018.
34. Musher DM. Editorial commentary: polymerase chain reaction for the tpp47 gene: a new test for neurosyphilis. Clin. Inf. Dis., [S.I.], v. 63, n. 9, p. 1187-1188, 2016.



REFERÊNCIAS

35. Marra CM. Neurosyphilis. Continuum, Minneapolis, v. 21, n. 6, p.1714-28, dez. 2015.
36. Marra CM; Maxwell CL; Tantalo LC et al. The rapid plasma reagin test cannot replace the venereal disease research laboratory test for neurosyphilis diagnosis. Sex. Transm. Dis., [S.I.], v. 39, n. 6, p. 453-457, 2012.
37. Marra CM; Maxwell CL; Dunaway SB et al. Cerebrospinal fluid Treponema pallidum particle agglutination assay for neurosyphilis diagnosis. J. Clin. Microbiol., [S.I.], v. 55, n. 6, p. 1865-1870, jun. 2017.
38. Chesney SOU; Kemp JE. Incidence of Spirochaeta pallida in cerebrospinal fluid during early stage of syphilis. JAMA, [S.I.], v. 24, p. 736-740, 1924.
39. Madiedo G; Ho KC; Walsh P. False-positive VDRL and FTA in cerebrospinal fluid. JAMA, [S.I.], v. 244, n. 7, p. 688-689, 1980.
40. Lukehart SA; Hook III EW; Baker-Zander SA et al. Invasion of the central nervous system by Treponema pallidum: implications for diagnosis and treatment. Ann. Intern. Med., [S.I.], v. 109, p. 855-862, 1988.
41. Marra CM; Maxwell CL; Tantalo LC et al. Normalization of serum rapid plasma reagin titer predicts normalization of cerebrospinal fluid and clinical abnormalities after treatment of neurosyphilis. Clin. Infect. Dis., [S.I.], v. 47, n. 7, p. 893- 899, 2008.

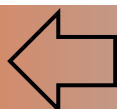


IMAGENS

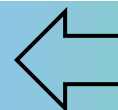
Flaticon: ícones vetoriais gratuitos - SVG, PSD, PNG, EPS e Icon Font. 2021. [Acesso em: 2021 Mar 31]; Disponível em: <https://www.flaticon.com/br/icones>

Free stock photos. 2021. [Acesso em: 2021 Mar 31]; Disponível em: <http://www.pexels.com/>

Free creative resources: safe to use free images for everyone. 2021. [Acesso em: 2021 Mar 31]; Disponível em: <http://www.rawpixel.com/>



ANEXOS



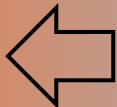
República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA

Nº

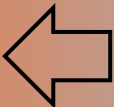
CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, **OU** indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação						
	SÍFILIS ADQUIRIDA		A53.9									
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)						
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico						
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante	6 - Não se aplica	13	Raça/Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14	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										
15	Número do Cartão SUS				16	Nome da mãe						
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito				
	20	Bairro		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	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)				



SVS 10/03/2014

Tratamento	39 Esquema de tratamento		40 Data do início do tratamento
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado	
Observações:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura



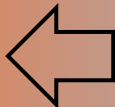
República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

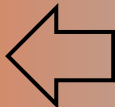
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	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	30 País (se residente fora do Brasil)	



ANEXOS



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. 6 - Outro motivo: _____		
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Sífilis em gestante		Sinan NET	SVS 29/09/2008



GABARITO CASO 1:

A- paciente com úlcera genital ao exame físico e com teste treponêmico (teste rápido) reagente = SÍFILIS RECENTE (fase primária);

B - Sífilis recente (fase primária).

C - Sim, deve receber tratamento imediatamente com dose única de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI via intramuscular;

D - Sim, deve-se solicitar VDRL nesta consulta para monitorar o caso. Deve-se também fornecer solicitação de VDRL para 3, 6, 9 e 12 meses para controle.

E - Sim, deve ser notificado pelos critérios: paciente com sintomas (úlcera genital ao exame físico) e com teste treponêmico (teste rápido) reagente. Notificar o caso para sífilis adquirida nesta consulta e encaminhar à vigilância epidemiológica em até 7 dias;

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA

F - Avaliar e tratar para SÍFILIS RECENTE o parceiro sexual atual (ou de até 3 meses)

G- É considerado um caso de reinfecção e deve ser tratado novamente, pois houve aumento da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária). O esquema de retratamento vai depender de cada caso, devendo ser avaliado individualmente.



GABARITO CASO 2:

A- paciente gestante, com teste treponêmico (teste rápido) reagente e desconhece diagnóstico prévio de sífilis.

B - Sífilis recente (fase primária).

C - Sim, deve receber tratamento imediatamente com dose única de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI via intramuscular;

D - Sim, deve-se solicitar VDRL nesta consulta para monitorar o caso. Deve-se também fornecer solicitação de VDRL MENSALMENTE até o parto. Após o parto, solicitar a cada 3 meses para controle.

E - Sim, deve ser notificado para SÍFILIS EM GESTANTE pelos critérios:

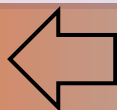
- Sem sintomas + teste reagente (teste rápido) durante o pré-natal e sem registro de tratamento prévio

Notificar o caso para sífilis em gestante nesta consulta e encaminhar à vigilância epidemiológica em até 7 dias;

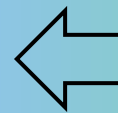
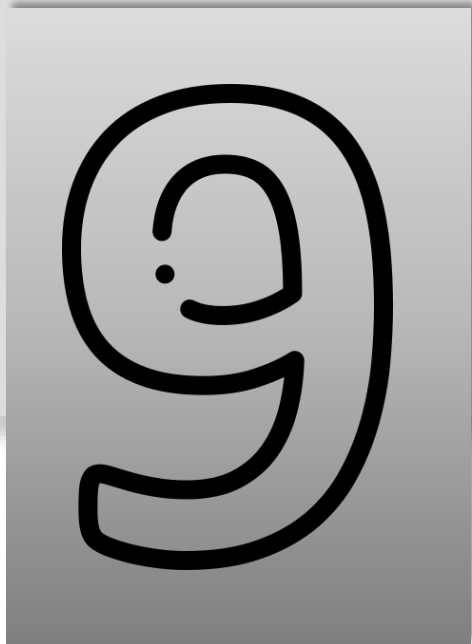
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE

F - Avaliar e tratar para SÍFILIS RECENTE o parceiro sexual atual (ou de até 3 meses)

G- É considerado um caso de cicatriz sorológica (até o momento), porém deve ser acompanhado por 12 meses para completar o monitoramento e observar se o teste não treponêmico terá resultado não reagente (indicando possível cura). Não deverá receber novo tratamento, pois não caracteriza falha terapêutica.



CRÉDITOS





Fernanda Vaz Dorneles

Enfermeira. Especialista Binacional em Saúde Brasil/Uruguay. Especialista em Gestão de Emergência em Saúde Pública. Especialista em Administração Hospitalar. Mestranda pela Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST)/UFCSPA. Coordenadora do Núcleo de Doenças Transmissíveis Crônicas da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.



Amanda Curtinaz de Oliveira

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCSPA. Bolsista de Iniciação Científica Voluntária. Membro do TeGEST.



Guilherme Machado Silva

Acadêmico do Curso de Bacharelado em Informática Biomédica da UFCSPA. Bolsista de Iniciação Tecnológica e Inovação da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Membro do TeGEST.





Mariana Xavier da Silva

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCSPA. Bolsista de Iniciação Científica Voluntária. Membro do TeGEST.



Daniela Barbosa Behrends

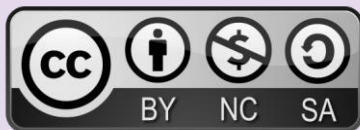
Acadêmica de Design Visual na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Colaboradora do Núcleo de Produção e Design do Projeto da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) da UFCSPA. Membro do Grupo de Pesquisa TeGEST.



Adriana Aparecida Paz

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, Bacharelado em Informática Biomédica, e no PPGEnf – Mestrado Profissional da UFCSPA. Líder do Grupo de Pesquisa TeGEST. Vice Coordenadora Geral do Projeto UNA-SUS/UFCSPA. Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) gestão 2018-2023.





COMO CITAR ESTE MATERIAL

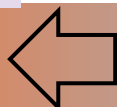
Estilo Vancouver:

Dorneles FV, Oliveira AC, Silva GN, Silva MX, Behrends DB, Paz AA. Guia técnico para gestão de casos de sífilis adquirida e sífilis gestacional. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Curso de Bacharelado em Enfermagem; Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho; 2021. Disponível em: <https://bit.ly/guiatratesifilis>

Estilo ABNT:

DORNELES, F. V. ; et al. **Guia técnico para gestão de casos de sífilis adquirida e sífilis gestacional**. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Curso de Bacharelado em Enfermagem; Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/guiatratesifilis>

Atualizado em: 30 de setembro de 2021.





Prefeitura de
Porto Alegre
SECRETARIA DE SAÚDE

