

Protocolo de atenção à gestante, criança e adulto com Sífilis.

Assis

2023

2023 - Secretaria Municipal da Saúde de Assis

Este protocolo pode ser acessado em: <https://saude.assis.sp.gov.br>

Secretária Municipal da Saúde

Cristiani Silvério de Andrade Bussinati

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

Rodrigo Caetano de Oliveira

Coordenadoria de Atenção Básica

Daiane Vieira dos SantosTeodoro

Organizadores

Aline Biondo de Alcantara

Janayna Aparecida Martines

Wilson Luiz de Oliveira

Sumário

Apresentação	3
1. Definição e notificação dos casos	3
2. Consulta de Enfermagem	4
3. Manifestações clínicas	5
4. Diagnóstico laboratorial.....	7
4.1 Método diagnósticos de sífilis exame direto	7
4.2 Método diagnósticos de sífilis: teste imunológico	7
5. Tratamento e monitoramento da sífilis adulto.....	8
5.1 Parcerias sexuais.....	9
5.2 Prescrição de Penicilina Benzatina pelo enfermeiro	10
6. Gestantes com alergia suspeita ou relatada à penicilina.....	10
7. Criança exposta à sífilis.....	11
8. Criança com sífilis congênita.....	14
9. Fluxogramas	16
Referências	18
Anexos.....	20
Anexo I Ficha de notificação e realização de teste de alergia à penicilina.....	20

Apresentação

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), causada por uma bactéria gram-negativa (espiroqueta) *Treponema pallidum* de evolução sistêmica, crônica, curável. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo.

Em gestantes, pode ser transmitida verticalmente para o feto se não tratada ou tratada de forma inadequada, podendo levar a desfechos como aborto, natimorto, baixo peso, prematuridade e Recém-nascido (RN) com sífilis congênita (SC).

1. Definição e notificação dos casos

- Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento.
 - Cicatriz sorológica: registro de tratamento prévio **documentado** (registrado em prontuário, carderneta de gestante, receituário checado com datas de aplicações) **e adequado** (de acordo com estágios e manifestações clínicas da sífilis), com queda da titulação em pelo menos duas diluições.
 - Investigar novas exposições para avaliar reinfecção
 - Assintomática para Sífilis e com pelo menos um teste reagente, treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação e sem registro de tratamento prévio.
 - Sintomática para Sífilis e com pelo menos um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.
- * **Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados, mas devem ser comunicado a vigilância epidemiológica via email:** ve@saude.assis.sp.gov.br e antecipar contato telefônico através número (18) 3302-5556

A notificação da Sífilis é compulsória e deve ser realizada por profissional de saúde, através do preenchimento da ficha de notificação e investigação epidemiológica (Anexo I), envio vigilância epidemiológica para ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A ficha de notificação pode ser encontrada no endereço: http://epidemiologia.alfnas.mg.gov.br/news/arquivos/sifilis_adquirida.pdf (Sífilis adquirida)

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Sifilis_Gestante.pdf (Sífilis em gestante)

2. Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem objetiva propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida. O profissional enfermeiro pode acompanhar o pré-natal de baixo risco na rede de atenção primária, assim como prescrever Penicilina G Benzatina a partir da publicação deste protocolo.

Ao realizar o cuidado, a enfermagem deve realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem - Gestantes em investigação e Diagnóstico de Sífilis, ANOTAR em prontuário eletrônico e na caderneta da gestante.

Diagnosticar e tratar precocemente a sífilis na gestação reduz a possibilidade de transmissão vertical e taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Assim, ao acolher a gestante, logo na primeira consulta, o teste rápido imunológico (treponêmico) e o VDRL (não treponêmico) devem ser realizados na gestante e parceria(s).

No primeiro resultado reagente (positivo), deve-se realizar a notificação (anexo I) e iniciar o tratamento com Penicilina G Benzatina, cujos benefícios deste medicamento superam quaisquer riscos, sendo considerado seguro para mãe e para o feto (COREN-SC, 2017). Além disso, é a **única droga** com eficácia garantida durante a gestação, evitando a sífilis congênita. Em 2021, observou-se uma taxa de incidência de 9,9 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil. (BRASIL, 2022).

A evolução, prognóstico e adesão ao tratamento, na atenção primária, serão avaliados no acompanhamento da gestante durante o pré-natal. A **busca ativa** deverá ser realizada pela pessoa eleita ou pelo profissional que acompanha a gestante e esse deverá anotar no prontuário eletrônico a conduta e busca realizada.

3. Manifestações clínicas

ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Sífilis secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Sífilis latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Sífilis terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos 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, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral

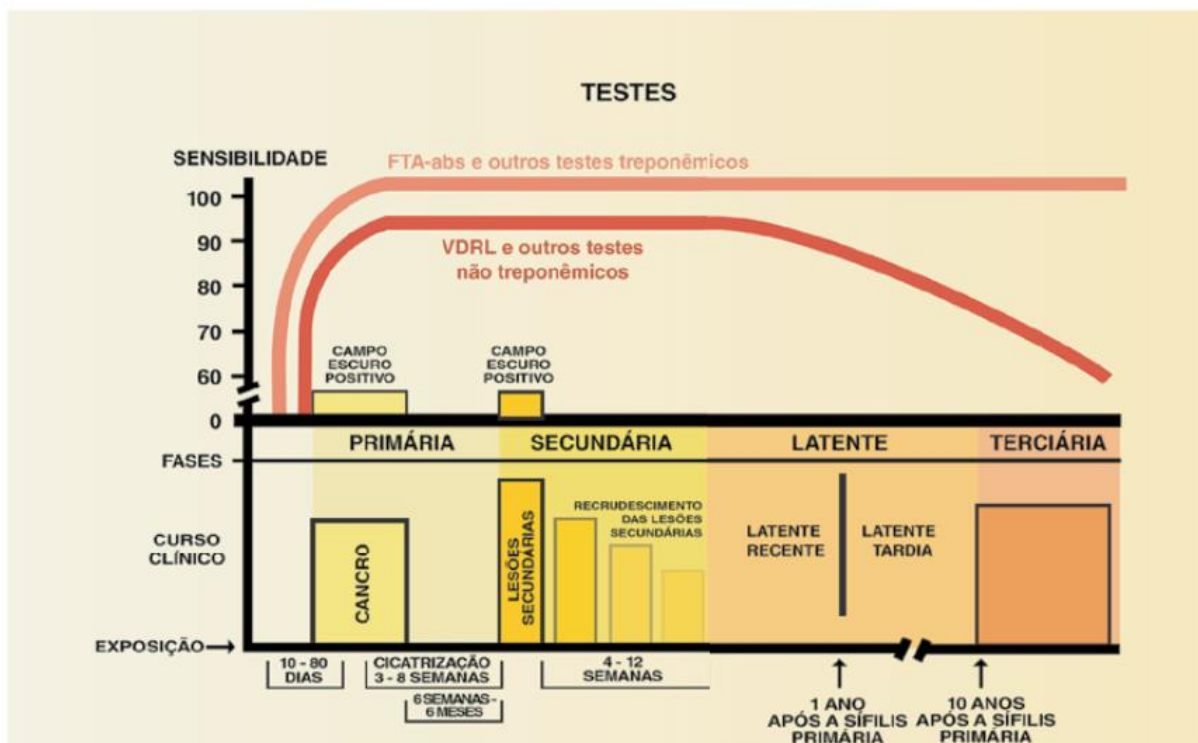
Fonte: Brasil-MS, 2022

Estágios clínicos e métodos diagnósticos de sífilis

Curso sífilis não tratada

X

Manifestações clínicas



Primária

- Cancro duro (úlceras genitais)
- Linfonodos regionais

Secundária

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

Latente recente (até um ano de duração)

Assintomática

Latente tardia (mais de um ano de duração)

Assintomática

Terciária

- Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo;
- Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos just-articulares;
- Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica;
- Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

4. Diagnóstico Laboratorial

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos.

4.1 -Métodos diagnósticos de sífilis: exames diretos

MÉTODO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE SÍFILIS	MATERIAL	SENSIBILIDADE/ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO	OBSERVAÇÕES
Exame em campo escuro	Lesões primárias e secundárias	Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto de sífilis	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos) Não é recomendado para lesões de cavidade oral
Pesquisa direta com material corado		Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	Negativo: considerar as possibilidades: 1) O número de <i>T. pallidum</i> na amostra não foi suficiente para sua detecção; 2) A lesão está próxima à cura natural; 3) A pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico	

Fonte: Brasil-MS, 2022

4.2- Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

5. Tratamento e monitoramento da Sífilis em adulto

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

Fonte: Brasil-MS, 2022

Atenção

- O intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Gestantes com atraso entre as doses > 9 dias devem repetir o esquema terapêutico completo. Brasil (2023);
- Caso a aplicação da dose deva ser feita no final de semana ou feriado, a paciente deverá ser orientada a procurar a rede municipal de urgência para receber a dose. Nestes casos, combinar entre os serviços e encaminhar receita (lembrar-se de datar, rubricar e carimbar, além de registrar no prontuário da paciente).
- O motivo do acompanhamento mensal dos testes não treponêmicos na gestante é para garantir a não elevação desses títulos (reinfecção). Se houver elevação de duas titulações, iniciar novo tratamento;
- Iniciar o tratamento, em qualquer idade gestacional, mesmo que o adequado seja início até 30 dias antes do parto;

É considerado tratamento adequado da gestante com Sífilis:

- Tratamento completo e documentado*, adequado ao estágio da doença, feito com Penicilina Benzatina com comprovação da sua realização, em documentos oficiais, tais como:

a) prontuário do paciente, caderneta do pré-natal e receituário médico, todos com a checagem da aplicação no caso de medicação injetável; sugere-se deixar um lembrete na receita: datar, rubricar e carimbar as doses aplicadas.

b) não deverá ser considerado exclusivamente o relato da paciente.

5.1 Parcerias Sexuais

Em relação às parcerias sexuais o Ministério da Saúde orienta:

- As parcerias sexuais podem estar infectadas, mesmo com testes não reagentes, e DEVEM ser tratadas presumivelmente com uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI).
- Se a parceria sexual estiver ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.

5.2 Prescrição de Penicilina Benzatina pelo enfermeiro e administração do tratamento pela equipe de enfermagem:

As prescrições de penicilina benzatina, assim como as solicitações de VDRL devem ser feitas pelo prontuário eletrônico e **estão autorizados** a serem feitos pelo ENFERMEIRO a partir da publicação/autorização deste protocolo. Assim como a administração da prescrição pelos profissionais de enfermagem.

A administração de penicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Primária. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é **muitorara, 0,002%** (BRASIL, 2020).

Em nota técnica (Cofen/CTLN Nº 03/2017), o Cofen, 2017 deixa claro que:

- A penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades de Atenção Primária de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem.
- Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde, secretarias estaduais, secretarias municipais, distrito federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.
- A ausência do médico na unidade de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzantina por profissionais de enfermagem.

Portanto, o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina na Atenção Primária, desde que haja o suporte para o atendimento de urgência para eventuais situações que podem ocorrer com quaisquer medicações e/ou vacinas.

6. Gestantes com alergia suspeita ou relatada à penicilina

No caso de gestantes que referem ser alérgica a penicilina deve-se realizar anamnese, preencher a **Ficha de notificação de p realização de teste de alergia à Penicilina Benzatina** (Anexo) para solicitar o teste de alergia a Vigilância Epidemiológica que direcionará para equipe treinada para realização do mesmo.

As pacientes gestantes com sífilis e alergias a penicilina benzatina devem ser encaminhadas a um serviço terciário, para que sejam dessensibilizadas e posteriormente tratadas com penicilina, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2013; SES/SP, 2016).

7. Criança exposta à sífilis

O referenciamento da criança exposta no momento da alta compete à maternidade ou casa de parto. Toda criança exposta será necessariamente encaminhada à Atenção Primária à Saúde – APS de sua área de residência. A APS é o nível de atenção à saúde responsável pela puericultura e coordenação do cuidado dos usuários do SUS. No entanto, a criança exposta também pode ser acompanhada de forma complementar em um serviço de referência existente no território.

7.1 Exame físico da criança exposta à sífilis

Na criança exposta à sífilis, para exclusão da possibilidade de sífilis congênita, o exame físico deve ser completamente normal; o achado de qualquer sinal ou sintoma deve levar à investigação complementar, e a sífilis congênita será incluída no diagnóstico diferencial. Vale lembrar que os sinais e sintomas de sífilis são inespecíficos e podem ser encontrados em outras síndromes congênitas, como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus – CMV, herpes vírus simplex – HSV, sepse neonatal, hepatite neonatal, hidropisia fetal, entre outros. Deve haver atenção específica aos sinais e sintomas mais clássicos, referentes às manifestações precoces de sífilis congênita. A presença de sinais e sintomas inclui a criança na classificação de SC sintomática, com necessidade de notificação compulsória e tratamento imediato. Além do exame físico, toda criança exposta à sífilis deve ser submetida a exame laboratorial não treponêmico para exclusão da possibilidade de sífilis congênita.

7.2 Testagem para sífilis na criança exposta à sífilis

Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, **independentemente do histórico de tratamento materno**, deverão realizar teste não treponêmico no sangue periférico. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso-reagentes.

A testagem simultânea da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo tipo de teste não treponêmico, configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança.

No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita.

No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de SC. Ressalta-se que o título do teste não treponêmico do recém-nascido igual ou inferior ao materno não exclui completamente a sífilis congênita, mesmo nas mães adequadamente tratadas. A decisão de investigar e tratar a criança não deve ser baseada apenas na definição de caso de notificação de sífilis congênita, mas também na avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial da infecção.

7.3 Testes para a crianças expostas à sífilis

TESTES DE SÍFILIS	NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.	Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que a materna (ex.: RN 1:4 e materna 1:2): baixo risco de SC. Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: SC. Tratar conforme a Figura 9 e realizar notificação imediata do caso de sífilis congênita. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada e se trate apenas de passagem passiva de anticorpos maternos. Se no seguimento ocorrer elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou persistência da titulação aos 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, submetida à coleta de líquor – LCR, tratada para SC com benzilpenicilina potássica (cristalina) por 10 dias e notificada à vigilância epidemiológica. Idealmente, o exame deve ser feito com o mesmo método e no mesmo laboratório.
Teste treponêmico	Não realizar	NÃO é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui SC nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Crianças com teste treponêmico reagente após os 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de SC.

Fonte: Brasil-MS, 2022

7.4 Seguimento clínico da criança exposta à sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno referente às manifestações precoces de SC e ao desenvolvimento neuropsicomotor. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança não tenha sido infectada e se trate apenas de passagem passiva de anticorpos maternos.
	Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.	Se, no seguimento, ocorrer elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou persistência da titulação aos 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, submetida a coleta de líquido, tratada para sífilis congênita com benzilpenicilina potássica (cristalina) por 10 dias e notificada à vigilância epidemiológica. A partir dos 18 meses de idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se SC.
Observações: Solicitar testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. Aproveitar o momento da consulta para avaliar o risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses). Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.		

Fonte: Brasil-MS, 2022

8. Criança com sífilis congênita

A sífilis congênita precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Já a sífilis congênita tardia é definida como aquela em que os sinais e sintomas aparecem após os dois anos de idade da criança. A sífilis congênita precoce deve ser diagnosticada por meio de criteriosa avaliação clínica e epidemiológica da situação materna, associada à avaliação clínico-laboratorial e exames de imagem na criança.

As crianças com sífilis congênita deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, exames complementares e resultado do teste não treponêmico.

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

Também independentemente do histórico de tratamento materno, as crianças com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições (ex.: mãe 1:4 e RN $\geq$ 1:16) são consideradas caso de sífilis congênita, devendo ser notificadas, investigadas, tratadas e acompanhadas quanto a aspectos clínicos e laboratoriais.

Todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar para análise do líquido e radiografia de ossos longos.

As crianças com manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente preenchem critério para sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento e das titulações dos testes não treponêmicos.

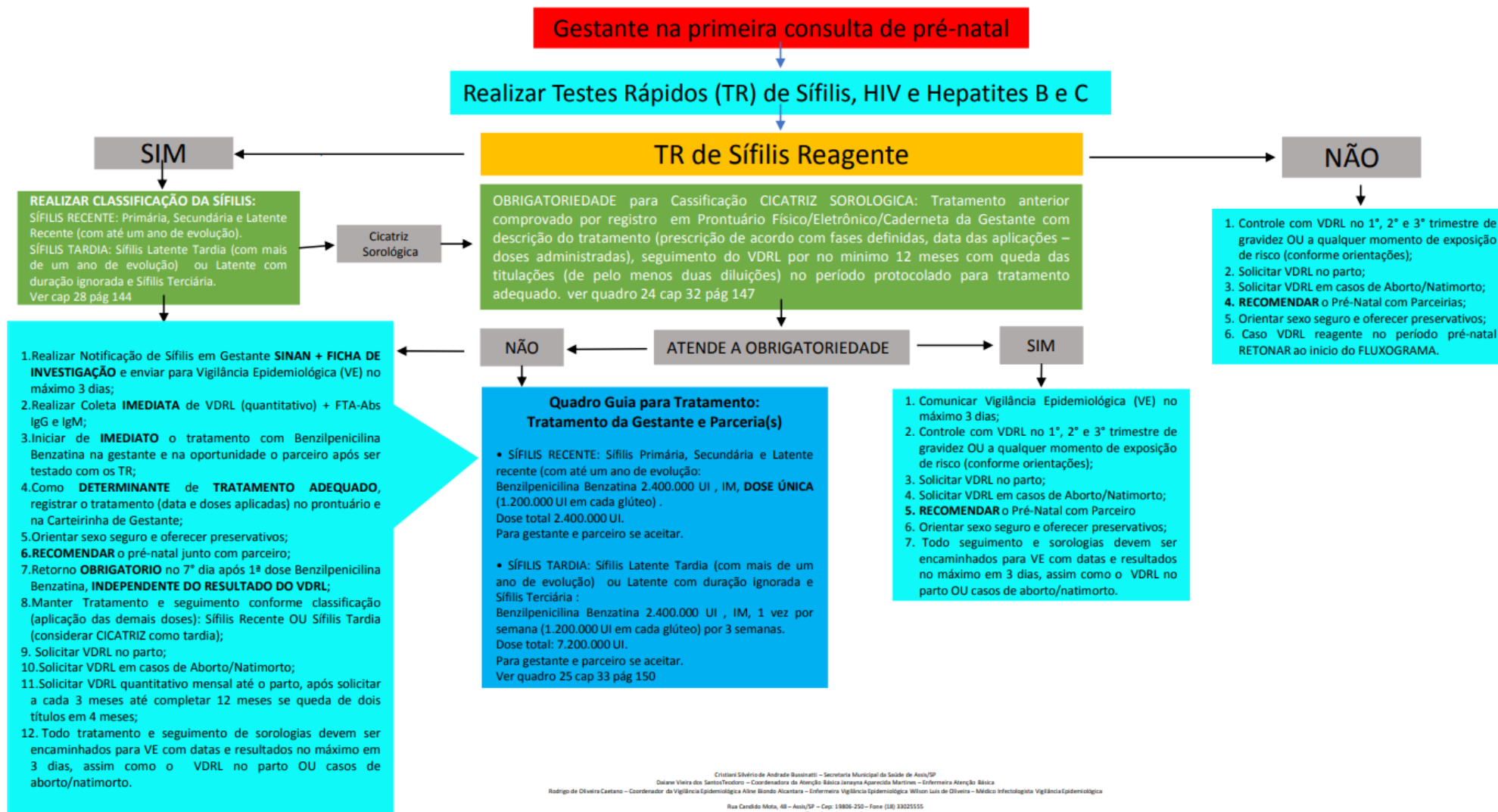
7.1 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança¹¹¹: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Diante da elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou sua não negatificação até 18 meses ou persistência de títulos baixos, reavaliar a criança e proceder ao retratamento. Se a criança for tratada de forma não adequada, quanto à dose e/ou tempo preconizado, realizar busca ativa da criança para reavaliação clínico-laboratorial e reinício do tratamento.
Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
Consulta audiológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.
Consulta neurológica	Semestrais por 2 anos	Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor. No caso de neurosífilis, repetir punção lombar a cada 6 meses, até normalização bioquímica, citológica e sorológica. Se o VDRL líquido permanecer reagente ou a celularidade e/ou proteína líquoricos se mantiverem alterados, realizar nova investigação clínico-laboratorial e retratar. Exames de imagem também podem ser considerados nesse cenário.
Observações: Solicitar testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. Aproveitar o momento da consulta para avaliar o risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses). Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.		

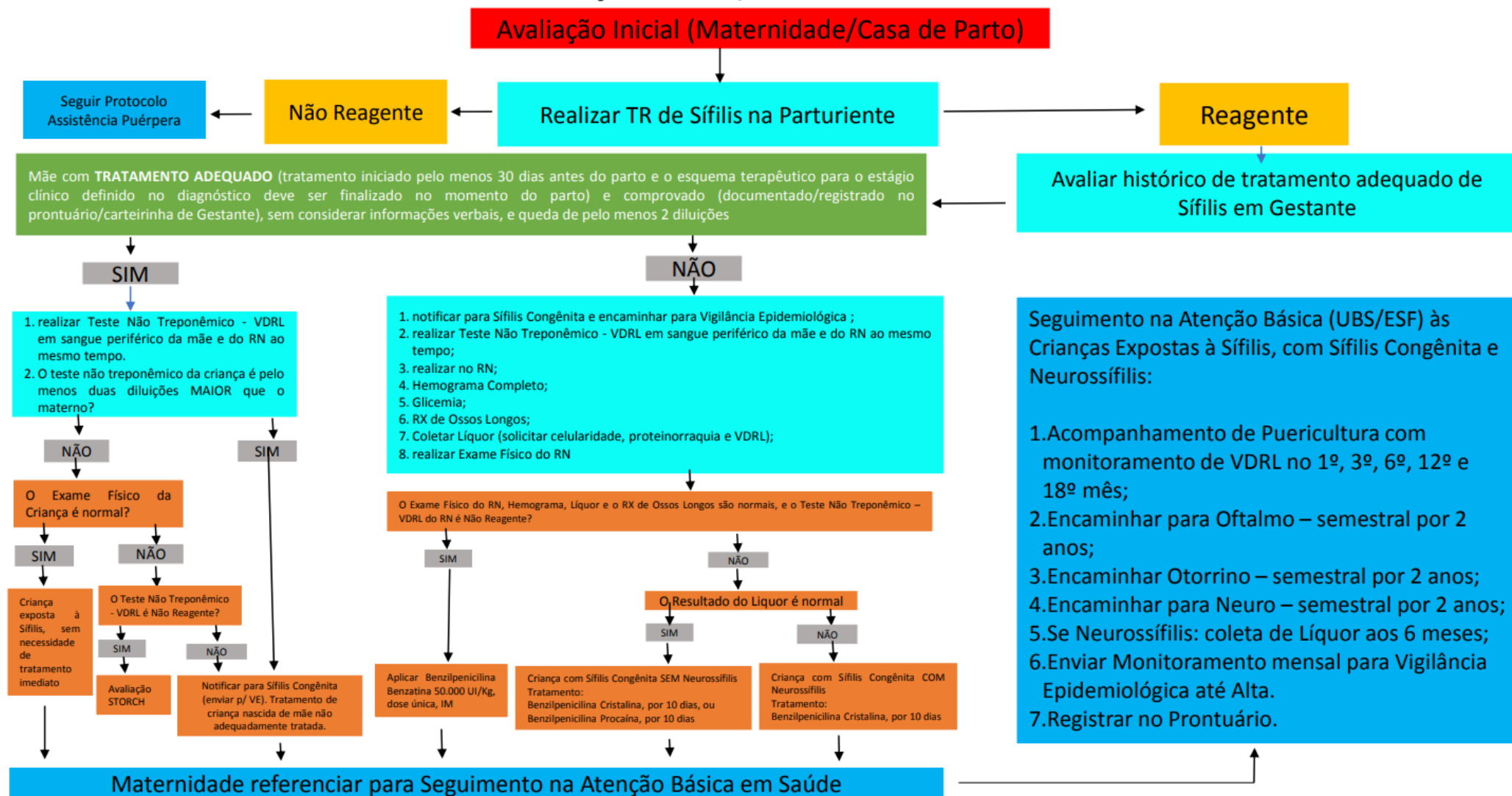
Fonte: Brasil-MS, 2022

9. Fluxogramas

FLUXOGRAMA DE SÍFILIS EM GESTANTE: CONDUTA E SEGUIMENTO DURANTE O PRÉ-NATAL – ASSIS/SP



FLUXOGRAMA CRIANÇA EXPOSTA, SÍFILIS CONGÊNITA E NEUROSSÍFILIS



Referências

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.: il. Acesso em: 16 nov 2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf

Brasil. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial | Out. 2022. Acesso em: 08 nov 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Fluxogramas para Manejo Clínico das ISTs. 2021. Acesso em: 09 nov 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-para-manejo-clinico-das-ist/view>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Trsnmissíveis 1.ed. 2021. 68p. Acesso em: 10 nov 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-para-manejo-clinico-das-ist/view>

Brasil. Ministério da Saúde. Depto Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota Informativa Nº 2- SEIAHV/SVS/MS - Altera os Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita.** SEI-0882971- Nota Informativa. Anexo 1: 5-9 – Brasília: Ministério as Saúde, 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/SifilisGes/Nota_Informativa_Sifilis.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Atenção ao pré-natal de baixo risco. – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Primária, nº32. 2013. 318 p.: il. – Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32p.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico** –v. 47, n. 35 – Sífilis V, 2016.

Brasil. **Ministério da Saúde atualiza recomendação sobre o intervalo entre doses de penicilina para tratamento de sífilis em gestantes.** Ministério da Saúde, 2023 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/ministerio-da-saude-atualiza-recomendacao-sobre-o-intervalo-entre-doses-de-penicilina-para-tratamento-de-sifilis-em-gestantes> Acesso em: 28/08/2023.

Conselho Regional De Enfermagem De São Paulo. Parecer Corensp 012/2018. Ementa: **Administração de penicilina benzatina por profissionais de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).** Disponível em: Parecer-012-2018-Administração-de-Penicilina-Benzatina.pdf (coren-sp.gov.br). Acesso em 28/08/2023.

Anexos

1 -FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE TESTE DE ALERGIA À PENICILINA

Nº

DATA DA NOTIFICAÇÃO

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE

COD.UNIDADE _____ MUNICIPIO _____ UF _____

A. ANAMNESE DE ALERGIA À PENICILINA

a) Identificação:

NOME: _____

Idade: ____/____/____ Sexo: () 1.Masc. () 2.Fem

b) Uso Prévio de penicilina : () 1.sim () 2.nao () 3. ignorado

Se sim: via de administração () 1. VO () 2.IM () 3.EV

Especificar qual tipo de penicilina e quando foi utilizada:

c) Reação Alérgica () 1. Sim () 2. Não

Se sim: tipo: () urticária e/ou angioedema

() hipotensão

() edema de laringe

() Stevens-Johnson

() dermatite exfoliativa

() doença do soro

() choque

() broncoespasmo

() outras _____

d) Doenças associadas: () Fibrose Cística

() imunodeficiência

() Leucemia linfóide aguda

() atopia

() asma

() nenhuma das citadas

e) Uso de drogas:

Uso de beta-bloqueadores () sim () não () ignorado

Uso de anti-histaminicos () sim () não () ignorado

Uso de descongestionantes () sim () não () ignorado

Uso de outras drogas: se sim : quais? _____

f) Resultado de teste cutâneo prévio: () positivo () negativo data ____/____/____

B- TESTE DE ALERGIA À PENICILINA:

1- Puntura

resultado: _____

2- Intradérmico

resultado: _____

C- TRATAMENTO:

a) Dose e via de administração aplicada: _____

b) Reações : _____

c) Nome do responsável pelo preenchimento : _____