

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB - 67, de 26-10-2017

Considerando o aumento do número de casos de Sífilis em gestantes, Sífilis congênita e Sífilis adquirida representando um grave problema de saúde pública;

Considerando a necessidade de orientar a ação dos profissionais de enfermagem nos processos para diagnóstico e para tratamento da Sífilis;

Considerando o Guia de bolso para manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis congênita, elaborado pelo Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, Programa Estadual DST/AIDS, cujo principal objetivo é propiciar o acesso rápido às informações técnicas, procedimentos de diagnóstico e tratamento das gestantes e recém-nascidos em relação à Sífilis;

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, em reunião realizada em 19/10/2017 aprova a Nota Informativa Conjunta nº 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP que dispõe sobre protocolo diagnóstico e terapêutico para tratamento da Sífilis adquirida e Sífilis na gestação, realizado pela enfermagem, no Estado de São Paulo, conforme Anexos I e II.

ANEXO I

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP

**CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS –
CCD – SES-SP**

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – CRS – SES-SP

Dispõe sobre protocolo diagnóstico e terapêutico para tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação, realizado pela enfermagem, no Estado de São Paulo.

I. Da eliminação da sífilis congênita

1. Considerando que a sífilis congênita ainda representa um grave problema de Saúde Pública e o diagnóstico precoce da infecção materna, o tratamento adequado e oportuno são medidas simples e efetivas para a sua prevenção.
2. O tratamento da sífilis adquirida e da sífilis na gestação é um problema devido à resistência de profissionais na aplicação da Penicilina G Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).
3. A reação anafilática é um evento extremamente raro e inúmeros estudos nacional e internacional demonstram que, as eventuais reações adversas referem-se a distúrbios neurovegetativos ou reações vaso vagais, caracterizadas por ansiedade, medo e sudorese

associados a dor ou a possibilidade de sensação dolorosa devido à aplicação de medicação injetável.

4. A Penicilina G Benzatina é o único tratamento que atravessa a barreira transplacentária evitando a sífilis congênita.
5. O Ministério da Saúde, em 2015, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), publicou o relatório de recomendações nº 150/2015, que analisou as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia e segurança do uso da Penicilina G Benzatina em gestantes, para prevenção da sífilis congênita, concluindo que a Penicilina G Benzatina é o tratamento de primeira escolha para sífilis e é amplamente utilizada na prática clínica, reforçando o seu uso nas Unidades de Atenção Primária.
6. Considerando que a Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da Penicilina G Benzatina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), diz que: “Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado”. Portanto, a administração da penicilina nas UBS é segura, desde que estes sigam protocolos de identificação precoce de casos suspeitos de anafilaxia, de tratamento imediato e de encaminhamento para unidades de referência, como tal temos o Caderno de Atenção Básica nº28 do Ministério da Saúde, que apresenta um fluxograma de atendimento para os casos de reações anafiláticas.
7. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao enfermeiro a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.
8. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde de 2015, destaca o papel do enfermeiro no manejo das IST, em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do enfermeiro a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, a conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços.
9. Considerando a regulamentação profissional da enfermagem, Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso II, alínea “c” e o Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso II, alínea “c” que constituem a base necessária correspondente à prática do enfermeiro “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”, reforça que a prática do enfermeiro definida por protocolos tem pactuação legal prevista em todas as instâncias do sistema de saúde, a saber: federal, estadual, municipal, distrital e institucional.
10. Considerando o Parecer do Cofen Nº 259/2016, de 27 de setembro de 2016, o Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem **do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os clientes com resultado reagente. Cabendo-lhe a anotação em prontuário ou boletim de atendimento, da data e hora do procedimento, aspecto da polpa digital ou local de punção, desconforto decorrente da perfuração

necessária, resultados encontrados, orientações efetuadas, nome completo e Coren do responsável pelo procedimento, não podendo emitir laudo, que é privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior.

11. Considerando a Nota Técnica do COFEN/CTLN Nº 03/2017, reafirma-se que:

- a) A Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem;
- b) Os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme protocolo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.
- c) A ausência do médico na Unidade Básica de Saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Bezantina por profissionais de enfermagem.

II. Do protocolo para o diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação.

1. Após a confirmação da gravidez, dá-se o início do pré-natal (PN): o “Acolhimento” é o primeiro contato da mulher grávida com o profissional de saúde na unidade, geralmente realizado por enfermeiro. Nesse momento a gestante deverá receber as orientações sobre o acompanhamento do PN, é fornecido o cartão da gestante e são solicitados os exames complementares (segundo o protocolo).
2. A gestante deve ser esclarecida sobre a importância da testagem no PN e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites.
3. É recomendada para o diagnóstico da sífilis a realização de dois testes: um teste treponêmico (Teste rápido, FTA-Abs, Elisa, EQL, TPHA) e um teste não treponêmico (VDRL ou RPR).^[1,2]
4. Todas as gestantes devem, **obrigatoriamente**, realizar teste para a Sífilis em três momentos:
 - a. Na primeira consulta do PN, idealmente no primeiro trimestre da gravidez;
 - b. No início do terceiro trimestre (28ª semana); e
 - c. No momento do parto ou curetagem por abortamento, independentemente de exames anteriores. Quando for utilizado o Teste Rápido (TR) como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico.
5. Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico (inclusive o TR) ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.^[1,3]
6. O protocolo preconiza realização obrigatória de dois testes para a sífilis durante o PN. No entanto, quando possível, é benéfico a realização de três testes durante a gestação: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre, devido as seguintes situações: a) o tratamento da gestante e do parceiro sexual preferencialmente deve ser iniciado até a 20ª semana de gestação; b) a gestante que se infectar durante a gravidez, após a realização do primeiro teste para sífilis, no 1º trimestre de gestação, poderá apresentar elevada treponemia e a criança será mais gravemente afetada (parto prematuro, natimorto, óbito neonatal); c) a gestante que realizar o teste para sífilis no final do 3º trimestre pode não ter tempo suficiente para realizar o tratamento de forma adequada.

7. No **Anexo II**, apresentamos os diversos fluxogramas para diagnóstico da Sífilis adquirida e Sífilis na gestação, conforme o tipo de testes utilizados.

III. Do protocolo para tratamento e seguimento da Sífilis na gestação e nas parcerias sexuais com sífilis adquirida

1. As recomendações contidas no “Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita”^[1] da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, constituem o protocolo clínico adotado no Estado.
2. Todas as gestantes diagnosticadas com sífilis devem ser tratadas, o mais precocemente possível.
3. É considerado tratamento adequado da gestante com sífilis:
 - a) Tratamento completo e documentado, adequado ao estagio da doença, feito com Penicilina G Benzatina;
 - b) Tratamento **instituído**, pelo menos, **antes dos 30 dias** que antecedem o parto.
4. Gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina deverão ser dessensibilizadas, em ambiente hospitalar, e tratadas com Penicilina G Benzatina, uma vez que não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto.^[1,3]
5. O seguimento sorológico da gestante com sífilis deverá ser realizado com teste não treponêmico mensal.^[1,3] Importante observar a ocorrência de queda de duas titulações em sorologia não treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis, se o título inicial for menor ou igual a 1:4.^[1]
6. O seguimento de parceiros sexuais com sífilis adquirida deverá ser realizado com teste não treponêmico trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano.^[1,3]
7. As **puérperas** com diagnóstico de sífilis na gestação ou no momento do parto deverão realizar o seguimento ambulatorial com teste não treponêmico trimestral no primeiro ano e semestral no segundo ano até alta por cura.
8. Toda gestante diagnosticada com Sífilis, durante o PN, deverá ser encaminhada para a maternidade com um **relatório de tratamento e acompanhamento de Sífilis na gestação** (modelo sugerido no Anexo III do “Guia de bolso para o manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis congênita”).^[1]
9. Ressalta-se que a sífilis em gestante, sífilis adquirida e sífilis congênita são agravos de notificação compulsória e devem ser informados às vigilâncias epidemiológicas, para as devidas providências.

Quadro 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para Sífilis adquirida em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento.^[1]

| Fase clínica | Esquema terapêutico | Seguimento |
|---------------------------------|---|--|
| 1. Sífilis primária; | 1. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas; | 1. Seguimento mensal, com testes não-treponêmicos. |
| 2. Sífilis secundária; | | |
| 3. Sífilis latente recente (até | 2. Dose total: 4,8 milhões UI, IM. | |

| | | |
|--|---|--|
| um ano do contato). | | |
| Fase clínica | Esquema terapêutico | Seguimento |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato); 2. Sífilis latente com duração ignorada; 3. Sífilis terciária. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas; 2. Dose total: 7,2 milhões UI, IM. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimento mensal, com testes não-treponêmicos. |

Nota: ⁸O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo recomenda Penicilina G benzatina, na dose de 4.800.000 UI para mulheres grávidas com Sífilis primária, secundária e latente recente, visto que, algumas evidências sugerem que uma terapia adicional é benéfica para estas mulheres.^[1]

Quadro 2: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em indivíduos não gestantes ou não nutrízes e seguimento ambulatorial pós-tratamento.^[1]

| Fase clínica | Esquema terapêutico preferencial | Esquema terapêutico na impossibilidade de uso da penicilina | Seguimento |
|---|--|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sífilis primária 2. Sífilis secundária 3. Sífilis latente recente (até um ano do contato) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única | <ol style="list-style-type: none"> 1. Doxíciclina 100 mg 12/12 hs, via oral, por 15 dias, ou 2. Ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez por dia, durante 8 a 10 dias | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se tratado com penicilina, seguimento trimestral, com testes não treponêmicos 2. Se tratado com outra medicação seguimento a cada 60 dias |
| Fase clínica | Esquema terapêutico | Esquema terapêutico na impossibilidade de uso da penicilina | Seguimento |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) 2. Sífilis latente com duração ignorada 3. Sífilis terciária | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM | <ol style="list-style-type: none"> 1. Doxíciclina 100 mg 12/12 hs, via oral, por 30 dias, ou 2. Ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez por dia, durante 8 a 10 dias | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se tratado com penicilina, seguimento trimestral, com testes não-treponêmicos 2. Se tratado com outra medicação seguimento a cada 60 dias |

Referências:

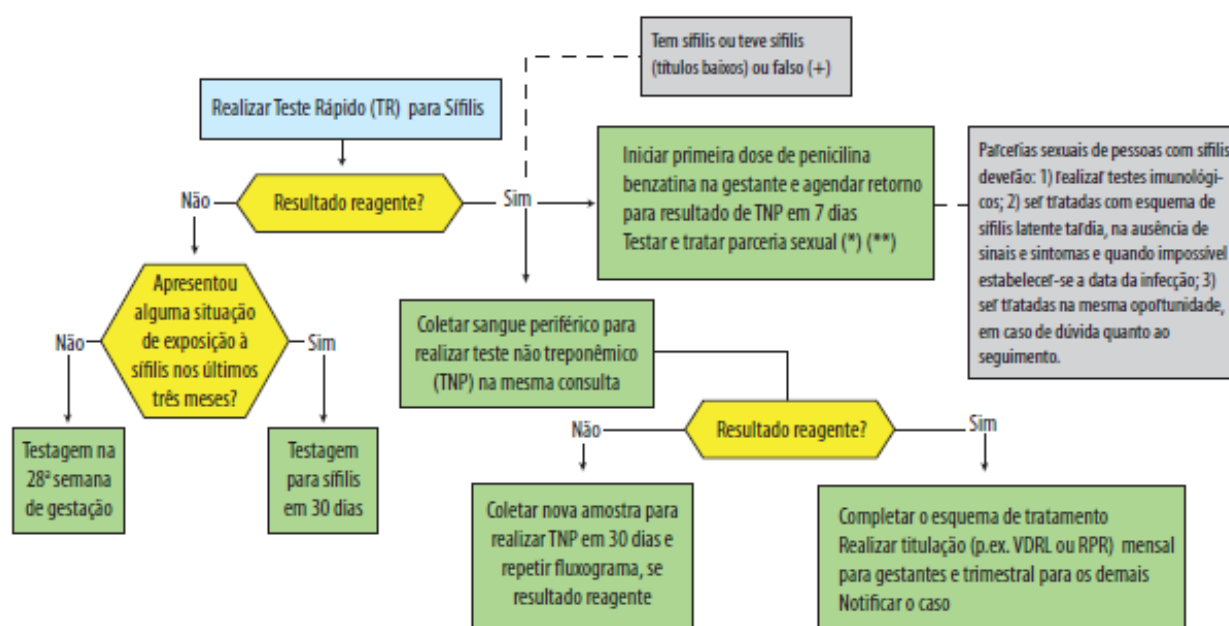
1. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo, 2016. p.33-36.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 139p.

ANEXO II

Fluxogramas para diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação, conforme o tipo de testes utilizados.

Figura 1 – Fluxograma para o manejo da Sífilis na gestante, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório.^[3]



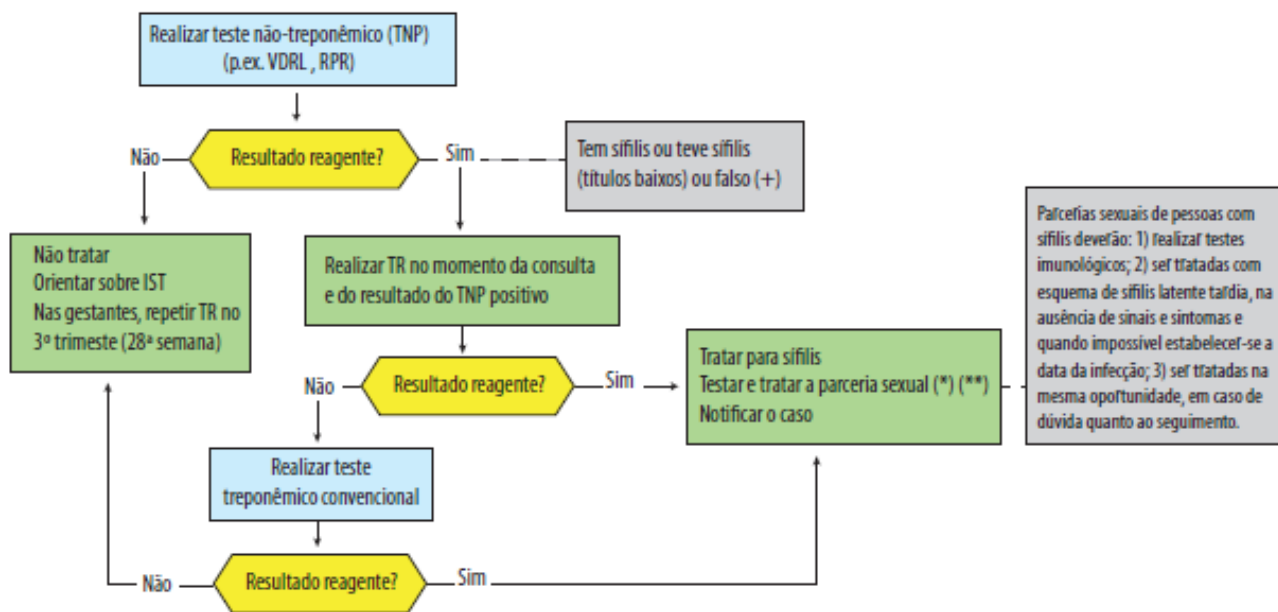
(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Observações:

1. No caso de discordância entre os testes (Teste Rápido treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente), pode ser realizado outro teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.
2. São consideradas exposições à sífilis as seguintes situações: mais de um parceiro sexual no último ano, parceiro sexual vulnerável, parceiro sexual com mais de uma parceria. São considerados vulneráveis gestantes e parceiros sexuais em situação de rua, privadas(os) de liberdade, uso de drogas, entre outras.
3. As parcerias sexuais de casos de sífilis 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 G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).

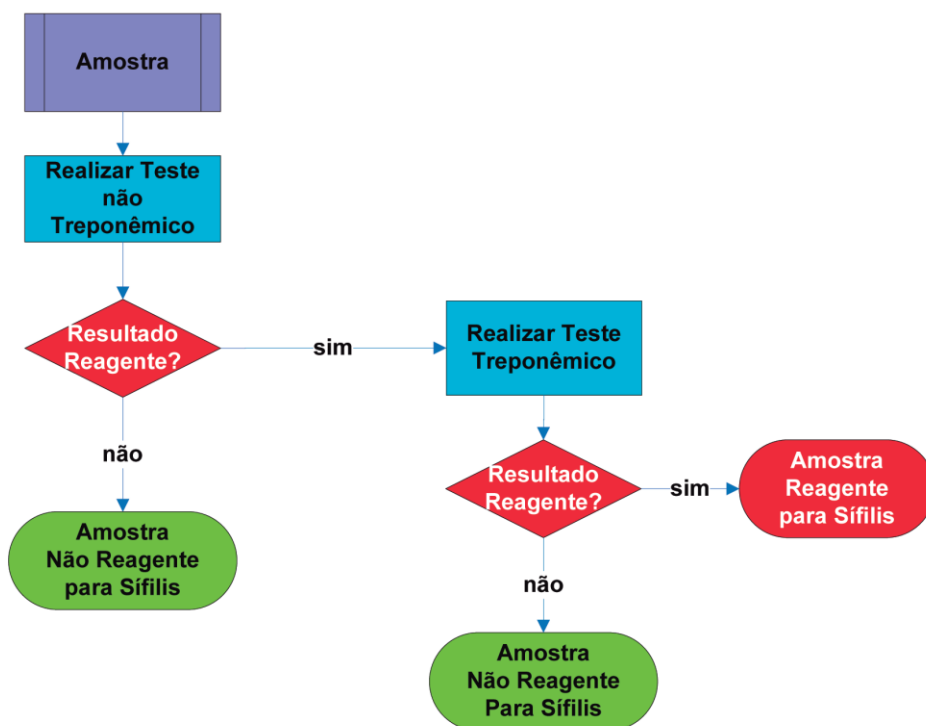
Figura 2 – Fluxograma para o manejo da sífilis na gestante, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório. [3]



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

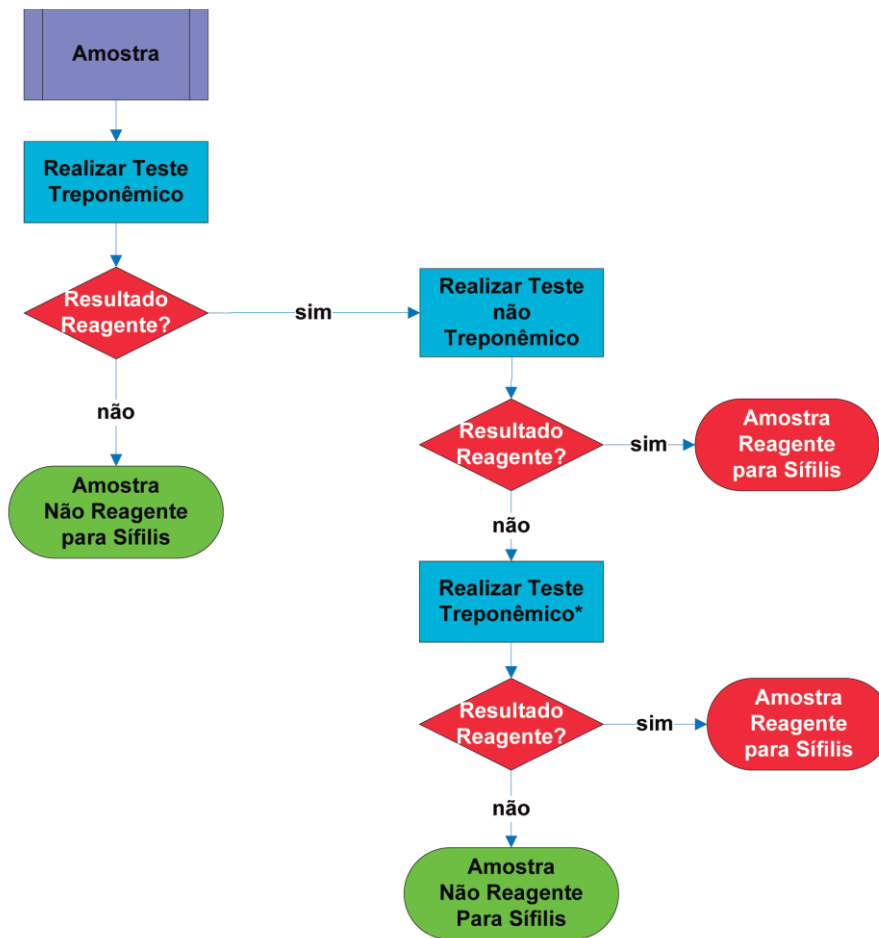
Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Figura 3 – Fluxograma com teste de triagem não treponêmico confirmado por teste treponêmico convencional.^[2]



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

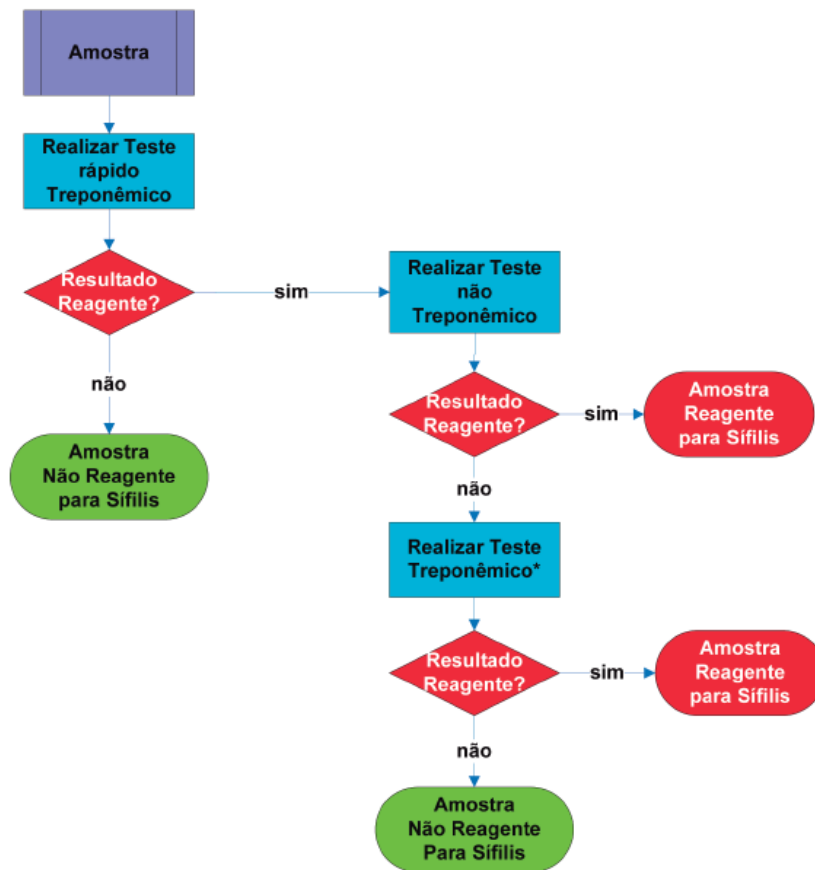
Figura 4 – Fluxograma para diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados. [2]



(*) Teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Fluxograma 5 – Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos.^[2]



(*) Teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.