



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO  
Estado de São Paulo  
Secretaria Municipal de Saúde



**PROTOCOLO MUNICIPAL  
PARA PRESCRIÇÃO E  
ADMINISTRAÇÃO DE  
BENZILPENICILINA  
BENZATINA  
COM LIDOCAÍNA 2%  
EM ADULTOS  
COM SÍFILIS**

## **FICHA TÉCNICA**

### **Prefeito**

Pedro Charles Shirakawa Ishi

### **Secretário Municipal de Saúde**

William Harada

### **Diretoria de Vigilância em Saúde**

Maria Cristina Perin

### **Coordenação de IST/HIV e Hepatites Virais**

Micheli Aparecida de Paula Santos Rosa

### **Elaboração**

Ana Alice Venâncio Pontes de Medeiros

Micheli Aparecida de Paula Santos Rosa

### **Colaboradoras**

Nicole Lage dos Reis Moraes

## SUMÁRIO

Ficha técnica .....	2
Sumário .....	3
Objetivo .....	4
Público-alvo.....	4
Siglas e abreviaturas .....	4
Definição e diagnóstico da sífilis .....	4
Tratamento da sífilis .....	10
Legislação .....	13
Referências .....	16
ANEXO 1 - Processo para a diluição e aplicação de penicilina benzatina com lidocaína .....	18
ANEXO 2 - Questionário Diagnóstico de sensibilidade à penicilina em gestantes.	21
ANEXO 3 - Nota Informativa nº 002/2022/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP .....	22

## 1. Objetivo

Estabelecer o protocolo clínico para a prescrição, preparo e administração da Benzilpenicilina Benzatina associada à Lidocaína a 2% em pacientes com diagnóstico de sífilis, com o objetivo de assegurar a efetividade do tratamento, promover a segurança do paciente, minimizar a dor relacionada a aplicação e melhorar a adesão ao tratamento

## 2. Público-alvo

Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos e técnicos em farmácia

## 3. Siglas e abreviaturas

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CTLN: [Câmara Técnica de Legislação e Normas](#)

PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

*T. pallidum*: *Treponema pallidum*

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade Saúde da Família

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

## 4. Definição e diagnóstico da sífilis

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de caráter sistêmico, crônico e curável, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Na ausência de tratamento, pode evoluir para formas mais graves, como o comprometimento dos sistemas nervoso e cardiovascular<sup>1,2</sup>.

Quando ocorre na gestação, pode ser transmitida da mãe para o bebê ainda no útero, via transplacentária, sendo classificada como sífilis congênita e pode apresentar graves desfechos, incluindo abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e até morte do recém-nascido<sup>1,2</sup>.

A sífilis é classificada em estágios que norteiam o tratamento e o monitoramento, conforme a seguir<sup>1</sup>:

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

Segue tabela com as manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença<sup>1</sup>:

**Tabela 1. Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença**

<b>ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA</b>	<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>
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	<p>Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo</p> <p>Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares</p> <p>Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica</p> <p>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</p>
-------------------	--

Fonte: PCDT: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022<sup>1</sup>

O diagnóstico da sífilis é realizado por meio de testes treponêmicos, que são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum* (ex. testes rápidos) e por teste não treponêmicos (ex: VDRL)<sup>1</sup>.

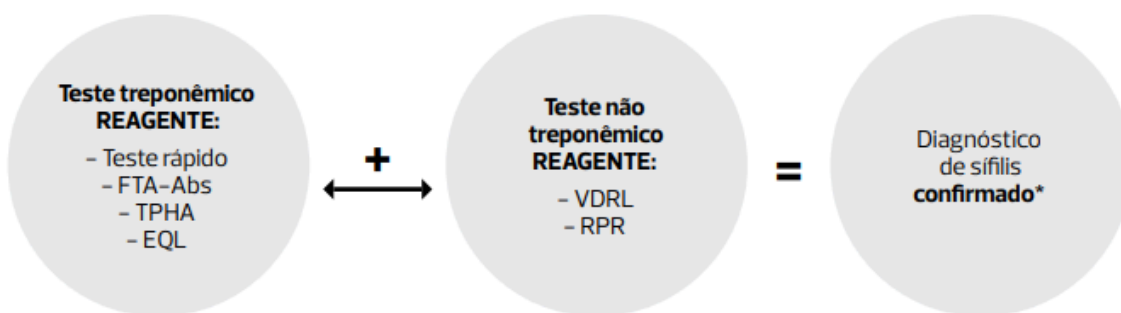
O diagnóstico requer a correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Somente com todas essas informações será realizada a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado. A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorece a suspeita clínica, mas não existe sinal ou sintoma patognomônico da doença<sup>1</sup>.

A resposta imunológica adequada é considerada se houver queda da titulação em pelo menos duas diluições em até 6 meses (para sífilis recente) ou 1 ano (para sífilis tardia) após a conclusão do tratamento<sup>1</sup>.

A cicatriz sorológica ocorre quando há persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado para sífilis, afastada a possibilidade de reinfecção<sup>1</sup>.

Segue abaixo fluxograma para diagnóstico da sífilis:

**Figura 4 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis**



Fonte: DCCI/SVS/MS.

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

Fonte: PCDT: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022

Segue abaixo tabela com a interpretação dos testes treponêmicos e não treponêmicos:

**Tabela 2. Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta**

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	SENSIBILIDADE/ ESPECIFICIDADE
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 diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.  Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	Realiza-se um <b>terceiro teste</b> treponêmico com metodologia diferente	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento

			<p>do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <b>reagente</b>: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica.</li> <li>• Se <b>não reagente</b>: considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.</li> </ul> <p>Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta</p>	<p>com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	<p>Diagnóstico de sífilis.</p> <p>Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento.</p> <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	<p>Realiza-se um <b>terceiro teste</b> treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <p>O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse <b>terceiro teste</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <b>reagente</b>, diagnóstico de sífilis ou</li> </ul>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz</p>

			<p>cicatriz sorológica.</p> <p>• Se <b>não reagente</b>, considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.</p> <p>Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.</p>	<p>sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
<p>Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente</p>	+	<p>Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária</p>	<p>Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente</p>	<p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.</p> <p>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.</p>

Fonte: PCDT: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022<sup>1</sup>

## 5. Tratamento da sífilis

A benzilpenicilina benzatina, antimicrobiano da classe das penicilinas, é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo o único fármaco com eficácia documentada durante a gestação<sup>1,2</sup>. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, é considerado tratamento não adequado da mãe, conseqüentemente, o recém-nascido será notificado como sífilis congênita e será submetido a avaliação clínica e laboratorial<sup>1</sup>.

Outros medicamentos, como a doxiciclina e a ceftriaxona devem ser usados como segunda opção (exceto para gestantes) e em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica<sup>1</sup>. Ressalta-se que a prescrição destes medicamentos é exclusiva do profissional médico.

As seguintes tabelas contém os esquemas terapêuticos utilizados para sífilis, de acordo com a classificação clínica<sup>1</sup>:

**Tabela 3. Tratamento e monitoramento de sífilis EM GESTANTES<sup>1,7</sup>**

<b>ESTADIAMENTO</b>	<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO<sup>a</sup></b>	<b>SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)</b>
<b>Sífilis recente:</b> sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 2 semanas <sup>7,b</sup>	Teste não treponêmico mensal
<b>Sífilis tardia:</b> 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 <sup>c</sup> Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Teste não treponêmico mensal

Fonte: PCDT: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022/DCCI/SVS/MS.

<sup>a</sup> A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

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

<sup>c</sup> Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

**Tabela 4. Tratamento e monitoramento de sífilis em NÃO gestantes<sup>1</sup>:**

<b>ESTADIAMENTO</b>	<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO</b>	<b>ALTERNATIVA<sup>a</sup> (EXCETO PARA GESTANTES)</b>	<b>SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)</b>
<b>Sífilis recente:</b> 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)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral
<b>Sífilis tardia:</b> 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 <sup>a</sup> Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral
<b>Neurossífilis</b>	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: PCDT: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022/DCCI/SVS/MS<sup>1</sup>.

<sup>a</sup> Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

Recomenda-se o tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais, para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e na impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico <sup>1</sup>.

É recomendado o tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina somente após um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) somente nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis)<sup>1</sup>:

- 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.

Mesmo após o tratamento com apenas um teste reagente para sífilis há a necessidade de realização do segundo teste para melhor análise diagnóstica, do monitoramento laboratorial para controle de cura e do tratamento das parcerias sexuais para interrupção da cadeia de transmissão<sup>1</sup>.

Com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento, tendo em vista que parte dos pacientes relutam em tratar-se com Penicilina Benzatina injetável devido a dor na aplicação (especialmente os parceiros de gestantes com sífilis), recomenda-se a adoção de medidas que minimizem o desconforto durante a aplicação<sup>3</sup>.

De acordo com Parecer nº 17/2024, da Câmara Técnica Assistencial do COREN/ES<sup>4</sup>, estudos mostram que a lidocaína utilizada como diluente da penicilina não altera parâmetros farmacocinéticos, além disso, é química e fisicamente compatível com a penicilina. Quando comparada à água estéril como diluente, a lidocaína diminui consideravelmente a frequência e intensidade da dor local no momento da injeção e nas primeiras 24 horas seguintes<sup>8,3,11</sup>.

Indica-se a adição de 0,5 mL de Cloridrato de Lidocaína a 2%, sem vasoconstritor, à Penicilina Benzatina no momento da administração. Para a segurança do paciente, devem ser observadas as precauções necessárias e a técnica correta de aplicação. A injeção deve ser administrada lentamente, por via intramuscular profunda, preferencialmente no quadrante superior externo da região glútea, utilizando-se a técnica em "Z" <sup>9,10,11</sup>. O Anexo 1 detalha o processo de

reconstituição, diluição e aplicação deste medicamento<sup>3</sup>.

## **6. Legislação**

Segundo o relatório de recomendações da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) nº 150/2015, a ocorrência de reações alérgicas com uso da Penicilina Benzatina é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina. Por este motivo, reforça que este medicamento seja dispensado e administrado nas Unidades Básicas de Saúde<sup>2,5</sup>.

Segundo a Resolução COFEN nº 801, de 14 de janeiro de 2026<sup>13</sup>, que estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, e dá outras providências:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, em conformidade com o art. 11, inciso II, alínea "c", da Lei nº 7.498/1986, e o art. 8º, inciso II, alínea "c", do Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta o exercício da Enfermagem no Brasil.

Parágrafo único. A prescrição de medicamentos por obstetrix se restringe às competências definidas na legislação e nas normas específicas da prática obstétrica de enfermagem.

Art. 2º Cabe ao enfermeiro a prescrição de medicamentos, realizada na consulta de enfermagem, fundamentada em protocolos e rotinas aprovados pelo serviço de saúde, bem como em protocolos instituídos nos programas de saúde pública, considerando as necessidades específicas de cada usuário.

Parágrafo único. Considera-se serviço de saúde qualquer estabelecimento ou serviço destinado à prestação de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento, recuperação, reabilitação ou cuidados paliativos.

Art. 3º A prescrição de medicamentos deverá conter, no mínimo:

I - identificação do protocolo utilizado e o respectivo ano de publicação;

II - nome da instituição de saúde e CNPJ;

III - nome completo e/ou nome social do prescritor, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura física ou eletrônica;

IV - data da emissão;

V - nome completo e/ou nome social do paciente e outro identificador, como CPF ou data de nascimento;

VI - medicamento identificado pela denominação genérica (nome da substância ativa), com indicação da via de administração e da posologia, conforme modelos de receituário simples e sujeito à retenção (...)

Parágrafo único. O protocolo utilizado, ano de aprovação e a instituição que aprovou reforçam o princípio de rastreabilidade e identificação do respaldo clínico-institucional no ato prescritivo.

O quadro abaixo destaca os medicamentos com vinculação direta a protocolos nacionais:

#### **Quadro 1. IST, saúde sexual e reprodutiva**

<b>Nome do Medicamento</b>	<b>Concentração</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Uso principal</b>	<b>Protocolo/ Documento MS de referência</b>
Benzilpenicilina benzatina	1,2 milhão UI	Suspensão injetável	Tratamento da sífilis (recente e tardia)	PCDT IST - sífilis; Portaria MS nº 156/2006 (uso de penicilina na Atenção Básica)
Doxiciclina	100mg	Comprimido	Tratamento alternativo de sífilis (exceto em gestantes); donovanose, uretrites	PCDT IST - sífilis

Fonte: Resolução COFEN nº 801, de 14 de janeiro de 2026<sup>13</sup>

Segundo Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, a administração de penicilina nas UBS e USF é segura, desde sejam seguidos protocolos de identificação precoce de casos suspeitos de anafilaxia, de tratamento imediato e de encaminhamento para unidades de referência.<sup>2</sup>

Segundo esta mesma Nota Técnica, a Penicilina Benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das UBS e USF, mediante prescrição médica ou de enfermagem; e 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<sup>2</sup>. A ausência do médico nas UBS e USF não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Benzantina por profissionais de enfermagem<sup>2</sup>.

Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Suzano orienta, por meio deste documento técnico, que médicos e enfermeiros prescrevam a Penicilina Benzatina associada à Lidocaína, com atenção à sua diluição e aplicação adequadas, para o tratamento de sífilis em adultos, incluindo gestantes e seus parceiros<sup>3</sup>.

## Referências:

- 1) Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view). Acesso em 08/09/2025
- 2) Nota técnica COFEN/CTLN Nº 003/2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-A-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>. Acesso em 08/09/2025
- 3) Prefeitura Municipal de Campinas. Nota Técnica nº 010/2023. Ref: Orientações para o uso de penicilina benzatina associada a lidocaína 2% para adultos com sífilis, incluindo gestantes e seus parceiros. Outubro/2023
- 4) PARECER Nº 017/2024. CÂMARA TÉCNICA ASSISTENCIAL. Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo
- 5) Brasil, MS. Penicilina benzatina para prevenção de Sífilis Congênita na gravidez. Relatório de Recomendação da Conitec nº150, 2015. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2015/relatorio\\_penicilina\\_sifiliscongenita\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2015/relatorio_penicilina_sifiliscongenita_final.pdf). Acesso em 08/09/2025
- 6) Ministério da Saúde. Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2021
- 7) NOTA INFORMATIVA nº 002/2022/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP: Dispõe sobre atualização em relação às orientações para o manejo clínico dos casos de sífilis congênita e criança exposta a sífilis no estado de São Paulo.
- 8) Amir J, Ginat S, Cohen YH, Marcus TE, Keller N, Varsano I. Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G. *Pediatr Infect Dis J*. 1998 Oct; 17 (10): 890-3. Disponível em: [https://journals.lww.com/pidj/Abstract/1998/10000/Lidocaine\\_as\\_a\\_diluent\\_for\\_administration\\_of.8.aspx](https://journals.lww.com/pidj/Abstract/1998/10000/Lidocaine_as_a_diluent_for_administration_of.8.aspx)
- 9) Prefeitura Municipal de São Paulo. Nota Técnica Nº 02/2025 . Orientações

sobre o uso e registro de dispensação de benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI no tratamento da sífilis

- 10) Zeydi AE, Khezri HD. Can lidocaine be safely used to reduce pain caused by intramuscular penicillin injections? A short literature review. *Oman Med J*, Jul; 27(4): 337, 2012.
- 11) Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009; 93(3 supl.4): 1-1
- 12) BEPEN®: pó para suspensão injetável. Responsável técnico: Andreia Cavalcante Silva. Anápolis: TEUTO, 2022. Bula de remédio.
- 13) Resolução COFEN nº 801, de 14 de janeiro de 2026, que estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, e dá outras providências

## **ANEXO 1**

### **PROCESSO PARA A DILUIÇÃO E APLICAÇÃO DE PENICILINA BENZATINA COM LIDOCAÍNA<sup>3</sup>**

#### **- Identificação do paciente:**

1. O paciente deve comparecer à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
2. Chamar o paciente pelo nome completo e solicitar que se identifique dizendo o seu nome e data de nascimento;
3. Conferir se a prescrição está com os dados corretos, como nome do paciente, nome do medicamento, posologia e diluição, além do nome do prescritor, registro no órgão de classe e a instituição procedente;
4. Perguntar ao paciente se já houve reação alérgica ou hipersensibilidade à Penicilina e Lidocaína. Se a resposta for positiva, entrar em contato com o prescritor para adequação da prescrição. Em caso de gestante, agendar teste de sensibilidade no SAE/CTA Suzano. Caso a alergia seja comprovada, a paciente será encaminhada para dessensibilização em hospital de referência<sup>5</sup>  
OBS: enviar questionário preenchido ANEXO 2
5. Perguntar ao paciente se tem silicone industrial injetado ou prótese de silicone e se sim, qual a localização
6. Caso a resposta seja negativa, iniciar o procedimento

#### **- Preparo do frasco-ampola de Penicilina Benzatina<sup>12</sup>:**

1. Agite o frasco-ampola, com batidas leves, para soltar o pó do fundo;
2. Retire o lacre metálico do frasco-ampola;
3. Realize a desinfecção, com algodão e álcool 70%, tanto da tampa de borracha do frasco-ampola, quanto do gargalo da ampola com o diluente (água para injetáveis);
3. Abra a ampola do diluente (água para injetáveis), aspire 3,1mL e injete em turbilhão no interior do frasco-ampola;
4. Realizar a reconstituição de forma longitudinal, por aproximadamente 20 segundos, até a completa reconstituição.

- **Preparo da Lidocaína 2% sem vasoconstritor**

1. Realize a desinfecção, com algodão e álcool 70%, da tampa de borracha do frasco-ampola de lidocaína 2% sem vasoconstritor;
2. Com outra seringa e agulha, aspire 0,5mL de lidocaína 2% sem vasoconstritor.

- **Preparo da associação Penicilina Benzatina com Lidocaína 2% sem vasoconstritor**

1. Inserir os 0,5mL de lidocaína 2% previamente aspirados no frasco-ampola de Penicilina Benzatina;
2. Retire a seringa, sem que haja contaminação da agulha;
3. Gire suavemente o frasco-ampola entre as mãos para misturar a lidocaína com a penicilina;
4. Inserir ar na seringa em volume equivalente ao do líquido que será aspirado do frasco;
5. Com a borracha do frasco voltada para baixo, erga o frasco verticalmente, injete o ar e aspire a dose o conteúdo do frasco-ampola, que deve totalizar 4mL;
6. Troque a agulha para aplicação (30x8 ou 25x8);

- **Aplicação da Penicilina Benzatina com Lidocaína 2% sem vasoconstritor**

1. Escolher o local da aplicação, que deve ser no quadrante superior externo da região glútea, injeção intramuscular profunda;  
OBS: Não devem ser administrados mais que 4mL em um mesmo local de aplicação. Para as doses de 2.400.000UI, deve-se variar o local da injeção. O intervalo mínimo para nova aplicação é de 7 dias consecutivos<sup>12</sup>
2. Realizar a antissepsia da pele;
3. Deve ser evitada a administração em vasos sanguíneos e nervos ou próximo a estes, pois podem ocorrer lesões neurovasculares sérias. Antes de injetar o medicamento, deve ser certificado que a agulha não esteja em um vaso sanguíneo, puxando o êmbolo da seringa para trás. Se aparecer sangue, ou qualquer alteração na cor do produto, deve-se retirar a agulha e injetar em outro

local.

4. A injeção deve ser feita lentamente (até 2 minutos);
5. Para retirar a seringa/agulha, fazer um movimento único e firme;
6. Realizar compressão leve no local;
7. Observar o paciente por 30 minutos após a aplicação, para garantir a segurança do mesmo
8. Realizar o descarte dos materiais em recipientes próprios para este fim (lixo infectante e coletor de material perfuro-cortante)
9. As mãos devem ser higienizadas com água e sabão

### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

O medicamento deve ser preparado na presença do paciente;

Observar se ocorrem mudanças na coloração, ou formação de cristais ou precipitados durante o processo de reconstituição, diluição e administração dos medicamentos. Se ocorrer alguma mudança, interromper o processo.

Em caso do paciente possuir silicone industrial ou prótese de silicone, não realizar a administração do medicamento. Conversar com enfermeiro ou médico para adequação da prescrição.

## ANEXO 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO

### DIAGNÓSTICO DE SENSIBILIDADE À PENICILINA EM GESTANTES

#### QUESTIONÁRIO

Unidade de Saúde (nome): \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel. da Unidade: \_\_\_\_\_

Cód. CNES: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

e-mail da Unidade: \_\_\_\_\_

#### I- ANAMNESE DE ALERGIA À PENICILINA

##### A – Identificação da Paciente

NOME: \_\_\_\_\_

CNS (Cartão SUS): |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Idade |\_\_|\_\_|anos Idade Gestacional \_\_\_\_\_ semanas

B – Uso prévio de penicilina: SIM ( ) NÃO ( ) IGNORADO ( )

Se sim, qual foi a via de administração: VO ( ) IM ( ) EV ( ) IGNORADO ( )

Qual tipo de penicilina: \_\_\_\_\_

Quando foi utilizada: \_\_\_\_\_

C – Ocorrência de reação alérgica após uso da penicilina: SIM ( ) NÃO ( )

##### Se SIM, TIPO:

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1. Urticária ou angioedema ( ) | 9. Necrólise epidérmica tóxica ( ) |
| 2. Hipotensão ( )              | 10. OUTRAS: _____                  |
| 3. Edema de laringe ( )        | _____                              |
| 4. Broncoespasmo ( )           | _____                              |
| 5. Choque ( )                  | _____                              |
| 6. Doença do soro ( )          | _____                              |
| 7. Dermatite esfoliativa ( )   | _____                              |
| 8. Steven - Johnson ( )        | _____                              |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO

#### D – Histórico Médico da Gestante (Paciente)

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1. Asma ( )               | 4. Leucemia linfóide aguda ( ) |
| 2. Fibrose cística ( )    | 5. Atopia ( )                  |
| 3. Doenças autoimunes ( ) | 6. Diabetes ( )                |
| 7. OUTRAS: _____          | _____                          |

#### E – Doenças Alérgicas: \_\_\_\_\_

(Ex.: Dermatite atópica, alergia alimentar, alergia a veneno de vespas/abelhas, alergia a látex)

#### F – Reações medicamentosas durante cirurgia prévia:

SIM ( ) NÃO ( )

Dentista ( ) Anestesia Local ( ) Anestesia Geral ( )

G. Reações à vacinação: SIM ( ) NÃO ( )

#### H. Medicamentos em uso:

Beta –bloqueadores SIM ( ) NÃO ( ) IGNORADO ( )

Anti-histamínicos SIM ( ) NÃO ( ) IGNORADO ( )

Descongestionantes SIM ( ) NÃO ( ) IGNORADO ( )

Outros medicamentos SIM ( ) NÃO ( ) IGNORADO ( )

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

I. A Gestante (Paciente) já realizou teste intradérmico (ID) de sensibilidade à penicilina anteriormente? SIM ( ) NÃO ( )

J. Frente aos dados clínicos, a paciente deve ser encaminhada para teste ID de sensibilização à Penicilina SIM ( ) NÃO ( )

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (nome Legível): \_\_\_\_\_

CRM/COREN: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



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

**NOTA INFORMATIVA Nº 002/2022/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP**

Dispõe sobre atualização em relação as orientações para o manejo clínico dos casos de sífilis congênita e criança exposta a sífilis no estado de São Paulo.

A sífilis congênita continua sendo um grave problema de saúde pública mundial<sup>1</sup> e as ações para a sua prevenção envolvem o controle da sífilis na comunidade e em gestantes, durante o pré-natal.

A maioria das pessoas com sífilis adquirida são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.<sup>1-3</sup> A probabilidade de transmissão vertical (intraútero) é mais frequente na sífilis recente, de 70 a 100%, e se reduz com a evolução da doença, passando para 30% na sífilis tardia. Também pode ocorrer transmissão durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão da sífilis no canal de parto.<sup>1-3</sup>

A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário, com mais treponemas circulantes) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Até 50% das gestações em mulheres com sífilis não tratada terão desfechos gestacionais adversos.<sup>2,3</sup>

Esta Nota Técnica tem como objetivo apresentar as atualizações e orientações no manejo clínico e epidemiológico dos casos de sífilis congênita no estado de São Paulo (Figura 1), em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (PCDT-TV) e de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) do Ministério da Saúde.

## Considerações:

### Atenção Primária a Saúde - Pré-natal

1. Importante ressaltar que gestantes 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. Além disso, títulos baixos também são encontrados na infecção recente (anticorpos circulando em baixas concentrações).<sup>2-4</sup>
2. A análise isolada do título de um único resultado de teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas.<sup>2,3</sup>
3. Há que se incorporar a ideia de que títulos altos nos testes não treponêmicos (**em queda**) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados e de que títulos baixos podem ser encontrados em três situações: (i) infecção recente; (ii) estágios tardios da infecção (sífilis tardia); e (iii) casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação (esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado “cicatriz sorológica”).<sup>2,3</sup>
4. Os testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico-epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. Os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico.<sup>2-4</sup>
5. Importante ressaltar que gestantes tratadas com outros medicamentos que não penicilina serão consideradas com tratamento inadequado para o recém-nascido e este será classificado como caso de sífilis congênita.<sup>1-3</sup>
6. O monitoramento da gestante pós-tratamento, com teste não treponêmico, deve ser realizado **mensalmente** (Quadro 1) e permite avaliar se ocorreu resposta imunológica adequada, uma vez que, mesmo com o tratamento adequado na gravidez, em cerca de 14% dos casos poderá ocorrer óbito fetal ou nascimento de crianças com evidências clínicas de sífilis congênita. Os principais fatores relacionados à falha terapêutica da sífilis materna são: (i) coinfeção HIV-sífilis; (ii) estágios precoces da sífilis; (iii) altos títulos de teste não treponêmico (VDRL, RPR) no momento do tratamento e no parto; (iv) gravidade da doença fetal (hidropisia, hepatomegalia, espessamento placentário, ascite e anemia fetal); (v) tratamento

realizado após a 24<sup>a</sup> semana gestacional; (vi) esquema terapêutico com subdoses para a fase clínica (inadequado).<sup>1-3</sup>

7. O monitoramento mensal das gestantes (Quadro 1) permite avaliar a queda da titulação, mas, também tem o intuito de descartar o aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da gestante e das parcerias sexuais.<sup>2,3</sup>
8. Após o parto, as puérperas devem ser seguidas com teste não treponêmico trimestral, até o 12<sup>o</sup> mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).<sup>2,3</sup>
9. Ressalta-se que “cicatriz sorológica” é a persistência de resultados reagentes em testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos após o tratamento anterior **documentado, adequado** para a classificação clínica da sífilis, com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições e **descartada a possibilidade de reinfecção no período analisado**.<sup>2,3</sup> Salienta-se que para definição de “cicatriz sorológica” não deve ser considerada informação verbal sobre tratamento realizado anteriormente.
10. Estimular a participação da parceria sexual durante todo o processo de pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da gestante, do bebê e da parceria. Quando as parcerias sexuais não são tratadas podem levar à reinfecção das gestantes, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos. No estado de São Paulo, apenas 44% das parcerias sexuais de gestantes foram tratadas nos últimos quatro anos.<sup>1-3,5</sup>
11. Testar, tratar, acompanhar e orientar parcerias sexuais. Lembrar que parcerias sexuais de casos de sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes, portanto devem ser tratadas **presumivelmente** com apenas uma dose de benzilpenicilina benzatina intramuscular (2.400.000 UI). Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico, seguimento trimestral com teste não treponêmico e notificação do caso.<sup>1-3</sup>
12. O risco de reinfecção por sífilis deve ser acompanhado durante todo o período do pré-natal.<sup>2,3</sup> Oferecer preservativos e orientar a gestante sobre técnicas de uso em todas as relações sexuais para evitar reinfecção.<sup>2,3</sup>

#### **Na maternidade ou casa de parto:**

13. Avaliar criteriosamente o **tratamento materno documentado** (caderneta da gestante, prontuário da paciente). **NÃO** deve ser considerada informação verbal. Avaliar se o tratamento da gestante foi finalizado antes do parto e realizado com

benzilpenicilina benzatina, de acordo com a classificação clínica e iniciado até 30 dias antes do parto (Quadro 1). Checar as datas de aplicação do medicamento, as doses aplicadas, os resultados e datas de testes para sífilis durante o pré-natal – teste treponêmico e não treponêmico (titulação no diagnóstico e no seguimento após o tratamento) – e tratamento das parcerias sexuais. Elevação dos títulos de teste não treponêmico (VDRL, RPR) em duas diluições ou mais (ex.: título do último teste no pré-natal = 1:4 e na maternidade = 1:16) pode significar: reinfecção, falha terapêutica ou tratamento inadequado.<sup>1-3</sup>

14. O tratamento de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação não garante proteção contra uma nova infecção no período gestacional. Também a manutenção de títulos baixos e estáveis de testes não treponêmicos (VDRL, RPR) durante a gestação não é garantia de tratamento realizado adequadamente ou da não ocorrência de falha terapêutica. Portanto, independentemente do histórico materno de tratamento prévio, todos os recém-nascidos de mães com sorologias reagentes para sífilis no momento do parto, devem realizar o teste não treponêmico (VDRL, RPR) no sangue periférico logo após o nascimento.<sup>1-3</sup>
15. Considerando que não existe um exame laboratorial que determine o diagnóstico de sífilis congênita, faz-se necessária uma avaliação criteriosa do histórico materno sobre o diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação, comparação dos testes não treponêmicos em sangue periférico pareados da mãe e do recém-nascido e minucioso exame físico da criança. Lembrar que a maior parte das crianças com sífilis congênita é assintomática ao nascer, cerca de 86% dos casos no estado de São Paulo em 2021.<sup>1-3</sup>
16. Em crianças, o título de teste não treponêmico (VDRL, RPR) maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, recém-nascido maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita.<sup>1-3</sup> Entretanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico da doença, uma vez que, alguns estudos demonstraram que menos de 30% dos recém-nascidos com sífilis congênita possuem resultados pareados de títulos de teste não treponêmico (VDRL, RPR) maiores que o materno em duas diluições.<sup>2,3,6</sup>
17. A investigação do recém-nascido e a conduta para o caso devem seguir o fluxograma descrito na Figura 1 e o tratamento de acordo com os Quadros 2 e 3. Ressalta-se a importância da avaliação criteriosa do tratamento materno adequado para sífilis (Quadro 1), da realização de exame físico minucioso no recém-nascido, assim como, outros exames laboratoriais que se fizerem necessários na avaliação clínica, como: glicemia, bilirrubinas, transaminases etc.<sup>2,3</sup>

18. A alta do recém-nascido deve ser qualificada, para dar continuidade do atendimento na Atenção Primária a Saúde. Importante realizar a contrarreferência, com consulta agendada e resumo de alta completo (incluindo resultados de exames), de modo a garantir o seguimento clínico e laboratorial da criança exposta a sífilis ou com sífilis congênita na puericultura.<sup>1-3</sup>

### **Atenção Primária a Saúde - puericultura**

19. É essencial garantir o seguimento clínico e laboratorial, nos serviços de Atenção Primária a Saúde, de **TODAS** as crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita, pelo menos até os 18 meses de idade, na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento realizado na maternidade.<sup>1-3</sup>

20. Estudos têm mostrado que a perda de seguimento de crianças expostas a sífilis ou com sífilis congênita é muito elevada, chegando a 60% no interior do estado de São Paulo<sup>7</sup>, 70% em Porto Alegre<sup>8</sup> e até 80% no interior de Minas Gerais.<sup>9</sup> A construção da linha de cuidado da criança exposta a sífilis e com sífilis congênita pode contribuir para o monitoramento adequado dos casos.<sup>10</sup>

21. O seguimento clínico das crianças expostas ou com sífilis congênita deve ser realizado com consultas na rotina da puericultura: 1ª semana de vida e nos meses: 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses, com retorno para checagem de exames, se for o caso.<sup>1-3</sup>

22. Deve ser realizado o seguimento laboratorial das crianças expostas ou com sífilis congênita com teste não treponêmico (VDRL, RPR) nos meses: 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes **não reagentes** consecutivos.<sup>1-3</sup>

23. É importante a realização de teste treponêmico após os 18 meses de idade, especialmente em crianças que não preencheram critério para tratamento, na maternidade<sup>1</sup>. Na ocorrência de resultado reagente, estas crianças devem ser investigadas, tratadas e notificadas.<sup>1</sup>

24. A sífilis congênita pode trazer complicações para a criança, sendo importante que os casos sejam avaliados por especialistas no seguimento pós-neonatal, a cada seis meses, durante dois anos.<sup>1-3</sup> As avaliações são necessárias para detectar alterações oftalmológicas (coriorretinite, glaucoma, atrofia óptica, ceratite intersticial), audiológicas (perda auditiva sensorial) e neurológicas (atraso no desenvolvimento psicomotor).<sup>1-3</sup> No caso de alteração do líquido cefalorraquidiano na maternidade, deve-se repetir a punção lombar a cada 6 meses até a normalização bioquímica, citológica e sorológica.<sup>1-3</sup>

## **Vigilância Epidemiológica:**

25. Todas as crianças que preencherem o critério de sífilis congênita devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme Figura 2. As crianças expostas podem ser notificadas às vigilâncias epidemiológicas para o monitoramento do seguimento, entretanto, recomendamos não incluir no Sinan.<sup>11</sup>
26. Toda gestante com diagnóstico de sífilis deve ser notificada durante o pré-natal. Caso o diagnóstico tenha ocorrido no momento do parto ou no pós-parto, a maternidade/casa de parto deve notificar as parturientes/puérperas com sífilis. Também devem ser notificadas na maternidade/casa de parto as que tiveram o diagnóstico no pré-natal, mas sem registro de notificação. Portanto, para evitar duplicidade de casos, recomenda-se que seja anotado o número do Sinan na caderneta da gestante. Ressalta-se que a notificação da parturiente ou puérpera deve ser realizada na Ficha de notificação/investigação de gestante com sífilis.

Abaixo são apresentados os Fluxogramas (Figuras 1 e 2) para o manejo clínico e notificação de casos (de acordo com os critérios de definição de caso de sífilis congênita vigentes no Brasil) e os Quadros 1, 2 e 3 para o tratamento da sífilis na gestação e sífilis congênita. No manejo clínico das crianças expostas ou com sífilis congênita recomenda-se a observância dos itens apresentados acima.

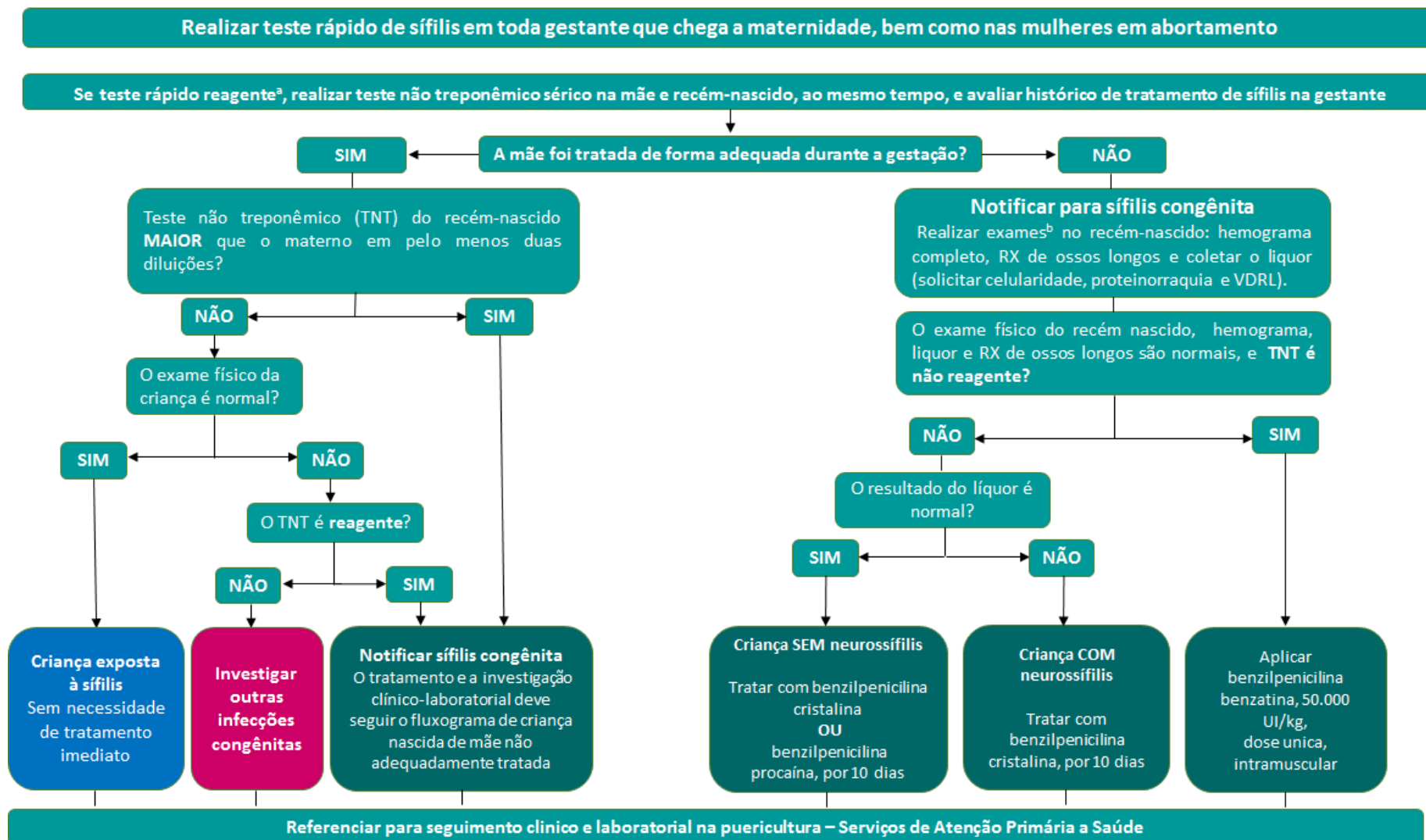
São Paulo, 05 de dezembro de 2022.

## **Referências:**

1. SES-SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2.ed. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2016. [acesso em 24 out 2022]. Disponível em: ([https://issuu.com/crtidstaidssp/pt-aidspcrtaids/docs/guia\\_de\\_bolso\\_da\\_sifilis\\_-\\_2016](https://issuu.com/crtidstaidssp/pt-aidspcrtaids/docs/guia_de_bolso_da_sifilis_-_2016))
2. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em 24 out. 2022.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em 24 out. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis/view>. Acesso em: 24 out. 2022.
5. SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Programa Estadual de IST/Aids. Boletim Epidemiológico AIDST. 2021; vol 38, nº1. ISSN 1987-641x.
6. Morshed MG, Singh AE. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. Clin Vaccine Immunol. 2015;22(2):137-147. doi: 10.1128/CVI.00681-14.
7. Silveira SLA. Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário [dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista; 2017.
8. Lago EG, Vaccari A, Fiori RM. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. Sex Transm Dis. 2013;40(2):85-94. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827bd688.
9. Lafeta KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006.
10. Estado de São Paulo. Palácio dos Bandeirantes. Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP nº 151, de 24 de novembro de 2021. Aprova a Nota Técnica CIB - Implantação da Linha de Cuidado da Criança com Sífilis Congênita ou exposta a Sífilis, no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 2021 nov, nº 224, Seção 1, p36.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa n.º 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf). Acesso em: 24 out. 2022.
12. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70 (4):39-60.

**Figura 1.** Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no momento do parto.



Fonte: Adaptado do DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT = Teste não treponêmico em sangue periférico.

<sup>a</sup>Realizar TNT em sangue periférico em todos recém-nascidos de mãe com teste rápido e/ou TNT reagente no momento do parto, independentemente de tratamento prévio realizado.

<sup>b</sup>Realizar outros exames laboratoriais quando necessários (por exemplo: glicemia, bilirrubinas, transaminases etc).

**Quadro 1.** Tratamento e monitoramento de sífilis em gestantes\*

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
<p><b>Sífilis recente:</b> sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de evolução).</p>	<p>Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 2 semanas.<sup>1</sup></p> <p><b>Dose total:</b> 4,8 milhões UI, IM</p>	<p>Mensal (teste não treponêmico)</p>	<p>Certas evidências indicam que uma terapia adicional é benéfica para prevenir sífilis em gestantes. Para mulheres que têm doença primária, secundária ou latente recente, uma segunda dose de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM pode ser administrada uma semana após a dose inicial.<sup>1,12</sup></p>
<p><b>Sífilis tardia:</b> sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.</p>	<p>Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas.<sup>1-3</sup></p> <p><b>Dose total:</b> 7,2 milhões UI, IM</p>	<p>Mensal (teste não treponêmico)</p>	<p>Para gestantes o intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Se uma mulher grávida não retornar para a próxima dose no 7º dia, todos os esforços devem ser feitos para contatá-la e vinculá-la imediatamente ao tratamento.<sup>1-3,12</sup></p> <p>Gestantes com atraso entre as doses &gt; 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo.<sup>12</sup></p>

\*Tratamento materno adequado: Tratamento completo e finalizado antes do parto, realizado com benzilpenicilina benzatina (penicilina G benzatina), de acordo com a classificação clínica da sífilis materna e iniciado até 30 dias antes do parto.

**Quadro 2:** Tratamento da sífilis congênita no período neonatal<sup>1-3</sup>

ESQUEMA TERAPÊUTICO	INTERVALO ENTRE AS DOSES	DURAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV)	12/12h (crianças com menos de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de 1 semana de vida)*	10 dias	Crianças COM ou SEM neurosífilis
Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular (IM)	1 vez por dia	10 dias	Crianças SEM neurosífilis É necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.
Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular (IM)	dose única		Crianças nascidas de mães não tratadas ou tratadas de forma não adequada, com exame físico normal, exames complementares normais (líquor, RX de ossos longos, hemograma etc) e teste não treponêmico NÃO REAGENTE ao nascimento.

\*Intervalo de 12/12 h até o 7º dia de vida, passando para 8/8h a partir do 8º dia de vida até completar 10 dias de tratamento. Recém-nascido entre o 8º e o 28º dia de vida inicia o tratamento com intervalo entre as doses de 8/8h por 10 dias.

**Quadro 3:** Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal<sup>2,3</sup>

<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO</b>	<b>INTERVALO ENTRE AS DOSES</b>	<b>DURAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, intravenosa (IV)	4/4h a 6/6h	10 dias	Crianças COM ou SEM neurosífilis

**Figura 2.** Fluxograma para notificação de sífilis congênita, segundo situação de definição de caso para vigilância epidemiológica no Brasil.

