



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente  
Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis

## NOTA INFORMATIVA Nº 4/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS

Dispõe sobre as orientações para o diagnóstico e tratamento de casos de sífilis no Sistema Prisional Feminino.

### I – CONTEXTUALIZAÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que afeta a saúde sexual e reprodutiva e tem importantes consequências clínicas e psicológicas, além de marcar uma suscetibilidade acrescida para a infecção pelo HIV. Trata-se de problema de saúde global, por apresentar elevada prevalência em todo o mundo. A sífilis também pode ser transmitida de forma vertical para o feto quando o tratamento durante o pré-natal não é feito de forma adequada. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional e tem alto potencial de gerar complicações fetais e infantis, como aborto, parto prematuro e mal formação da criança. A permanência de pessoas em idade reprodutiva sem tratamento para sífilis interfere no controle da infecção e na probabilidade de eliminação da transmissão vertical do agravo.

O diagnóstico de sífilis é realizado por avaliação clínica e laboratorial. Exames padronizados definem a conduta clínica a partir da combinação de resultados de dois tipos de testes, a saber: testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA, EQL) e testes não treponêmicos (ex.: VDRL, RPR). Os testes treponêmicos são os mais indicados para iniciar a investigação de sífilis, não cabendo utilização destes para o monitoramento do tratamento (BRASIL, 2021). Para além da definição diagnóstica, os testes não treponêmicos devem ser realizados após o tratamento, para controle de cura e monitoramento de possíveis reinfecções. No caso de gestantes, após o tratamento, deve ser solicitado teste não treponêmico mensal até o momento do parto. Para mulheres não gestantes, o seguimento com testes não treponêmicos deve ser trimestral até o 12º mês do acompanhamento – aos 3, 6, 9 e 12 meses (BRASIL, 2020).

A sífilis pode ser classificada em:

- Sífilis recente (até um ano da infecção): sífilis primária (presença de cancro), sífilis secundária (lesões cutâneas, palmo-plantares etc.) e sífilis latente recente (assintomática).
- Sífilis tardia (mais de um ano da infecção): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada (assintomática) e sífilis terciária (acometimento do sistema cardiovascular e neurológico, entre outros).

A fase de latência corresponde ao período longo definido pela ausência de sinais e sintomas característicos da sífilis. Nessa fase, os testes

diagnósticos reagentes estabelecem o diagnóstico.

As Infecções Sexualmente transmissíveis apresentam prevalência desproporcional entre segmentos sociais. Aspectos como baixa renda, baixa escolaridade, interseções de gênero, raça e etnia, ser adolescente, idoso, profissionais do sexo, usuário de álcool ou outras drogas, assim como estar inserido em contextos que envolvem violência, machismo, sexismo, racismo, situações de discriminação ou de criminalização aumentam a vulnerabilidade à essas infecções e doenças e contribuem para ampliar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, ao diagnóstico precoce e ao cuidado integral à saúde.

Estudos recentes mostram elevada prevalência de sífilis entre mulheres privadas de liberdade no Brasil, com taxas que variam entre 5,7% e 28% (BATISTA *et al.*, 2020; LOPES *et al.*, 2001). As condições de encarceramento aumentam a vulnerabilidade e o risco de transmissão de agravos ocasionados por agentes infecciosos.

Considerando populações com alta prevalência de sífilis (5% ou mais), em situações de limitada capacidade laboratorial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda iniciar imediatamente o tratamento com uma dose de benzilpenicilina benzatina (2.400.000 UI, intramuscular) após a realização de apenas um teste treponêmico com resultado reagente (ex.: teste rápido) ou um teste não treponêmico com resultado reagente (ex.: VDRL/RPR). Além disso, caso não seja possível a realização de testes complementares para confirmação diagnóstica, e na impossibilidade de definir o tempo de infecção, devem-se administrar três doses de benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI (total de 7.200.000 UI), intramuscular, a cada sete dias (WHO, 2017).

Assim, a presente Nota Informativa objetiva orientar o manejo clínico de mulheres privadas de liberdade frente às possíveis interpretações dos resultados de diferentes testes diagnósticos e à necessidade premente de eliminar a transmissão vertical da sífilis no Brasil.

## II – TRATAMENTO DA SÍFILIS E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL NO SISTEMA PRISIONAL FEMININO

As recomendações sintetizadas no fluxograma do Apêndice 1 visam facilitar o atendimento e efetivar o tratamento oportuno da sífilis entre a população do sistema prisional feminino, considerada uma população de maior vulnerabilidade e com alta prevalência de sífilis. As diversas situações possíveis estão descritas a seguir:

**a) Na disponibilidade de testes treponêmicos e não treponêmicos:** a mulher privada de liberdade (gestante ou não gestante) com teste rápido para sífilis reagente deverá ser tratada imediatamente com benzilpenicilina benzatina (2.400.000 UI, intramuscular) e realizar teste não treponêmico (ex.: VDRL/RPR) para confirmação diagnóstica. Para esse teste, a amostra de sangue periférico deve ser coletada com a maior brevidade possível.

**b) No caso de teste treponêmico reagente e teste não treponêmico com títulos baixos, e na impossibilidade de acesso a registros de tratamentos prévios:** a mulher privada de liberdade (gestante ou não gestante) com teste rápido reagente para sífilis e teste não treponêmico (ex.: VDRL/RPR) reagente com

títulos baixos (ex: 1:1, 1:2), sem acesso a registro de tratamento prévio ou história de exposição sexual de risco após tratamento prévio, não será considerada caso de cicatriz sorológica e deverá ser tratada imediatamente com benzilpenicilina benzatina 2.400.000UI (1.200.000 UI em cada glúteo), intramuscular, a cada sete dias, durante três semanas (dose total: 7.200.000 UI).

**c) N a indisponibilidade de testes não treponêmicos para confirmação diagnóstica ou para o monitoramento oportuno, e na impossibilidade de acesso a registros de tratamentos prévios:** a mulher privada de liberdade (gestante ou não gestante) com teste rápido reagente para sífilis deverá ser tratada imediatamente com benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), intramuscular, a cada sete dias, durante três semanas (dose total: 7.200.000 UI).

**d) N a indisponibilidade do segundo teste treponêmico com metodologia diferente, para confirmação diagnóstica no caso de discordância de resultados de teste rápido e teste não treponêmico:** a mulher privada de liberdade (gestante ou não gestante), deverá ser tratada com três doses de 2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina (dose total: 7.200.000 UI).

Ressalta-se que, em situações de teste rápido para sífilis reagente e teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR) não reagente, há indicação de realizar um teste treponêmico adicional a outra metodologia (ex.: FTA-Abs, TPHA, EQL) para a conclusão diagnóstica. Por exemplo, a sífilis tardia pode apresentar resultados de testes diagnósticos discordantes, com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente, não sendo possível descartar o diagnóstico de sífilis sem a realização de segundo teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.

Vale salientar que a alergia à benzilpenicilina benzatina é um evento raro, que NÃO inviabiliza sua aplicação na unidade prisional. Os casos referidos de suspeita de alergia à penicilina precisam ter essa alteração qualificada por anamnese criteriosa, mediante a qual se consegue descartar grande parte desses casos.

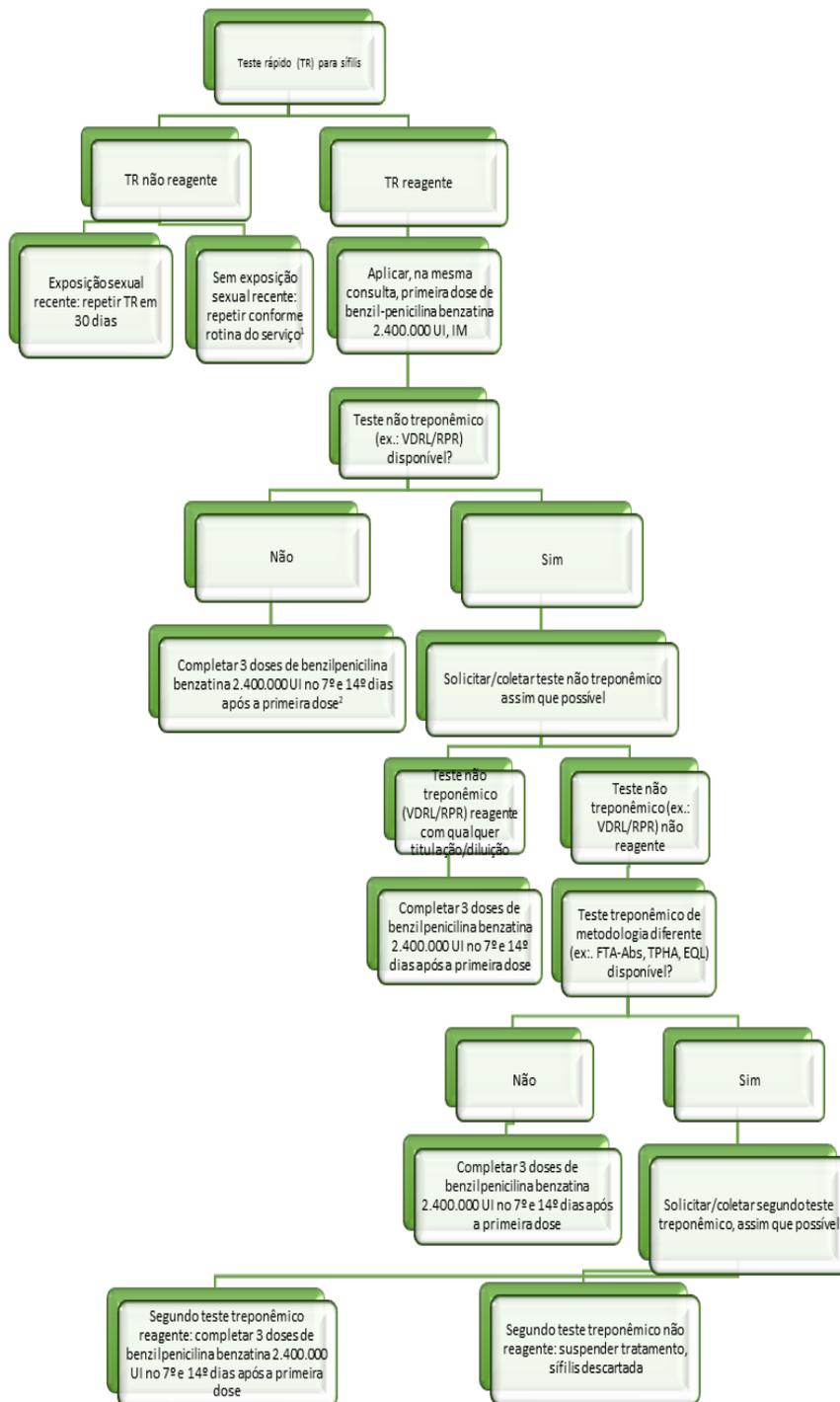
### III – NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS

A sífilis adquirida e a sífilis em gestante são agravos de notificação compulsória, conforme a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). A notificação deverá ser realizada de acordo com os critérios estabelecidos no Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019).

Para mais informações, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – PCDT-IST (BRASIL, 2020), documento de referência para tratamento e monitoramento dos casos de sífilis no Sistema Único de Saúde (SUS), disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.

Verificar também o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis (BRASIL, 2021), que contém orientações mais detalhadas sobre testes e fluxogramas para diagnóstico de sífilis, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da>

## APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE SÍFILIS NO SISTEMA PRISIONAL FEMININO



Fonte: DCCI/SVS/MS.

### Notas:

<sup>1</sup> Se gestante, repetir o teste rápido para sífilis no terceiro trimestre de gestação ou em qualquer momento, se houver exposição sexual de risco ou violência sexual.

<sup>2</sup> Realizar teste não treponêmico assim que disponível. Em caso de demora na realização do teste não treponêmico, considerar que a titulação geralmente decresce rapidamente após o tratamento, o que pode prejudicar a interpretação do resultado para confirmação diagnóstica e monitoramento.

### Observações:

- Todo procedimento e resultado de teste diagnóstico deve ser registrado em prontuário, e no caso das gestantes, em prontuário e caderneta da gestante.
- Após o tratamento completo para sífilis, realizar coleta de teste não treponêmico (ex.: VDRL/RPR) mensal para a gestante até o parto, e trimestral por um ano para mulheres após o parto ou mulheres não gestantes.

- Mulheres com registro prévio de tratamento completo com benzilpenicilina benzatina (7.200.000 UI) deverão ser tratadas novamente caso apresentem testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) com aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, ou de 1:4 para 1:16), ou na ocorrência de reinfeção.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Acesso 07 de fevereiro de 2022

BATISTA, Mara Ilka Holanda de Medeiros *et al.* High prevalence of syphilis in a female prison unit in Northeastern Brazil. **Einstein**, São Paulo, SP [*on-line*], v. 18, p. eAO4978, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO4978](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4978). Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 3 dez. 2021.

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)** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, suplemento, p. 288, 3 out. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**: volume único [Internet]. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 740 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf). Acesso em: 3 dez. 2021.

LOPES, Fernanda *et al.* Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Cadernos de Saúde Pública** [*on-line*], 17, n. 6, p. 1473-1480, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600018>. Acesso em: 3 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guideline on Syphilis Screening and Treatment for Pregnant Women**. Geneva: World Health Organization, 2017 [*on-line*]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreat-guidelines/en/>. Acesso em: 3 dez. 2021.



**Miranda, Coordenador(a)-Geral de Vigilância e das Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 11/07/2022, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerson Fernando Mendes Pereira, Diretor(a) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 12/07/2022, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 13/07/2022, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 20/10/2022, às 16:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Leopoldo Nogueira Neto, Coordenador(a)-Geral de Estratégia da Saúde da Família**, em 20/10/2022, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 21/10/2022, às 09:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0027980303** e o código CRC **09D87DCC**.

Brasília, 08 de julho de 2022.

Referência: Processo nº 25000.096459/2022-45

SEI nº 0027980303

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis - CGIST  
SRTVN 701 Bloco D - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719040  
Site - <http://www.aids.gov.br/>