

# **PROTOCOLO MUNICIPAL DE MANEJO DA SÍFILIS E OUTRAS ISTS PELOS ENFERMEIROS**

## FICHA TÉCNICA

### *Elaboração técnica:*

Helena Ferreira Solla Costa  
Enfermeira COREN-SP 281.531  
Enfermeira – C.M.A.E.

Luciana Frutuoso Guerrero  
Enfermeira COREN-SP 92.969  
Enfermeira – C.M.A.E.

Daniangela de Grandi Barbosa  
Biomédica CRBM-SP: 11.601  
Coordenadora Programa Municipal IST/AIDS

### *Revisão técnica:*

Anete Versolato  
Farmacêutica CRF-SP 59.891  
Coordenadora Laboratório Municipal

Vanderson Farley Brito dos Santos  
Enfermeiro COREN-SP 141.348  
Assessor de Planejamento SES – Atenção Primária

Fabiana dos Santos Baptista  
Enfermeira COREN-SP 281.530  
Supervisora da Atenção Primária

Vanessa Antunes Marciano  
Enfermeira COREN-SP 93.110  
Assessora de Planejamento SES – Núcleo de Políticas de Saúde

Giovana de Góes Muknicka – Farmacêutica CRF-SP 69.387  
RQE Farmácia Clínica 17057-76 Supervisora Núcleo de  
Políticas de Saúde

### *Aprovação:*

João Pedro Arruda Fraletti Miguel – **Secretário Municipal de Saúde**

Versão: 2.0-Agosto de 2026

Previsão de revisão: Agosto/2028

Número do processo SEI: 3552205.404.00115969/2026-70

### Ficha Catalográfica:

Sorocaba (Município). Secretaria da Saúde. Protocolo Municipal de Manejo da Sífilis e outras ISTs pelos Enfermeiros/ Secretaria da Saúde de Sorocaba. – Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2026.

39p. : il. ; 29 cm.

Inclui bibliografia e apêndices.

1. Protocolos clínicos. 2. Manejo de Sífilis e outras ISTs pelos Enfermeiros 3. Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada 4. Manejo 5. Esquema Terapêutico 6. Sorocaba (SP).

I. Título. II. Secretaria da Saúde de Sorocaba.

CDD: 616.9513



|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                             | <b>4</b>  |
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                            | <b>5</b>  |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>                             | <b>6</b>  |
| <b>2.1 Objetivo Geral.....</b>                       | <b>6</b>  |
| <b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>                | <b>6</b>  |
| <b>3. PÚBLICO-ALVO.....</b>                          | <b>6</b>  |
| <b>4. SIGLAS E DEFINIÇÕES.....</b>                   | <b>6</b>  |
| <b>5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA.....</b>         | <b>7</b>  |
| <b>6. DESCRIÇÃO SOBRE A SÍFILIS.....</b>             | <b>7</b>  |
| <b>7. INTERPRETAÇÃO DE EXAMES E DIAGNÓSTICO.....</b> | <b>14</b> |
| <b>8.MANEJO CLÍNICO E ESQUEMA TERAPÊUTICO.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>9. PARCERIAS SEXUAIS.....</b>                     | <b>21</b> |
| <b>10.REAÇÕES ADVERSAS À PENICILINA.....</b>         | <b>22</b> |
| <b>11.SEGUIIMENTO PÓS-TRATAMENTO.....</b>            | <b>24</b> |
| <b>12.SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....</b>                   | <b>27</b> |
| <b>13.VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....</b>             | <b>30</b> |
| <b>14.APÊNDICE.....</b>                              | <b>31</b> |
| <b>15. REFERÊNCIAS.....</b>                          | <b>37</b> |
| <b>16. VIGÊNCIA E REVISÃO.....</b>                   | <b>38</b> |

## **APRESENTAÇÃO**

O presente Protocolo Municipal de Manejo da Sífilis e outras ISTs pelos Enfermeiros do Município de Sorocaba estabelece diretrizes para a organização e qualificação das ações assistenciais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O protocolo foi atualização conforme as novas notas técnicas, nota informativa e protocolos do Estado de São Paulo e do Ministério da Saúde.

O protocolo orienta as equipes quanto à abordagem clínica, fluxos assistenciais, garantindo padronização, rastreabilidade e qualificação da assistência em saúde.

Sua atualização contribui para o fortalecimento da rede de atenção, melhoria da assistência e fortalecimento do papel no enfermeiro neste cuidado essencial aos pacientes e também garantindo melhor assistência ao binômio.

## **1. INTRODUÇÃO**

A sífilis, agravo de alta endemicidade, ainda é considerada um dos principais desafios para a saúde pública brasileira. Atualmente, o município de Sorocaba vem acompanhando a situação do Brasil em relação ao aumento sustentado de casos de sífilis adquirida ao longo dos últimos anos, refletindo simultaneamente a persistência da transmissão sexual pelo uso inconsistente de preservativos, a ampliação do acesso ao diagnóstico e o aprimoramento das ações de Vigilância Epidemiológica.

A sífilis em gestante também apresenta alta e progressiva incidência, enquanto a sífilis congênita apresenta tendência de estabilização do número de casos, embora este número absoluto ainda permaneça muito acima da meta definida pela OMS para sua eliminação. Ainda que importantes desafios ainda persistam em relação à transmissão vertical da sífilis, como o diagnóstico tardio da gestação e/ou da sífilis na gestação, o tratamento da gestante com sífilis não iniciado oportunamente ou incompleto, a ausência de tratamento concomitante da parceria sexual da gestante com reinfecção ainda durante a gravidez, a complexidade da triagem e manejo da sífilis em gestante em alta vulnerabilidade social (por exemplo, usuárias de drogas/álcool). Além da sífilis, é possível verificar um aumento de casos de outras infecções sexualmente transmissíveis como a gonorreia/Clamídia e herpes genital.

Diante desse cenário, a atuação integral dos enfermeiros da rede pública de atenção à saúde, por meio do acolhimento, da oferta oportuna de exames, do manejo adequado e do aconselhamento, é essencial para interromper estas cadeias de transmissão. Assim, a cura destas ISTs é relevante não somente do ponto de vista individual, mas do coletivo, já que o tratamento é considerado uma forma de prevenção de novos casos de transmissão horizontal e vertical.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Estabelecer diretrizes para a organização da assistência prestada pelo Enfermeiro(a) promovendo cuidado integral, prevenção de agravos no manejo da sífilis e outras ISTs pelos Enfermeiros.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Qualificar a assistência aos pacientes;
- Promover o diagnóstico precoce e tratamento da sífilis e infecções sexualmente transmissíveis e outros agravos relevantes;
- Contribuir para a redução de riscos aos pacientes, riscos maternos, perinatais e familiares;
- Fortalecer a corresponsabilização no cuidado gestacional;
- Integrar ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde no âmbito da APS e atenção especializada.

## **3. PÚBLICO-ALVO**

O presente protocolo destina-se aos pacientes e gestantes acompanhados na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada do Município de Sorocaba, independentemente de identidade de gênero, orientação sexual ou configuração familiar.

## **4. SIGLAS E DEFINIÇÕES**

APS – Atenção Primária à Saúde

CMAE-Centro Municipal de Atenção Especializada

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

HPV- Papilomavírus Humano

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PrEP- Profilaxia Pré-Exposição

PCDT- Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

RNDS – Rede Nacional de Dados em Saúde

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

VDRL -Venereal Disease Research Laboratory

## **5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA**

O presente protocolo fundamenta-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Constituição Federal de 1988 (arts. 196, 226 e 227) e a Lei nº 8.080/1990.

No âmbito assistencial e de vigilância, incorpora recomendações para rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose, conforme normativas vigentes do Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

A atuação do Enfermeiro alinha-se a Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017 que dispõe que os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme Protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais em rotina aprovada pela instituição de saúde. Além desse parecer, a Portaria Nacional de Atenção Básica também resguarda, a essa categoria profissional, a autonomia para conduzir casos clínicos de acordo com documentos institucionais validados.

## **6. DESCRIÇÃO SOBRE A SÍFILIS**

A sífilis é uma infecção bacteriana (*Treponema pallidum*) sistêmica, curável que não confere imunidade permanente e pode passar despercebida pelo fato de que a maioria das pessoas infectadas é assintomática ou, ainda, que os sinais e sintomas podem ser sutis e não valorizados, embora a infecção possa continuar sendo transmitida às suas parcerias sexuais na relação desprotegida, inclusive no sexo oral. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, comprometendo diversos órgãos e sistemas do corpo. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os exames disponíveis e suas finalidades e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento, já que se trata de uma reemergência desta doença.

### **6.1 Transmissão**

É transmitida por contato sexual sem preservativo (oral, anal, vaginal) pelas mucosas e microlesões na pele ou verticalmente, para o feto, durante a gestação/parto vaginal de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária, secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente ou tardia). Essa maior transmissibilidade se explica pela presença de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões mucocutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele. Vale a pena ressaltar que, no primeiro ano de latência 25% dos pacientes apresentam recrudescimento do secundarismo e, portanto, pode haver a transmissão.

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

Diferente do HIV que pode ser transmitido pelo aleitamento materno, a sífilis não é transmitida por esta via.

## 6.2 Incubação

De 10 à 90 dias, com média de 21 dias.

## 6.3 Classificação

A infecção pela sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento:

| ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA              | 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)<br>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<br>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, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral |

Fonte: DCCI/SVS/MS

### **6.3.1. Sífilis primária**

A úlcera, rica em treponemas, tem borda bem definida e regular, base endurecida, fundo limpo (embora seja rica em treponemas) e ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca) sendo denominada “cancro duro”. Ele pode não ser notado ou não ser valorizado pelo paciente, pois é indolor. Embora menos frequente, em alguns casos a úlcera primária pode surgir como lesões múltiplas. A lesão é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração pode variar muito, em geral de três a seis semanas, e seu desaparecimento espontâneo independe de tratamento.



### **6.3.2 Sífilis secundária**

As manifestações cutâneo-mucosas são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria. Inicialmente apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas.



As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Estas são lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, têm se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse

diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão. Excepcionalmente, as lesões secundárias podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária.

*Toda erupção cutânea sem causa determinada deve  
ser investigada com testes para sífilis.*

#### **6.3.3. Sífilis latente**

O período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico é realizado exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência.

#### **6.3.4. Sífilis terciária**

Ela ocorre aproximadamente em 15 a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 1 e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. Essas lesões podem causar desfiguração e incapacidade e até morte.

Obs.: pessoas em imunossupressão podem ter a história natural da sífilis modificada.

## 7. INTERPRETAÇÃO DE EXAMES E DIAGNÓSTICO

Os métodos diagnósticos mais utilizados para a detecção da sífilis são os testes imunológicos: treponêmicos e não-treponêmicos. Ambos caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma.

### 7.1 Testes Treponêmicos

Eles são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, devendo ser utilizados preferencialmente como primeiro teste de triagem, seja pela testagem rápida ou por outro método laboratorial. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento, que deve ser feito por teste não treponêmico (VDRL). Trata-se dos testes rápidos (metodologia de imunocromatografia), dos testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. pallidum* Haemagglutination Test) e de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption) e dos ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) e suas variações como os ensaios de quimiluminescência (CMIA).

*Os testes rápidos de sífilis\* (leitura do resultado em no máximo 30 minutos) são seguros e práticos para triagem e podem ser realizados com amostras de sangue colhidas por punção digital ou venosa. Devem ser realizados em qualquer momento, oportunizando tratamento imediato, conforme o caso.*

\* É necessária capacitação profissional específica para a realização dos testes rápidos (maiores informações entrar em contato com o Programa Municipal IST/HIV/HV); sempre consulte a bula e atenda as instruções de cada fabricante.

### 7.2 Testes não treponêmicos

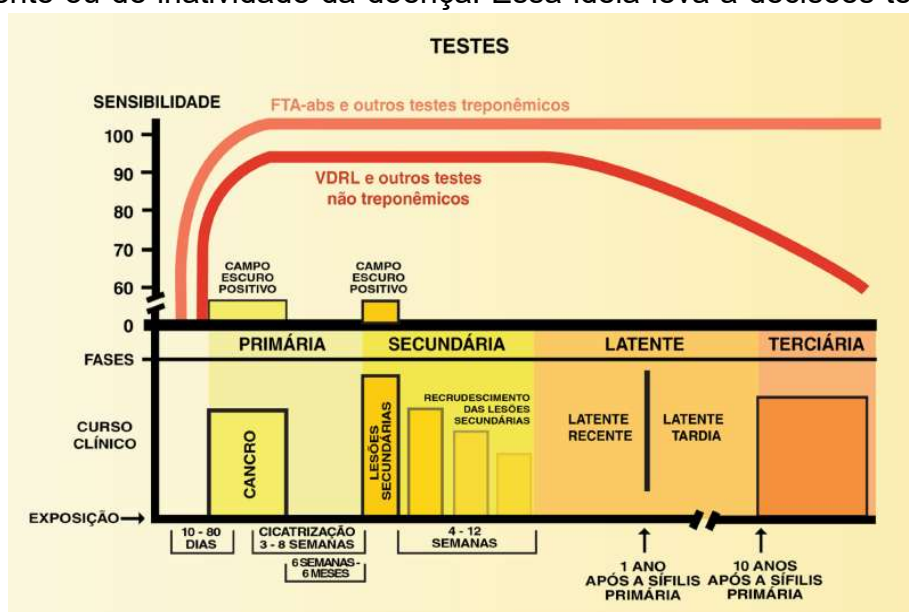
Esses testes detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem a análise qualitativa e quantitativa. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O

teste qualitativo indica a ausência ou presença de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1/1, 1/128, etc), sendo importante para o diagnóstico e fundamental para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura. A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento, quando este foi concluído conforme a prescrição. O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory). Resultados falso-negativos podem ocorrer em decorrência do processo de diluição da amostra, bem como resultados falso-positivos, ainda que raros, podem ocorrer por reação cruzada com outras patologias, como doenças reumáticas, drogadição e até a própria gravidez.

Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos nesses testes. Títulos baixos ( $\leq 1/4$ ) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.

A denominada “cicatriz sorológica” caracteriza-se pela persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado e registrado para sífilis, com evidência de queda de titulação em pelo menos duas diluições (exceto em casos em que a titulação pré-tratamento já seja baixa), afastada a possibilidade de reinfeção no período analisado (MS: PCDT IST/2022).

A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico 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. Há que se incorporar definitivamente 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: 1) infecção recente; 2) estágios tardios da infecção (sífilis tardia); 3) casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negativação.

O diagnóstico da infecção pela sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções/tratamentos passados e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento/monitoramento adequado. A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorecem a suspeição clínica. Entretanto, não há nenhum sinal ou sintoma exclusivo da doença.

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo teste treponêmico, que é o primeiro teste a ficar reagente.



Fonte: DCCI/SVS/MS.

\*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de “cicatriz sorológica”, ou seja, tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento) e afastada a possibilidade de reinfecção.

## 8.MANEJO CLÍNICO E ESQUEMA TERAPÊUTICO

Adolescentes, jovens e adultos em geral e gestantes com sífilis podem ser manejados pelo médico generalista ou especialista, bem como pelo enfermeiro, considerando as observâncias a esse protocolo e suas referências. Nos casos de agravamento/complicação da infecção ou no caso de dúvidas técnicas não elucidadas neste protocolo, estes pacientes devem ser encaminhados ao CMAE (enviar e-mail para [clinicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clinicadst@sorocaba.sp.gov.br) com guia de encaminhamento do profissional do serviço de origem para avaliação e agendamento).

Crianças com suspeita ou confirmação de sífilis devem ser manejadas por médico do CMAE mediante agendamento (enviar e-mail para [clinicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clinicadst@sorocaba.sp.gov.br) com guia de encaminhamento do profissional do serviço de origem para avaliação e agendamento). Ainda que essa criança compareça às interconsultas no CMAE, a UBS deve manter o seguimento da puericultura, a vigilância conjunta do caso em relação aos comparecimentos e aos exames de VDRL, conforme fluxo municipal, sendo que a comunicação entre ambos serviços deve ser efetiva.

Nem sempre é recomendável aguardar a confirmação diagnóstica laboratorial de sífilis. Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato após apenas um teste treponêmico positivo para sífilis, desde que não haja registro de sífilis anteriormente tratada, para os seguintes pacientes e seus contatos sexuais:

- Gestantes;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Vítimas de violência sexual (seguir também o protocolo vigente específico).

Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária, mesmo na impossibilidade de realização de teste rápido, também devem ser tratadas empiricamente, de imediato, devem ser adequadamente orientadas em relação aos exames complementares e ao tratamento da parceria sexual.

A penicilina é o medicamento de primeira escolha para o tratamento de sífilis adquirida sexualmente, sendo a única droga com eficácia documentada para sífilis durante a gestação por atravessar a barreira placentária (casos de alergia à

penicilina, ver adiante). Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo.

A penicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular. A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, tecido subcutâneo de menor espessura, poucos efeitos adversos e menos dor local. Outros locais alternativos para aplicação são a região dorso glútea e vasto lateral da coxa.

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados pode impossibilitar a aplicação intramuscular da medicação. Nesses casos, deve-se optar pela medicação alternativa.

No quadro a seguir, constam as opções terapêuticas para o tratamento da sífilis de acordo com a classificação clínica da infecção no momento da consulta:

| Estadiamento  |                                                                                                    | Esquema Terapêutico                                                                                   | Alternativa                                 | Seguimento      |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------|
| NÃO GESTANTES | Sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de evolução)                  | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, <b>dose única</b> (1,2 milhão UI em cada glúteo)           | Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 15 dias | VDRL trimestral |
|               | Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução), latente com duração ignorada ou terciária | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por <b>3 semanas</b> . Dose total: 7,2 milhões UI | Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias | VDRL trimestral |
| GESTANTES     | Sífilis primária, secundária ou latente recente (com menos de um ano de evolução)                  | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, <b>dose única</b> (1,2 milhão UI em cada glúteo)*          | Nenhuma                                     | VDRL mensal     |
|               | Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução), latente com duração ignorada ou terciária | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por <b>3 semanas</b> . Dose total: 7,2 milhões UI | Nenhuma                                     | VDRL mensal     |

\* Algumas evidências científicas sugerem uma dose adicional de 2,4 mi UI de penicilina benzatina uma semana após a primeira dose.

Obs: Em gestantes, o intervalo recomendado entre doses é de 07 dias e o intervalo máximo entre doses é de 09 dias; caso o intervalo seja excedido, o esquema deve ser reiniciado. Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias; caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado. Casos de neurosífilis devem ser tratados com terapia intravenosa contínua.

*O registro das doses de penicilina administradas no prontuário e na receita são tão importantes quanto o registro de doses de vacinas.*

*Sem eles, não é possível comprovar o tratamento, o que pode interferir no seguimento, inclusive, do recém-nascido exposto à sífilis materna.*

A prescrição do tratamento de sífilis exige uma intervenção educativa sobre IST na consulta de enfermagem, de modo que o enfermeiro oriente o paciente sobre:

- A importância do uso regular e adequado do preservativo para evitar novos episódios de sífilis ou outras IST (uma pessoa com IST tem 3 vezes mais risco de adquirir HIV que uma pessoa que não tem IST), bem como para evitar a transmissão da sífilis enquanto ainda não houver comprovação de cura;
- A possibilidade da sífilis atingir uma mulher que engravide, causando risco de uma transmissão vertical com sequelas irreversíveis ao bebê;
- A necessidade da testagem para o HIV e Hepatites B e C;
- A necessidade da vacinação para Hepatite B e, se houver indicação, para HPV e Hepatite A;
- A importância de evitar o uso de álcool e outras drogas associadas ao sexo, de modo a minimizar a vulnerabilidade pela alteração da percepção de risco;
- A importância de tratar as parcerias sexuais, independente da manifestação de sintomas, e de reduzir o número de parcerias sexuais diferentes como estratégia de prevenção combinada.

Essas orientações também devem ser utilizadas nos grupos de gestantes, de modo a aproveitar a oportunidade para abordar o assunto.

## **9. PARCERIAS SEXUAIS**

As parcerias sexuais de pacientes diagnosticados com sífilis, independente da classificação clínica destes, podem estar infectadas mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes (por conta da janela imunológica) e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente como sífilis latente recente. No caso de gestante com diagnóstico de sífilis descartado, mas que seja parceira de paciente com diagnóstico de sífilis confirmado, esta gestante deve ser tratada presumivelmente com penicilina benzatina 2,4 mi UI, dose única. É importante ressaltar que o registro destas doses deve esclarecer a situação, ou seja, é necessário constar no cartão do pré-natal e no prontuário que ela está sendo tratada presumivelmente, mesmo que esteja não reagente nos exames de sífilis, por ser contato sexual de pessoa com diagnóstico de sífilis.

## **10. REAÇÕES ADVERSAS À PENICILINA**

O risco de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito baixo. Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária (ex.: AINE, lidocaína etc.), bem como alimentos (ex.: nozes, frutos do mar, corantes etc.) apresentam maiores riscos de anafilaxia; entretanto, não há tanto medo quanto à sua administração ou consumo. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, principalmente gestantes e suas parcerias, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive sua faceta mais grave, a sífilis congênita.

A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina nos serviços de saúde. A anafilaxia, como discutido anteriormente, não é exclusiva das penicilinas e, portanto, os serviços devem estar cientes dos procedimentos a serem adotados em tal situação.

A adrenalina é a droga de escolha para tratamento da reação de anafilaxia, caso esta ocorra, e a pessoa deverá receber atendimento conforme preconizado, por exemplo, no Caderno da Atenção Básica nº 28, Volume II, Acolhimento à Demanda Espontânea, Capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, pág. 25.

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

A reação de Jarish-Herxheimer caracteriza-se por um efeito que pode ocorrer nas 24 horas que se seguem à primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia que regredem espontaneamente após 12 a 24

horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples sem a necessidade da descontinuidade do tratamento, já que se trata de um quadro autolimitado de evolução benigna. Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses, e devem ser encaminhadas para avaliação na maternidade de referência. Entretanto, caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais dessa reação. As pessoas que receberão tratamento para sífilis devem ser alertadas quanto à possibilidade de ocorrência dessa reação, em especial para que se faça distinção dos quadros de alergia à penicilina que são raros e, quando ocorrem, se manifestam na forma de urticária e exantema pruriginoso na maioria das vezes.

## **11.SEGUIIMENTO PÓS-TRATAMENTO**

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta adequada ou inadequada ao tratamento prescrito e administrado, sendo possível, por intermédio dele, identificar uma possível reinfecção e definir a conduta mais correta para cada caso.

O monitoramento do controle de cura será realizado pela análise comparativa e cronológica dos resultados de VDRL, cuja periodicidade de coleta deve ser trimestral para a população geral durante o primeiro ano pós-tratamento e mensal durante a gestação. A análise isolada de um resultado de VDRL no seguimento pós-tratamento é um equívoco.

Os exames de VDRL não são automatizados, portanto, pode haver uma divergência entre leituras em momentos concomitantes quando são realizadas por mais de um técnico ou entre leituras em momentos diferentes quando realizadas, inclusive, pelo mesmo técnico. Por essa razão, variações dos títulos em uma diluição, apenas, normalmente não devem ser consideradas na análise comparativa de controle de cura (por exemplo, de 1:2 para 1:4 ou de 1:16 para 1:8).

Atualmente, para definição de resposta terapêutica padrão adequada ao tratamento instituído, considera-se a queda na titulação em duas diluições em até 6 meses para os casos de sífilis recente e a queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para os casos de sífilis tardia com estabilização em títulos baixos ( $\leq$  1:4). A resposta imunológica varia de pessoa para pessoa, por isso, casos que fogem a esse padrão devem ser compartilhados com a equipe do CMAE e encaminhados para consulta com infectologista, se necessário ([clini cadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clini cadst@sorocaba.sp.gov.br)).

A persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado e registrado para sífilis, com evidência de queda de titulação em pelo menos duas diluições (exceto em casos em que a titulação pré-tratamento já seja baixa), afastada a possibilidade de reinfecção no período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica” e não caracteriza falha terapêutica. Portanto não há necessidade de novo tratamento, a não ser que haja nova infecção. Uma pessoa pode ter muitos episódios de sífilis de acordo com suas exposições sexuais durante a vida.

Abaixo, alguns exemplos de casos com respostas imunológicas diversas ao tratamento:

1. Paciente não gestante com VDRL atual 1:128, adequadamente tratado há seis meses (com registro da administração de penicilina no prontuário) de acordo com a fase clínica (classificado como sífilis secundária). Não colheu exame de controle no terceiro mês pós-tratamento. VDRL de partida (pré-tratamento) 1:512 >>> apesar da titulação ainda estar alta, já apresenta queda de dois títulos, o que sugere uma resposta adequada; continuar monitoramento trimestral.
2. Paciente não gestante, classificado como sífilis latente de duração ignorada, com a seguinte série de VDRL trimestral: 1/32; 1/8; 1/4; 1/4; 1/8; refere que não teve relações sexuais desprotegidas (inclusive sexo oral) com sua parceria fixa também tratada, bem como não teve lesões genitais e corporais desde o tratamento >>> apesar do último exame ter apresentado um título maior que o penúltimo, o que pode indicar um viés de leitura, houve queda de pelo menos dois títulos nos últimos 12 meses, sugerindo uma resposta adequada e possível cicatriz sorológica ainda que persista o VDRL reagente. É recomendável repetir um novo VDRL para continuar a análise da série e comprovar a cicatriz, além de monitorar o seguimento da parceria sexual; se a titulação aumentar, o caso deve ser compartilhado com a equipe do CMAE.  
Paciente não gestante com cancro duro no primeiro atendimento apresenta a seguinte série de VDRL pós-tratamento: em 15/jan 1:16; em 08/ago 1:16; verificado no prontuário o registro da dose adequada, paciente refere que tomou uma injeção em cada glúteo e que fez tratamento imunossupressor no ano anterior >>> a análise somente desses dois resultados sugere uma resposta terapêutica inadequada para o período de tempo transcorrido após a medicação e para a classificação clínica inicial.
3. Sugere-se continuar o monitoramento com dois novos VDRL trimestrais e reforçar a orientação sobre a prevenção das IST; se a titulação persistir em 1:16 (ou mesmo 1:8), recomenda-se compartilhar o caso com a equipe do CMAE por conta da estabilização da resposta.

4. Paciente não gestante, assintomático no primeiro atendimento, com VDRL de partida 1:32 (colhido há 2 meses), sem registro de aplicação da penicilina no prontuário eletrônico, apresenta neste segundo atendimento VDRL atual 1:128, refere uso irregular do preservativo, múltiplas parcerias sexuais e machucado indolor no pênis há dias, além de corrimento uretral >>> a análise somente desses dois resultados sugere uma reinfecção e o paciente deve ser tratado conforme a classificação clínica e reorientado sobre os riscos do não uso do preservativo e do seguimento adequado, além de ser necessário confirmar a hipótese de gonorreia/Clamídia e tratar, se não houver contraindicações. Caso o paciente retorne posteriormente com uma possível segunda reinfecção, encaminhá-lo ao CTA com guia de referência.
5. Paciente de 72 anos, com VDRL atual 1/4, assintomática, história de relações sexuais desprotegidas apenas com esposo falecido por “infecção no cérebro” há 10 anos, nega relações sexuais com outros parceiros desde que ficou viúva, já tratou sífilis com comprimidos há muito tempo >>> pedir novos VDRL para verificar se é cicatriz sorológica ou sífilis latente tardia (que pode se reativar e manifestar como sífilis terciária posteriormente).

## 12.SÍFILIS NA GESTAÇÃO

As gestantes devem ser testadas (triagem) para sífilis com teste treponêmico na primeira consulta de pré-natal, no início do segundo e do terceiro trimestre e na internação para o parto; também em caso de aborto/natimorto, história de exposição de risco ou violência sexual. Importante ressaltar que o teste rápido/sorologia de HIV também deve ser realizado nestas mesmas oportunidades.

As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário. Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta. Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico (VDRL) para linha de base do seguimento sorológico. Em gestantes diagnosticadas com sífilis, o monitoramento sorológico com VDRL deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento. Estimular a participação ativa do pai/parceria sexual durante todo o processo de pré-natal, conforme protocolo municipal específico, é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e da família.

Nos casos de gestantes sem história de sífilis ou com história de sífilis sem documentação do tratamento adequado, o tratamento para a sífilis pode ser iniciado oportunamente quando houver apenas um teste treponêmico reagente, sem necessidade de aguardar o resultado de um segundo teste, por conta do risco de transmissão vertical ou complicações obstétricas. É importante ressaltar que a paciente e sua parceria sexual devem ser adequadamente orientadas sobre esta situação.

*É altamente recomendável testar a gestante para sífilis e HIV já no momento da abertura do pré-natal (principalmente se ocorrer tardiamente) e tratar o casal de imediato, se reagente, para evitar a transmissão ao feto.*

**Em qualquer caso de suspeita de sífilis ou diagnóstico de sífilis na gestação,  
a equipe assistencial deverá:**

- Orientar a paciente sobre a infecção na gestação, a necessidade de tratamento e seguimento adequados dela e de sua parceria sexual, consequências do tratamento não realizado ou não concluído.
- Prescrever imediatamente o tratamento à gestante, conforme classificação clínica, e convocar a parceria sexual para realizar o mesmo (ainda que este seja tratamento presumido por contato sexual). Se história prévia de reação anafilática ou lesões cutâneas graves, como a síndrome de Stevens-Johnson, não prescrever e entrar em contato com o Programa Municipal IST/AIDS-CMAE imediatamente para orientações.
- Solicitar VDRL e colher ainda antes da administração da primeira dose do tratamento, se possível. Na impossibilidade, não se deve postergar o início do tratamento por este motivo.
- Iniciar a administração de penicilina na gestante, registrando no prontuário eletrônico o procedimento específico (“administração de penicilina para tratamento de sífilis”) e anotando a dose realizada na carteira da gestante com carimbo e assinatura do profissional.
- Orientar a paciente sobre reações adversas, a necessidade de comparecer para a tomada das doses subsequentes (se houver), a importância do tratamento da parceria sexual e do uso de preservativo nas relações sexuais para evitar reinfecção durante a gravidez para minimizar o risco de transmissão vertical da sífilis para o feto.
- Atentar-se para a possibilidade de outras infecções sexualmente transmissíveis, inclusive se estiver em janela imunológica, especialmente o HIV.
- Orientar a paciente sobre prevenção de IST, inclusive de novo episódio de sífilis, e também sobre a PEP para situação de exposição sexual eventual e a PrEP para situação de exposições sexuais frequentes.
- Solicitar VDRL de controle para ser colhido após 1 mês da última dose de penicilina e programar/agendar a coleta.
- Notificar o caso com o preenchimento adequado da Ficha de SÍFILIS EM

GESTANTE (enviar digitalizada para [clnicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clnicadst@sorocaba.sp.gov.br)).

Para fins de definição de caso e abordagem terapêutica do bebê, qualquer outro esquema de tratamento realizado durante a gestação será considerado tratamento não adequado da mãe, assim como na falta de registro das doses administradas, sendo que o caso será notificado como sífilis congênita e o recém-nascido será submetido às condutas clínicas e laboratoriais (ao nascer: penicilina cristalina endovenosa por 10 dias, coleta de líquido e sangue, raio x). A parceria sexual da gestante deve ser tratada concomitantemente para evitar recontaminação na gravidez, o que pode tornar a sífilis congênita mais grave.

Para a gestante com história prévia de reação anafilática e lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson, após administração de penicilina, deve ser preenchido o questionário específico de anamnese, onde profissional e paciente registrarão as informações da ocorrência. Este documento deverá ser encaminhado ao CMAE, pelo e-mail [clnicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clnicadst@sorocaba.sp.gov.br), para que os profissionais de referência realizem uma pré-avaliação do caso e sugiram a conduta mais adequada. No caso de necessidade de teste de sensibilidade cutânea à penicilina, este será agendado pelo próprio CMAE. No caso de confirmação da alergia grave, neste procedimento, a gestante será encaminhada ao hospital especializado para dessensibilização e administração da penicilina em ambiente com suporte adequado. De qualquer forma, a gestante receberá a penicilina para ter seu tratamento adequado, visto que não há outra opção terapêutica para prevenir a transmissão vertical.

### **13.VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

É de notificação compulsória regular, em até sete dias, todo novo caso/episódio confirmado como sífilis adquirida, sífilis em gestante ou sífilis congênita, cada um em sua ficha específica adequadamente preenchida, devendo ser enviada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Programa Municipal IST/AIDS-CMAE ([clnicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clnicadst@sorocaba.sp.gov.br)). A notificação, investigação e vigilância desses agravos é imprescindível para o controle da transmissão horizontal e a eliminação da transmissão vertical.

Casos de cicatriz sorológica não devem ser notificados, bem como casos de parcerias sexuais que foram tratadas presumivelmente sem a confirmação diagnóstica.

## **14.APÊNDICE**

Manejo das ISTs sintomáticas por abordagem sindrômica.

Fluxogramas de manejo clínico, por abordagem sindrômica, de algumas ISTs sintomáticas.

14.1-Corrimento uretral;

14.2-Corrimento vaginal;

14.3- Úlcera genital.



**Programa  
Municipal  
IST/AIDS**

## FLUXOGRAMA- CORRIMENTO URETRAL

QUEIXA DE CORRIMENTO URETRAL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO + AVALIAÇÃO DE  
RISCO\*

CORRIMENTO URETRAL MUCOPURULENTO  
CONFIRMADO  
(ESPONTÂNEO OU ORDENHADO)

GONORREIA E/OU CLAMÍDIA  
(infecções bacterianas)

AZITROMICINA  
500mg – 2 compr. VO,  
dose única

+

CEFTRIAXONA  
500mg IM, dose única

Outros sinais e sintomas podem estar presentes na infecção por clamídia:

- disúria leve e intermitente após 2–3 semanas da relação sexual sem preservativo;
- corrimento cervical nas mulheres, embora geralmente seja assintomática.

Obs.: Se não tratada, pode evoluir para DIP ou prostatite/epididimite.

Outros sinais e sintomas podem estar presentes na gonorreia:

- Homens – disúria e sensibilidade aumentada nos testículos ou prepúcio após 2–5 dias da relação sexual sem preservativo;
- Mulheres – corrimento cervical, mas geralmente são assintomáticas.

Algumas uretrites persistentes podem ter causa não infecciosa, como no caso de traumas (ordenação uretral frequente), inserção de corpos estranhos uretrais e periuretrais (piercings) e irritação química pelo uso de produtos na região genital.

Tratar as parcerias sexuais, independente da manifestação dos sintomas.

Orientar sobre a importância:

- do uso regular e adequado de preservativo e gel lubrificante íntimo;
- da testagem para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C se teve alguma relação sexual sem preservativo;
- do acesso à PEP, quando necessário;
- da vacinação para Hepatite B, HPV e Hepatite A (quando indicado);
- de evitar o uso de álcool e drogas associados ao sexo e reduzir número de parceiros sexuais diretos.

Programar retorno **em 7 dias** para reavaliação pós-tratamento.

Notificar em ficha geral de IST e enviar para [clinicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clinicadst@sorocaba.sp.gov.br).

Se sintomas persistentes, encaminhar ao CMAE.

Atualizado/agosto 2026



## FLUXOGRAMA CORRIMENTO VAGINAL



QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL  
(independente da quantidade)

ANAMNESE E EXAME ESPECULAR + AVALIAÇÃO DE  
RISCO\*

Leucorreia branca, grumosa +  
hiperemia vaginal, fissuras, edema  
vulvar e/ou prurido vulvovaginal

### CANDIDÍASE

(infecção fúngica – *Candida albicans*)

#### 1ª opção

NISTATINA  
CREME 100.000 UI – 1  
aplicação,  
VV, ao deitar-se,  
por 14 dias

ou

MICONAZOL  
CREME 2% – 1  
aplicação, VV, ao  
deitar-se, por 7 dias

#### 2ª opção

FLUCONAZOL  
150mg, VO, dose  
única

Gestação e  
lactação

Somente  
tratamento VV

Não é IST, mas é risco para IST.  
As parcerias sexuais só precisam ser  
tratadas se sintomáticas.  
Investigar fatores que predisõem à  
imunossupressão.

Leucorreia acinzentada, fluída ou cremosa,  
de odor fétido principalmente após as  
relações sexuais + dor na relação sexual

### VAGINOSE BACTERIANA

(infecção bacteriana inespecífica da vagina)

#### 1ª opção

METRONIDAZOL  
GEL 100mg/g – 1  
aplicação, VV, ao  
deitar-se, por 5 dias

ou

METRONIDAZOL  
250mg – 2 compr.  
VO, 2x/dia, por 7  
dias

#### 2ª opção

CLINDAMICINA  
300mg, VO, 2x/dia,  
por 7 dias

Gestação e lactação

METRONIDAZOL  
250mg 1 compr. VO,  
3x/dia, por 7 dias

Não é IST, mas é risco para IST.  
Se corrimento cervical, considerar a hipótese de  
infecção por Gonorréia ou Clamídia (vide fluxo de  
CORRIMENTO URETRAL).

Leucorreia amarelo-esverdeada,  
bolhosa, abundante + irritação vulvar  
e/ou hiperemia vaginal

### TRICOMONÍASE

(infecção pelo protozoário *Trichomonas  
vaginalis*)

#### METRONIDAZOL

250mg – 2 compr.  
VO, 2x/dia, por 7 dias

A IST e as parcerias sexuais devem ser tratadas  
mesmo assintomáticas.

Atentar quando ocorre na gestação devido risco  
de infecção respiratória ou genital em RN.

Notificar em ficha específica, conforme anexos,  
e enviar para [clincidst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clincidst@sorocaba.sp.gov.br)

## **CONTINUAÇÃO FLUXOGRAMA CORRIMENTO VAGINAL**

### **Orientar sobre a importância:**

- Da adesão ao tratamento completo mesmo com melhora rápida dos sintomas;
  - Do uso regular e adequado de preservativo e gel lubrificante íntimo;
  - De evitar o consumo de álcool ou outras drogas associado ao sexo e reduzir o número de parcerias sexuais diferentes;
  - De evitar relações sexuais durante o tratamento tópico e de manter o tratamento tópico mesmo na presença de menstruação.
- 
1. Ofertar testagem para o HIV, sífilis e hepatites B e C se houve alguma relação sexual sem preservativo ou PEP/PREP, se for o caso;
  2. Encaminhar para vacinação de hepatite B, se necessário, e hepatite A e HPV, se indicado;
  3. Programar coleta de CCO/PAP;
  4. Se sintomas persistentes, encaminhar ao CMAE;
  5. Se corrimento cervical, avaliar a hipótese de gonorreia ou infecção por Clamídia (vide fluxo de CORRIMENTO URETRAL).



## FLUXOGRAMA- ÚLCERA GENITAL

QUEIXA DE FERIDA ANOGENITAL  
(pênis, vulva, vagina, ânus)

ANAMNESE E EXAME FÍSICO + AVALIAÇÃO DE RISCO\*

Lesões pequenas eritemato-papulosas que evoluem para vesículas e úlceras + dor local; podem surgir no colo do útero ou causar linfadenomegalia inguinal

### HERPES GENITAL

(infecção viral crônica que se manifesta por surtos ulcerativos na reativação ou imunossupressão)

#### 1º episódio

ACICLOVIR  
200mg – 2  
compr.  
VO 3x/dia, por 7  
dias

#### Recidiva

ACICLOVIR  
200mg – 2  
compr.  
VO 3x/dia, por 5  
dias

Orientar higienização das lesões com solução fisiológica;

Analgésicos podem ser utilizados;

Retorno em 1 semana para reavaliação pós-tratamento;

Gestantes devem ser tratadas pelo médico;

Casos com mais de 6 episódios no ano devem ser encaminhados ao CMAE.

Lesão única, indolor, com fundo endurecido e limpo (cancro duro) que evolui espontaneamente para tecido reparado em alguns dias

### SÍFILIS PRIMÁRIA

(infecção bacteriana; a sífilis secundária pode manifestar-se por erupções cutâneas disseminadas no corpo – vide texto)

PENICILINA BENZATINA  
2,4 mi UI, IM, dose única  
(1,2 mi UI em cada glúteo)

Colher teste treponêmico e VDRL, preferencialmente antes de iniciar o tratamento;

Retorno em 1 semana para resultado dos exames e reavaliação pós-tratamento;

Casos de alergia à penicilina: vide texto;

As lesões de sífilis são ricas em Treponema.

Múltiplas lesões com bordas irregulares e edemaciadas, fundo com exsudato + dor local após 3–14 dias da relação sexual sem preservativo

### CANCRO MOLE

(infecção bacteriana altamente contagiosa)

#### 1ª opção

AZITROMICINA  
500mg – 2 compr.  
VO, dose única

#### 2ª opção

CEFTRIAXONA  
250mg, IM, dose  
única

Atentar-se ao diagnóstico diferencial com outras úlceras infectadas.

Retorno em 1 semana para reavaliação pós-tratamento.

Atualizado em agosto de 2026

### **Tratar as parcerias sexuais independente da manifestação dos sintomas.**

Orientar sobre a importância:

1. Da adesão ao tratamento completo mesmo com melhora rápida dos sintomas;
2. Do uso regular e adequado de preservativo e gel lubrificante íntimo (para a prevenção do herpes genital, o preservativo interno é indicado por proteger uma área íntima maior);
3. De evitar o consumo de álcool ou outras drogas associado ao sexo e reduzir o número de parcerias sexuais diferentes.
4. Ofertar testagem para o HIV, sífilis e hepatites B e C se houver alguma relação sexual sem preservativo ou PEP/PREP, se for o caso.
5. Encaminhar para vacinação de hepatite B, se necessário, e hepatite A e HPV, se indicado;
6. Programar coleta de CCO/PAP, se necessário;
7. Notificar em ficha específica e enviar para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica das IST ([clinicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clinicadst@sorocaba.sp.gov.br)).

\*Excluídas as hipóteses diagnósticas para úlcera genital apresentada no fluxograma e mantendo a sugestividade de doença infecciosa, encaminhar ao CMAE para avaliação de outras IST menos prevalentes, como donovanose e LGV.

Atualizado/ agosto de 2026

## 15. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2022. [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Portaria SCTIE/MS nº 12/2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/atencao-integral-as-pessoas-com-infeccoes-sexualmente-transmissiveis>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436/2017: Política Nacional de Atenção Básica. [Guia de vigilância em saúde: volume 2 \(6ª edição - revisada\) — Ministério da Saúde](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, 2024. 6ª edição revista. [Guia de vigilância em saúde: volume 2 \(6ª edição - revisada\) — Ministério da Saúde](#)

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017 Da Prescrição e Administração de Penicilina Benzatina por Enfermeiros da Atenção Básica. [Cofen publica nota técnica sobre administração da Penicilina Benzatina – Cofen](#)

SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS-SP. NOTA INFORMATIVA Nº 03/2026 CRT-PE-DST/AIDS/SES/SP. SÃO PAULO, 2026.

## **16. VIGÊNCIA E REVISÃO**

Vigência: Agosto/2026 a Agosto/2028

Revisão antecipada em caso de atualização normativa, mudança de fluxo ou reorganização da rede.



*Secretaria da  
Saúde*



**Prefeitura de  
SOROCABA**