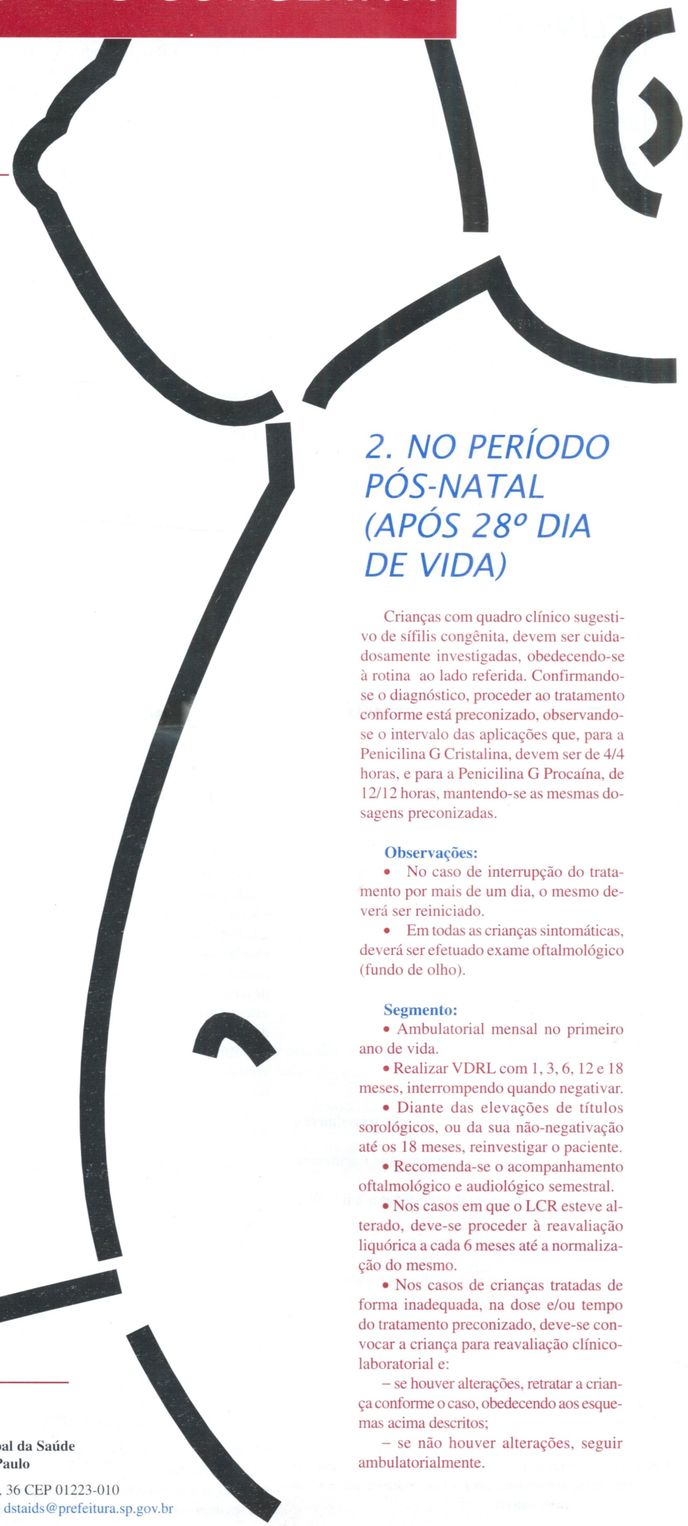
MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS CONGÊNITA



1. NO PERÍODO NEONATAL

A- Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada, ou inadequadamente tratadas, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurossífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. E ainda:

A-1- se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina Cristalina na dose de 100.000 UI/Kg/dia, EV, duas vezes por dia (se tiver menos de uma semana de vida), ou três vezes por dia (se tiver mais de uma semana de vida), por dez dias; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg, IM, por dez dias.

A-2- se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, duas vezes por dia (se tiver menos de uma semana de vida) ou três vezes (se tiver mais de uma semana de vida), por 14 dias;

A-3- se não houver alterações clínicas, radiológicas, e/ou liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com Penicilina G Benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico com um e três meses, após a conclusão tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A-1.

B - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido. Se este for reagente com titulação maior que a materna, e na presença de alterações clínicas, realizar radiografia de ossos longos e análise do LCR. E ainda:

B-1- se houver alterações radiológicas, sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 100.000 UI/Kg/dia, EV, em duas ou três vezes, dependendo da idade, por dez dias; ou Penicilina G Procaína, na dose de 50.000 UI/Kg, IM, por dez dias (esquema A-1).

B-2- se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, duas ou três vezes, dependendo da idade, por 14 dias (esquema A-2);

C- Se o recém-nascido não for reagente ou for reagente com titulação menor ou igual à materna, e também for assintomático e com radiografia de ossos longos sem alterações, fazer apenas seu seguimento ambulatorial.

2. NO PERÍODO PÓS-NATAL (APÓS 28º DIA DE VIDA)

Crianças com quadro clínico sugestivo de sífilis congênita, devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina ao lado referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme está preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a Penicilina G Cristalina, devem ser de 4/4 horas, e para a Penicilina G Procaína, de 12/12 horas, mantendo-se as mesmas dosagens preconizadas.

Observações:

- No caso de interrupção do tratamento por mais de um dia, o mesmo deverá ser reiniciado.
- Em todas as crianças sintomáticas, deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho).

Segmento:

- Ambulatorial mensal no primeiro ano de vida.
- Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo quando negativar.
- Diante das elevações de títulos sorológicos, ou da sua não-negativação até os 18 meses, reinvestigar o paciente.
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico e audiológico semestral.
- Nos casos em que o LCR esteve alterado, deve-se proceder à reavaliação liquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo.
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e:

– se houver alterações, retratar a criança conforme o caso, obedecendo aos esquemas acima descritos;

– se não houver alterações, seguir ambulatorialmente.

Expediente

DST/AIDS - CIDADE DE SÃO PAULO
SMS - SUS

Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de São Paulo

Rua General Jardim, 36 CEP 01223-010
Tel. 11 3218-4000 – dstaids@prefeitura.sp.gov.br

AIDS e Sífilis Congênita

Apoio

SECRETARIA MUNICIPAL DA Saúde

DST/AIDS - CIDADE DE SÃO PAULO
SMS - SUS

Área Temática
Saúde da Mulher
SMS - PMSP

CN - DST AIDS
Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

CREMESP
Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

TMI

transmissão materno - infantil

Desde 1998, a ciência conhece a tecnologia de controlar a TMI - Transmissão Materno-infantil – do HIV. Apesar disto, na cidade de São Paulo, ainda nascem, por ano, 70 crianças portadoras do HIV. Com tecnologia desenvolvida há mais de cem anos, é possível erradicar a sífilis congênita. No entanto, no ano de 2000, 527 crianças nasceram com sífilis congênita no município de São Paulo. No país, são registrados 6,8 casos a cada mil nascidos vivos, número muito acima da meta de um caso a cada mil nascidos vivos, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana da Saúde.

Considerando estes dados, o município de São Paulo está colocando como um dos pontos chaves de sua ação, o controle da TMI do HIV e da Sífilis congênita. Uma de nossas tarefas vem sendo contribuir na divulgação e distribuição do guia de tratamento "Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes" produzido pela Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

Este jornal faz parte da iniciativa de reforçar a importância do conhecimento das informações e procedimentos para o controle da TMI do HIV. Além disto, reproduzimos nesta mesma edição, o capítulo "Sífilis Congênita", do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, editado pelo Ministério da Saúde, com as informações necessárias para a implementação de ações de controle da Sífilis Congênita.

Em toda a rede municipal, estamos provendo treinamento aos profissionais médicos e de outras áreas da saúde que trabalham com pré-natal ou em maternidades. O mesmo treinamento está sendo ofertado na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, a ginecologistas, obstetras, pediatras, clínicos gerais e infectologistas que atendem as gestantes em pré-natal e partos, na rede privada, por meio de convênios.

É possível reverter o quadro da TMI com a melhoria dos cuidados no pré-natal e parto. Este material simboliza o início do nosso maior empenho nesta missão. Desta forma, temos certeza que poderemos contribuir para que não nasçam mais crianças com AIDS ou Sífilis. Uma realidade possível. Mais do que isto: urgente.

Evitar a TMI

é ético

é lei

é urgente

é possível

O desafio do HIV/AIDS

Até a metade da década de 80, a epidemia do HIV/AIDS no Brasil concentrava-se principalmente entre os homossexuais, bissexuais e uma população de escolaridade mais elevada. De 1987 a 91, a infecção pelo HIV passou a crescer entre os usuários de drogas injetáveis, num quadro de pauperização e interiorização.

A partir de 1992, a percepção de que qualquer indivíduo é vulnerável ao HIV se amplia, com o seu crescimento entre os heterossexuais. Eles que até 1991 representavam 21% das vítimas da epidemia, a partir da metade da década de 90 passaram a ser 55% da vítimas, com o HIV/AIDS afetando as mulheres em números cada vez mais crescentes, num processo de feminilização.

Com a mudança do perfil epidemiológico da doença entre as mulheres heterossexuais e em idade fértil, um novo componente se agregou ao quadro: a transmissão materno-fetal, dita vertical, principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Em nosso país, essa forma de transmissão tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de AIDS em menores de 13 anos, sendo que até junho de 2001 contávamos com 7.314 casos notificados nesta faixa etária.

O HIV pode ser transmitido intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Esta via é responsável por 35% dos casos de TMI. Caso não haja interferência, a probalidade de uma criança com mãe portadora de HIV contaminar-se com o vírus no período perinatal varia entre 12-40%, com média de 25%. Durante o trabalho de parto e o parto, propriamente dito, a transmissão do HIV é responsável por 65% dos casos de infecção do recém-nascido.

O aleitamento materno representa um risco adicional de 7 a 22% dos casos de transmissão materno-infantil. Ainda devemos citar como fatores que influenciam na taxa de TMI, a carga viral materna, ruptura prematura das membranas (amniorexis), prematuridade fetal e manobras obstétricas invasivas.

Uma nova conquista

Estudos europeus indicavam uma alta taxa de transmissão materno-infantil, em torno de 25%. Porém, a partir de 1994, com o advento do protocolo ACTG 076 (AIDS Clinical Trial Group) ficou demonstrado que a intervenção do profissional obstetra bem orientado e a utilização da Zidovudina (AZT) poderiam reduzir os índices de transmissão vertical em torno de 67,5%. Mais recentemente, com a utilização da terapia anti-retroviral combinada e a realização do parto cesariana de forma eletiva, a taxa de transmissão vertical pode ser reduzida para apenas 0,8%.

Apesar da eficácia do uso dos anti-retrovirais e das rotinas de diagnóstico e de assistência estabelecidas, o controle da transmissão vertical do HIV depende ainda, fundamentalmente, de um sistema de saúde eficiente. O diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita resultados melhores para a saúde da mulher e diminui o risco da transmissão materno-infantil. Por isso, é importante que o teste anti-HIV seja oferecido a todas as gestantes, logo na primeira consulta de pré-natal. A obrigatoriedade da oferta do teste é um dever profissional consignado na Resolução 95, do CRM/SP, de 14 de novembro de 2000, com base na Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958.

O guia de tratamento "Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes", que vem sendo distribuído e disponibilizado para os profissionais de saúde pela Coordenação Nacional de DST e AIDS e Ministério da Saúde, é referência fundamental para que os profissionais médicos tenham recomendações de condutas seguras no combate ao HIV/AIDS. Eles estão sendo entregues nos serviços públicos de saúde, vêm sendo distribuídos pelas sociedades médicas e podem também ser solicitados à Coordenação nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

A exemplo do que aconteceu em relação à qualidade do sangue, o controle da TMI do HIV/AIDS pode ser a segunda vitória da saúde sobre a epidemia. Para essa conquista, a sua ação será fundamental.

Eliminar a Sífilis Congênita

A primeira epidemia de sífilis conhecida, ocorreu, por volta de 1494, entre soldados franceses que cercavam Nápoles. Por isso, durante muito tempo foi conhecida por "Mal de Nápoles". Posteriormente, a doença recebeu o nome de sífilis, designação derivada do nome do personagem principal do poema latino Da Sífilis ou do Mal Gálico, publicado em 1536, de autoria de Girolamus Fracastorius (1478 - 1553). Syphilus (Sífulo, em português) era o nome do personagem, um pastor que sofria da doença. Associada a um grande preconceito, a Sífilis era denominada pejorativamente de Lues (praga) e tinha sempre o nome de cada localidade acrescido ao seu, como por exemplo, Sífilis gálica, Sífilis espanhola etc. Durante séculos, o mercúrio foi o único remédio para tratar a sífilis e a gonorréia, com pouco sucesso curativo e com sério efeitos colaterais. No novo milênio, apesar da tecnologia para tratamento e cura estar estabelecido há um século, a transmissão materno-infantil da sífilis ainda é um grave problema.

As ações de controle

Em 1.993, o Ministério da Saúde propôs um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita enquanto um problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela OMS – Organização Mundial da Saúde e OPAS – Organização Panamericana da Saúde, definindo como meta a ser atingida, a incidência menor ou igual a um caso em cada mil nascidos vivos. Mesmo desconsiderando o elevado índice de subnotificação, estamos ainda distantes de atingir tal meta. Baseado nos dados dos 429 Grupos de Investigação de Sífilis Congênita, localizados em maternidades e serviços pré-natal sentinelas, detectou-se, no período de setembro de 96 a agosto de 2001, 3.132 casos de sífilis congênita entre 460.405 nascidos vivos, ou seja, 6,8 casos em cada mil nascidos vivos, muito além do proposto.

Estes dados justificam a implementação de ações de controle da Sífilis Congênita. Por isso, reproduzimos aqui o capítulo "Sífilis Congênita" do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis", editado pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, em 1.999.

Conceito

A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante para o seu concepto. Sabe-se que:

- *A transmissão materna pode ocorrer em qualquer fase gestacional.*
- *A taxa de transmissão da sífilis, em mulheres não tratadas, é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30% nas fases latente e terciária.*
- *Ocorre morte perinatal em 40% das crianças infectadas.*

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, pode ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, feto hidrópico, recém-nascidos sintomáticos e recém-nascidos assintomáticos.

Acreditava-se que a infecção do feto de mãe com sífilis não ocorresse antes do quarto mês de gestação. Entretanto, já se constatou a presença do *Treponema pallidum* em fetos desde o primeiro trimestre de gestação.

As alterações patológicas observadas na mulher grávida são as mesmas que ocorrem naquela não grávida. A sífilis congênita apresenta, da mesma forma que a sífilis adquirida, dois estágios: precoce, quando as manifestações clínicas são diagnosticadas até o segundo ano de vida, e tardia, após esse período.

O QUADRO CLÍNICO

· Sífilis congênita precoce

Sinais e sintomas surgem até os dois anos de vida. Os principais são baixo peso, rinite sanguinolenta, coriza, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteite, choro ao manuseio, hepatomegalia, esplenomegalia, alterações respiratórias/pneumonia, icterícia, anemia severa, hidropisia, edema, pseudoparilisia dos membros, fissura peribucal, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

· Sífilis congênita tardia

Os sinais e sintomas surgem a partir dos dois anos de vida: tíbia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado.

· Natimorto sifilítico

Denomina-se natimorto sifilítico todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

EXAMES COMPLEMENTARES

1. SOROLOGIA NÃO TREPONÊMICA

VDRL (**V**enereal **D**iseases **R**esearch **L**aboratory) e **RPR** (**R**apid **P**lasma **R**eagin): indicados para o diagnóstico e seguimento terapêutico. Na rede pública, no Brasil, só usamos o VDRL. O teste pode resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção; porém, apresenta queda progressiva nas titulações, até que se torna não reagente. Por isso, o teste (VDRL) é recomendável para seguimento terapêutico. Recém-nascidos não infectados podem apresentar anticorpos maternos transferidos por intermédio da placenta. Nesses casos, em geral, o teste será reagente até os primeiros seis meses de vida, podendo se prolongar. Por esse motivo, o diagnóstico de sífilis congênita exige a realização de um elenco de exames que permitam a classificação clínica do caso (diagnóstico e estadiamento), para que a terapia adequada seja instituída.

2. SOROLOGIA TREPONÊMICA

FTA-Abs (**F**luorescent **T**reponemal **A**ntibody-**A**bsorption), **TPHA** (**T**reponema **P**allidum **H**emaglutination) e **ELISA** (**E**nzyme-**L**inked **I**mmunosorbent **A**ssay): são testes mais específicos, úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos positivos. Estes testes reagentes em material do recém-nascido, quando pesquisam anticorpos totais ou IgG, podem não significar infecção perinatal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção. Os testes que pesquisam anticorpos da fase aguda, IgM, que não ultrapassam a barreira transplacentária, sendo portanto produzidos no recém-nato em resposta a sífilis atual, possuem baixa sensibilidade, podendo apresentar desempenho inadequado para a definição diagnóstica.

3. RADIOGRAFIA DE OSSOS LONGOS

O envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), causando osteocondrite, osteite e periostite, é achado comum na sífilis congênita sintomática, pois em 70% a 90% destes casos as radiografias de ossos longos revelam anormalidades metafisárias patognomônicas da infecção (bandas translúcidas). A sensibilidade de alterações radiológicas para diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas é desconhecida. Sugere-se que em aproximadamente 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, a única alteração seja o achado radiográfico, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos de sífilis congênita.

4. EXAME DO LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO - LCR

Recomenda-se realizar LCR em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso, pois a conduta terapêutica dependerá da confirmação ou não de neurossífilis.

A presença de leucocitose (mais de 25 leucócitos/mm³) e o elevado conteúdo proteico (mais de 100mg/dl) no LCR de um recém-nascido suspeito de ser portador de sífilis congênita devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurossífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou na proteinorraquia liquóricas. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita, do que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas (86% e 8%, respectivamente).

Se a criança for identificada após o período neonatal (mais de 28 dias de vida), as anormalidades liquóricas incluem: teste VDRL positivo, mais de cinco leucócitos/mm³ e/ou mais de 40 mg/dl de proteínas. O teste RPR não se presta para LCR; para este material deve-se utilizar apenas o VDRL.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada. A sífilis congênita é uma das doenças mais facilmente preveníveis, bastando que a gestante infectada seja detectada, e prontamente tratada, assim como os seus parceiros sexuais. No entanto, as medidas de controle devem abranger outros momentos, nos quais há possibilidade da mulher infectar-se, ou, estando infectada, transmitir a doença para seu filho: antes da gravidez e na admissão à maternidade, seja para a realização do parto ou para curetagem por abortamento, ou por qualquer outra intercorrência na gravidez.

1. ANTES DA GRAVIDEZ

PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA POPULAÇÃO FEMININA EM GERAL:

- Uso regular de preservativos.
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- Realização do teste VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar.
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

TRATAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA

- Tratar a mulher, gestante ou não, conforme a fase clínica:

-Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única.

-Sífilis secundária e latente precoce: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após uma semana. Total de 4,8 milhões UI.

-Sífilis latente tardia ou terciária ou ainda com co-infecção pelo HIV: 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas. Total de 7,2 milhões UI.

- Reforçar a orientação para que as pacientes, e seus parceiros, evitem relações sexuais quando em tratamento, e só as tenham usando preservativo.
- Realizar controle de cura trimestral por meio do VDRL., considerando resposta adequada ao tratamento, a manutenção ou o declínio dos títulos. Ou seja, após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de três em três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses. Elevação de quatro vezes em relação ao último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção ou se houver quadruplicação dos títulos do VDRL (ex: de 1/2 para 1/8).
- Mulheres com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizadas ou então receberem tratamento com estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias para sífilis recente e por 30 dias para sífilis tardia. Outras drogas também são efetivas, como a tetraciclina, o estolato de eritromicina e a doxiciclina, porém são contra-indicadas em gestantes e nutrizes. Todas estas drogas exigem estreita vigilância (seguimento dos casos e parceiros), por apresentarem menor eficácia que a penicilina benzatina.

2. DURANTE A GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE SÍFILIS MATERNA NO PRÉ NATAL

- Realizar o teste VDRL no primeiro trimestre da gravidez, ou na primeira consulta e outro no início do terceiro trimestre (para detectar falhas terapêuticas e reinfecções). Na ausência de teste confirmatório, considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, desde que não tratadas anteriormente de forma adequada.

TRATAMENTO IMEDIATO DOS CASOS DIAGNOSTICADOS EM GESTANTES E SEUS PARCEIROS (EVITANDO A REINFECÇÃO DA GESTANTE)

- Usar as mesmas dosagens apresentadas anteriormente para a sífilis adquirida.
- Reforçar a orientação para que as pacientes, e seus parceiros, evitem relação sexual enquanto em tratamento, e após, só as tenham usando preservativos.
- Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento a manutenção ou o declínio dos títulos.
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção, ou se houver quadruplicação dos títulos (ex: 1/2 a 1/8).
- Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas ou tratadas com estearato de eritromicina. Se o tratamento for realizado com outra droga diferente da penicilina, esta gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

OBSERVAÇÕES

Tratamento inadequado para sífilis materna:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não seja penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- a instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou
- quando o parceiro não foi tratado ou foi tratado inadequadamente e manteve contato sexual sem preservativo com a gestante, após o tratamento da mesma.

3. NA ADMISSÃO PARA PARTO OU CURETAGEM POR ABORTAMENTO

- Triagem para sífilis no local do parto: realizar o VDRL em toda mulher admitida para parto ou por abortamento.
- Manejo adequado do recém-nascido: realizar VDRL em amostra de sangue periférico de todos os RN cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, ou parto, ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita (o sangue do cordão umbilical não deve ser utilizado, pelo fato de que neste ocorre mistura com o sangue materno e intensa atividade hemolítica, o que pode alterar o resultado).
- Tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita ou sífilis materna (e seus parceiros).
- Notificação e investigação dos casos detectados, incluindo os natimortos por sífilis.