

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Portaria CCD - 25, de 18-7-2011

Dispõe sobre as recomendações a serem utilizados em testes laboratoriais para o diagnóstico da sífilis revogando a Portaria CCD de 24/09/2010.

A Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no uso de suas atribuições, considerando:

- que a taxa de prevalência de sífilis em gestantes no Estado de São Paulo é de 1,6%, segundo o estudo realizado no ano de 2004 em parturientes de 15 a 49 anos de idade;
- que 40% dos casos de sífilis na gestação sem tratamento resulta em morte fetal, causando aborto espontâneo e natimorto ou, ainda, morte neonatal precoce;
- a proposta da meta do plano de eliminação da sífilis congênita para 2015 estabelecida no Estado de São Paulo;
- que os resultados laboratoriais fornecem subsídios aos diagnósticos clínico e epidemiológico;
- a necessidade de reestruturação da rede laboratorial em face de diagnóstico da sífilis;
- que para coibir a sífilis congênita deve ser realizado o diagnóstico laboratorial precoce de sífilis materna na 1ª consulta de pré-natal ou no 1º trimestre, no início do 3º trimestre e no momento do parto seguindo os algoritmos recomendados pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde;
- que para definição de caso de sífilis na gestação e sífilis congênita permanece o resultado de VDRL em qualquer titulação;
- que o teste não-treponêmico (VDRL* e RPR†) é o teste indicado para monitorar o tratamento da sífilis;
- a importância do tratamento precoce e adequado da paciente e parceria sexual;
- a necessidade de adequação do algoritmo de outros testes laboratoriais para o imunodiagnóstico da sífilis, resolve:

Art. 1º Recomendar o uso do algoritmo convencional de testes laboratoriais para o imunodiagnóstico da sífilis na forma do Anexo I.

Art. 2º Introduzir um algoritmo alternativo de testes laboratoriais para o imunodiagnóstico da sífilis, na forma do Anexo II, que pode ser utilizado de acordo com a decisão da gestão municipal ou estadual.

Art. 3º Revogar a Portaria CCD publicada no Diário oficial do Estado de São Paulo, de 24

* VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

† RPR - Rapid Plasma Reagin

de Setembro de 2010.

Art. 4º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Anexo I

1. Algoritmo Convencional

1.1- Emprega-se amostra de soro nos testes laboratoriais para sífilis;

1.2- Para o algoritmo convencional é recomendada a utilização das seguintes metodologias:

Testes não treponêmicos (triagem): VDRL/USR‡ ou RPR /TRUST§

Testes treponêmicos (confirmatório): TPHA/TPPA/MHA-TP** ou FTA-Abs†† ou EIA‡‡ (ex: ELISA, quimio/eletroquimioluminescência ou outras metodologias que vierem a surgir, com registro na ANVISA);

1.3- O teste não-treponêmico deve ser realizado no soro puro e na amostra diluída (1:8) para evitar eventual resultado falso-negativo, decorrente de fenômeno de prozona. Este fenômeno pode ocorrer em amostras sorológicas não diluídas e com altos títulos de anticorpos em 1 a 2% dos pacientes, especialmente no estágio secundário da doença.

1.3.1. No caso da amostra de soro puro apresentar reatividade “positiva”, efetuar o teste nas diluições subsequentes 1:2 e 1:4;

1.3.2. No caso de amostra de soro apresentar reatividade “positiva” no soro puro e na diluição 1:8, efetuar o teste nas diluições subsequentes: 1:16, 1:32, 1:64 etc, para estabelecer o ponto final da reação;

1.4- A amostra com resultado “reagente” no teste não-treponêmico, deverá ser submetida ao teste treponêmico, preferencialmente nesta mesma alíquota sanguínea, para evitar uma nova solicitação, retardando o diagnóstico e subsequente tratamento;

1.5- A amostra com resultado “não reagente” no teste não-treponêmico poderá ser definida como: “Não Reagente para sífilis”.

Nota: Caso haja suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo *Treponema pallidum*, solicitar uma nova coleta de amostra após 30 dias. Tratando-se de gestantes, na impossibilidade em solicitar uma nova coleta para confirmar resultados laboratoriais (tempo insuficiente, próximo ao parto), informar a gestante e seu parceiro sexual, iniciar esquema terapêutico e programar avaliação de diagnóstico e cura;

1.6- A amostra com teste não-treponêmico “reagente” e teste treponêmico “indeterminado”, se houver possibilidade/disponibilidade, recorrer à reação de FTA-Abs;

1.7- Caso não seja possível a realização do FTA-Abs, o paciente (em caso de gestante, ela e seu parceiro sexual) deverá ser submetido ao esquema terapêutico;

1.8- A amostra com teste não-treponêmico “reagente” e teste treponêmico “negativo”, ‡ **USR - Unheated Serum Reagin (VDRL pronto para uso)**

§ **TRUST - Tolidine Red Unheated Serum Test (RPR corado)**

** **TPHA/TPPA/MHA-TP – Treponema pallidum Hemagglutination (TPHA)/ Treponema pallidum particle agglutination (TPPA) / Microhemagglutination Treponema pallidum (MHA-TP) †† FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody Absorption ‡‡ EIA – Enzyme Immunoassay**

pode ser sugestivo de resultado falso biológico positivo. Recomenda-se a sua investigação, pois reações falso-positivas estão associadas à gravidez, doenças autoimunes como lúpus eritematoso, infecções bacterianas, doenças virais e infecções por protozoários.

Nota: Caso haja suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo *Treponema pallidum*, solicitar uma nova coleta de amostra após 30 dias. Tratando-se de gestantes, na impossibilidade em solicitar uma nova coleta para confirmar resultados laboratoriais (tempo insuficiente, próximo ao parto), informar a gestante e seu parceiro sexual, iniciar esquema terapêutico e programar avaliação de diagnóstico e cura;

1.9- Pacientes com testes não-treponêmico “reagente” e teste treponêmico “positivo” devem ser submetidos ao esquema terapêutico (Anexos V e VI). A “cicatriz ou memória” sorológica deve ser considerada somente após investigação de diagnóstico e confirmação de tratamento corretamente realizado; se o tratamento não tiver sido administrado corretamente ou se este for desconhecido, iniciar imediatamente o devido esquema terapêutico (no caso de gestante, considerar também o diagnóstico e tratamento do parceiro sexual);

Anexo II

1. Algoritmo Alternativo

1.1- Emprega-se amostra de soro nos testes laboratoriais para sífilis;

1.2- Para o algoritmo alternativo é recomendada a utilização das seguintes metodologias:

1º Teste treponêmico – EIA (ELISA, químo/eletroquimioluminescência ou outras metodologias que vierem a surgir, com registro na ANVISA). Para o algoritmo alternativo, utiliza-se este 1º teste treponêmico como triagem das amostras de soro;

Teste não treponêmico – VDRL/USR ou RPR/TRUST. Estabelece o estágio da doença e monitora a resposta ao tratamento; sendo recomendado que este teste seja realizado na mesma alíquota sanguínea do “1º teste treponêmico”;

2º Teste treponêmico – TPHA/TPPA/MHA-TP ou FTA-Abs. Utilizado para confirmar resultados discrepantes entre o 1º teste treponêmico e o teste não-treponêmico;

1.3- A amostra com resultado “positivo” no 1º teste treponêmico realizado como triagem deverá ser submetida ao teste não-treponêmico para verificar infecção ativa de sífilis ou monitoramento de tratamento;

1.4- O teste não-treponêmico deve ser realizado no soro puro e na amostra diluída (1:8) para evitar eventual resultado falso-negativo, decorrente de fenômeno de prozona. Este fenômeno pode ocorrer em amostras sorológicas não diluídas e com altos títulos de anticorpos em 1 a 2% dos pacientes, especialmente no estágio secundário da doença e durante a gravidez.

1.4.1- No caso da amostra de soro puro apresentar reatividade “positiva”, efetuar o teste nas diluições subsequentes 1:2 e 1:4.

1.4.2- No caso da amostra de soro apresentar reatividade “positiva” no soro puro e na diluição 1:8, efetuar o teste nas diluições subsequentes: 1:16, 1:32, 1:64 etc, para estabelecer o ponto final da reação.

1.5- A amostra com resultado “negativo” no teste treponêmico de triagem poderá ser definida como “Não Reagente para sífilis”.

Nota: Caso haja suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção recente pelo *Treponema pallidum*, solicitar uma nova coleta de amostra após 30 dias. Tratando-se de gestantes, na impossibilidade em solicitar uma nova coleta para confirmar resultados laboratoriais (tempo insuficiente, próximo ao parto), informar a gestante e seu parceiro sexual, iniciar esquema terapêutico e programar avaliação de diagnóstico e cura;

1.6- A amostra com teste treponêmico de triagem “positivo” e teste não-treponêmico “reagente” pode ser indicativo de sífilis ativa. Recomenda-se que o paciente seja submetido ao esquema terapêutico (Anexos V e VI);
1.7- A amostra com resultado “positivo” no teste treponêmico de triagem e “não reagente” no teste não-treponêmico deverá ser submetida a um 2º teste treponêmico (TPHA/TPPA/MHA-TP ou FTA-Abs) para confirmação do resultado;

1.7.1. Se o resultado do 2º teste treponêmico for “negativo” a amostra poderá ser definida como “Não Reagente para sífilis”;

Nota: Caso haja suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo *Treponema pallidum*, solicitar uma nova coleta de amostra após 30 dias. Tratando-se de gestantes, na impossibilidade em solicitar uma nova coleta para confirmar resultados laboratoriais (tempo insuficiente, próximo ao parto), informar a gestante e seu parceiro sexual, iniciar esquema terapêutico e programar avaliação de diagnóstico e cura;

1.7.2. Se o resultado do 2º teste treponêmico for “positivo” realizar a investigação clínica e/ou epidemiológica, já que pode se tratar de sífilis latente ou início de infecção ou cicatriz sorológica, em que os títulos de anticorpos anti-cardiolipínicos podem estar indetectáveis. Recomenda-se que o paciente seja submetido ao esquema terapêutico (Anexos V e VI).

Considerações

1. O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à história clínica e/ou epidemiológica do indivíduo.

2. Não existem testes laboratoriais que apresentem 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Em decorrência disso, resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes entre os testes distintos podem ocorrer na rotina do laboratório clínico.

3. Crianças menores de 18 meses de idade com suspeita de sífilis congênita deverão realizar apenas testes não treponêmicos, devido à passagem de anticorpos maternos responsáveis pela positividade transitória de testes treponêmicos.

4. Não deverá ser utilizado sangue de cordão umbilical para o diagnóstico de sífilis congênita 5. Para o imunodiagnóstico de sífilis no líquido deverá ser utilizado somente o teste não treponêmico.

6. Recomenda-se constar no laudo do diagnóstico laboratorial as seguintes informações, incluindo o nome da metodologia utilizada:

Teste não treponêmico

◦ Resultado: Não Reagente ou Reagente

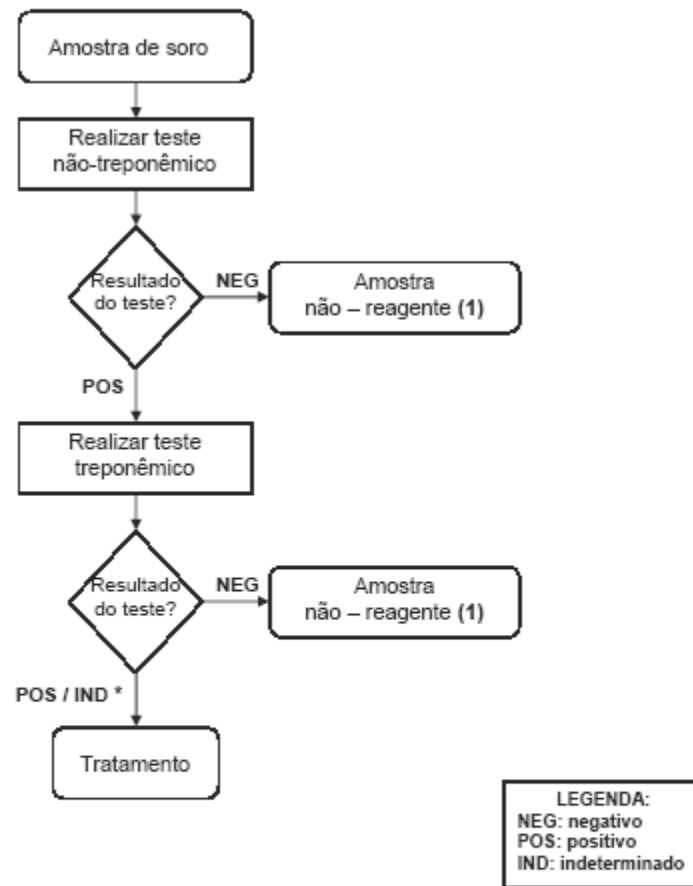
◦ Valor da diluição/título = ex.: 1/32

Teste treponêmico

◦ Resultado: Negativo (-) ou Positivo (+) ou Indeterminado

◦ Valor de referência.

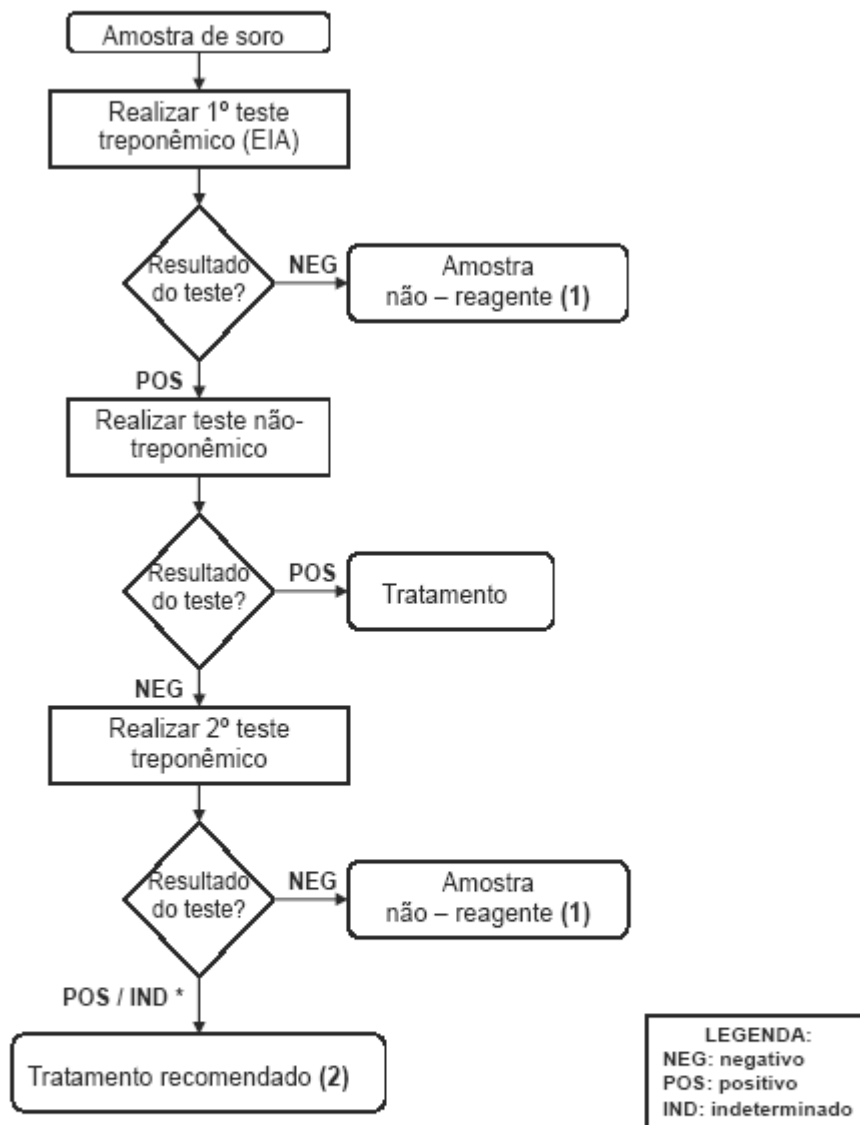
ANEXO III – Fluxograma Convencional de testes laboratoriais para sífilis



Nota 1: Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* solicitar uma nova coleta de amostra após 30 dias.

* Caso o resultado do teste treponêmico seja indeterminado, se possível, realizar o FTA-Abs

ANEXO IV – Fluxograma Alternativo de testes laboratoriais para sífilis



Nota 1: Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* solicitar uma nova coleta de amostra após 30 dias.

Nota 2: Pode se tratar de sífilis latente ou recente, onde os anticorpos anti-cardiolipina estão indetectáveis. Investigar história de tratamento anterior, pois também pode indicar infecção anterior.

* Caso o resultado do teste treponêmico seja indeterminado, se possível, realizar o FTA-Abs

ANEXO V

Tabela 1- Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e controle de cura

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade de uso da Penicilina:	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 Serie * Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	Doxiciclina 100 MG 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/8h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/8h (VO)	Exame Sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano da evolução	Penicilina G Benzatina 2 Series Dose total: 4.800.000 UI M	1 semana	Doxiciclina 100 MG 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/8h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/8h (VO)	Exame Sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 Series Dose total: 7.200.000 UI M	1 semana	Doxiciclina 100 MG 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/8h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/8h (VO)	Exame Sorológico não-treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia. 10 a 14 dias	4/4 h diariamente por 10 dias	Penicilia Procaína 2,4 Milhões UI (IM) Diariamente associada Á probenecida 500 mg (VO) Quatro vezes Por dia, ambas De 10 a 14 dias	Exame de líquor de 6/6 meses até normalização

* 1 série de Penicilina Benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

- Realizar o controle de cura trimestral, por meio do VDRL, considerando como resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos durante o primeiro ano, se ainda houver reatividade neste período, em titulações decrescentes ou manter o acompanhamento semestralmente em caso de persistência da positividade, em títulos baixos.
- A elevação de títulos em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um novo tratamento, mesmo na ausência de sinais ou sintomas específicos de sífilis.
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção do tratamento ou em caso de um intervalo maior do que sete dias entre as séries.

Tabela 2- Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

- Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos. Após o tratamento adequado, os testes não-treponêmicos na sífilis primária e secundária devem declinar cerca de quatro vezes após três a seis meses e oito vezes após seis a 12 meses, com níveis não-reativos após os 12 meses. Na infecção latente precoce, a queda de quatro vezes no título ocorre, geralmente, após um ano. Pacientes tratadas no estágio latente tardio ou que tiveram múltiplos episódios de sífilis podem mostrar um declínio mais gradual dos títulos.
- A elevação de títulos de em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado, justifica um novo tratamento; deve-se verificar se o tratamento do parceiro foi realizado.
- Gestantes ou nutrizas comprovadamente alérgicas à penicilina, após teste de sensibilidade à penicilina, devem ser dessensibilizadas e posteriormente tratadas com penicilina. Na impossibilidade, deverão ser tratadas com eritromicina (estearato) 500 mg, por via oral, de 6 em 6 horas durante 15 dias, para a sífilis recente, ou durante 30 dias, para a sífilis tardia; entretanto, essa 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.

ANEXO VI

Esquemas Terapêuticos para Sífilis Congênita e Controle de Cura

□ No Período Neonatal

A - Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

A 1 - se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias;

A 2 - se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias (níveis líquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina procaína, justificando o uso da penicilina cristalina);

A 3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante).

Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

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 do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

B 1 - se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

B 2 - se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

C – Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido:

C.1 - se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

C.2 - se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente (ver Seguimento). Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1 (sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

No Período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida)

Crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder o tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados.

3. Seguimento - Controle de Cura

- Consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês;
- Realizar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos;
- Realizar TPHA ou FTA-Abs para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima;
- Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos;
- Nos casos em que o LCR mostrou-se alterado, deve ser realizada uma reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo; alterações persistentes indicam avaliação clinicolaboratorial completa e retratamento;
- 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 reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

ANEXO VII

Roteiro para abordagem dos casos diagnosticados com sífilis

Teste não treponêmico (VDRL§§/USR* ou RPR†††/TRUST‡‡‡) reagente em qualquer título e teste treponêmico (FTA-Abs§§§ ou TPHA/TPPA/MHA-TP **** ou EIA††††) negativo** - pode ser sugestivo de resultado falso biológico positivo.

Recomenda-se a sua investigação, pois reações falso-positivas estão associadas à gravidez, doenças auto-imunes como lúpus eritematoso, infecções bacterianas, doenças virais e infecções por protozoários. Caso haja suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo *Treponema pallidum*, solicitar uma nova coleta de amostra após 21 dias, se este apresentar elevação de títulos, a gestante e seu parceiro sexual devem ser imediatamente tratados. Caso não haja tempo suficiente (próximo ao parto) para nova solicitação de coleta de amostra, para confirmar resultados laboratoriais, informar a gestante e seu parceiro sexual, iniciar esquema terapêutico e programar avaliação de diagnóstico e cura;

Teste não treponêmico (VDRL/USR ou RPR/TRUST) reagente em qualquer título e teste treponêmico (FTA-Abs ou TPHA/TPPA/MHA-TP ou EIA) positivo ou indeterminado - gestante e seu parceiro sexual devem ser submetidos ao esquema terapêutico. A “cicatriz ou memória” sorológica deve ser considerada somente após investigação de diagnóstico, confirmação de tratamento corretamente realizado e afastado a possibilidade de reinfecção.

Teste não treponêmico (VDRL/USR ou RPR/TRUST) reagente em qualquer título e teste treponêmico (FTA-Abs ou TPHA/TPPA/MHA-TP ou EIA) não disponível – se a história epidemiológica for ignorada e na ausência de sinais e sintomas clínicos de sífilis, considerar como sífilis latente de duração indeterminada e efetuar o tratamento da gestante e do seu parceiro sexual com seguimento sorológico.

§§ VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

*** USR - Unheated Serum Reagin (VDRL pronto para uso)

††† RPR - Rapid Plasma Reagin

‡‡‡ TRUST - Tolidine Red Unheated Serum Test (RPR corado)

§§§ FTA-Abs - Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

**** TPHA/TPPA/MHA-TP - *Treponema pallidum* Hemagglutination (TPPA) / Microhemagglutination *Treponema pallidum* (MHA-TP)

†††† EIA - Enzyme Immunoassay

Teste treponêmico pelo método EIA (Elisa, quimio/eletroquimioluminescência) com resultado negativo - poderá ser definida como “Não Reagente para sífilis”. Caso haja suspeita clínica e/ou

epidemiológica de infecção recente pelo *Treponema pallidum*, solicitar uma nova coleta de amostra após 21 dias. Na impossibilidade em solicitar uma nova coleta para confirmar resultados laboratoriais (tempo insuficiente, próximo ao parto), informar a gestante e seu parceiro sexual, iniciar esquema terapêutico e programar avaliação de diagnóstico e cura;

□ **Teste treponêmico pelo método EIA (Elisa, quimio/eletroquimioluminescência) com resultado positivo e teste não treponêmico (VDRL/USR ou RPR/TRUST) não reagente e teste treponêmico (FTA-Abs ou TPHA/TPPA/MHA-TP) positivo** - realizar a investigação clínica e/ou epidemiológica, já que pode se tratar de sífilis latente ou início de infecção ou cicatriz sorológica, em que os títulos de anticorpos anti-cardiolipínicos podem estar indetectáveis. Recomenda-se que a gestante e seu parceiro sexual sejam submetidos ao esquema terapêutico, exceto na confirmação de tratamento adequado de ambos e afastado a possibilidade de reinfecção.