

Sífilis congênita

Guia Prático de Atualização SBP nº 226 (09/2025) comparado com CDC 2021 e as atualizações sobre a escassez de penicilina benzatina (2025–2026), o guia da AAP (07/2025), BASHH 2024 (Reino Unido), protocolos espanhóis, o percurso italiano SIN/SIP e as metas da OMS.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Atualizações analisadas: AAP — Congenital Syphilis Evaluation and Treatment Guide (07/2025); CDC — Clinical reminders during Bicillin L-A shortage (07/2025, atualizações 03 e 04/2026); SBP — Guia Prático de Atualização nº 226, Sífilis congênita (09/2025); ECDC — Congenital syphilis Annual Epidemiological Report for 2024 (05/2026) · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre as atualizações de 2025–2026 em Neonatologia e as posições da Sociedade Brasileira de Pediatria, AAP, NICE, AEP/SENeo, Sociedade Italiana de Neonatologia, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins. [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que mudou em 2025–2026 | 4. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição brasileira (SBP) | 5. Síntese |
| 3. Posição das referências internacionais | 6. Fontes |

EM RESUMO

O **Guia Prático de Atualização nº 226** da SBP (11/09/2025), baseado no PCDT do Ministério da Saúde de 2022, define tratamento materno adequado como **penicilina benzatina completa, iniciada até 30 dias antes do parto**, exige **teste não treponêmico pareado mãe–RN em sangue periférico** e separa o RN **exposto** (mãe adequadamente tratada; sem tratamento) da **sífilis congênita** (mãe não tratada ou inadequadamente tratada; notificar, investigar e tratar). Esses princípios coincidem com o CDC (2021), com o guia da AAP atualizado em 07/2025, com a BASHH (2024) e com os protocolos espanhol e italiano. As diferenças: a SBP usa **benzatina 50.000 UI/kg dose única** no RN de mãe inadequadamente tratada com avaliação normal — opção aceita pelo CDC com seguimento garantido, mas não pela BASHH, que trata 10 dias; e o CDC recomenda benzatina para o RN de mãe adequadamente tratada na gestação — admitindo não tratar se o seguimento sorológico for garantido —, enquanto a SBP não trata. O guia **não traz doses de cristalina e procaína** nem plano para a escassez de benzatina (atualizado pelo CDC em 2026), não incorpora IgM treponêmica nem PCR e não cita a meta da OMS ($\leq 50/100.000$ NV), da qual o Brasil ($10,3/1.000$) está ~20 vezes distante.

1. O que mudou em 2025–2026

DATA	INSTITUIÇÃO	DOCUMENTO	O QUE MUDOU
08/07/2025	AAP	Congenital Syphilis Evaluation and Treatment Guide	Guia alinhado a CDC/Red Book com 4 categorias (comprovada, possível, menos provável, improvável); doses de penicilina cristalina por idade; seguimento com título a cada 2–3 meses
07/2025	CDC	Clinical reminders during Bicillin L-A shortage	Prioriza a penicilina benzatina para gestantes e lactentes com sífilis congênita ; penicilina é o único tratamento recomendado nesses grupos
11/09/2025	SBP (DC Neonatologia)	Guia Prático de Atualização nº 226 — Sífilis congênita	Atualiza o manejo com base no PCDT 2022; teste pareado periférico; benzatina dose única no RN de mãe inadequadamente tratada com avaliação normal
10/03/2026	CDC / FDA	Bicillin updates	FDA autoriza importação temporária de Lentocilin
14/04/2026	CDC	Bicillin updates	Pfizer adia a normalização do abastecimento de Bicillin L-A para o 4º trimestre de 2027
05/2026	ECDC	Annual Epidemiological Report for 2024	UE/EEE: 140 casos em 2024 ($4,7/100.000$ NV), maior número desde 2009

2. Posição brasileira (SBP)

Documento: Guia Prático de Atualização nº 226, 11/09/2025, 19 p. Departamento Científico de Neonatologia (presidente e relatora Lícia Moreira; relatora Priscila Lyra). Base: PCDT do Ministério da Saúde para IST e Transmissão Vertical (2022).

TEMA	CONTEÚDO
Epidemiologia (Brasil, 2022)	83.034 gestantes com sífilis (32,4/1.000 NV); 26.468 casos de sífilis congênita (10,3/1.000 NV); 200 óbitos; transmissão vertical de 34,3%; até 80% intraútero; 60–90% assintomáticos ao nascer
Gestante	Teste no 1º trimestre, início do 3º e no parto. Tratamento adequado: penicilina benzatina, completo para o estágio, iniciado até 30 dias antes do parto , intervalos respeitados (parceiro retirado da definição pelo PCDT 2022). Resposta: queda ≥ 2 diluições em 3 meses ou ≥ 4 em 6 meses
Maternidade	Teste rápido em toda gestante e no abortamento; teste não treponêmico (TNT) pareado mãe–RN em sangue periférico, não de cordão ; título do RN ≥ 2 diluições acima do materno = sífilis congênita; título igual ou menor não exclui
Notificação	Mãe não tratada ou inadequadamente tratada → sífilis congênita (notificar); mãe adequadamente tratada → criança exposta (não notificar)
Criança exposta	Mãe adequadamente tratada, RN assintomático, TNT não reagente ou ≤ 1 diluição acima do materno: sem tratamento ; seguimento na atenção básica com TNT aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses (suspender após 2 não reagentes consecutivos); treponêmico não obrigatório, após 18 meses
Mãe inadequadamente tratada	Notificar; hemograma, glicemia, radiografia de ossos longos, líquido (células, proteína, VDRL). Tudo normal e TNT não reagente → penicilina benzatina 50.000 UI/kg IM dose única . Alterado → sífilis congênita: sem neurosífilis, penicilina cristalina ou procaína por 10 dias; com neurosífilis, cristalina por 10 dias (internação)
Líquor sugestivo	RN: > 25 células, proteína > 150 mg/dL, VDRL reagente; > 28 dias: > 5 células, proteína > 40 mg/dL; neurosífilis em cerca de 60%
Ceftriaxona	Apenas na falta de penicilina, sem eficácia comprovada
Seguimento da sífilis congênita	Consultas na semana 1 e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18; TNT aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses; líquido a cada 6 meses se neurosífilis; avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica semestral por 2 anos; retratar se título subir 2 diluições ou não negatizar

Não aborda: doses e intervalos da penicilina cristalina (50.000 UI/kg 12/12 h até 7 dias de vida, 8/8 h depois) e da procaína; conduta detalhada na escassez de penicilina; os 4 cenários do CDC; RN de mãe tratada com menos de 4 semanas do parto; PCR de lesões e placenta; IgM treponêmica; manejo do parceiro; meta de eliminação da OMS. Há **inconsistência interna**: o texto diz que o treponêmico "entre 15 e 18 meses não é mais obrigatório", mas a tabela o posiciona a partir de 18 meses.

3. Posição das referências internacionais

Não localizamos protocolos públicos específicos do Boston Children's nem da Johns Hopkins All Children's (cujos pathways são institucionais); a prática nesses centros segue CDC/AAP.

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — CDC / AAP	CDC — STI Treatment Guidelines, Congenital Syphilis (2021); AAP — Congenital Syphilis Evaluation and Treatment Guide (07/2025); CDC — Bicillin updates (2026); Perinatal HIV Hotline — Bicillin L-A shortage (2026)	Tratamento materno adequado iniciado ≥ 30 dias antes do parto ; título do RN ≥ 4× o materno sugere infecção. Cenários: (1) comprovada/altamente provável → avaliação completa e 10 dias de penicilina parenteral; (2) possível → líquido e ossos longos, benzatina dose única aceitável só com avaliação completa normal; (3) mãe adequadamente tratada na gestação → benzatina 50.000 U/kg IM dose única (alternativa: não tratar, com seguimento sorológico a cada 2–3 meses por 6 meses, se o retorno for garantido); (4) improvável (tratamento pré-gestacional, títulos baixos estáveis) → sem tratamento. AAP: cristalina 50.000 U/kg IV 12/12 h (≤ 7 dias) e 8/8 h (> 7 dias), 10 dias ; alternativas procaína IM diária por 10 dias ou benzatina dose única com ressalvas; ≥ 1 mês 200.000–300.000 U/kg/dia. TNT a cada 2–3 meses, queda até 3 e negatificação até 6 meses; treponêmico não serve para seguimento (IgG materna > 15 meses). Ceftriaxona só com especialista. Escassez: benzatina reservada a gestantes e lactentes com SC; Lentocilin importado (03/2026)
Reino Unido — BASHH / NICE	Kingston et al. — BASHH UK guidelines for the management of syphilis in pregnancy and children (Int J STD AIDS, 2024)	NICE: sem documento específico localizado. BASHH: adequado = tratamento concluído > 30 dias antes do parto , com penicilina ou ceftriaxona (macrolídeo = inadequado); sorologia pareada (não de cordão) com treponêmico, RPR quantitativo e IgM treponêmica ; PCR de lesões, placenta, sangue e líquido. Tratar o RN se tratamento materno < 4 semanas antes do parto, com macrolídeo, ausente ou inadequado: benzilpenicilina 25 mg/kg IV 12/12 h (≤ 7 dias), 8/8 h (7–28 dias), 6/6 h (> 28 dias) por 10 dias ; sem possibilidade de internação, ceftriaxona 75 mg/kg/dia IV por 10 dias (< 1 ano). Seguimento: baixo risco, ao nascer e aos 3 meses; tratados, RPR ao nascer, 3, 6 e 12 meses. Recomendações neonatais em geral de boa prática
Espanha — SEIP / AEP	SEIP e outras — Documento de consenso sobre ITS (atualização 2024); Vall d'Hebron — Sífilis congênita, v2 (11/2024)	Consenso de ITS 2024 da SEIP com sociedades e Ministério; como exemplo de prática, o protocolo Vall d'Hebron: inadequado = antibiótico não penicilina ou início < 30 dias do parto; regra de 4×; RPR no soro do RN + IgG/IgM (CLIA); comprovada → penicilina G sódica 100.000–150.000 UI/kg/dia IV por 10 dias; possível → sódica, procaína ou benzatina dose única; baixa probabilidade → benzatina ou observação; RPR a cada 2–3 meses; treponêmico aos 18 meses . Declaração obrigatória (RENAVE); 10 casos em 2024 (3,1/100.000 NV)
Itália — SIN / SITIP	AMCLI, SIGO, SIMaST, SIMIT, SIN, SIP — Percorsi diagnostico-assistenziali Sifilide (04/2012); SITIP — Sifilide congenita, luci ed ombre (06/2023)	Tratamento materno > 4 semanas antes do parto; 3 cenários de tipo CDC; penicilina G sódica 50.000 UI/kg IV 12/12 h nos primeiros 7 dias, depois 8/8 h, total 10 dias ; benzatina 50.000 UI/kg dose única só com avaliação negativa e seguimento incerto; sorologia trimestral; treponêmico positivo após 18 meses = infecção. SITIP 2023: sem consenso novo; discute rastreio no 3º trimestre, tratamento do parceiro e escassez de benzatina. 7 casos em 2024 (1,8/100.000 NV)
Harvard — Boston Children's	Sem documento específico localizado	Prática segue CDC/AAP
Johns Hopkins	Sem documento específico localizado entre os pathways públicos da JH All Children's	Prática segue CDC/AAP

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
OMS / ECDC	OMS — Eliminating congenital syphilis in Brazil (12/2024) ; ECDC — AER 2024 (2026)	Meta de eliminação ≤ 50 casos/100.000 NV com cobertura de testagem e tratamento $\geq 95\%$; Distrito Federal reduziu 37% dos casos em 2021–2023. UE/EEE: 4,7/100.000 NV em 2024

4. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE/UK	AEP/SENEO	ITÁLIA	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
Tratamento materno adequado	Benzatina, iniciada ≥ 30 d antes	Iniciado ≥ 30 d antes	Concluído > 30 d; aceita ceftriaxona	< 30 d ou não penicilina = inadequado	> 4 sem	CDC/AAP	CDC/AAP	Concordância; UK aceita ceftriaxona
Título pareado	Periférico; ≥ 2 diluições	≥ 4×	Pareado + IgM + PCR	4× + IgM	4× + IgM	CDC/AAP	CDC/AAP	Concordância (2 diluições = 4×); Europa soma IgM/PCR
Líquor e ossos longos	Se mãe inadequada	Cenários 1–2	Por risco	Por cenário	Por cenário	—	—	Concordância
Mãe inadequada, avaliação normal	Benzatina dose única	Aceitável se avaliação completa normal	10 dias	Benzatina possível	Benzatina se seguimento incerto	—	—	Divergência com UK
Mãe adequada na gestação	Sem tratamento (exposto)	Benzatina dose única (cenário 3; não tratar é alternativa com seguimento garantido)	Não trata se > 4 sem (testes ao nascer e 3 m)	Benzatina ou observação	—	—	—	Divergência parcial com CDC
Doses da cristalina	Não traz	50.000 U/kg 12/12 → 8/8 h	25 mg/kg 12/8/6 h	100–150 mil UI/kg/d	50.000 12/12 → 8/8 h	—	—	Lacuna SBP
Procaína	Alternativa sem neurosífilis	Alternativa	Não citada	Alternativa	—	—	—	Parcial
Seguimento do título	1, 3, 6, 12, 18 m	A cada 2–3 m até negativar	3, 6, 12 m	2–3 m	Trimestral	—	—	Semelhante
Treponêmico aos 18 m	Ambíguo	Não para seguimento	—	18 m	> 18 m	—	—	SBP inconsistente
Escassez / ceftriaxona	Só na falta, sem eficácia comprovada	Priorizar gestantes e RN; Lentocilin	Ceftriaxona alternativa formal	—	Discute escassez	—	—	UK mais permissivo
Meta OMS	Não cita	—	—	3,1/100.000	1,8/100.000	—	—	Brasil ~20× acima

5. Síntese

O guia da SBP é fiel ao PCDT 2022 e está alinhado ao núcleo do consenso internacional: o critério temporal de 30 dias para considerar adequado o tratamento materno, a comparação pareada de títulos em sangue periférico (2 diluições equivalem à regra de 4 vezes do CDC), a investigação com líquido e ossos longos quando o tratamento materno é inadequado e 10 dias de penicilina parenteral na doença comprovada ou com avaliação alterada.

As divergências de conduta estão nas zonas intermediárias. Para o RN de mãe inadequadamente tratada com avaliação normal e teste não reagente, a SBP prescreve benzatina dose única, o que corresponde a uma opção do cenário 2 do CDC/AAP — condicionada a avaliação completa normal e seguimento garantido —, enquanto a BASHH trata todos esses RN por 10 dias. No sentido oposto, o CDC recomenda benzatina dose única para o RN de mãe adequadamente tratada durante a gestação (cenário 3), que a SBP classifica como exposto e não trata — conduta que o CDC admite como alternativa quando o seguimento sorológico é garantido. A Europa soma IgM treponêmica e PCR, ausentes do guia.

As lacunas pesam mais: faltam doses da cristalina e da procaína (explícitas na AAP, na BASHH e no percurso italiano), um plano para a escassez de benzatina (que o CDC enfrentou priorizando gestantes e RN e importando Lentocilin) e clareza sobre o treponêmico aos 18 meses. Sobretudo, com 10,3 casos por 1.000 nascidos vivos em 2022, o Brasil está cerca de 20 vezes acima da meta da OMS e mais de 200 vezes acima da taxa europeia de 2024; a sífilis congênita continua sendo, antes de tudo, falha de pré-natal.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Teste pareado:** colher o não treponêmico do RN em sangue periférico (nunca de cordão) junto com o materno; título ≥ 2 diluições acima do materno define sífilis congênita, mas título igual ou menor não a exclui.
2. **Penicilina cristalina:** 50.000 UI/kg IV a cada 12 h nos primeiros 7 dias de vida e a cada 8 h depois, por 10 dias (AAP; percurso italiano) — dose que o guia da SBP não traz.
3. **Benzatina dose única no RN de mãe inadequadamente tratada:** só com hemograma, radiografia de ossos longos e líquido normais, teste não reagente e seguimento garantido; havendo dúvida sobre o retorno, preferir 10 dias de penicilina, como faz a BASHH.
4. **Escassez de benzatina:** priorizar gestantes e RN; ceftriaxona apenas na falta de penicilina, com seguimento rigoroso (a BASHH usa 75 mg/kg/dia IV por 10 dias em < 1 ano).
5. **Seguimento:** TNT aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses; segundo a AAP, o título deve cair até 3 meses e negativar até 6 meses — subida de 2 diluições ou persistência indica novo líquido e retratamento.
6. **Oportunidade perdida:** oferecer à mãe testagem para HIV e hepatite B e garantir o tratamento do parceiro, mesmo fora da definição de adequação do PCDT 2022.

6. Fontes

- SBP. Sífilis congênita. Guia Prático de Atualização nº 226, Departamento Científico de Neonatologia, 11/09/2025.
- Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas — IST e Transmissão Vertical (2022).
- CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 — Congenital syphilis. [CDC](#)
- CDC. Clinical reminders during Bicillin L-A shortage (07/2025; atualização 16/03/2026). [Perinatal HIV Hotline](#). CDC NCHHSTP. Bicillin updates (2026). [CDC](#)
- AAP. Congenital Syphilis Evaluation and Treatment Guide (08/07/2025). [AAP](#)
- Kingston et al. UK guidelines for the management of syphilis in pregnancy and children 2024 (BASHH). Int J STD AIDS, 2024. [BASHH](#); [PubMed](#)
- SEIP, GEITS, GeSIDA, GEHEP, SEIMC. Documento de consenso sobre ITS em adultos, crianças e adolescentes (2024). [SEIP](#). Hospital Vall d'Hebron. Sífilis congênita, v2 (11/2024). [PDF](#)
- AMCLI, SIGO, SIMaST, SIMIT, SIN, SIP. Percorsi diagnostico-assistenziali — Sifilide (04/2012). [SIN](#). Barisone, Garazzino. Sifilide congenita, luci ed ombre. SITIP, 09/06/2023. [SITIP](#)
- OMS. Eliminating congenital syphilis — using evidence-based management in Brazil (20/12/2024). [OMS](#)
- ECDC. Congenital syphilis — Annual Epidemiological Report for 2024 (2026). [ECDC](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.