



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

SÍFILIS E GESTAÇÃO

(atualizado em janeiro 2020)

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, exclusiva do ser humano, de transmissão sexual, sanguínea e vertical (de mãe para filho) e constitui importante problema de saúde pública. O agente etiológico da sífilis, o *Treponema pallidum*, pode passar para o feto via placentária, em qualquer estágio da doença e qualquer idade gestacional.

Estima-se que a sífilis afete um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.

Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças, nasçam com sífilis congênita (SC) anualmente. Nos últimos anos, em todo o Brasil, houve um aumento considerável do número de casos de sífilis adquirida, sífilis na gestação e de sífilis congênita. É motivo de preocupação permanente o descuido no uso de preservativos e, em especial, na gestação, com o diagnóstico tardio e com tratamentos inadequados ou não oportunos. Importante salientar que o aprimoramento da vigilância com aumento das notificações dos casos e também o aumento da cobertura do teste rápido (TR) para a detecção da sífilis são fatores que colaboraram para a identificação e aumento do número de casos.

Um dos objetivos da OMS é a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, buscando a meta de incidência de menos de 0,5 casos novo para cada mil nascidos vivos por ano.

Incidência de sífilis congênita no município de São Paulo

Ainda hoje, com todo o conhecimento e tecnologia disponíveis, na maior cidade da América latina, constatamos óbitos de recém-nascidos em maternidades no município, vítimas da SC, doença que pode ser totalmente curada ainda durante a gravidez apenas com o uso da Penicilina G benzatina (PB).

O número de casos de SC encontra-se em ascensão desde 2006 e pode ser consequência, além da ampliação da busca ativa e consequente melhoria na notificação de casos, do aumento da prevalência da sífilis adquirida. Na cidade de São Paulo, em 2017, foram notificadas 4.210 gestantes com sífilis e 1.111 crianças com sífilis congênita, determinando um coeficiente de incidência de 6,6 crianças com sífilis por mil nascidas vivas e no ano de 2018 este coeficiente foi de 7,1.

Para atender os casos de Sífilis, a rede municipal de saúde de São Paulo vem desenvolvendo trabalho permanente para identificação, tratamento e monitoramento dos casos de sífilis na gestante com o objetivo de prevenir e reduzir a SC. Foram incorporados ao protocolo do Pré-

natal, exames adicionais para rastreamento da sífilis na gestante e um sistema on-line de monitoramento da sífilis na gestante e do recém-nascido com sífilis ou exposto à sífilis na gestação, que permite acompanhar o atendimento da gestante com sífilis durante todo o pré-natal e do RN exposto ou com sífilis, até os dois anos de vida. Todas as UBS estão treinadas e capacitadas para identificar rapidamente os casos de sífilis na população, disponibilizando e oferecendo a realização do teste rápido para a sífilis diariamente, durante o período integral de funcionamento da UBS. Integração com a rede hospitalar de atendimento à gestante tem sido fortalecida através dos Fóruns materno-infantis regionais e reuniões compartilhadas entre Atenção Básica (AB) e hospitais para melhoria dos fluxos.

Em agosto de 2019 foi publicada Portaria que detalha as diretrizes para o atendimento, e monitoramento da sífilis na gestação e do RN exposto ou com SC que pode ser encontrada no link:

<http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/RenderizadorPDF.aspx?ClipID=f16c30c9d11401c824cce7bbcb3ac1f6>

Epidemiologia e formas clínicas da sífilis

Etiologia: bactéria Gram negativa espiroqueta *Treponema pallidum*.

Transmissão sexual: é maior nos estágios iniciais, sífilis primária e secundária.

Período de incubação: 10 dias a 90 dias (média de 21 dias).

Transmissão vertical: a transmissão da mãe para o feto ocorre em 70 a 100% dos casos de sífilis primária ou secundária durante a gestação, mas também pode ocorrer na sífilis latente. A infecção fetal provoca de 30-50% de morte intrauterina, parto pré-termo ou morte neonatal.

Formas clínicas

Segundo o tempo de infecção:

- Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução)
- Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução)

Segundo as manifestações clínicas da sífilis adquirida:

Primária:

- Cancro duro = úlcera única, indolor, com bordos sobrelevados endurecidos e fundo limpo. Pode haver linfadenomegalia satélite. Desaparece espontaneamente entre 2 a 6 semanas.

Secundária

- Lesões cutaneomucosas, não ulceradas, surgem entre 6 semanas a 6 meses após a infecção. Exantema maculopapular róseo, arredondas, ovaladas, não pruriginosas, não descamativas, geralmente em tronco e raiz dos membros, incluindo região palmar e plantar. Ainda podem ocorrer lesões vegetantes, papulo-erodidas em região anogenital (condiloma plano). Pode haver sintomas gerais brandos (febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia). Dura em

média de 4 a 12 semanas, podendo evoluir em surtos por até dois anos. Há intensa produção de anticorpos contra o treponema, resultando em testes não treponêmicos com maiores títulos.

Latente

- Período sem manifestações clínicas, entre a sífilis secundária e a terciária.

Observação: permanece o risco de transmissão, inclusive para o feto.

Terciária

- Lesões gomosas e nodulares = comprometimento cutaneomucoso e articular
- Acometimento cardiovascular (aneurisma aórtico) e neurológico (neurosífilis, tabes dorsalis, afasias, paresias, convulsões, demência).

DIAGNÓSTICO:

- **Teste rápido (TR) de sífilis** – é um teste treponêmico e identifica a sífilis. Em caso de TR positivo, tanto a gestante quanto seu parceiro devem ser tratados o mais rápido possível, pois caso o parceiro não se trate, a gestante pode ser reinfetada. O teste deve ser realizado **no momento do diagnóstico da gravidez e repetido com 32 semanas**, na gestante até então, negativa para sífilis.
- **Sorologia para Sífilis:** faz parte da rotina do PN para o diagnóstico de sífilis na gestação. Deve ser solicitada, independentemente da realização do TR para sífilis. Deve ser realizada nos três trimestres, sendo a primeira na 1^a consulta do PN, a segunda no segundo trimestre (ao redor da 20^a semana de gestação), e a terceira, na 28^a semana.

Na rotina do município de São Paulo, a sequência de exames sorológicos para sífilis com testes treponêmicos (ELISA/TPHA) e o teste não treponêmico (VDRL) é feita automaticamente, sem a necessidade de especificar qual exame deverá ser realizado. O resultado é liberado como “*amostra reagente para sífilis*” ou “*amostra não reagente para sífilis*”.

- **VDRL:** é de fundamental importância para o acompanhamento do tratamento da sífilis na gestante. *Na gestante com sífilis o VDRL deverá ser realizado mensalmente.*

Como fazer o diagnóstico:

Nas formas primária e secundária:

- Clínico;
- Sorologia: testes treponêmicos (Elisa ou FTA-Abs ou TPHA ou Teste Rápido) e não treponêmico (VDRL).

Nas formas latente e terciária:

Sorologia: testes treponêmicos (Elisa ou FTA-Abs ou TPHA ou Teste Rápido) e não treponêmico (VDRL).

Interpretação dos resultados:

ELISA	VDRL	TPHA	INTERPRETAÇÃO
NEGATIVO	NÃO REALIZAR	NÃO REALIZAR	AMOSTRA NÃO REAGENTE Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> , solicitar nova coleta em até 21 dias.
POSITIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	AMOSTRA NÃO REAGENTE: AUSÊNCIA DE INFECÇÃO OU PERÍODO DE INCUBAÇÃO? Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> , solicitar nova coleta em até 21 dias.
POSITIVO ²	NEGATIVO ²	POSITIVO OU INDETERMINADO	SÍFILIS PRIMÁRIA, OU PREVIAMENTE TRATADA, OU LATENTE TARDIA NÃO TRATADA. Pode se tratar de sífilis recente ou latente tardia, onde o VDRL pode estar indetectável. Recomenda-se que a paciente e o parceiro sejam tratados. EXCETO na confirmação de tratamento prévio adequado de ambos e afastada a possibilidade de reinfecção.
POSITIVO ¹	POSITIVO ¹	NÃO REALIZADO	SÍFILIS (TRATAR)

TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTANTE.

Na gestação, é frequente a gestante assintomática, com teste treponêmico positivo e título de VDRL positivo e que não se consegue identificar o momento que ocorreu a infecção. Assim não é possível saber se a sífilis é recente ou tardia e por isto, na maioria das vezes, a gestante é tratada com a dose total de 7.200.000 UI de Penicilina G benzatina (PB) (2.400.00 UI por semana, durante três semanas).

Caso seja possível fazer a identificação do tempo de infecção, podemos diferenciar o tratamento:

- *Sífilis primária, Sífilis secundária e latente recente:*

Penicilina G benzatina 2,4 milhões de Unidades I.M., uma vez por semana, durante duas semanas consecutivas. Dose total: 4,8 milhões UI.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

- *Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária:*

Penicilina G benzatina 2,4 milhões de Unidades I.M., repetir por três semanas consecutivas.
Dose total: 7,2 milhões UI.

Conduta na gestante com resultado positivo para sífilis

- A gestante com TR positivo para sífilis na primeira consulta do PN, deverá receber a primeira dose da Penicilina G benzatina (PB) de 2.400.000UI (1.200.000UI em cada glúteo), prescrita pelo médico ou pela enfermagem e realizar a coleta da sorologia completa para sífilis e dos demais exames da rotina do PN. O parceiro ou parceiros sexuais também deverão receber o tratamento. A complementação do esquema terapêutico será feito em duas semanas (caso não se conheça o tempo de infecção), com mais uma aplicação por semana de PB 2.400.000 UI (1.200.000UI em cada glúteo).
- Em qualquer momento da gestação, se houver TR ou sorologia POSITIVA para sífilis e/ou história clínica compatível com sífilis não tratada, o tratamento da gestante e do(s) parceiro(s) deve ser instituído imediatamente.
- Teste não treponêmico (VDRL) é obrigatório para o monitoramento do tratamento e deve ser realizado mensalmente até o parto, e os títulos deverão apresentar queda progressiva, sendo o último com redução de pelo menos 2 títulos em relação ao primeiro. Se houver quadruplicação dos títulos, provavelmente ocorreu reinfeção e deverá ser verificado se o parceiro foi tratado e reiniciar o tratamento.
- Definido o esquema de tratamento, se houver interrupção, ele deverá ser reiniciado.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

FLUXOS PARA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A abordagem diagnóstica e o encaminhamento dos casos de infecção por Sífilis na gestação devem seguir os fluxos definidos abaixo conforme o local de atendimento da gestante.

ABORDAGEM NO PRÉ-NATAL

Fluxograma na UBS

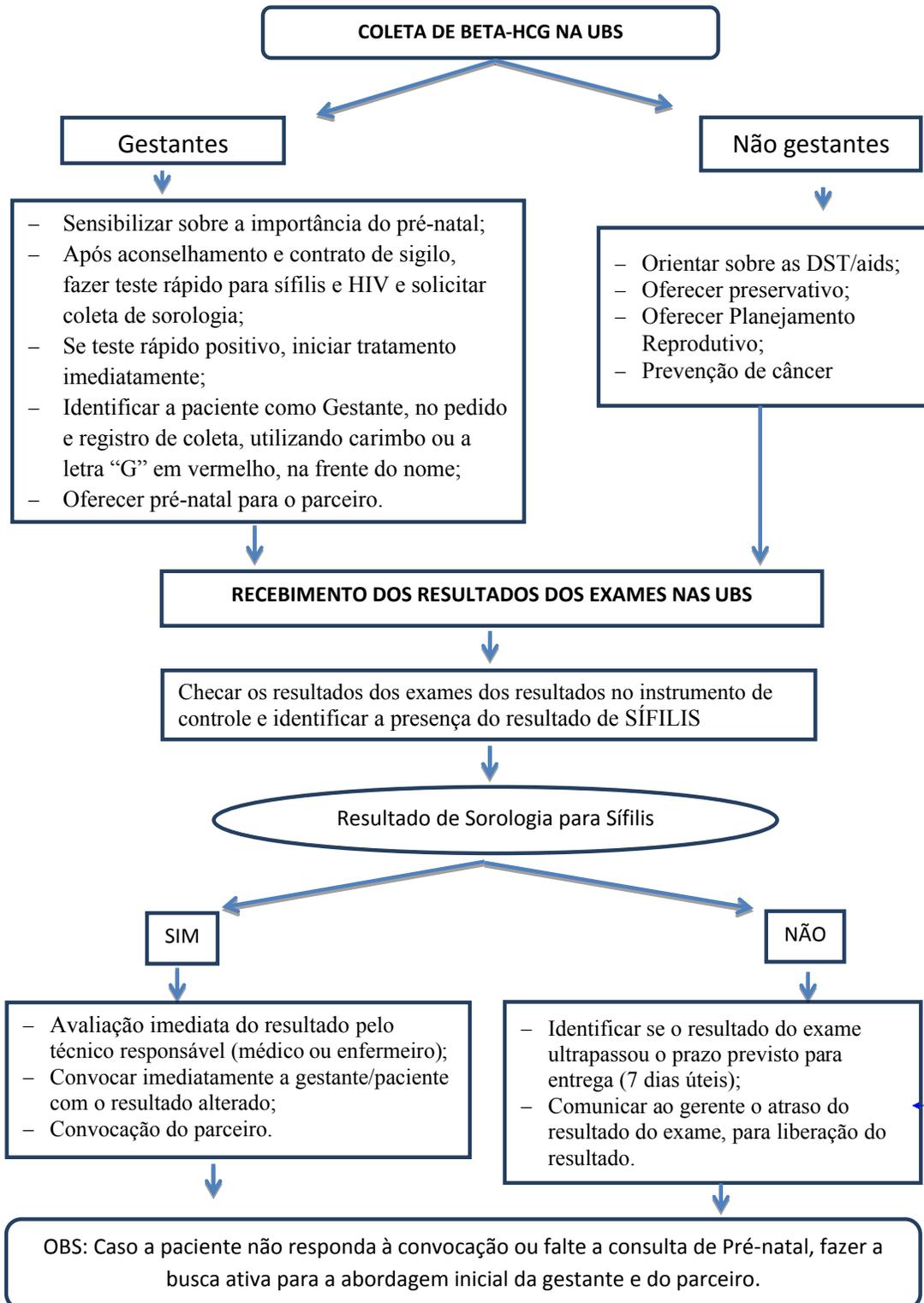
Confirmada a gravidez:

1. A gestante deve ser sensibilizada pela equipe de saúde a respeito da importância do pré-natal e aconselhada a realizar todos os exames de rotina de pré-natal, além de ser informada de seus direitos enquanto cidadã paulistana;
2. Deve ser submetida imediatamente ao teste rápido para sífilis e HIV e receber a solicitação de todos os outros exames da rotina do primeiro trimestre de gestação, bem como as orientações para este momento da gestação;
3. A seguir, a gestante deve ser inserida no Programa de pré-natal e no SISPRENATAL e seu prontuário aberto, assim como a “Caderneta da Gestante”. No decorrer de seu acompanhamento pré-natal, todas as informações deverão ser escritas nestes documentos e os sistemas de informação deverão ter os seus dados atualizados periodicamente;
4. Novos exames sorológicos para detecção de sífilis serão realizados no segundo trimestre (por volta da 20ª semana de gestação) e no terceiro trimestre (28 semanas), além de mais um TR na 32ª semana para todas as gestantes que não contraíram a doença até então.

Importante observação que deve ser sempre lembrada é que em qualquer momento da gestação, se houver suspeita de infecção, deve-se fazer o TR.

5. O seguimento pós-parto deverá ser o mesmo que o da sífilis adquirida, ou seja VDRL trimestral.

FLUXOGRAMA PARA ABORDAGEM DA SÍFILIS NA UBS



Formatado: À esquerda



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS NA GRÁVIDA, PARTURIENTE E PUÉRPERA E NOTIFICAÇÃO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

A UBS deverá notificar a Vigilância Epidemiológica, através do impresso SINAN pré-numerado nas situações abaixo:

Situação 1:

Mulher assintomática para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente** – seja ele treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação – e **sem registro de tratamento prévio**.

Situação 2:

Mulher sintomática para sífilis (**ver item 3 - Formas clínicas**), que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente** – seja ele treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação.

Situação 3:

Mulher que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente teste **não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio**.

** Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.*

Cicatriz sorológica (memória imunológica): é uma expressão utilizada para pessoas que apresentam testes treponêmicos reagentes e testes não treponêmicos não reagentes (ou com títulos baixos, menores do que 1:2 ou 1:4). Para confirmar “cicatriz sorológica” é **obrigatório:**

- a) Registro de tratamento prévio adequado e documentado;
- b) Investigação de novas exposições para descartar reinfecção.

(Nota Informativa nº 02/2017/CRT-PE=DST/Aids/SES-SP)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

NOTIFICAÇÃO - Deve ser esclarecido:

- a) A notificação da gestante com sífilis deve ser realizada durante o pré-natal;
- b) O número do Sinan da notificação da gestante com sífilis, realizada durante o pré-natal, deve ser registrado na caderneta da gestante;
- c) Orientar a gestante para levar sua caderneta à maternidade, na admissão para o parto;
- d) Notificar na maternidade, **apenas**, as parturientes e puérperas com sífilis que **não** realizaram pré-natal ou esta informação era ignorada na admissão para o parto.

Registro de tratamento prévio deve ser considerado o tratamento adequado, com comprovação da sua realização, em documentos oficiais, tais como:

- a) Prontuário do paciente, caderneta do pré-natal e receituário médico, todos com a checagem da aplicação, quando a medicação for injetável;
- b) Não deverá ser considerado exclusivamente o relato da paciente.

ABORDAGEM NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO

O TR/sorologia para sífilis deverá ser realizado em todas as gestantes admitidas em trabalho de parto (TP) ou em situação de abortamento.

Se a mulher em TP, em abortamento ou com óbito fetal apresentar SOROLOGIA PARA SÍFILIS REAGENTE, deverá ser tratada de imediato, assim como seu(s) parceiro(s).

O recém-nascido cuja mãe apresentou SOROLOGIA PARA SÍFILIS REAGENTE na gestação ou no momento do parto ou que apresente suspeita clínica de Sífilis Congênita deverá ter seu sangue periférico colhido para realização de VDRL, para ser comparado com os títulos maternos, e imediatamente tratado quando for o caso.

A seguir, o caso deve ser notificado.