

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROTOCOLO

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios. Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior e em formas mais graves da doença, como no caso da sífilis terciária, se não houver o tratamento adequado pode causar complicações graves como lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte.

- A transmissão para o feto durante a gestação causa:
 - Aborto
 - Óbito fetal ou neonatal
- As complicações para o recém-nascido:
 - Prematuridade
 - Baixo peso ao nascer
 - Sífilis congênita que pode se manifestar até os 2 anos de vida.

Conforme dados do último Boletim Epidemiológico de Sífilis publicado pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2021, foram notificados no país mais de um milhão de casos de sífilis adquirida, 466.584 casos de sífilis em gestantes, 221.600 casos de sífilis congênita e 2.064 óbitos por sífilis congênita no Brasil.

De 2010 a 2019, a taxa de sífilis congênita passou de 1,4 para 8,2 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) em consequência do aumento de sífilis em gestantes (de 3,5 para 20,8 casos por 1.000 NV).

Vale ressaltar que a taxa de sífilis congênita é um dos indicadores monitorados pela Política Estadual de Atenção à Saúde Materno Infantil de Goiás. A redução da taxa é um importante indicador de melhoria da qualidade de atenção pré-natal, pois, quanto melhor o manejo da infecção na gestante, menor chance de ocorrência da transmissão vertical.

2. PREVENÇÃO

- Uso correto e regular do preservativo feminino e/ou masculino (mais importante), com ações de educação em saúde sexual (família, escola e serviços médicos). Mesmo com tratamento adequado, em cerca de 14% dos casos poderá ocorrer óbito fetal ou nascimento de bebês com evidência de sífilis congênita.
- Testagem, de preferência na primeira consulta de pré-natal.
- Tratamento completo em tempo oportuno.
- Acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal.
- Cumprimento dos protocolos vigentes.

2. SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas da sífilis variam de acordo com cada estágio da doença. Uma pessoa pode ter sífilis e não saber, isso porque a doença pode aparecer e desaparecer, mas continuar latente no organismo.

Sífilis recente (duração de até 1 ano)

- Sífilis Primária: Úlcera, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), que aparece entre 10 e 90 dias após o contágio, rica em bactérias e é chamada de “cancro duro”. Normalmente, é indolor, sem prurido ou ardor, fundo limpo com bordas endurecidas e base eritematosa, podendo estar acompanhada de ínguas (caroços) na virilha. Essa ferida desaparece sozinha, independentemente de tratamento entre 1 e 3 semanas em pacientes hígdas.
- Sífilis Secundária: Os sinais e sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial. Podem surgir manchas (eritema maculo papilar e lesões eritematodescamativas) no corpo, incluindo regiões palmares e plantares, que geralmente não coçam. Essas lesões são ricas em bactérias. Pode ocorrer febre, mal-estar, cefaléia, mialgia e ínguas pelo corpo. As manchas desaparecem em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura.
- Sífilis Latente Recente – Fase Assintomática (período entre o desaparecimento das lesões secundárias da sífilis recente até se completar 1 ano de evolução).

Sífilis tardia (duração maior de 1 ano) - duração muito variável.

- Sífilis Latente Tardia – Fase Assintomática tem início com 1 ano de evolução da doença, ao término da fase latente recente. Tem duração mais longa da sífilis. Termina com a manifestação clínica da sífilis terciária.
- Sífilis tardia com lesão terciária: Pode surgir entre 1 e 40 anos após o início da infecção. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas (gomas únicas ou múltiplas), ósseas, cardiovasculares (insuficiência cardíaca/aneurisma) e neurológicas

(demência / parestesias/cefaleia), podendo levar à morte.

4. DIAGNÓSTICO

A reatividade dos testes pode ocorrer ao redor da quarta semana da infecção. Os testes sorológicos utilizados são divididos em dois tipos:

- Treponêmico (TT)
 - O teste rápido (TR) de sífilis: é a principal forma de triagem diagnóstica e está disponível nos serviços de saúde do SUS, sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. Entretanto, mesmo após tratamento adequado, eles não negativam, persistindo como marca sorológica da infecção, e a paciente poderá apresentar provas treponêmicas positivas eternamente ao longo da vida. São excelentes para diagnósticos, porém não servem para controle de tratamento.
- O teste não treponêmico (TNT)
 - VDRL: colhido após resultado reagente do teste rápido para melhor definir o estágio da infecção e acompanhar o tratamento.

Diferentemente de outras infecções, a sífilis não confere imunidade, pode ser readquirida na mesma gestação se parceiros estiverem contaminados e não tratados. Recomenda-se o rastreamento na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou aborto. Devem-se considerar repetições mais frequentes em situação de exposição ou pacientes de alto risco.

Em caso de gestante, devido ao risco de transmissão ao feto, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste rápido positivo (reagente), sem precisar aguardar o resultado do segundo teste.

O TR de sífilis é distribuído pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás como parte da estratégia para ampliar a cobertura diagnóstica da doença.

4.1 Diagnóstico da gestante no pré-natal

4.1.1. Primeira consulta de pré-natal:

Está indicada a realização de teste rápido para sífilis (teste treponêmico) em todas as gestantes no momento do diagnóstico da gestação.

O teste rápido reagente pode representar 3 situações distintas:

- 1) Sífilis recente ou tardia não tratada ou tratada de maneira inadequada
- 2) Cicatriz sorológica de sífilis previamente tratada
- 3) Resultado falso positivo

O pré-natalista deve buscar encaixar o caso clínico sob seus cuidados em uma destas situações clínicas, a partir de dados epidemiológicos, clínicos e sorológicos (Quadro 1).

4.1.2 Conduta Imediata em caso de teste rápido reagente:

- Coletar amostra sanguínea para realização de teste não treponêmico (VDRL).
- Caso a paciente não tenha histórico prévio de sífilis com tratamento documentado, iniciar tratamento com a primeira dose de penicilina benzatina.

Em caso de teste rápido não reagente, o mesmo deverá ser realizado no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou aborto, bem como em qualquer momento quando for identificado risco de exposição à sífilis

Quadro 1: Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta.

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. › Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. › Se reagente : diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. › Se não reagente : considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e avaliar critério de notificação de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	Diagnóstico de sífilis. › Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
			Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste . › Se reagente : diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.

Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	<p>Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.</p> <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p> <p>Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.</p>	<p>treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
---------------------------------	---	---------------------------------	---	---

continua

conclusão

Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	<p>Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.</p>	<p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.</p> <p>Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.</p>
--	---	--	--	--

Fonte: DCCI/SVS/MS.

4.2 Considerações importantes

Gestantes com títulos baixos ($\leq 1:8$) 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 conforme classificação clínica.

A gestante só poderá ser considerada como portadora de cicatriz sorológica da sífilis na apresentação de registro e/ou documentação de tratamento prévio e controle de cura (queda de pelo menos 2 titulações no teste não-treponêmico) sendo descartada a possibilidade de reativação ou reinfeção no período.

4.3 Cuidados no momento do parto

É preconizada a realização do teste rápido para sífilis em todas as gestantes internadas para parto ou aborto, independentemente de testagem durante o pré-natal.

Caso a parturiente tenha histórico de sífilis, avaliar criteriosamente o tratamento materno documentado na caderneta da gestante ou no prontuário da paciente para fins de manejo do recém-nascido. Não deve ser considerada informação verbal. Vale lembrar que, caso não haja tratamento comprovado, é importante também realizar a coleta do binômio no momento do parto.

O tratamento da gestante é considerado adequado se foi realizado com penicilina benzatina, em número de doses preconizada para a classificação clínica (no caso da sífilis latente tardia, deve ser realizado com 3 doses), com intervalo ideal de 7 dias (podendo ser eventualmente estendido até 9 dias), tendo sido iniciado ao menos 30 dias antes do parto e finalizado antes do parto.

Gestantes com aumento de ao menos duas diluições na titulação de teste não treponêmico (por exemplo: exame anterior com titulação 1:4 e novo exame com titulação 1:16) devem ser avaliadas para possibilidade de reinfecção, falha terapêutica ou tratamento inadequado – neste caso, o tratamento deve ser considerado não realizado ou inadequado para fins de manejo do recém-nascido.

4. DIAGNÓSTICO

O tratamento de escolha é a penicilina benzatina, que poderá ser aplicada na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência. Quando a sífilis é detectada na gestante, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, com a penicilina benzatina. Este é o único medicamento capaz de prevenir a transmissão vertical.

5.1 Estadiamento / Esquema terapêutico

- Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano de evolução)
 - Benzilpenicilina benzatina é de 2.400.000 UI, dividida em duas injeções de 1.200.000 UI em cada um dos glúteos, em uma única tomada.
- Sífilis tardia: sífilis latente tardia
 - Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) 1x/semana por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI IM.
 - O intervalo ideal entre as doses é de 7 dias. Gestantes com intervalo entre as doses > 9 dias, em qualquer dose da terapia, devem repetir o esquema terapêutico completo. Realizar VDRL (teste não treponêmico) mensalmente.
 - Tradicionalmente, considera-se sucesso terapêutico a redução de 2 diluições(1/64 para 1/16), até 3 meses , após a última dose de penicilina. Na sequência, a redução de 3 diluições (1/64 para 1/8) até 6 meses. A persistência de títulos baixos(1/1 a 1/4) durante 1 ano após o tratamento, pode indicar cicatriz sorológica).
- Neurosífilis: deve ser investigada na ausência da queda das titulações.
 - Penicilina G cristalina na dose de 4.000.000 UI, por via endovenosa, a cada 4 horas, por 10 a 14 dias

5.2 Considerações importantes

Na presença de alergia em gestantes, a recomendação clássica é a de dessensibilização e tratamento com penicilina em ambiente hospitalar.

O tratamento da gestante realizado com qualquer outra medicação que não seja penicilina será considerado INADEQUADO para fins de manejo do recém-nascido. Considerar apenas em caso de desabastecimento, podendo ser utilizados:

- Ceftriaxona 1 g/dia, intramuscular de 10/14 dias.
- Penicilina procaína 600000UI /dia, intramuscular 10 /14 dias.

Para considerar o tratamento adequado em termos de manejo do recém-nascido, o mesmo deverá ser iniciado no mínimo 30 dias antes do parto. Se for iniciado após essa data, mesmo que finalizado antes do parto, será considerado ineficaz para fins de tratamento do recém-nascido.

5.3 Reação de Jarisch-Herxheimer

- Resposta orgânica ao tratamento de várias infecções (sífilis, doença de Lyme e leptospirose).
- Ocorre também após uso de outros antimicrobianos (tetraciclina, cefalosporinas, macrolídeos e quinolonas).
- Observada mais frequentemente na fase exantemática da sífilis recente.
- Exacerbação de lesões luéticas na pele, febre, calafrios, cefaleia, náuseas e artralgias.
- Uso de analgésicos e antitérmicos regridem o quadro em 12 a 48 h. Dependendo da gravidade do caso poderá ser utilizado corticosteróides e anti-inflamatórios não esteroidais.

5.4 Tratamento da parceria

A parceria deve ser sempre convocada pelo serviço de saúde para orientação, avaliação clínica, coleta de sorologia e tratamento.

Quando o teste for reagente, o tratamento poderá ser complementado conforme o estágio clínico da infecção.

Em caso de negativa ou impossibilidade de comparecimento, a receita poderá ser enviada por meio da gestante, na mesma dose, sempre acompanhada de um pedido de comparecimento ao serviço.

O tratamento das parcerias, embora importante medida de controle, não interfere na definição de tratamento adequado para fins de manejo do recém-nascido.

Definição de tratamento adequado na gestação inclui:

- Administração de penicilina benzatina;
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto;
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico;
- Respeito ao intervalo recomendado entre as doses;
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção;
- Documentação de queda do título do teste não treponêmico em, pelo menos, duas diluições em até três meses após fim do tratamento.

(Permite-se redução de 2 diluições em 6 meses após tratamento, se sífilis primária, secundária ou latente recente; ou em 1 ano após tratamento se sífilis terciária ou

latente tardia).

6. MONITORAMENTO

O monitoramento da gestante pós-tratamento deverá ser realizado mensalmente com teste não-treponêmico (VDRL), permitindo avaliar se ocorreu resposta imunológica adequada (queda de 2 titulações do teste treponêmico em até 6 meses ou um ano, dependendo do estadiamento; por exemplo – exame anterior 1:64 e novo exame 1:16).

A gestante que apresentar aumento dos títulos de teste não-treponêmico em pelo menos 2 diluições (por exemplo, exame anterior de 1:8 e novo exame de 1:32) deve ser considerada como apresentando reinfecção ou falha terapêutica, sendo indicado retratamento da gestante e de suas parcerias sexuais.

Após o parto, as gestantes devem ser monitoradas com teste não-treponêmico trimestral até o 12º mês de acompanhamento.

REFERÊNCIAS

Fioruz. Instituto Fernandes Figueira. Sífilis na Gestação. Curso de Cuidado Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde. 2023.

Ministério de Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília, 2022.

Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 06/2023 Dispõe sobre a atualização em relação às orientações para o manejo dos casos de sífilis na gestação, sífilis congênita e criança exposta à sífilis no município de Guarulhos/SP.

Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. Brasília, 2023.

Comissão Intergestora Bipartite. Resolução 259/2024. Aprova a Instituição da Rede Nascer em Goiás e Política Estadual de Atenção à Saúde Materno-infantil de Goiás.

DUARTE, Geraldo; MELLI, Patrícia Pereira dos Santos; MIRANDA, Angélica Espinosa; MILANEZ, Helaine Maria Besteti Pires; MENEZES, Maria Luiza; TRAVASSOS, Ana Gabriela; KREITCHMANN, Regis. Sífilis e gravidez.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 46, n. 9, p. e-FPS09, set. 2024. DOI: 10.61622/rbgo/2024FPS09. Disponível em: <https://journalrbgo.org/article/65045/>. Acesso em: 14 maio 2025.

ELABORAÇÃO:

André Gustavo Costa de Toledo
Fernanda Rodrigues Silva Resende
Joana Keith Vasquez
Maíra Wolney Costa Mathews
Carolinne Brito de Araújo

COLABORAÇÃO/REVISÃO:

Anna Cecília da Silva Rodrigues
Amanda Caroline da Silva Faria
Gerência da Assistência Farmacêutica/SPAIS/SES-GO
Gerência de Populações Específicas/SPAIS/SES-GO
Grupo Operacional da Rede Alyne – Goiás
João Alves de Araújo Filho
Rosane Silva Carneiro de Araújo



Documento assinado eletronicamente por **AMANDA MELO E SANTOS LIMONGI, Superintendente**, em 21/09/2025, às 23:23, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA JOSE VIEIRA DE SENA, Gerente**, em 02/10/2025, às 16:07, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO, Subsecretário (a)**, em 03/10/2025, às 18:06, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LIGIA VANESSA SILVA CRUZ DUARTE, Gerente**, em 07/10/2025, às 14:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **GYSELLA SANTANA HONORIO DE PAIVA, Gerente**, em 10/10/2025, às 15:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **79992887** e o código CRC **AC3CA6BF**.

SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
AVENIDA 136 S/Nº, ED. CÉSAR SEBBA, 6º ANDAR, QD. F-44 LTS. 22 E 24 - Bairro SETOR SUL - GOIANIA
- GO - CEP 74093-250 - (62)3201-7027.



Referência: Processo nº 202500010072857



SEI 79992887