



SÍFILIS & TOXOPLASMOSE NA GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

André Constant

Médico Hospital Hέλvio Auto

Médico ESF Maceió

Fevereiro 2026

Patógenos mais frequentemente relacionados às infecções na gestação com potencial risco ao feto:

S - SÍFILIS

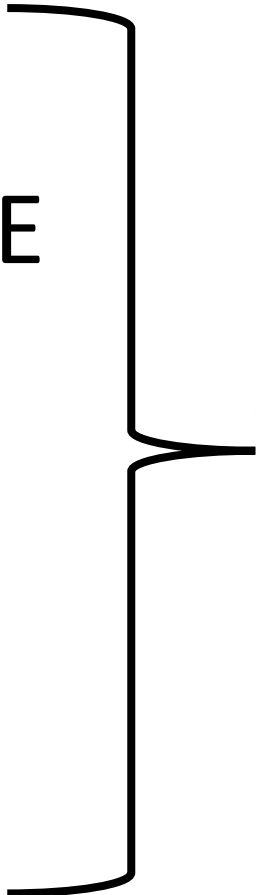
TO - TOXOPLASMOSE

R - RUBÉOLA

C - CMV

H - HERPES SIMPLES

Z - ZIKA VÍRUS



TERATOGENÊSE

Do grego Τερατογένεση, composto de:

Τερατο - monstro

γένεση - gênese



Gestante infectada STORCH+Z poderá resultar:

- Aborto espontâneo
- Óbito fetal
- Anomalias congênitas, principalmente do SNC, coração e olhos



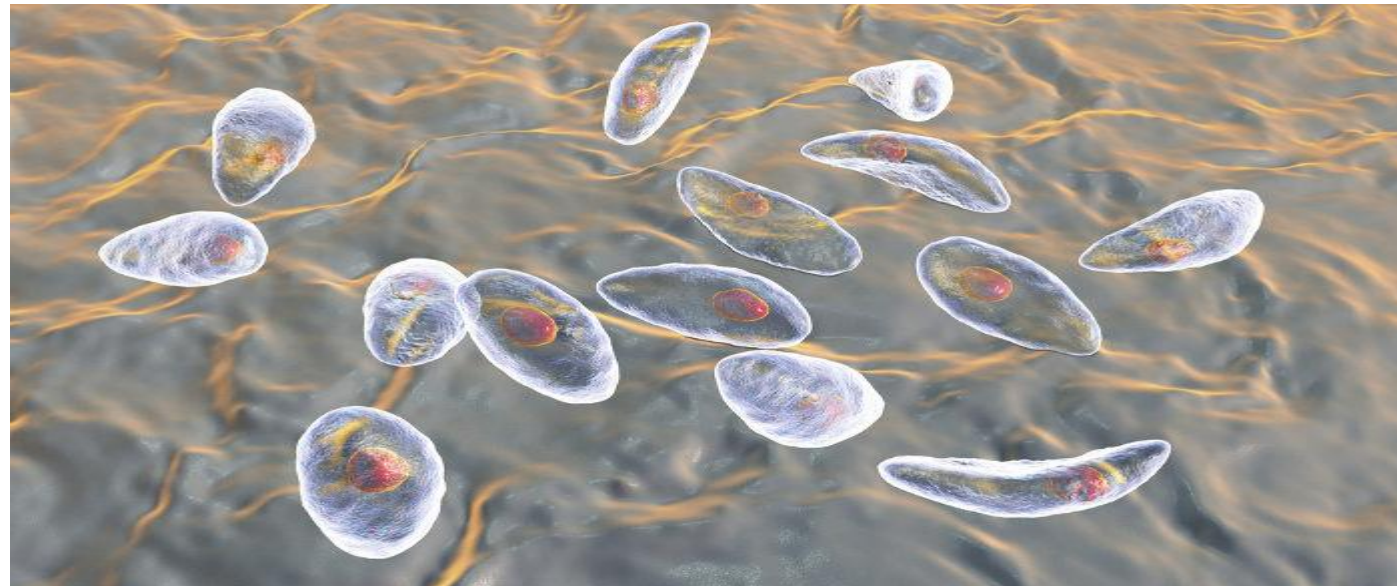
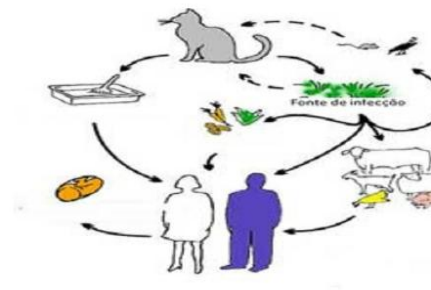


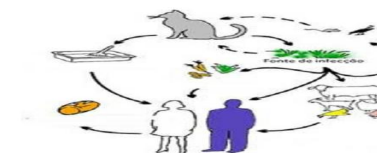
Toxoplasmosis

GESTACIONAL

AGENTE ETIOLÓGICO - *Toxoplasma gondii*

Parasita intracelular obrigatório
largamente distribuído pelo mundo.





RESERVATÓRIO • DEFINITIVO: Gatos e outros felídeos

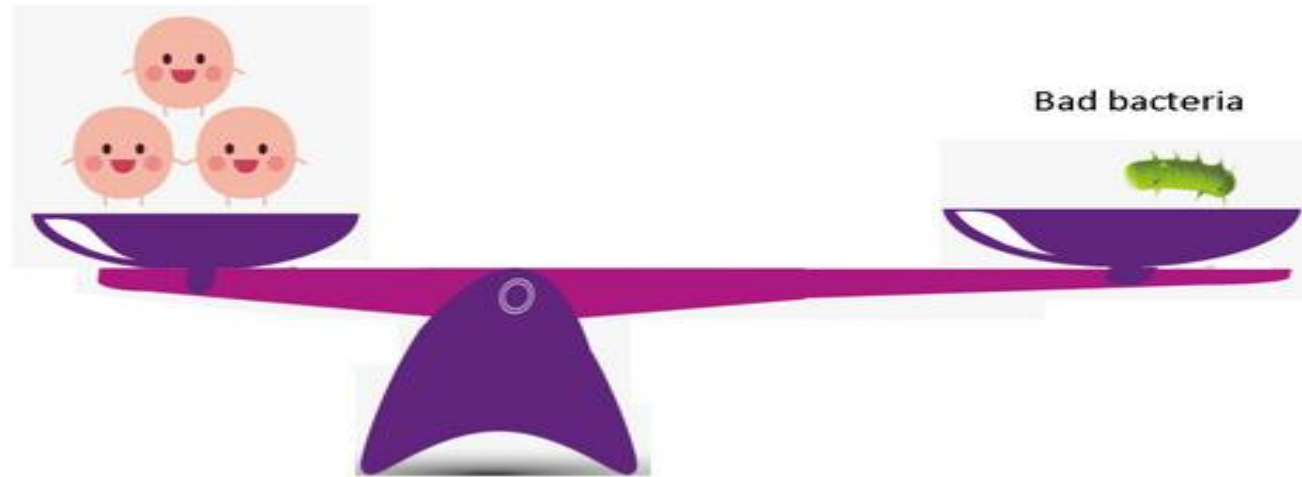
• INTERMEDIÁRIO: Aves, seres humanos e outros mamífero

MODO DE TRANSMISSÃO

- A) Pela ingestão de alimentos/água ou aspiração pela manipulação de terra contaminados com oocisto;
- B) Pela ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos;
- C) Pela transmissão transplacentária de taquizoítos, da gestante para feto.

Com bases em estudos sorológicos:

A infecção latente no Brasil em adulto varia de 50% a 90% .



Com bases em estudos sorológicos:

A maior importância da Toxoplasmose como problema de saúde pública decorre de infecções em:

Pacientes imunocomprometidos



Gestantes



ADAPTAÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO

- A gestação tem sido associada à supressão da função imunológica (humoral e celular), devido à necessidade do organismo materno acomodar um "corpo estranho".

IMUNOSSUPRESSÃO DA GESTANTE

Metade do embrião/feto provém do pai = *corpo estranho* (?)

- ❖ **Queda imunológica tanto em número quanto em função de células.**
Ex.: *Células NK* – matadoras naturais e
Linfócios T – células de memória
- ❖ **Maior vulnerabilidade à doenças**
Ex.: H1N1; infecção urinária*



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

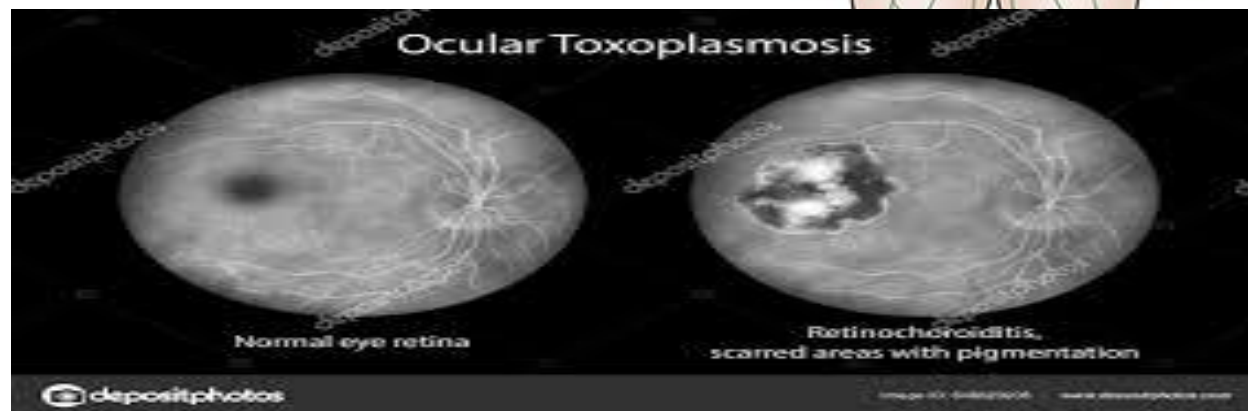
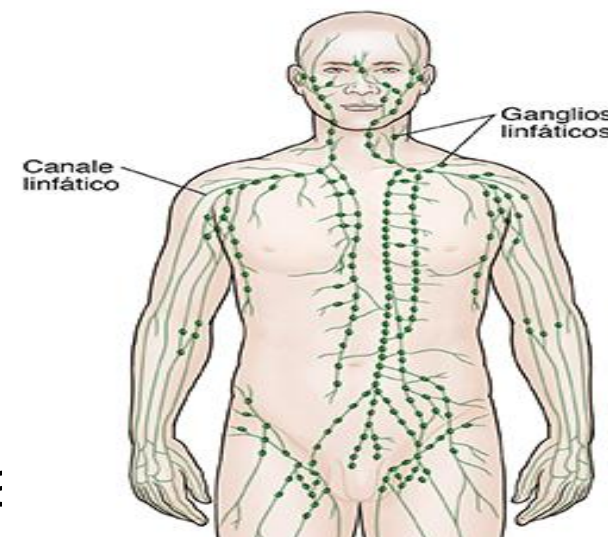
A toxoplasmose adquirida é uma infecção muito comum, mas de manifestação clínica rara. Manifestação mais comum da fase aguda são:

Toxoplasmose Linfoglandular Aguda:

Linfadenopatia podendo ser acompanhado por febre, Hepatomegalia, adinamia ...

Comprometimento Ocular:

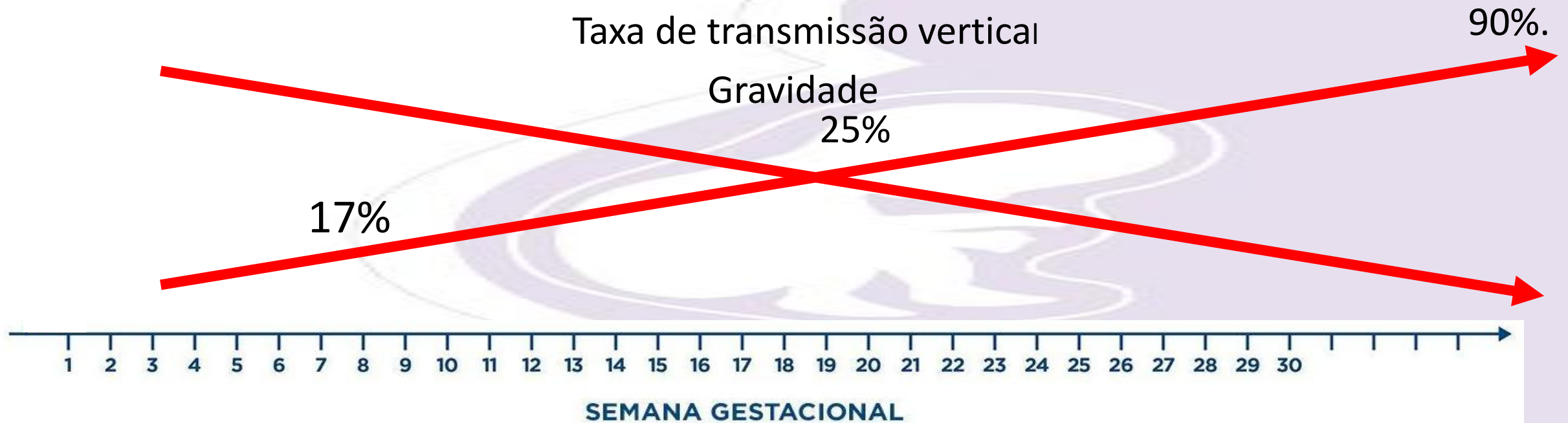
A Coriorretinite é a lesão ocular mais frequentemente : toxoplasmose (30% a 60%).



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As gestantes também são, geralmente, oligo/assintomáticas.

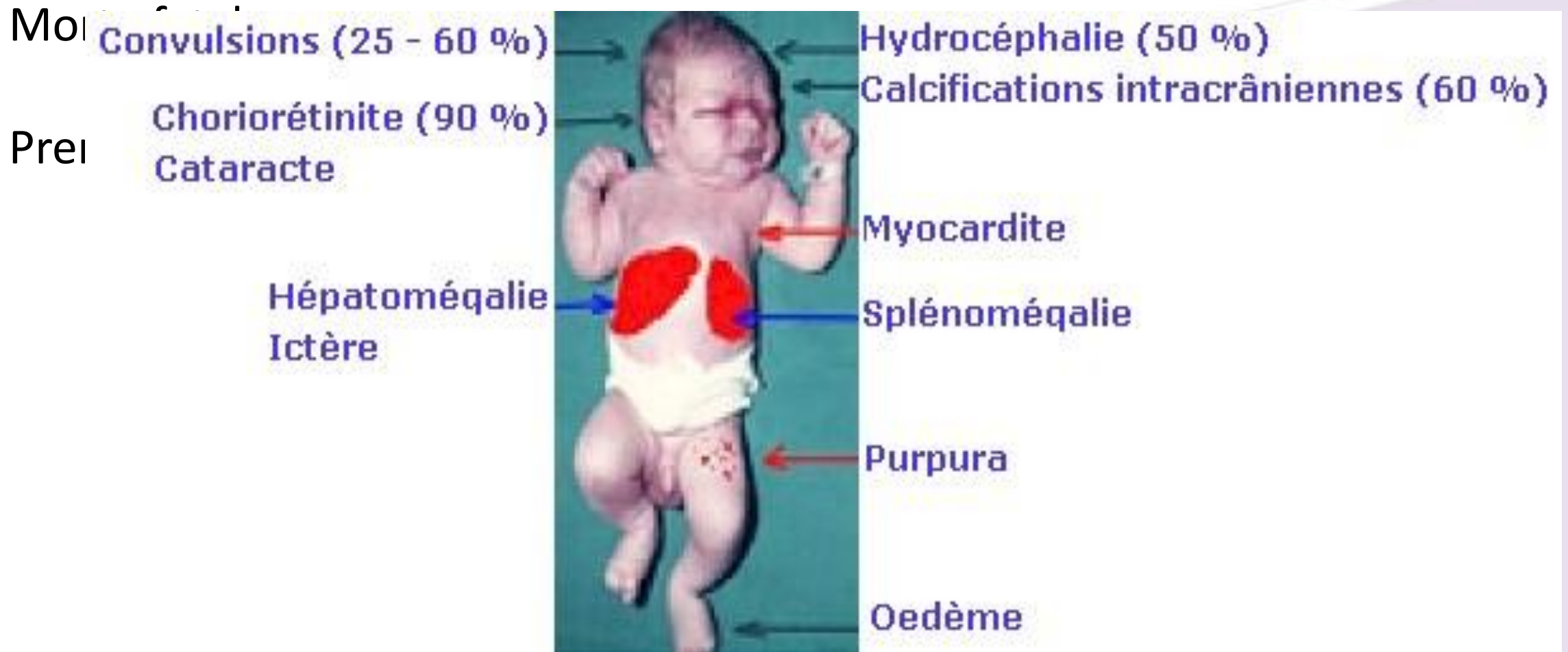
A toxoplasmose aguda adquire especial relevância pela possibilidade da transmissão vertical.



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Entre as consequências estão descritas:

Manifestações clínicas e sequelas:



DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico de toxoplasmose pode representar um desafio para o profissional médico  Distinguir a infecção aguda da crônica.

- Situação Epidemiológica.
- Manifestações clínicas.
- Estudos sorológicos :
 - ELISA , Imunofluorescência indireta - IgM e IgG
 - Teste de Avidéz de IgG
- Biologia Molecular:
 - RT-PCR

Comportamento das imunoglobulinas para diagnóstico da toxoplasmose adquirida na gestação

IgM: Positiva 5 a 14 dias após a infecção.

Em geral, não está presente na fase crônica, mas pode ser detectada com títulos baixos (IgM residual).

Não deve ser usada como único marcador de infecção aguda.

IgG: Aparece entre 7 e 14 dias.

Seu pico máximo 02 meses após a infecção.

Em geral permanece pelo resto da vida em títulos baixos.

IgA: Positiva após 14 dias da infecção.

Detectável em cerca de 80% dos casos de toxoplasmose e permanece reagente entre 3 e 6 meses, apoiando o diagnóstico da infecção aguda.

Diagnóstico sorológico da Toxoplasmose

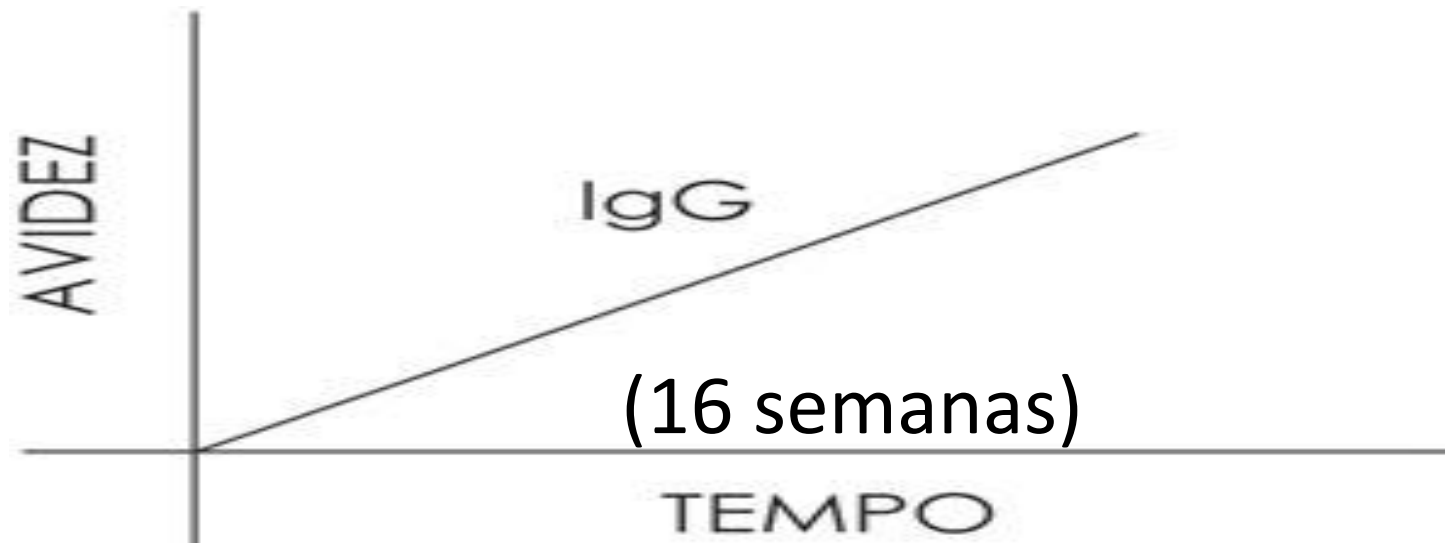
Sorologia	Interpretação
IgM (-) e IgG (-)	Sem contato prévio com o Toxoplasma
IgM (+) e IgG (-)	Provável contato agudo
IgM (+) e IgG (+)	Contato recente ou antigo com a Toxoplasma
IgM (-) e IgG (+)	Contato antigo com o Toxoplasma

AVIDEZ IgG

MARCADOR TEMPORAL

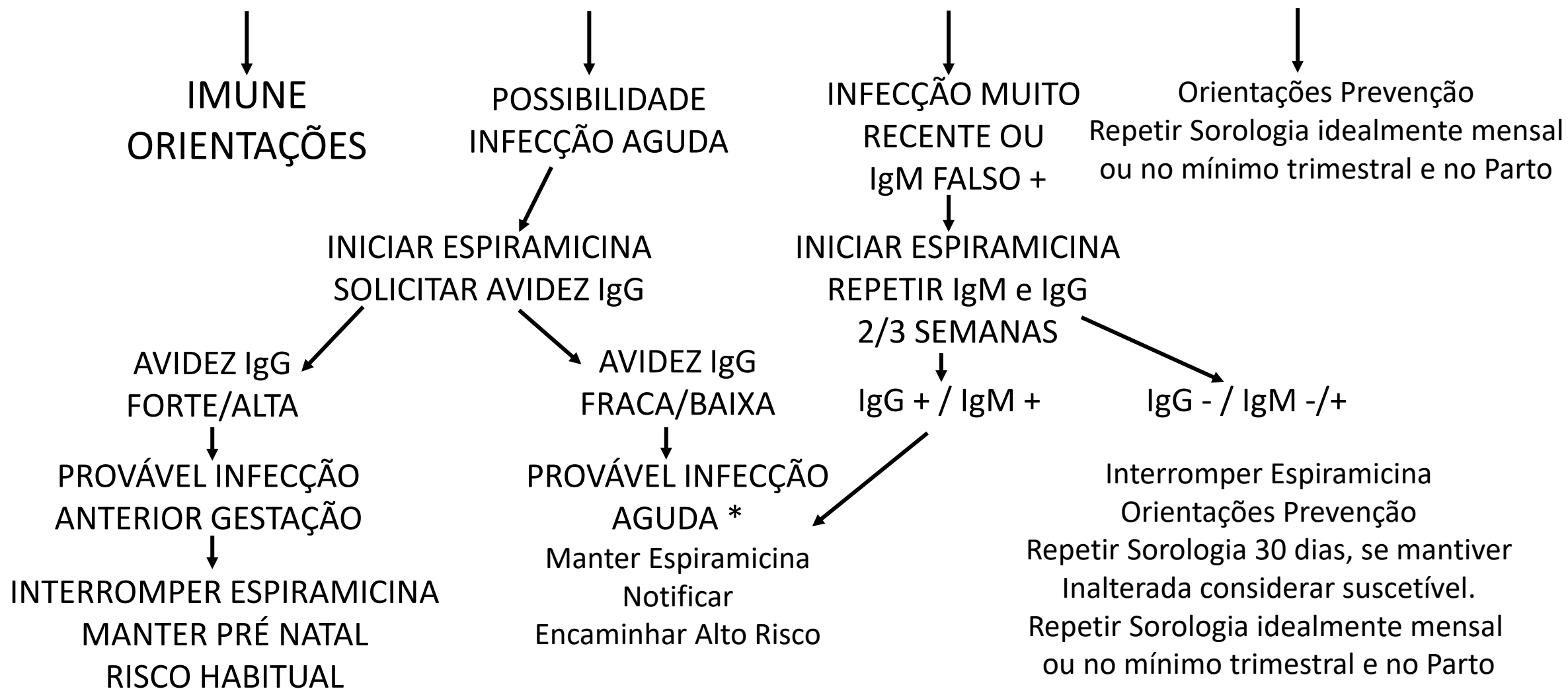
RECENTES - BAIXA AVIDEZ

ANTIGAS - ALTA AVIDEZ



Conduitas para gestantes com até 16 semanas de gestação

Solicitar IgG e IgM



Conduta para gestantes a partir de 16 semanas de gestação

Solicitar IgG e IgM

IgG (+) e IgM (-)

IMUNE
ORIENTAÇÕES

POSSIBILIDADE
INFECÇÃO AGUDA*

INICIAR ESPIRAMICINA
ENCAMINHAR PARA
AITO RISCO

INFECÇÃO MUITO
RECENTE OU
IgM FALSO +

INICIAR ESPIRAMICINA
REPETIR IgM e IgG
2/3 SEMANAS

IgG + / IgM +

Orientações Prevenção
Repetir Sorologia idealmente mensal
ou no mínimo trimestral e no Parto

Interromper Espiramicina
Orientações Prevenção
Repetir Sorologia 30 dias, se mantiver
Inalterada considerar suscetível.
Repetir Sorologia idealmente mensal
ou no mínimo trimestral e no Parto

IgG - / IgM -/+



***OBSERVAÇÃO:**

Solicitar:

- Amniocentese a partir de 18 semanas gestacionais
- US obstétrico mensal

Exames **não disponíveis ou evidência de infecção** fetal:

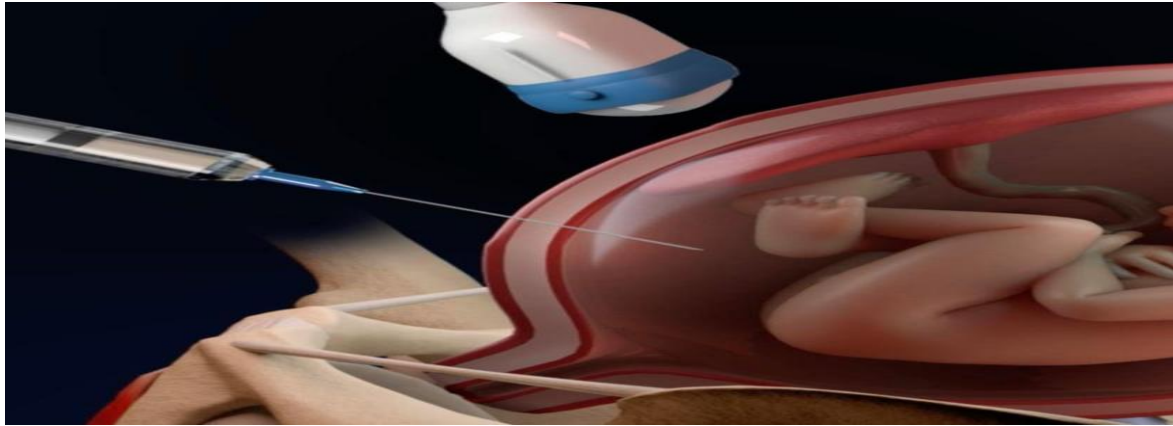
- Alterar esquema para sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico e manter até o parto
- Investigar o RN

Exames **disponíveis e sem evidência de infecção** fetal:

- Manter espiramicina até o parto*
- Investigar o RN

*se diagnóstico no terceiro trimestre iniciar direto o esquema tríplice.

A transmissão vertical é confirmada pela realização da amniocentese entre a 18ª e a 32ª semana – RT-PCR



Está indicada:

- Soroconversão materna
- Sinais Ultrassonográficos de infecção fetal :
Microcefalia, Hidrocefalia, Calcificações cerebrais, Catarata, Hepatomegalia, Restrição de crescimento intrauterino , Espessamentos placentários.

PROFILAXIA E TRATAMENTO

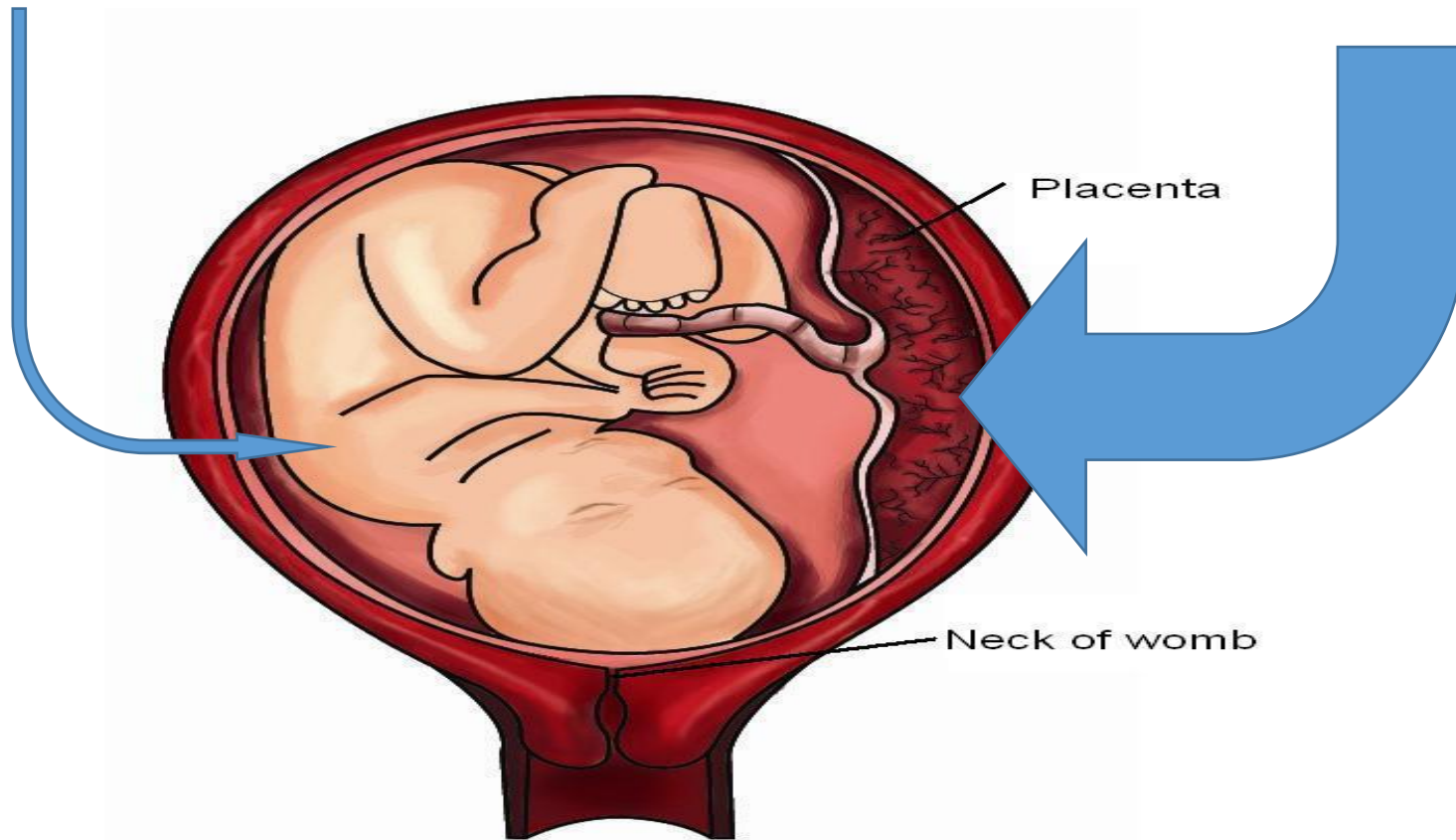
Toda gestante em investigação de infecção aguda deve iniciar o tratamento profilático com a Espiramicina – Reduz em até 50% risco de transmissão

Caso a suspeição de quadro agudo não seja confirmada - suspender o tratamento.

Em se confirmando o uso da droga deve ser mantido até o momento do parto.

Posologia: Espiramicina 01 grama 8/8 horas.

ESPIRAMICINA



Confirmação de infecção fetal
(amniocentese/RT-PCR e ou alterações sugestivas na USG obstétrica)
Adoção do esquema tríplice:
Sulfadiazina, Pirimetamina e Ác. Folínico.

O esquema tríplice - após a 16ª semana.
Até lá, mesmo o acometimento fetal - Espiramicina.

Forte suspeição de doença aguda na gestante com mais de 32 semanas, o esquema tríplice deve ser iniciado:

- Métodos invasivos de diagnóstico fetal não estão mais indicados.
- Alto risco de transmissão vertical.

POSOLOGIA:

Sulfadiazina 500 mg – 02 comps 8/8 horas

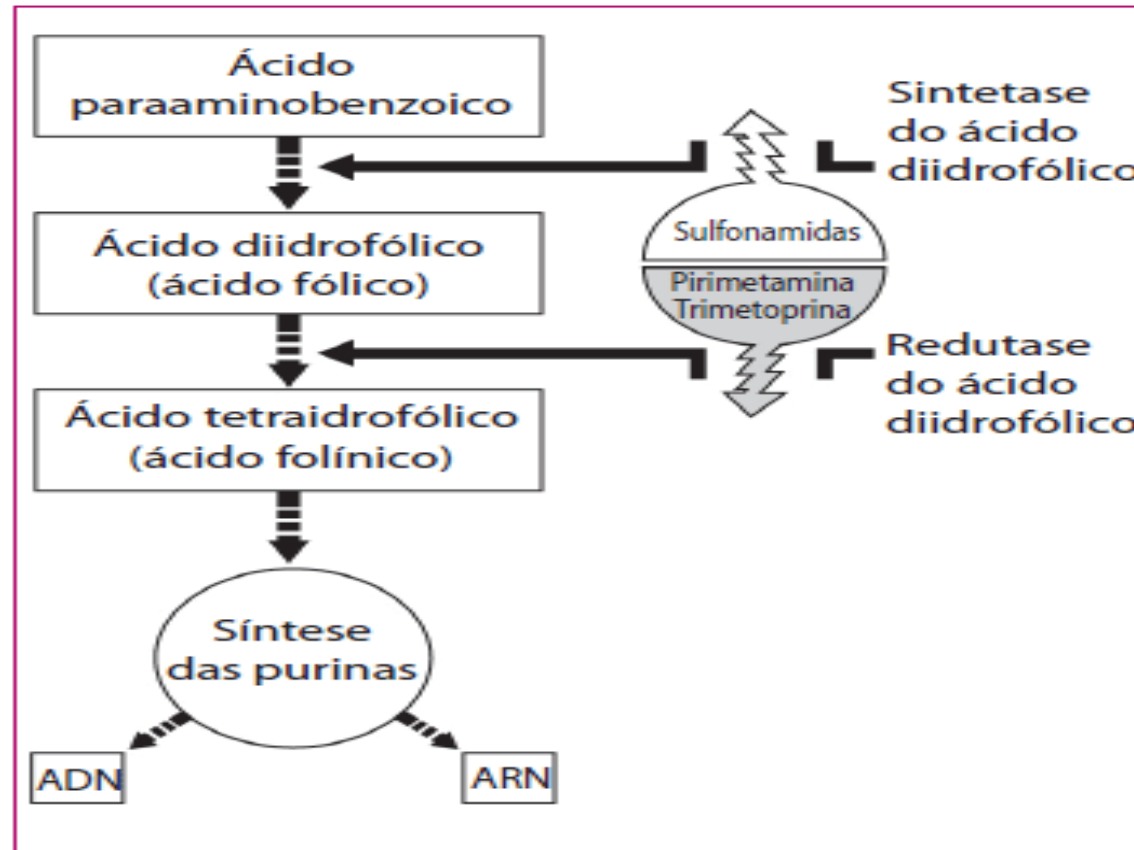
Pirimetamina 25 mg – 02 comps dia

Ácido Folínico 15 mg – 01 comp dia

O esquema deve ser mantido até final da gestação.

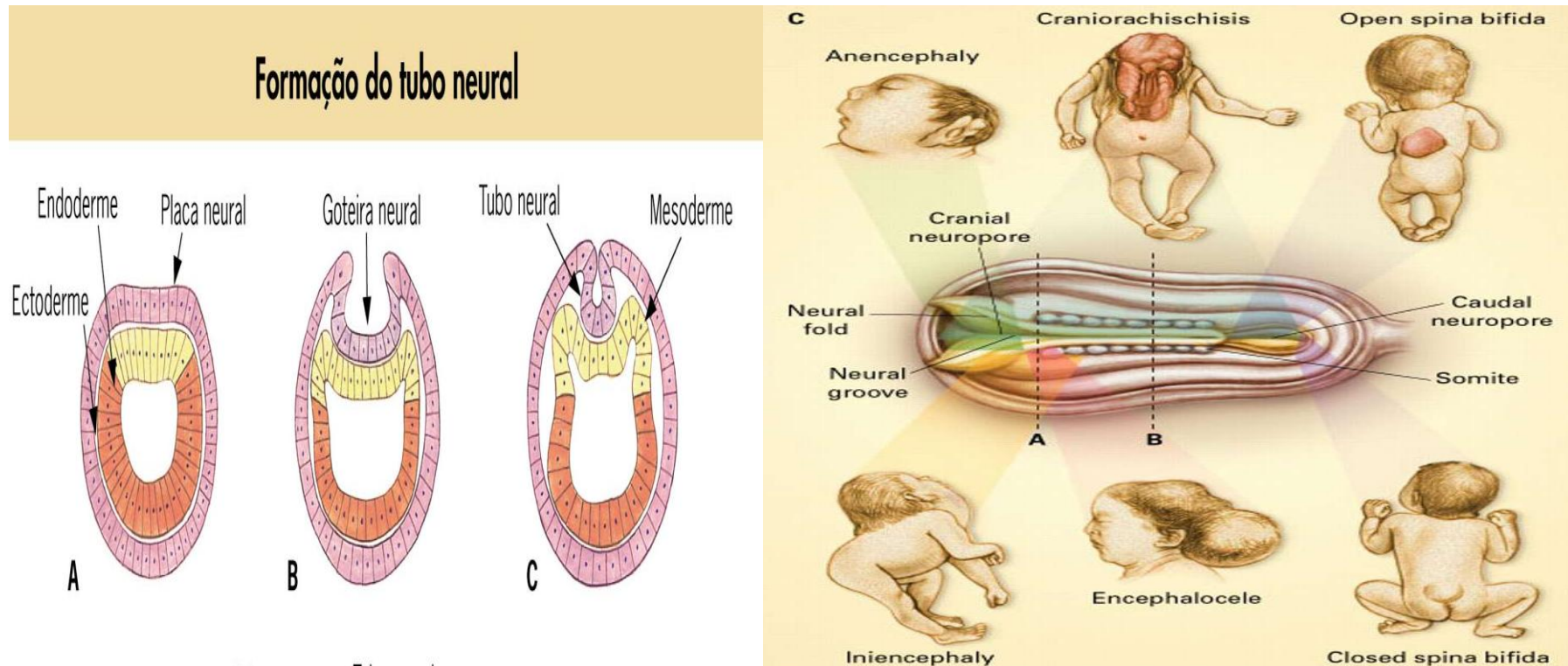
Realizar hemograma, função renal e hepática quinzenal devido à toxicidade dessas medicações. Se necessário, suspender e retomar o uso de Espiramicina.

INIBIDORES DA SÍNTESE DE FOLATOS E SUA REDUÇÃO



CONTRA-INDICAÇÕES

- INICIO DA GRAVIDEZ – 1º trimestre



CONTRA-INDICAÇÕES

- NO FINAL DA GRAVIDEZ
- DURANTE A AMAMENTAÇÃO
- NO NEONATO

Albumina

Bilirrubina INDIRETA



SÍFILIS
GESTACIONAL

Conceito

- Infecção sistêmica, privativa do ser humano.
- Evolução crônica.
- Surtos de agudização e períodos de latência.
- Alta infectividade — Notadamente nos estágios iniciais.
- Transmissão preponderantemente sexual — Vertical.
 - PLACENTA
 - PARTO

SÍFILIS

Treponema pallidum



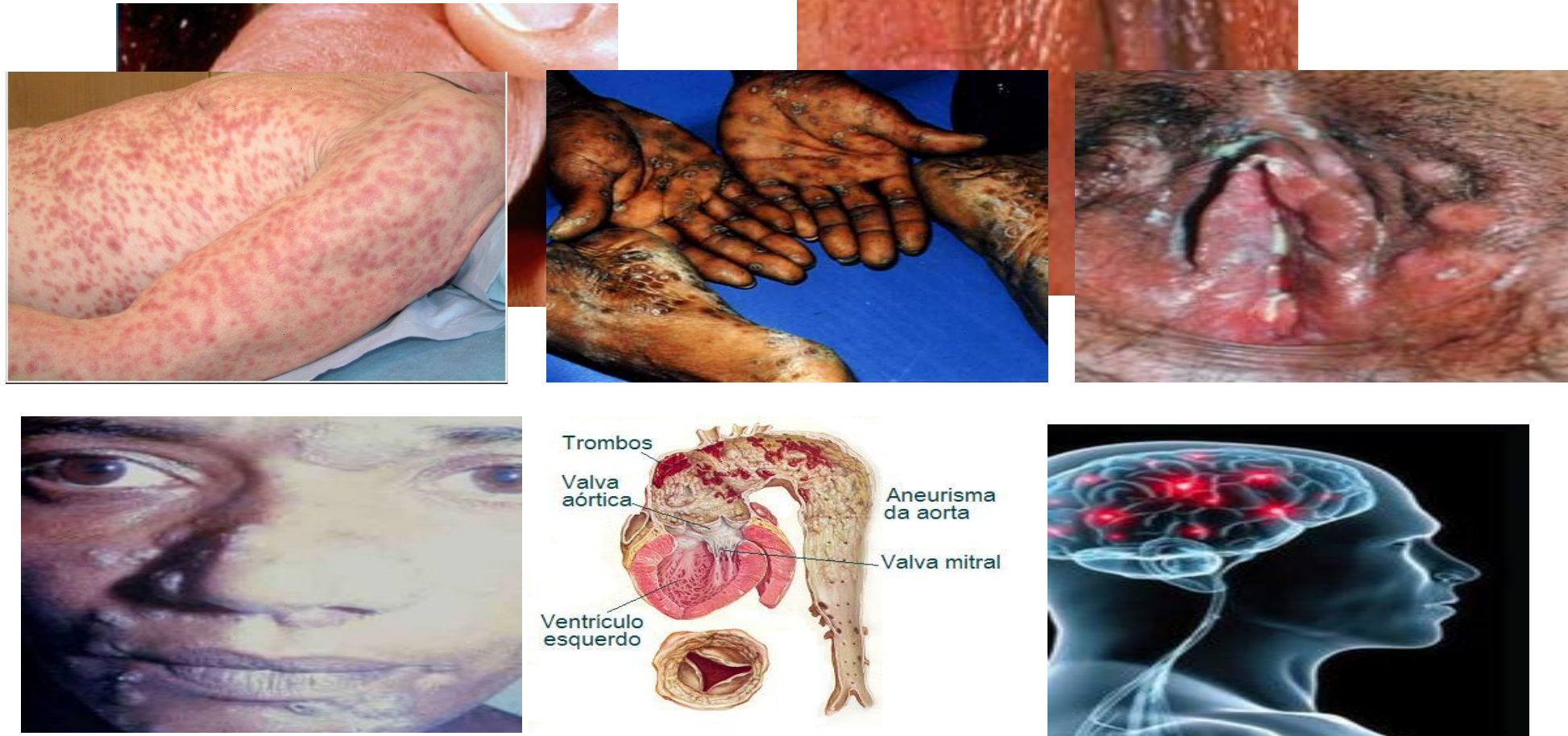
SÍFILIS - EVOLUÇÃO CLÍNICA

Sífilis
Primária

Sífilis
Secundária

Sífilis
Latente

Sífilis
Tardia



Sifilis
Primária

Sifilis
Secundária

Sifilis
Latente

Sifilis
Tardia

Sífilis
Primária

Sífilis
Secundária

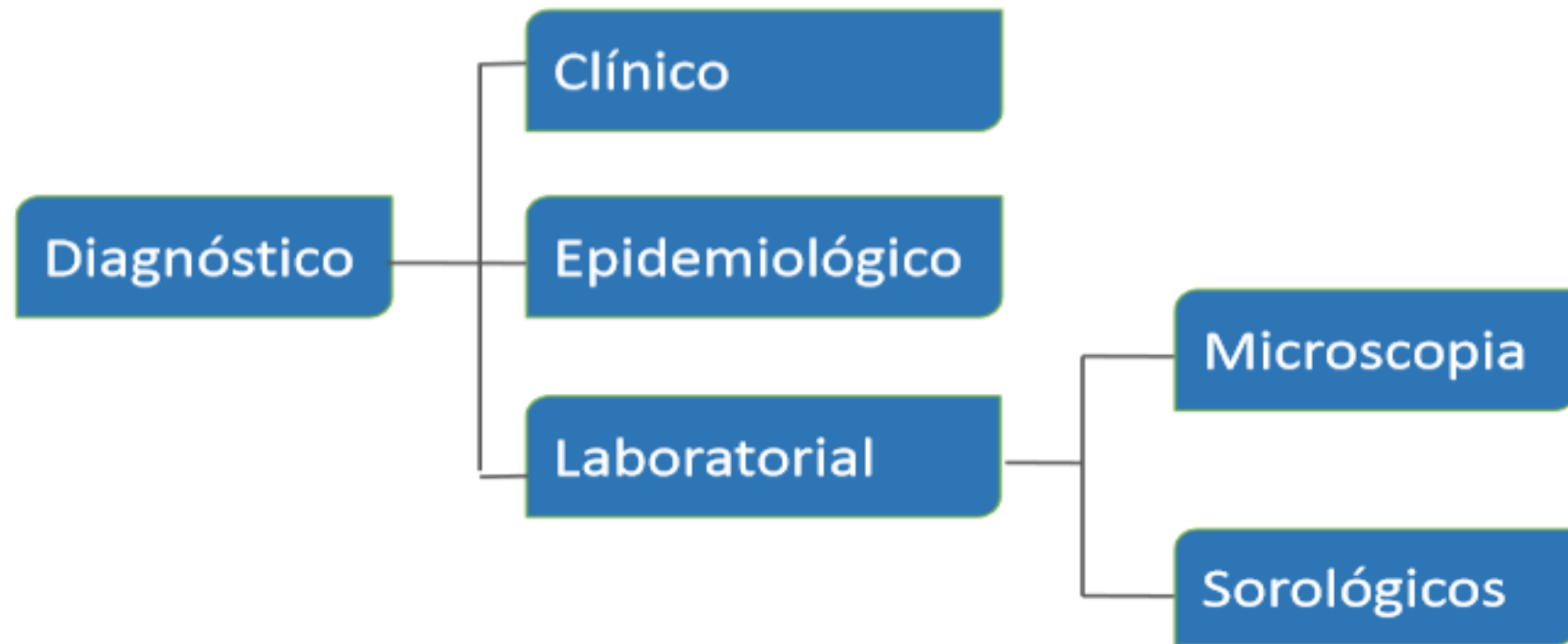
Sífilis
Latente

Sífilis
Tardia

SÍFILIS RECENTE < 1 ANO

SÍFILIS TARDIA > 1 ANO

Diagnóstico da Doença



SOROLOGIA

TESTES TREPONÊMICOS

- ✓ FTA – Abs
- ✓ MHA-TP
- ✓ ELISA
- ✓ Western-blot
- ✓ **TESTE RÁPIDO**

- São os primeiros a se tornarem reagentes.
- Continuam reagentes após tratamento.
- Alta especificidade

- Execução simplificada
- Permite ampliação do acesso ao diagnóstico



SOROLOGIA

✓TESTE RÁPIDO



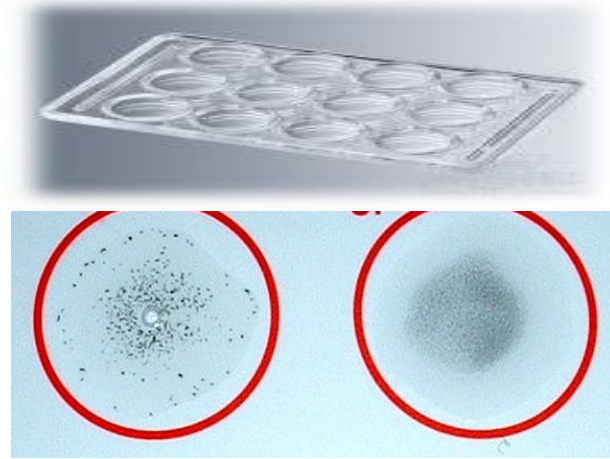
- Teste de triagem
- Em caso positivo, realizar nova coleta para outros exames laboratoriais
- Em situação especial - Diagnóstico.



SOROLOGIA

TESTES NÃO TREPONÊMICOS

- ✓ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
- ✓ RPR (Rapid Plasm Reagin)



- Dosagens qualitativas e quantitativas – seguimento terapêutico
- Ponto de corte – 1/16
- Não é específico

PRIMEIRO TESTE

+

TESTE
COMPLEMENTAR

Teste treponêmico

REAGENTE

+

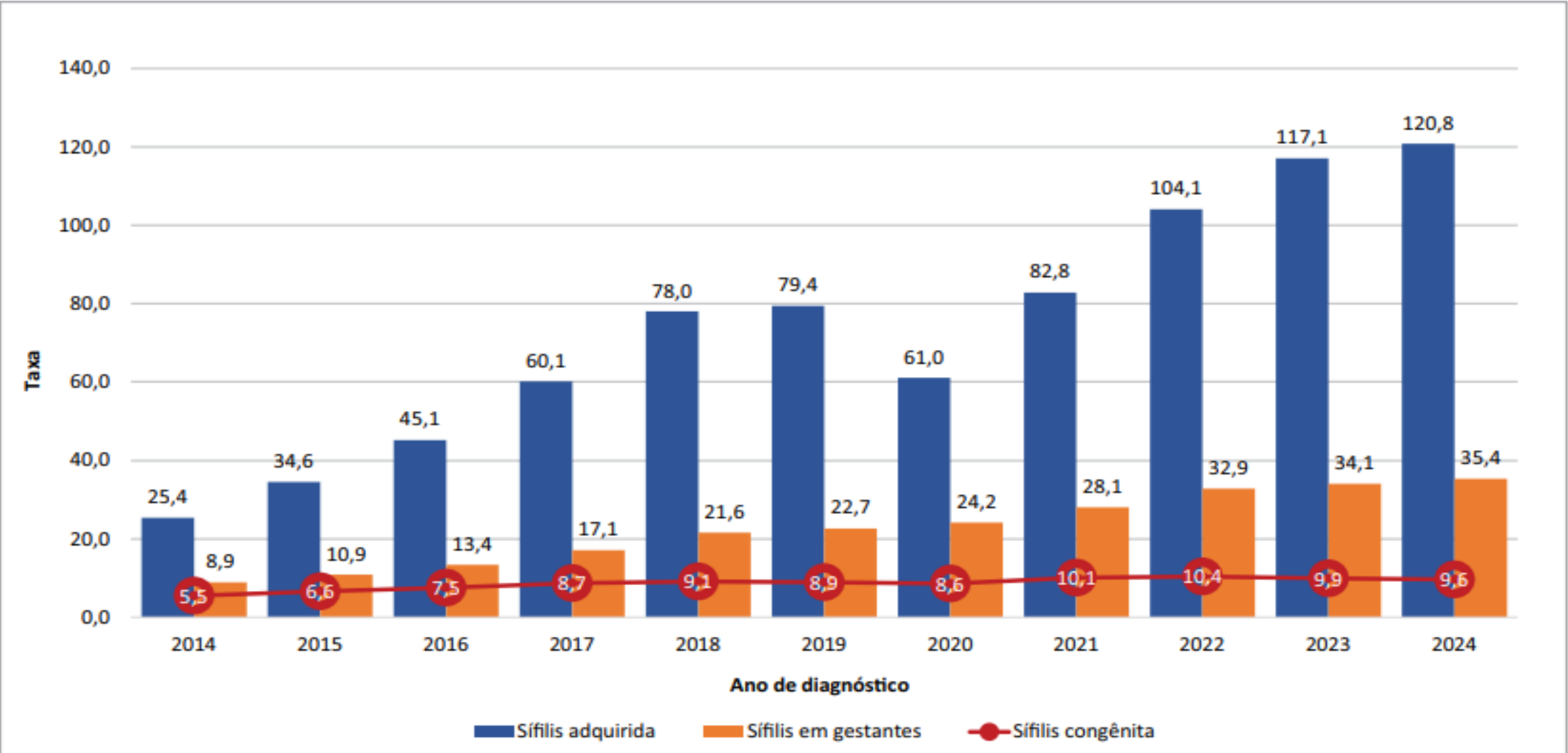
Teste não treponêmico

REAGENTE

TR

VDRL

Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Brasil, 2014 a 2024

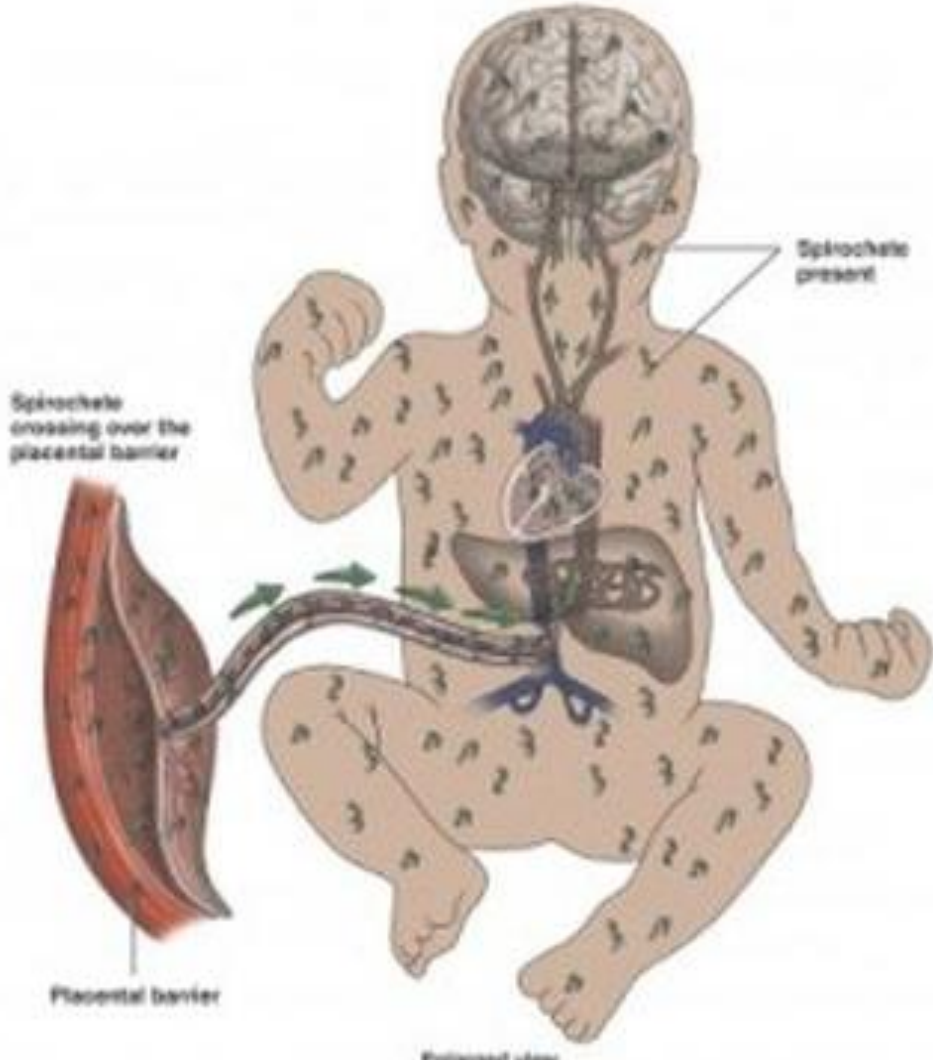


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2025; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados extraídos em agosto de 2025; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), dados extraídos em agosto de 2025.

➤ A sífilis pode ser transmitida da mãe para o filho em qualquer fase gestação.

100%

Sífilis Primária



90%

Sífilis Secundária

30%

Sífilis Tardia

Testagem da gestante

TR treponêmico

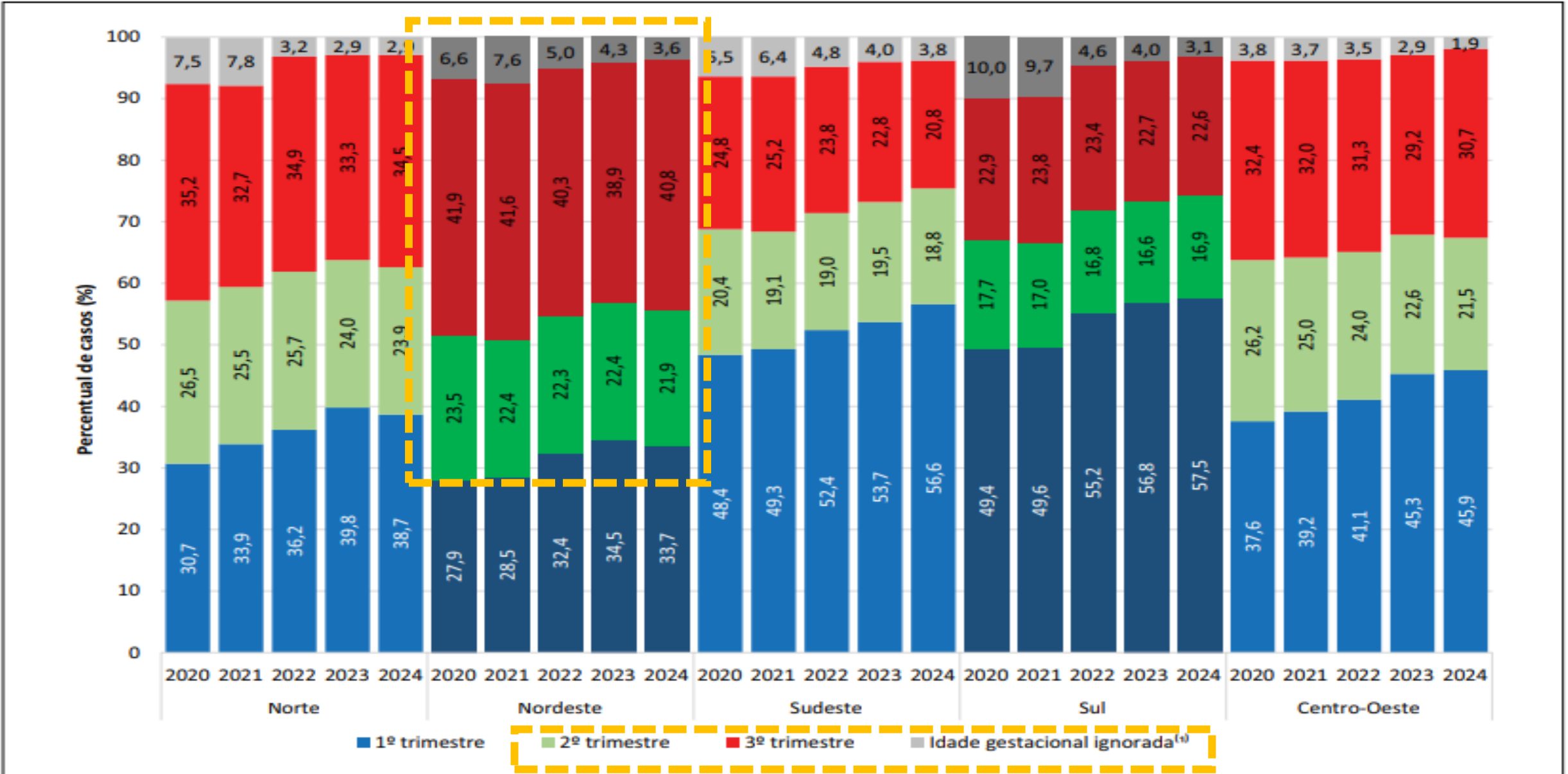
- 1ª consulta de pré-natal (idealmente no 1º trimestre);
- Início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana);
- Parto ou em caso de aborto;
- Exposição de risco/violência sexual.

Testagem rápida e tratamento imediato da gestante



Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Distribuição percentual de gestantes segundo idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2020 a 2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2025.
Nota: (1) Categoria preenchida quando não se consegue classificar a gestante em algum trimestre gestacional no momento do diagnóstico de sífilis.

➤ A sífilis congênita pode resultar em diversos eventos adversos:

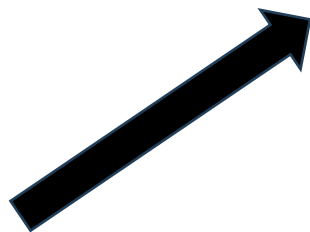
- ✓ aborto.
- ✓ morte fetal.
- ✓ baixo peso ao nascimento.
- ✓ morte neonatal – 40%.
- ✓ Outras alterações

TRATAMENTO SÍFILIS



TRATAMENTO
SÍFILIS
ADQUIRIDA E
GESTACIONAL

DURAÇÃO
IGNORADA!!!



**SÍFILIS
RECENTE**

(primária, secundária
e latente recente)

Até um ano de **EVOLUÇÃO**

TRATAMENTO

Com benzilpenicilina benzatina
2,4 milhões UI, IM, dose única.

Sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo

**SÍFILIS
TARDIA**

(latente tardia e
terciária)

Mais de um ano de **EVOLUÇÃO**

TRATAMENTO

Mesma dosagem da anterior,
porém 1x/semana por 3 semanas



ALLERGIC TO PENICILLIN

A administração de penicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica.

Penicilina benzatina
para prevenção da
Sífilis Congênita
durante a gravidez

Nº 150
Janeiro/2015



medicamento

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO

7. RECOMENDAÇÃO DA CONITEC

Os membros da CONITEC, presentes na 32ª reunião ordinária, realizada nos dias 4 e 5 de fevereiro de 2015, decidiram, por unanimidade, recomendar a manutenção da penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez e o seu uso nas Unidades de Atenção Primária.

Sífilis adquirida

- Alternativas:
- -Doxiciclina 100mg, 12/12 hr
- -Tetraciclina 500 mg, 6/6 hr
- -Eritromicina 500 mg, 6/6 hr

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde

Prevenção e atenção das Infecções Sexualmente

Transmissíveis IST

Excerto do Manual de Bolso (sífilis)



Sífilis Gestante

- Esterato de Eritromicina 500mg, 6/6 hr
15 dias sífilis recente
30 dias sífilis tardia.
- Ceftriaxona 1 g/dia por 10 a 14 dias.

Qualquer tratamento que não seja realizado com Penicilina é considerado inadequado.

O RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente, conforme PCDT.

ERITROMICINA



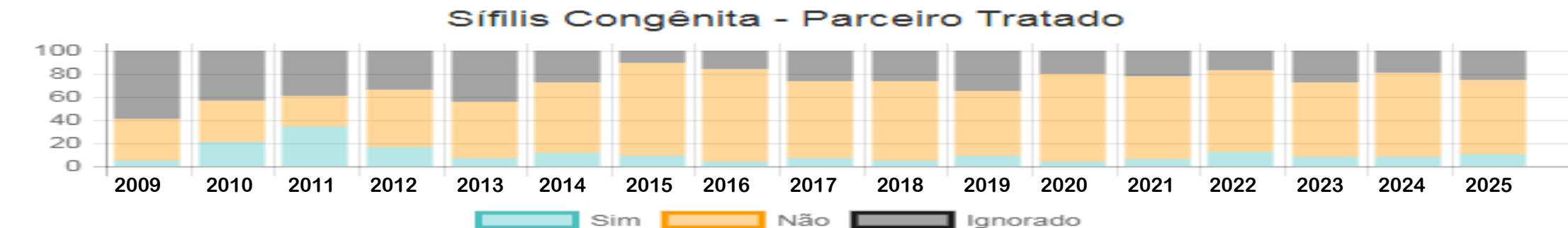
Reação cruzada entre Penicilina



Reação cruzada entre Penicilina e Cefalosporina de 3ª geração < 10%



- O parceiro deve ser tratado concomitantemente à gestante com penicilina ou drogas alternativas.



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais](#).

- Tratamento com uma dose (série) de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI).
- No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção

Recomendações aos médicos no pré-natal

Registrar na caderneta de pré-natal da gestante todas as medidas que compõem as ações para prevenir a sífilis congênita, evitando, assim, que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto

- Anotar na carteira da gestante os “3D” – Data, Droga e Dose do tratamento da sífilis da gestante e parceiro sexual.

TRATAMENTO ADEQUADO SÍFILIS NA GESTANTE

- Feito com Penicilina Benzatina, completo conforme estadiamento da doença (única opção considerada 100%);
- Iniciado com pelo menos 30 dias de antecedência ao parto;
- Observância dos intervalos entre as doses. Caso o intervalo entre as doses ultrapasse a 09 dias, o esquema deverá ser reiniciado;
- Registro de resposta imunológica adequada ao tratamento
 - Redução de dois ou mais títulos no VDRL até 6 meses.

CONTROLE DE CURA

VDRL QUANTITATIVO: trimestral (mensal em gestantes)

Redução de dois ou mais títulos no VDRL

(ex.: de 1:64 para 1:16), em 6 meses.

Ausência de redução da titulação em
Negativação após 9 a 12 meses.

duas diluições no intervalo de 6 a 12

meses
Paciente que tiveram múltiplos episódios de sífilis podem mostrar um declínio mais lento dos títulos.

ou

Elevação de títulos após o tratamento

Sífilis Tardia. Queda de duas titulações 12 meses
adequado, indica possível reinfeção.

Duas titulações baixas após 2º ano.

CURA

NOVO TRATAMENTO

CURA

OBRIGADO!

