



SÍFILIS & TOXOPLASMOSE NA GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

André Constant

Médico Hospital Hélió Auto

Médico ESF Maceió

AGOSTO 2026

Alguns agentes, particularmente os agentes biológicos, podem interferir no desenvolvimento embriofetal durante a gestação.

COMPOSTOS

TERATOGENICOS

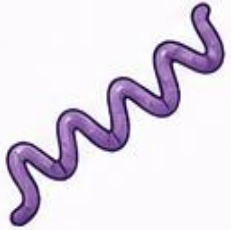
TERATOGENESE

Processo de formação de defeitos congênitos no embrião ou feto causado por agentes teratogênicos (fármacos, INFECÇÕES, radiações ou doenças maternas).

STORCH + Z

SÍFILIS

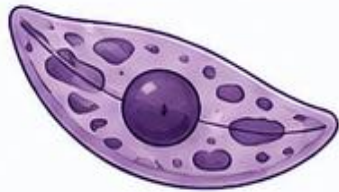
(*Treponema pallidum*)



- Bactéria espiroqueta
- Transmissão vertical em qualquer fase da gestação

TOXOPLASMOSE

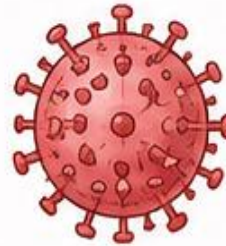
(*Toxoplasma gondii*)



- Protozoário intracelular obrigatório
- Transmissão vertical principalmente no 3º trimestre

RUBÉOLA

(Vírus da Rubéola)



- Vírus RNA
- Maior risco no 1º trimestre (organogênese)

CITOMEGALOVÍRUS

(CMV)



- Vírus DNA da família Herpesviridae
- Transmissão vertical em qualquer fase da gestação

HERPES SIMPLEX

(Vírus Herpes Simplex)



- Vírus DNA (HSV-1 e HSV-2)
- Transmissão vertical principalmente no parto (contato com lesões)

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS PARA O FETO / RECÉM-NASCIDO



Alterações neurológicas (microcefalia, calcificações, atraso do desenvolvimento)



Surdez neurosensorial



Coriorretinite, catarata, lesões oculares



Pneumonia, insuficiência respiratória



Hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia



Baixo peso, prematuridade, alterações ósseas

Diagnóstico e tratamento adequados durante a gestação são fundamentais para prevenir ou reduzir os danos causados por essas infecções.



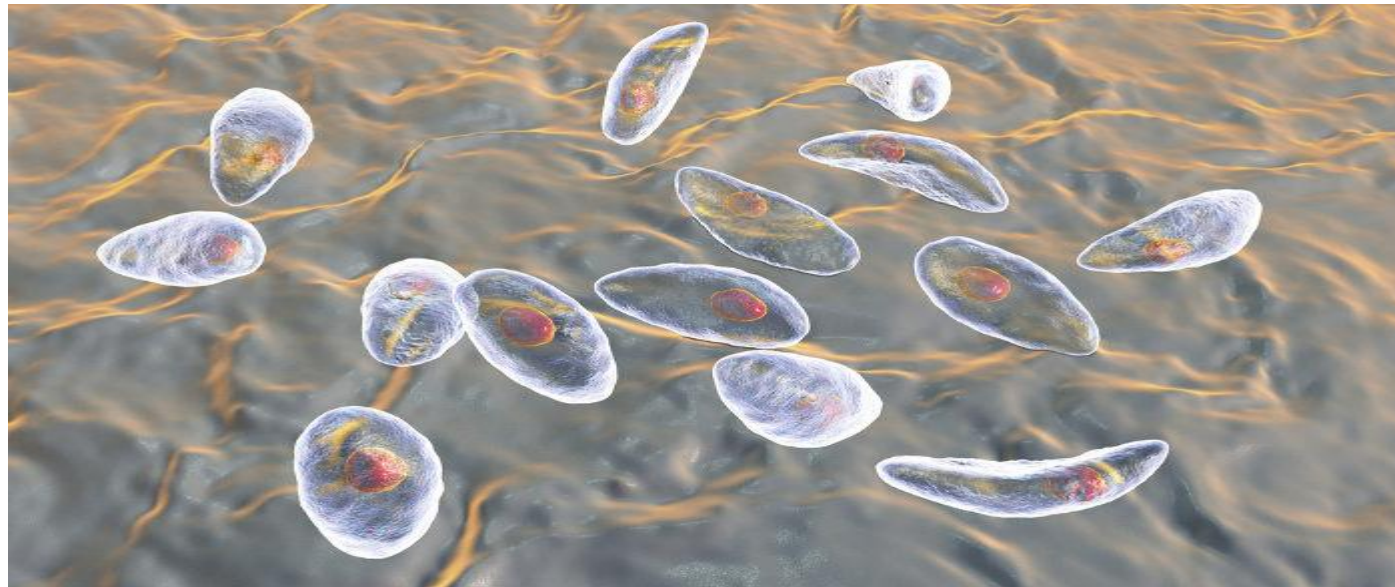
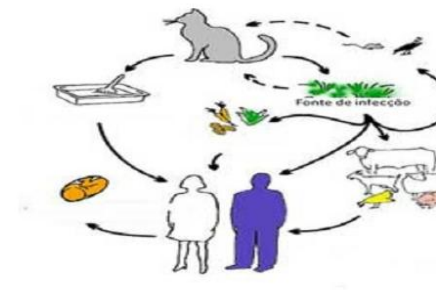


Toxoplasmosis

GESTACIONAL

AGENTE ETIOLÓGICO - *Toxoplasma gondii*

Parasita intracelular obrigatório
largamente distribuído pelo mundo.



RESERVATÓRIO • DEFINITIVO: Gatos e outros felídeos

• INTERMEDIÁRIO: Aves, **HUMANOS** e outros mamífero

MODO DE TRANSMISSÃO

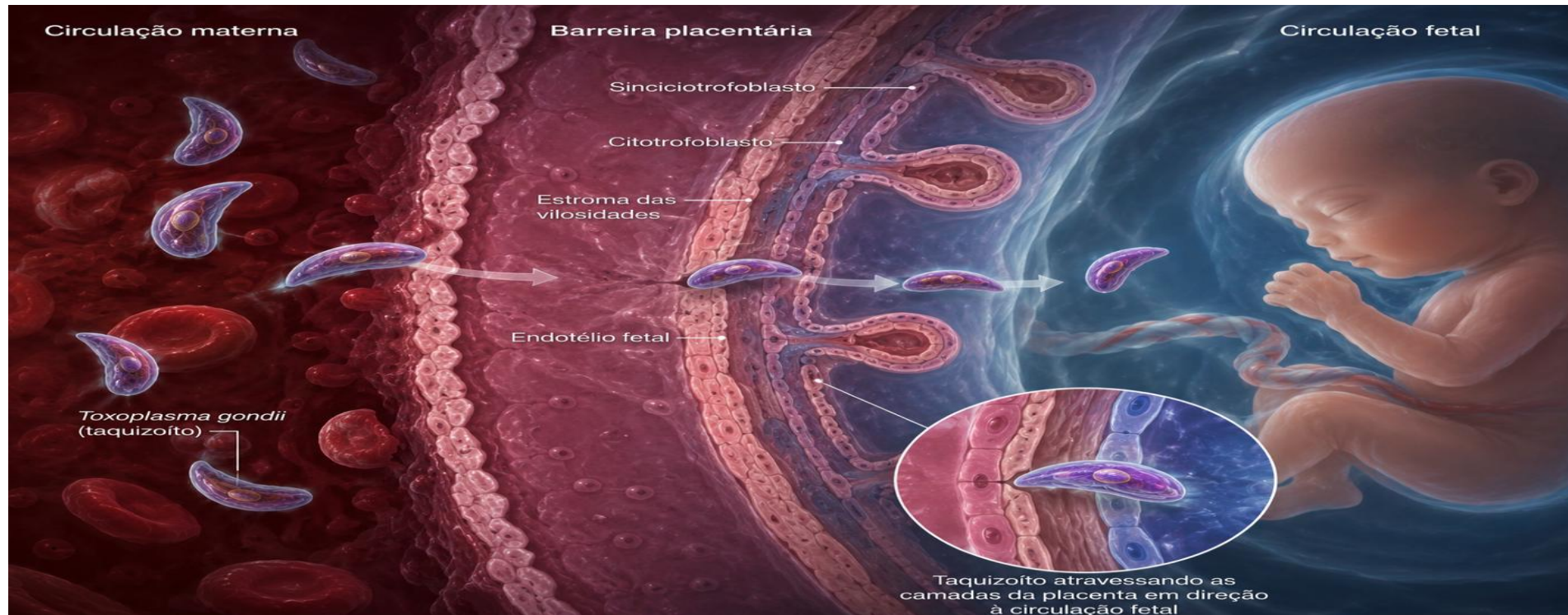
A) Pela ingestão de alimentos/água ou aspiração pela manipulação de terra contaminados com oocisto.

B) Pela ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos;



MODO DE TRANSMISSÃO

C) Pela transmissão transplacentária de taquizoítos, da gestante para feto.



Com bases em estudos sorológicos:

A infecção pelo *T. gondii* no Brasil em adulto varia de 50% a 90% .



LATÊNCIA

Com bases em estudos sorológicos:

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

Pacientes imunocomprometidos



Gestantes



Cisto latente com
Bradizoítos

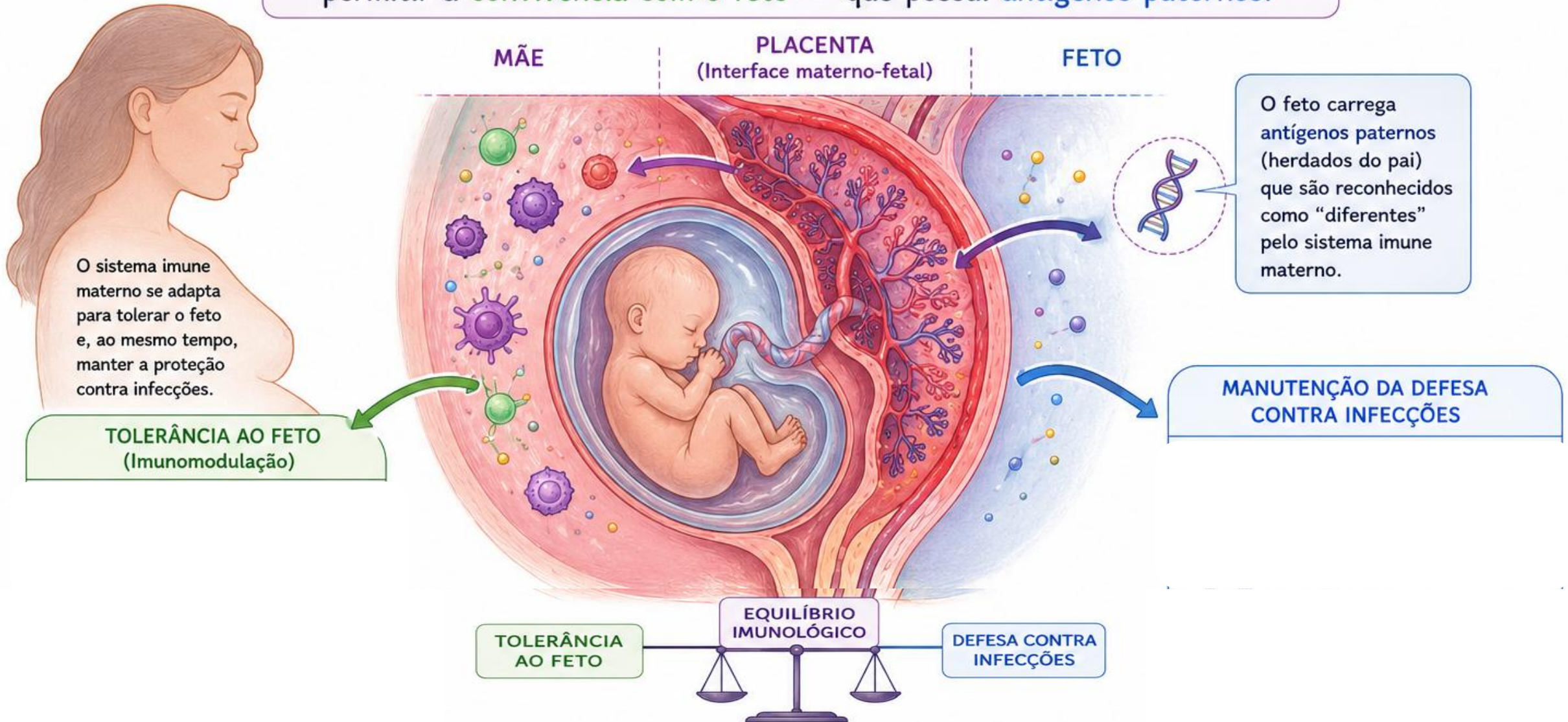
Comprometimento Imune
(Ex. AIDS, Imunosupérssão)





IMUNOMODULAÇÃO NA GESTAÇÃO

O que ocorre é uma **imunomodulação fisiológica**, na qual o sistema imunológico materno se adapta para permitir a **convivência com o feto** — que possui **antígenos paternos**.



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

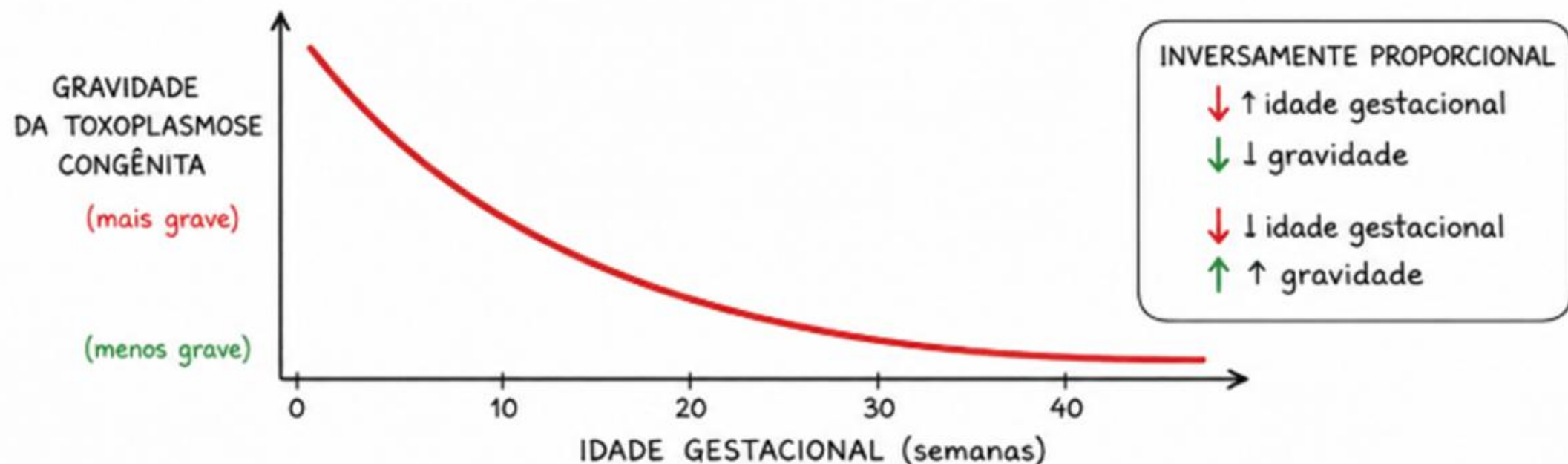
São, geralmente, oligo/assintomáticas.

Na gestação a toxoplasmose aguda adquire especial relevância pela possibilidade da transmissão vertical.



Quanto mais avançada a gravidez, maior a chance de transmissão vertical.

Gravidade da toxoplasmose congênita é inversamente proporcional à idade gestacional



MAIS GRAVE
INFECÇÃO
NO 1º TRIMESTRE
(0-13 semanas)



GRAVIDADE INTERMEDIÁRIA
INFECÇÃO
NO 2º TRIMESTRE
(14-27 semanas)



MENOS GRAVE
INFECÇÃO
NO 3º TRIMESTRE
(28-40 semanas)



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Entre as consequências estão descritas:

Mo **TOXOPLASMOSE CONGÊNITA**

Pro

- ✓ Corioretinite;
- ✓ Calcificações cerebrais;
- ✓ Hidrocefalia;
- ✓ Microcefalia;
- ✓ Retardo mental;
- ✓ Hepatoesplenomegalia
- ✓ Cegueira;
- ✓ Surdez;
- ✓ Convulsões.

MAIS GRAVE

INFECÇÃO
NO 1º TRIMESTRE
(0-13 semanas)



GRAVIDADE
INTERMEDIÁRIA

INFECÇÃO
NO 2º TRIMESTRE
(14-27 semanas)



As sequelas mais frequentes são:



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Entre as consequências estão descritas:

Manifestações clínicas :

- Miocardite
- Pneumonia
- Hepatite
- Purpura
- Coriorretinite/Catarata

MENOS GRAVE
INFECÇÃO
NO 3º TRIMESTRE
(28-40 semanas)



DIAGNÓSTICO:



Diagnóstico de toxoplasmose → infecção Aguda/Crônica (latente).

- Manifestações clínicas.

- Estudos sorológicos :- Epidemiologia.

✓ ELISA , Imunofluores

✓ Teste de Avidéz de IgG



?

↑ , IgG e IgA

- 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). Possibilidade ainda falso positivo.

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

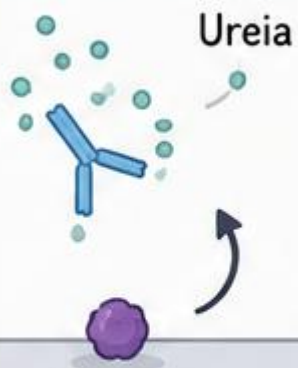
Sorologia	Interpretação
IgM (-) e IgG (-)	Sem contato prévio com o Toxoplasma
IgM (+) e IgG (-)	Provável contato agudo
IgM (+) e IgG (+)	Contato recente ou antigo com a Toxoplasma
IgM (-) e IgG (+)	Contato antigo com o Toxoplasma

TESTE DE AVIDEZ IgG TOXOPLASMOSE

MARCADOR TEMPORAL

Teste de avidez do IgG ajuda a
diferenciar infecção recente de
infecção antiga

BAIXA AVIDEZ
(infecção recente)



A ureia remove os
anticorpos menos
fortemente ligados.

Sugere infecção
RECENTE
(< 4 meses)



(16 semanas)

ALTA AVIDEZ
(infecção passada)

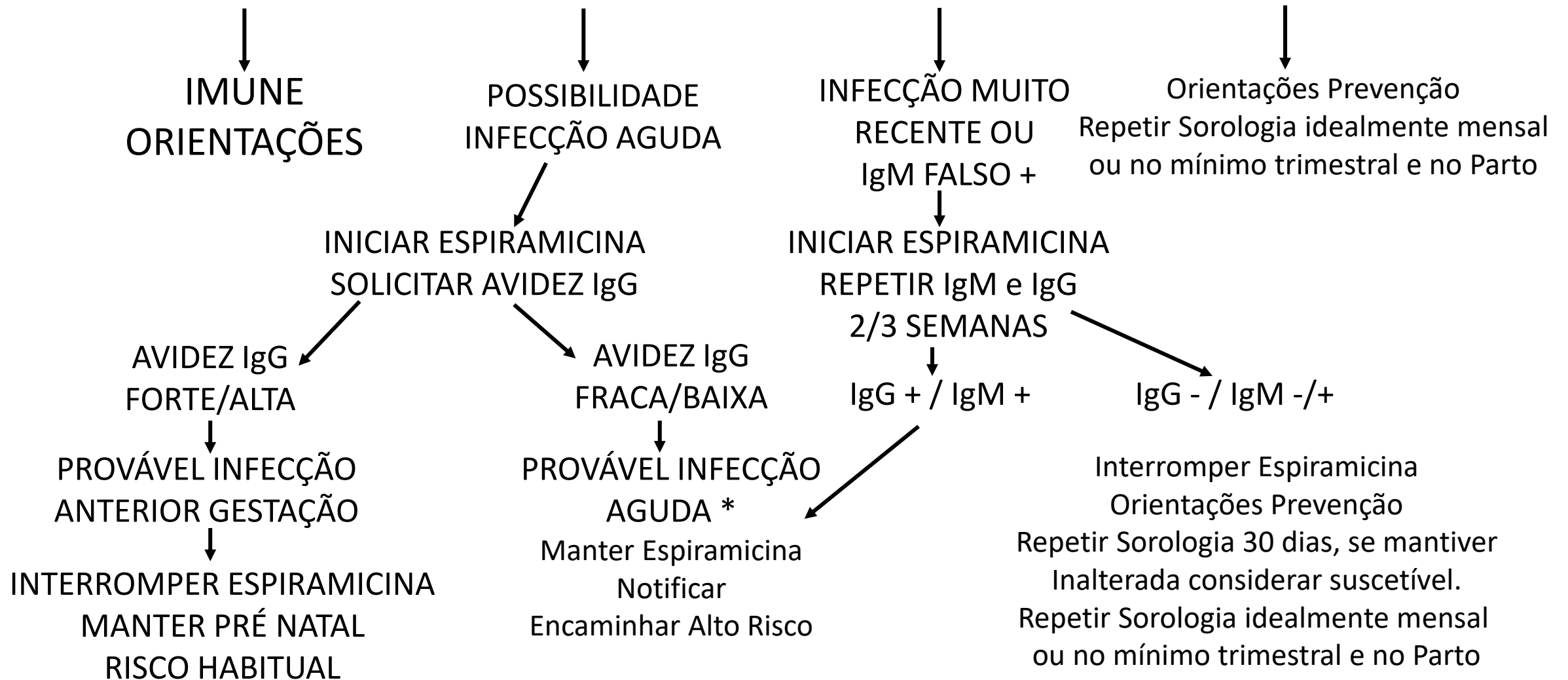


Anticorpos fortemente
ligados permanecem
mesmo após a ureia.

Sugere infecção
ANTIGA
(> 4 meses)

Condutas 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 +

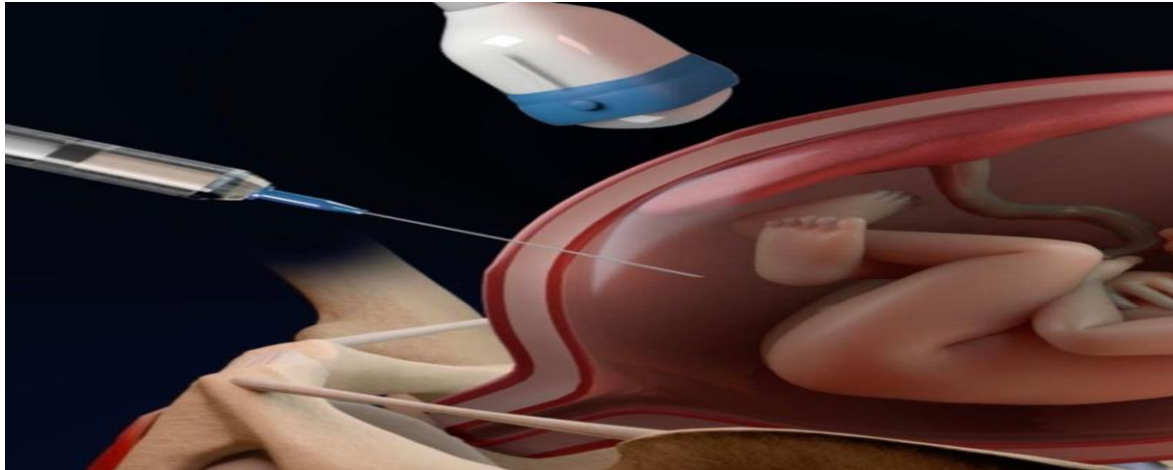
Orientações Prevenção
Repetir Sorologia idealmente mensal
ou no mínimo trimestral e no Parto

IgG - / IgM -/+

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

A transmissão vertical é confirmada:

Amniocentese entre a 18ª e a 32ª semana – RT-PCR



Sinais Ultrassonográficos de infecção fetal :

Microcefalia, Hidrocefalia, Calcificações cerebrais, Catarata, Hepatomegalia,
Restrição de crescimento intrauterino , Espessamentos placentários.

PROFILAXIA E TRATAMENTO

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

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

- Manter espiromicina até o parto*
- Investigar o RN

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

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

PROFILAXIA E TRATAMENTO

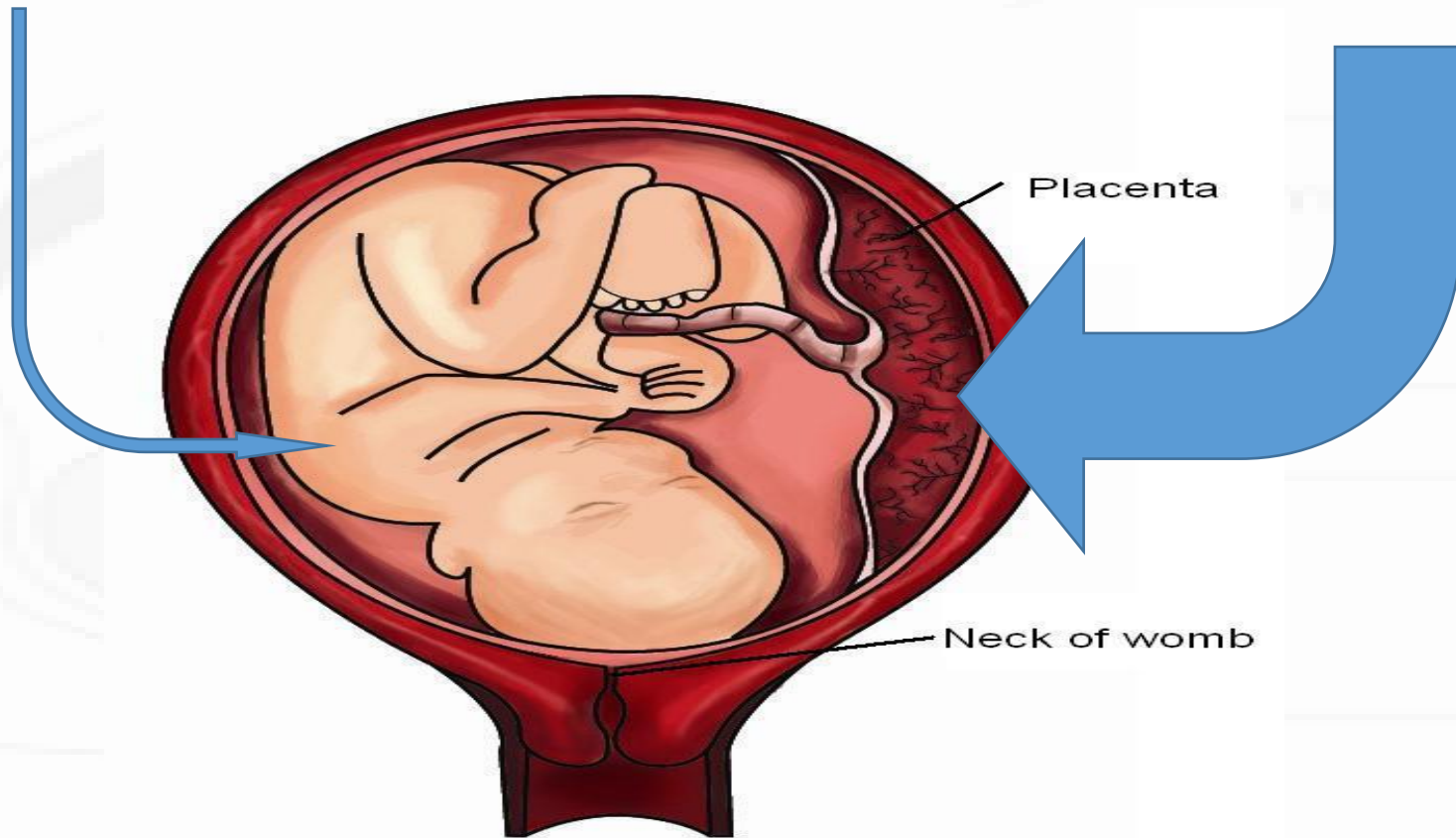
Toda gestante em investigação de infecção aguda deve iniciar o tratamento profilático com a Espiramicina – Reduz em até 50% risco de transmissão

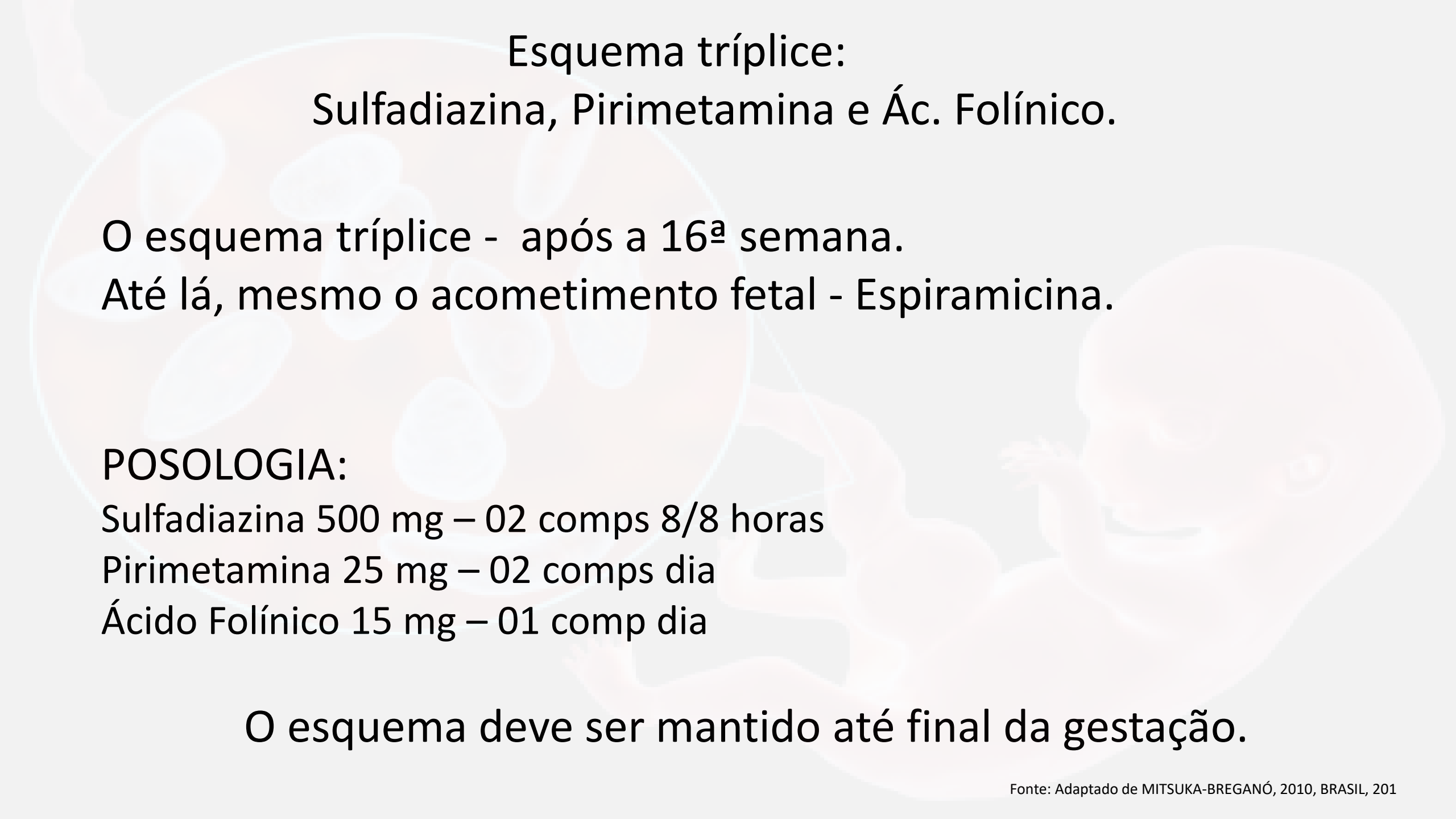
Caso a suspeição de quadro agudo não seja confirmada - suspender o tratamento.

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

Posologia: Espiramicina 01 grama 8/8 horas.

ESPIRAMICINA





Esquema tríplice: Sulfadiazina, Pirimetamina e Ác. Folínico.

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

POSOLOGIA:

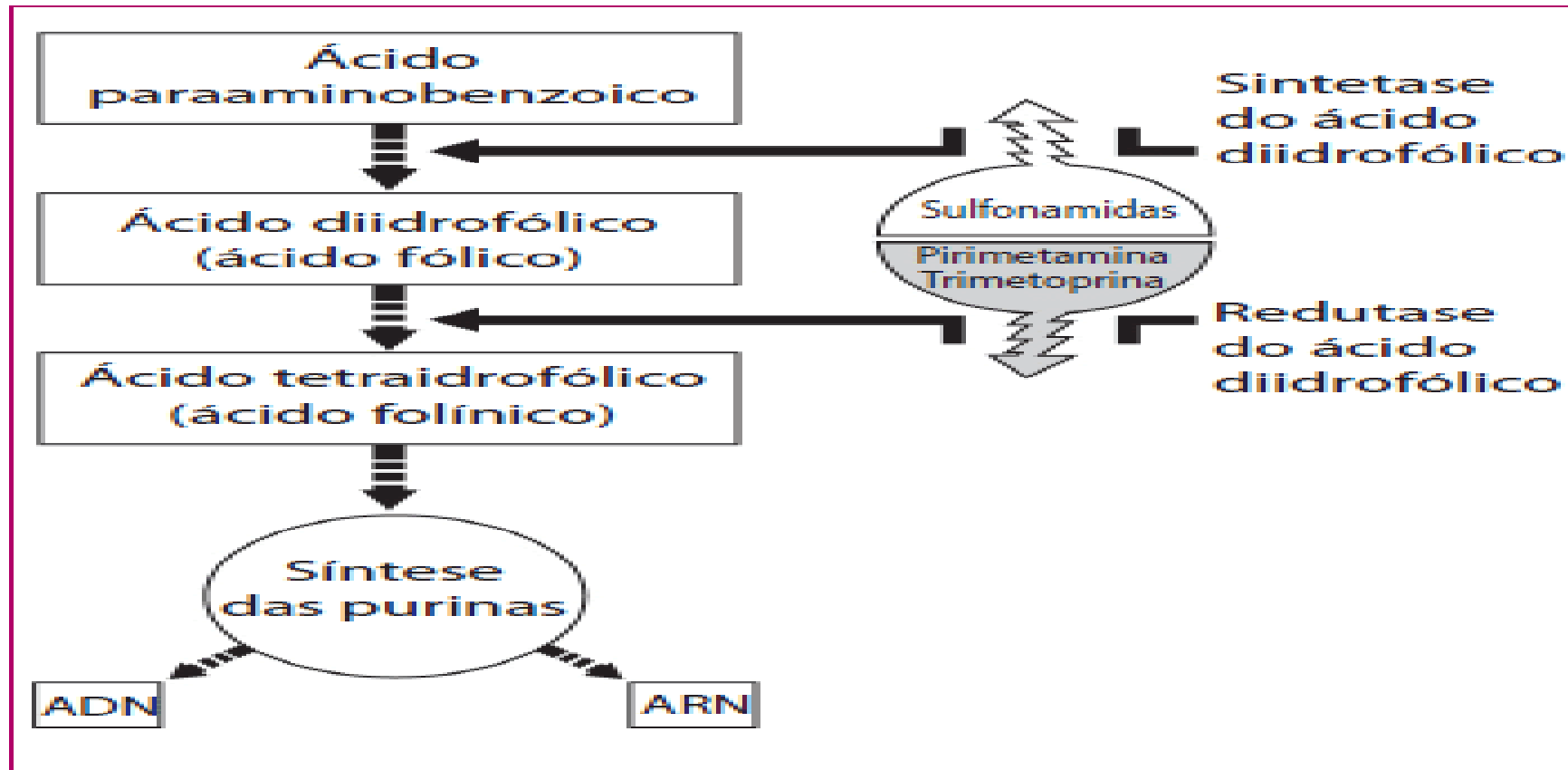
Sulfadiazina 500 mg – 02 comps 8/8 horas

Pirimetamina 25 mg – 02 comps dia

Ácido Folínico 15 mg – 01 comp dia

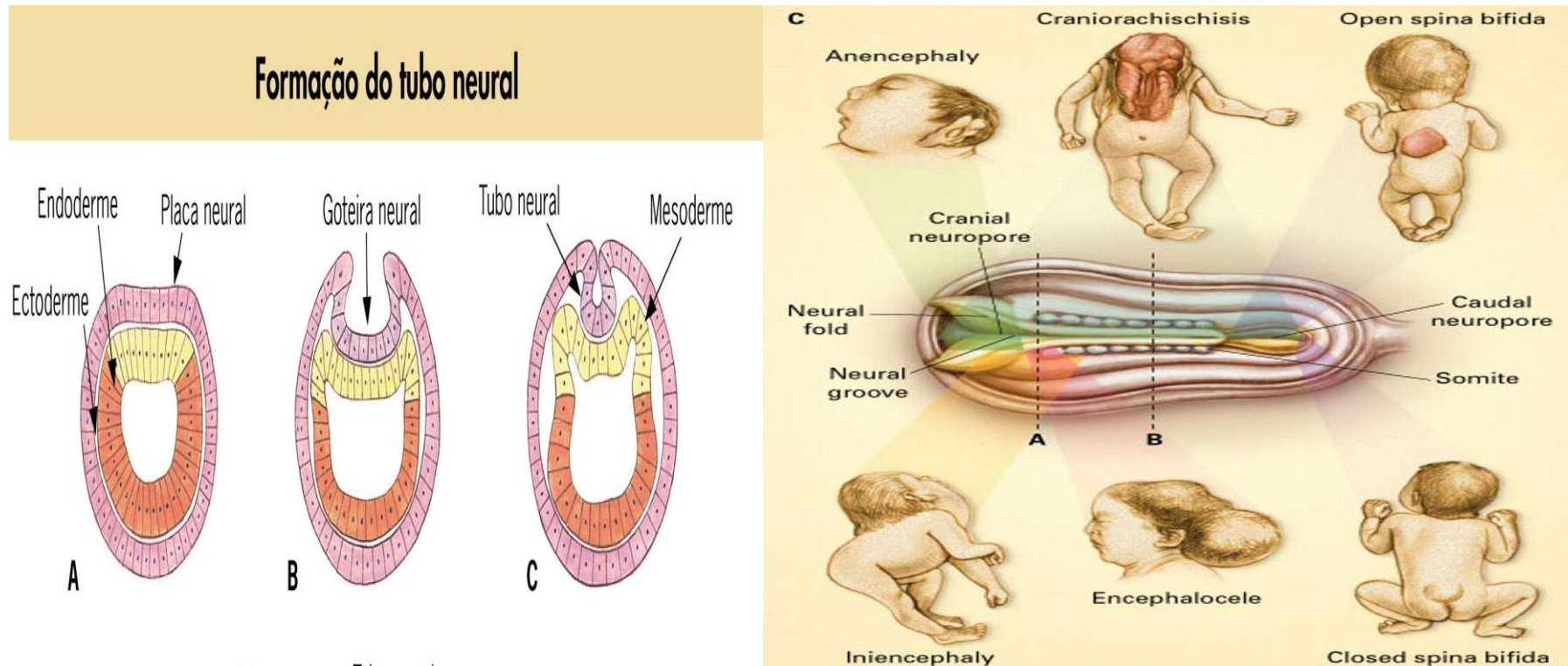
O esquema deve ser mantido até final da gestação.

INIBIDORES DA SÍNTESE DE FOLATOS E SUA REDUÇÃO



CONTRA-INDICAÇÕES

- INICIO DA GRAVIDEZ – 1º trimestre



CONTRA-INDICAÇÕES

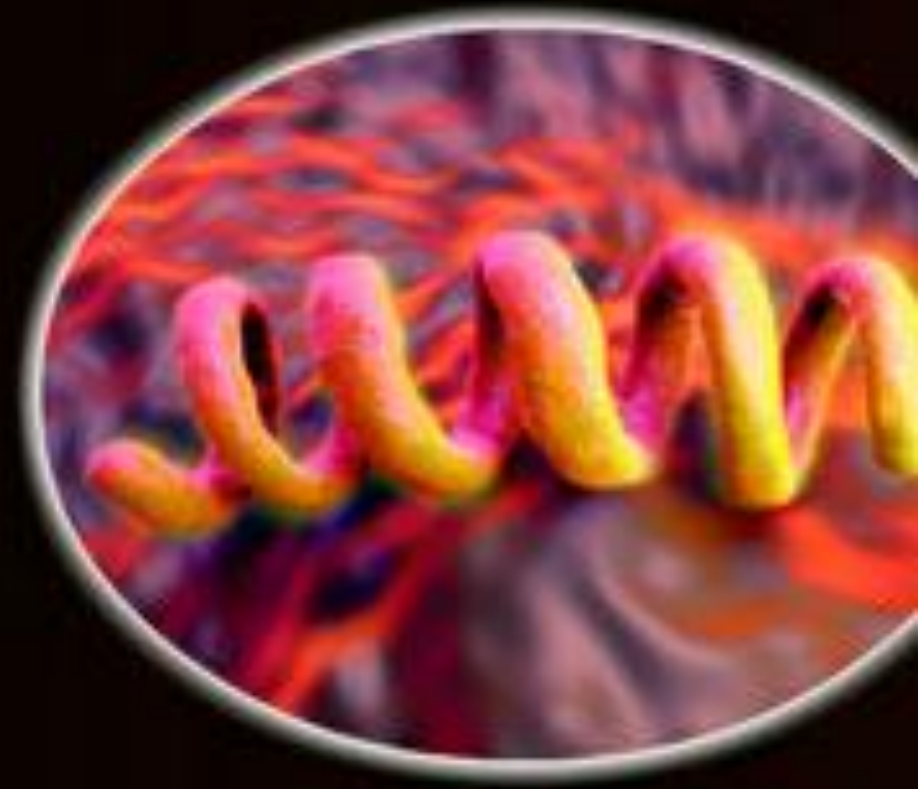
- NO FINAL DA GRAVIDEZ
- DURANTE A AMAMENTAÇÃO
- NO NEONATO

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

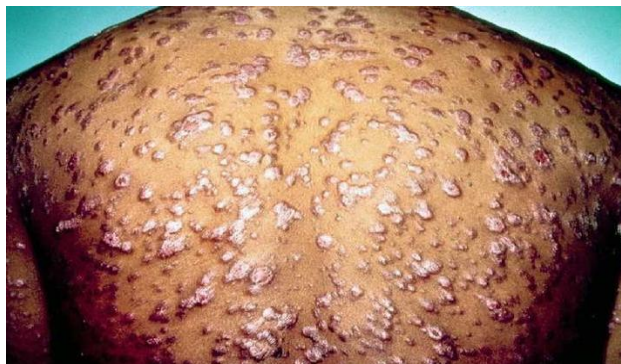
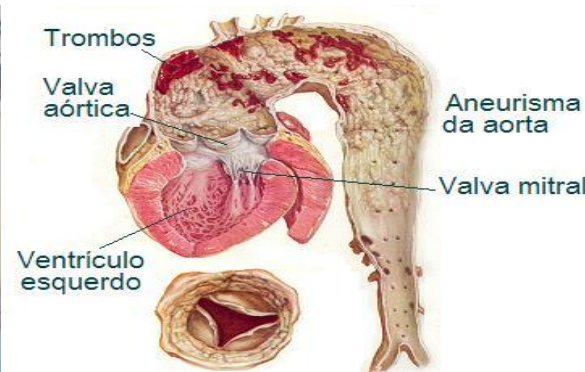
Sífilis Primária

Sífilis Secundária

Sífilis Latente

Sífilis Tardia

Lesões de Dentes e Alvéolos, Níveis Regulares em
Manchada e Apodetismo alveolar, a nível de perfis, com 10
6 semanas de Desaparece após 4 a 6 semanas. lesão inicial
Não perde 40 anos 15-30% de estadios



Sifilis
Primária

Sifilis
Secundária

Sifilis
Latente

Sifilis
Tardia

Sífilis
Primária

Sífilis
Secundária

Sífilis
Latente

Sífilis
Tardia

SÍFILIS RECENTE < 1 ANO

SÍFILIS TARDIA > 1 ANO



SOROLOGIA

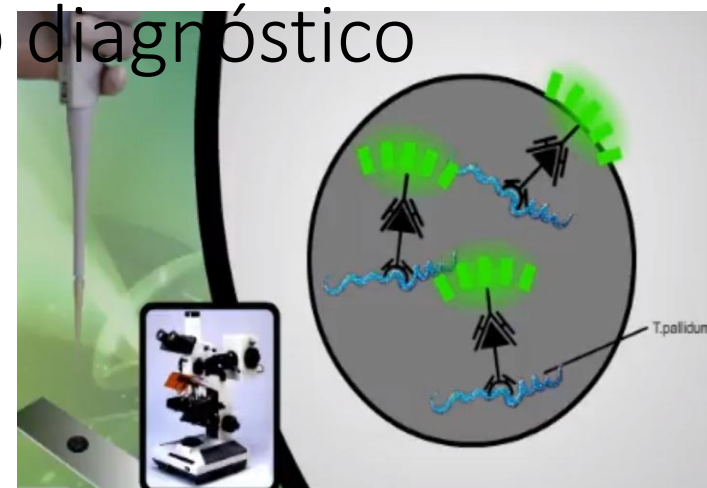
TESTES TREPONÊMICOS

✓ FTA – Abs

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

✓TESTE RÁPIDO

- Execução simplificada
- Permite ampliação do acesso ao diagnóstico



SOROLOGIA

✓TESTE RÁPIDO



- Teste de triagem
- Em caso positivo, realizar nova coleta para outros exames laboratoriais

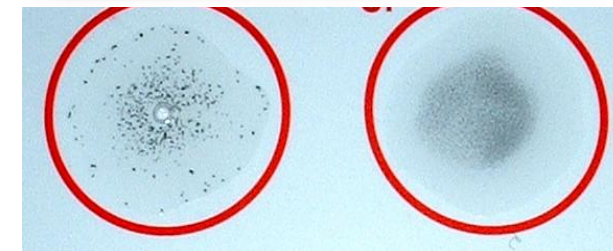


- Em situação especial - Diagnóstico.

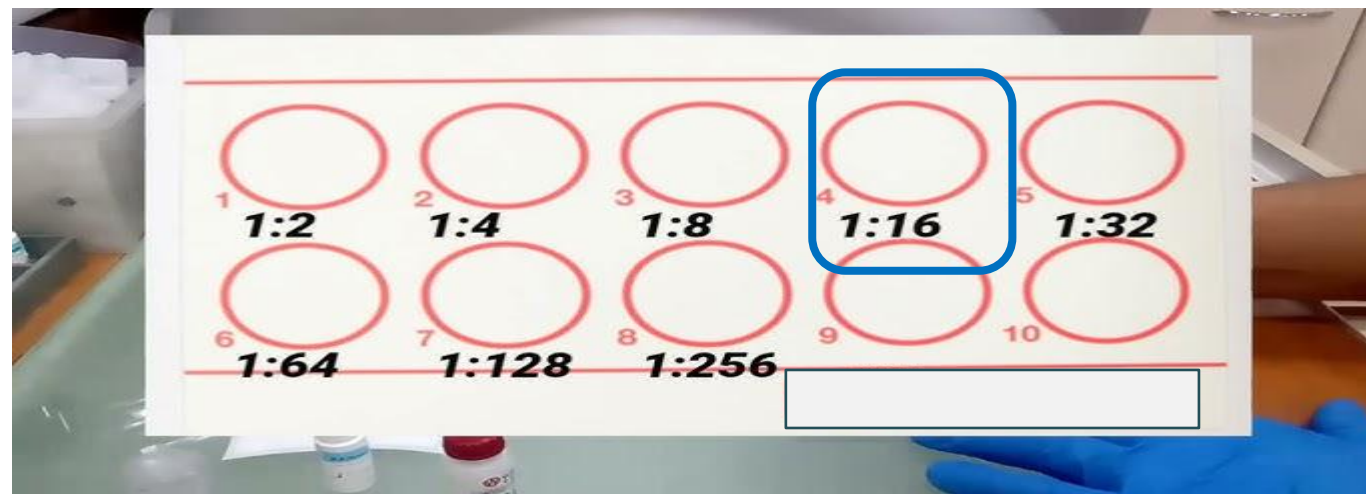
SOROLOGIA

TESTES NÃO TREPONÊMICOS

✓ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)



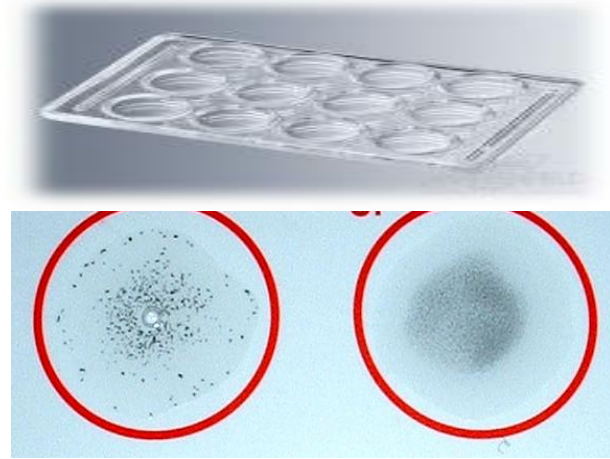
- Dosagens qualitativas e quantitativas – seguimento terapêutico
- Ponto de corte – 1/16



SOROLOGIA

TESTES NÃO TREPONÊMICOS

✓ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

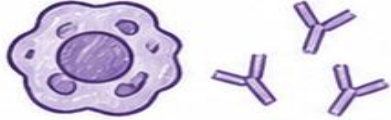


- Não é específico



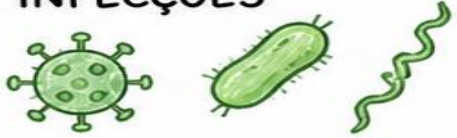
CAUSAS DE FALSO POSITIVO DO VDRL

➡ 1. DOENÇAS AUTOIMUNES



- Lúpus eritematoso sistêmico
- Síndrome de Sjögren
- Artrite reumatoide
- Esclerose sistêmica (esclerodermia)

➡ 2. INFECÇÕES



- Mononucleose infecciosa (EBV)
- Hepatites virais
- HIV
- Hanseníase
- Malária
- Tuberculose
- Outras infecções crônicas

➡ 3. CONDIÇÕES FISIOLÓGICAS



- Gravidez
- Idade avançada

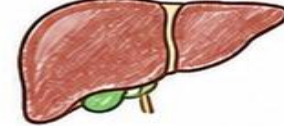


➡ 4. VACINAÇÕES



Após algumas vacinas
(ex.: febre amarela,
varíola, influenza)

➡ 5. DOENÇAS HEPÁTICAS



- Cirrose hepática
- Hepatites crônicas
- Outras hepatopatias

➡ 6. NEOPLASIAS



- Linfomas
- Leucemias
- Outros cânceres

➡ 7. USO DE ALGUNS MEDICAMENTOS



- Ex.: metildopa, procainamida,
isotretinoína, entre outros.

➡ 8. OUTRAS CONDIÇÕES

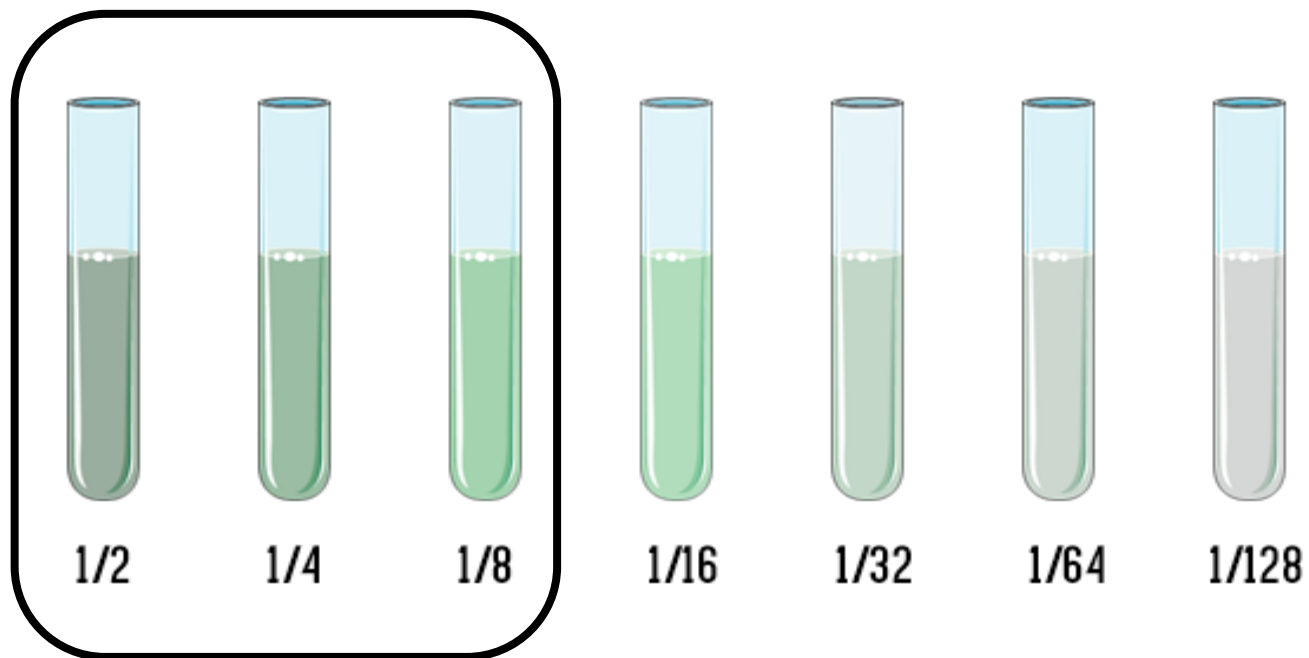


- Tireoidites (ex.: Tireoidite
de Hashimoto)
- Dependência de drogas
(injetáveis)
- Outras condições crônicas



Resultado reagente
no VDRL, sem sífilis.

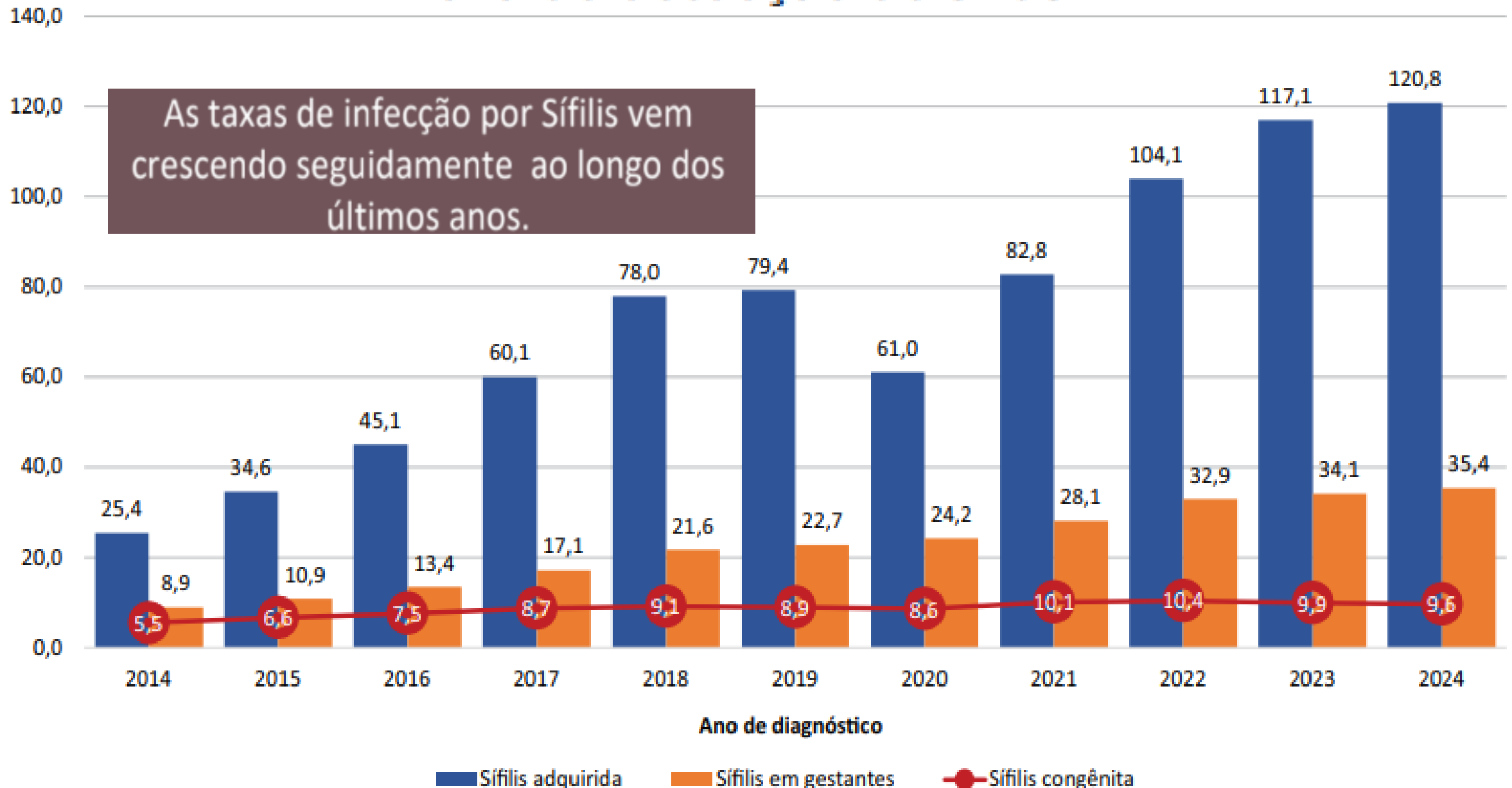
FALSO POSITIVO DO VDRL



Taxa de detecção de sífilis

As taxas de infecção por Sífilis vem crescendo seguidamente ao longo dos últimos anos.

Taxa



Casos de sífilis avançam no Brasil. Veja tira-dúvidas sobre a doença

País registra recorde histórico de sífilis e especialistas alertam para desinformação, riscos na gestação e prevenção falha

Bruno Bucis

18/10/2025 13:43, atualizado 18/10/2025 15:43

METRÓPOLES

Compartilhar notícia



Siga Google Discover

Sífilis avança no Brasil, preocupa autoridades de saúde e levanta alerta para possível cenário de epidemia nos próximos anos

Surto de sífilis alerta para possível epidemia no Brasil; entenda sintomas, contágio, sífilis congênita e como se proteger

Por: Jonasmoura* *com uso de inteligência artificial / Giro 10

21 abr 2026 - 07h32

Compartilhar

[Exibir comentários](#)



agenciaaids 21 sem

Dados do Ministério da Saúde, divulgados em outubro deste ano, mostram que a sífilis continua em ritmo acelerado de crescimento no Brasil, acompanhando uma tendência mundial. A situação é mais grave entre as gestantes: entre 2005 e junho de 2025, o país registrou 810.246 casos de sífilis em gestantes, com 45,7% dos diagnósticos na Região Sudeste, 21,1% no Nordeste, 14,4% no Sul, 10,2% no Norte e 8,6% no Centro-Oeste.

A taxa nacional de detecção alcançou 35,4 casos por mil nascidos vivos em 2024, o que revela o avanço da transmissão vertical, quando a infecção passa da mãe para o bebê.

Segundo a ginecologista Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez, membro da Comissão Nacional Especializada em

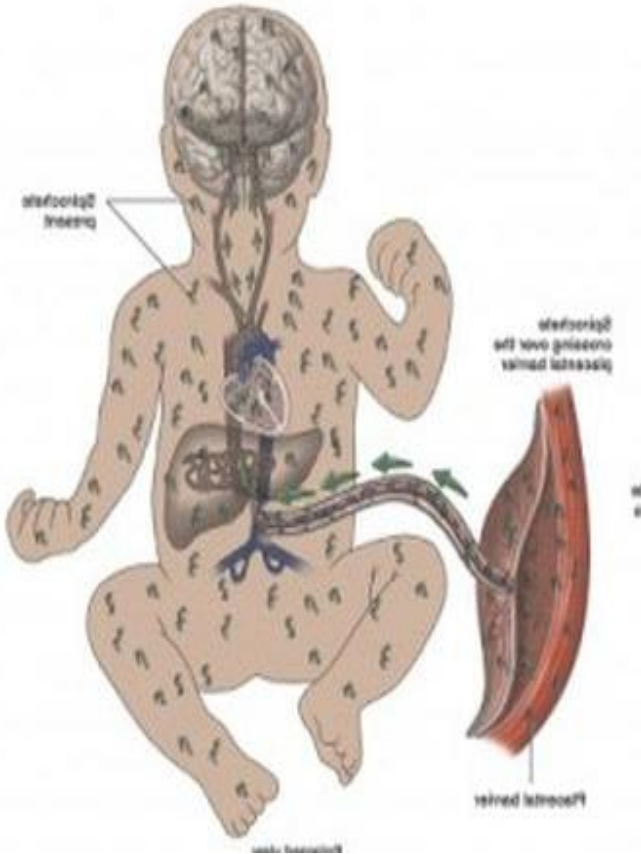
1,6 mil

27



15 de dezembro de 2025

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



100%

Sífilis Primária

70%

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

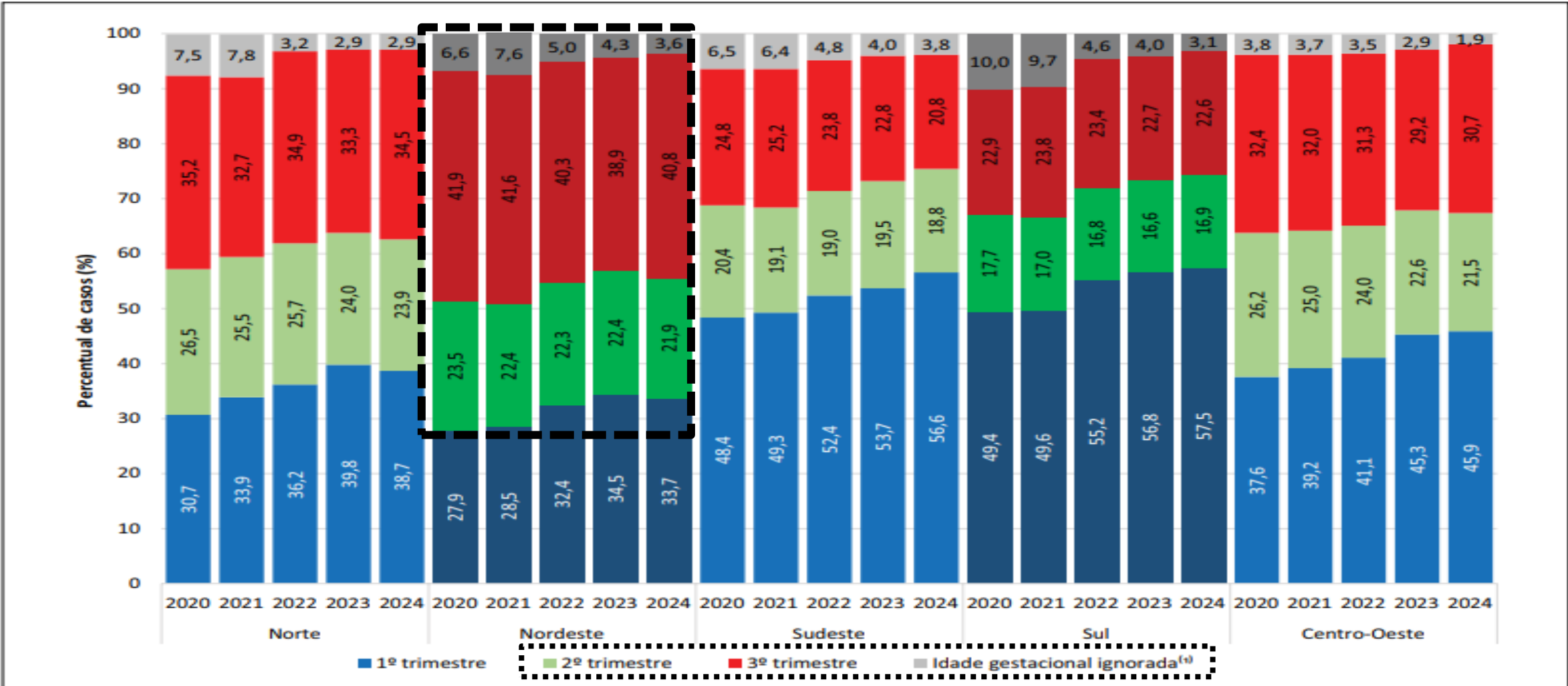


Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

A transmissão da sífilis da mãe para o bebê, durante a gravidez, é consequência:

- ✓ Sífilis materna não diagnosticada.

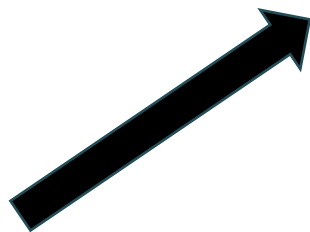
Distribuição percentual de gestantes segundo idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2020 a 2024



TRATAMENTO SÍFILIS



**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

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)

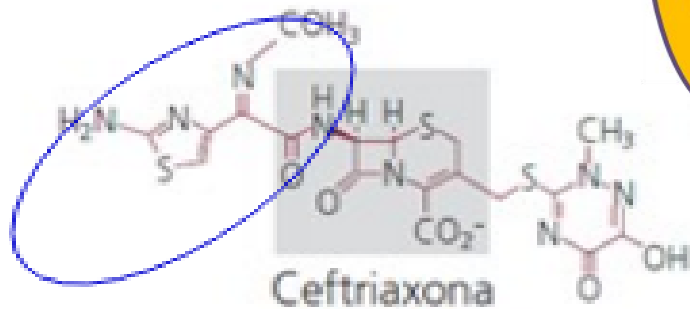


Sífilis Gestante

- 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



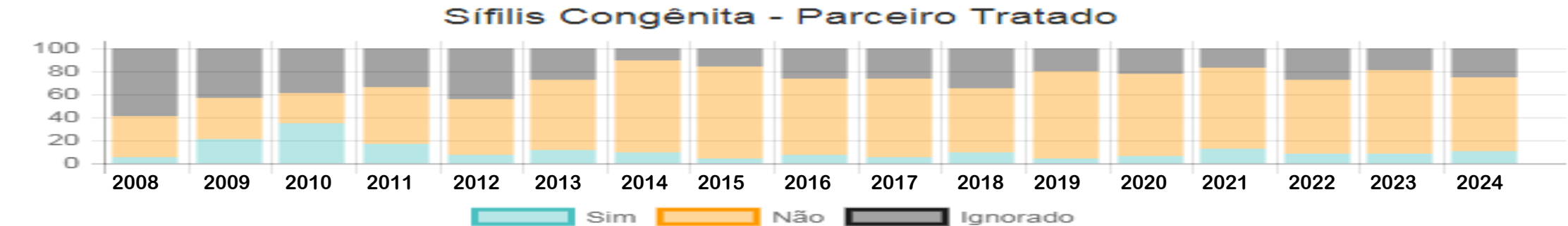
Reação cruzada entre Penicilina e Cefalosporina de 3ª geração < 10%

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)



- 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

TRATAMENTO ADEQUADO SÍFILIS NA GESTANTE

- Feito com Penicilina Benzatina, completo conforme estadiamento da doença (única opção considerada 100% eficaz);
- Iniciado com pelo menos 30 dias de antecedência ao parto;
- Observância dos intervalos entre as doses. Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 09 dias (até 14 sífilis adquirida), 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: Mensal - Sífilis gestante

Trimestral - Sífilis adquirida

Redução de dois ou mais títulos no VDRL

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

Negativação após 9 a 12 meses

Paciente que tem duas diluições em relação ao último exame realizado após o tratamento adequado, ou recorrência de sinais e sintomas indica possível reinfecção.

CURA

NOVO TRATAMENTO

