Internato 2026

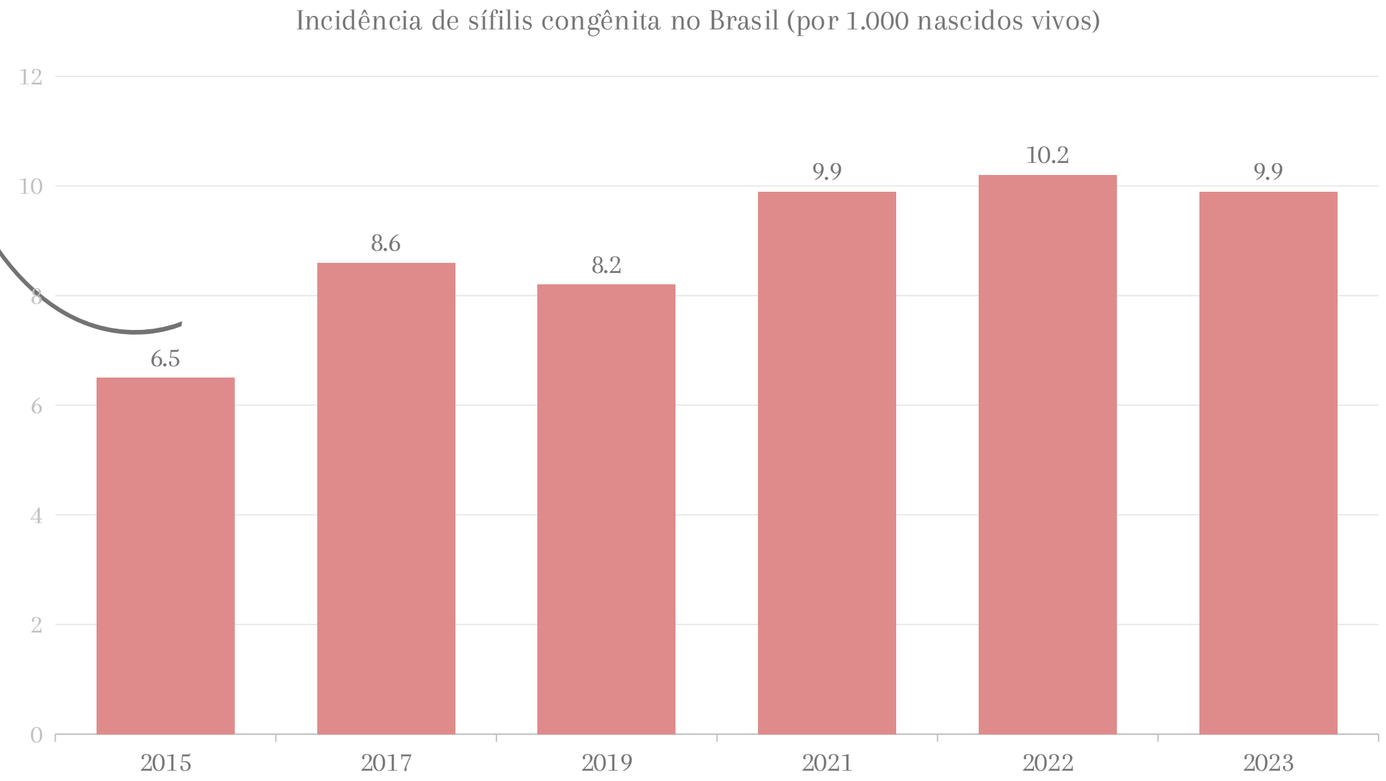
Infecções na gestação

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Sífilis: ler os testes, tratar certo e proteger o recém-nascido
2. HIV: TARV, carga viral e a decisão da via de parto
3. Hepatites B e C, CMV, Zika e herpes: o que rastrear e o que fazer
4. Estreptococo do grupo B: quem e como proteger no parto
5. Infecção urinária: da bacteriúria assintomática à pielonefrite

EPIDEMIOLOGIA | A SÍFILIS QUE NÃO PARA DE SUBIR



10,2

casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos em 2022 — a meta de eliminação da OPAS é 0,5

29,9

casos de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos (2022), quase o triplo de 2015

0,17%

das gestantes testadas vivem com HIV; com TARV e CV indetectável, a transmissão vertical cai para < 1%

Fontes: Ministério da Saúde/SVSA, Boletim Epidemiológico de Sífilis 2023 e 2024; Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2023; OPAS, ETMI Plus.

Sífilis

O teste mais barato, o remédio mais antigo — e a falha de pré-natal mais frequente



CASO 1| VDRL 1:32

Adriana, 22 anos, G2P1, 14 semanas, primeira consulta.

Assintomática. Teste rápido treponêmico reagente na UBS; VDRL 1:32. Nega sífilis prévia, nega alergia. Na gestação anterior, há 3 anos, 'todos os exames eram normais'.

Exame: sem lesões genitais, sem exantema, sem adenopatia. Colo normal ao especular.

O parceiro, informado por ela, diz que 'não tem nada' e se recusa a ir à unidade. Ela pergunta se o bebê 'já pegou' e se o tratamento 'faz mal'.



Qual o estágio? Quantas doses? O que fazer com o parceiro — e o que isso muda para o bebê?

SÍFILIS | LENDO OS TESTES

Dois tipos de teste

Treponêmico (TR, FTA-Abs, TPHA, ELISA): detecta anticorpo contra o treponema; positiva primeiro; fica reagente para a vida — cicatriz sorológica

Não treponêmico (VDRL, RPR): quantitativo, titulado; serve para atividade e seguimento; cai com tratamento

Rastrear na 1ª consulta (idealmente 1º trimestre), no 3º trimestre (28 sem), no parto e no abortamento.

Interpretação

TR + / VDRL + : sífilis — tratar; titular o VDRL hoje para o seguimento

TR + / VDRL - : sífilis muito recente, tratada previamente (cicatriz) ou tardia com VDRL negativo — se nunca tratada com documentação, TRATAR como tardia

TR - / VDRL + : falso-positivo (gestação, lúpus, doenças febris) — repetir ou fazer 2º treponêmico

TR - / VDRL - : sem sífilis; repetir no 3º tri e no parto

Prozona: VDRL falso-negativo por excesso de anticorpo — pedir diluição se forte suspeita.

Estadiamento

Recente (< 1 ano): primária (cancro duro 3 semanas após exposição), secundária (exantema palmoplantar, condiloma plano, 6–8 semanas), latente recente

Tardia (> 1 ano) ou duração ignorada: latente tardia, terciária (goma, cardiovascular, neurossífilis)

Na gestante assintomática sem data conhecida: tratar como latente tardia (3 doses). Neurossífilis: punção lombar se sintomas neurológicos/oculares.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST (2022); Nota Técnica MS sobre sífilis 2023; CDC STI Guidelines 2021.

SÍFILIS NA GESTAÇÃO | TRATAMENTO E SEGUIMENTO

Situação	Esquema	Observações
Recente (primária, secundária, latente recente)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única (1,2 milhão em cada nádega)	Tratar no mesmo dia do teste rápido reagente, sem esperar o VDRL. Reação de Jarisch-Herxheimer (febre, mialgia, contrações) em 24 h: sintomático, não suspende.
Tardia, latente de duração ignorada, terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM semanal, 3 doses (7,2 milhões)	Intervalo máximo entre doses: 9 dias (14 pelo CDC) — se passar, reiniciar o esquema. Na gestante assintomática sem data, SEMPRE 3 doses.
Neurossífilis / ocular	Penicilina G cristalina 18–24 milhões UI/dia IV (3–4 milhões 4/4 h), 14 dias	Internar. Seguimento com LCR a cada 6 meses.
Alergia à penicilina	Dessensibilização oral em ambiente hospitalar e depois penicilina	Não há alternativa segura na gestação: ceftriaxona e doxiciclina NÃO tratam o feto (doxiciclina é contraindicada). Alergia grave verdadeira é rara (< 1%).
Seguimento	VDRL mensal na gestação; depois trimestral até 12 meses	Resposta adequada: queda de 2 diluições (4x) em 3 meses para a recente, em 6 meses para a tardia (ex.: 1:32 → 1:8). Aumento de 2 diluições = reinfecção ou falha: retratar e investigar neuro.
Parceiros	Testar e tratar TODOS os parceiros dos últimos 90 dias (recente) ou do último ano (tardia), mesmo com teste negativo: 2,4 milhões UI DU; se positivo, pelo estágio	Parceiro não tratado não é mais critério de tratamento inadequado da gestante (MS 2017+), mas é a principal causa de reinfecção.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022; Nota Informativa 2-SEI/2017/DIAHV; CDC 2021; OMS 2016 (sífilis em gestantes).

SÍFILIS CONGÊNITA | O QUE DEFINE O DESTINO DO RN

Tratamento materno ADEQUADO

Penicilina benzatina, no esquema correto para o estágio;
iniciado até 30 dias antes do parto;
respeitado o intervalo entre doses;
queda documentada do VDRL ou títulos baixos estáveis.
RN: VDRL de sangue periférico (não do cordão) comparado ao materno; exame físico; se tudo normal, seguimento ambulatorial sem punção.

Tratamento materno INADEQUADO ou ausente

Não penicilina; incompleto; iniciado < 30 dias do parto; sem queda dos títulos; não documentado.
RN = caso de sífilis congênita: notificar, hemograma, VDRL, raio-X de ossos longos, punção lombar (VDRL, celularidade, proteínas), avaliação hepática.
Tratar: penicilina cristalina 50.000 UI/kg IV 12/12 h (7 dias) e 8/8 h (3 dias) = 10 dias; ou procaína IM 10 dias se LCR normal
Benzatina dose única só se tudo normal e seguimento garantido.

Transmissão e dano

Transmissão vertical: 70–100% na recente, 30% na tardia; em qualquer idade gestacional
Desfechos: 40% abortamento/natimorto/óbito neonatal; prematuridade, hidropisia, hepatoesplenomegalia, rinite, pênfigo palmoplantar, periostite, surdez e ceratite tardias
USG: hepatomegalia, placentomegalia, polidrâmnio, ascite — sinais de infecção fetal, pior prognóstico.
Notificação compulsória: sífilis em gestante e congênita.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT-IST 2022 (capítulo sífilis congênita); Sociedade Brasileira de Pediatria, Guia prático 2020; OMS, Eliminação da transmissão vertical (ETMI).

CASO 1| RESOLUÇÃO

Sífilis latente de duração ignorada: 3 doses de penicilina benzatina, a primeira hoje.

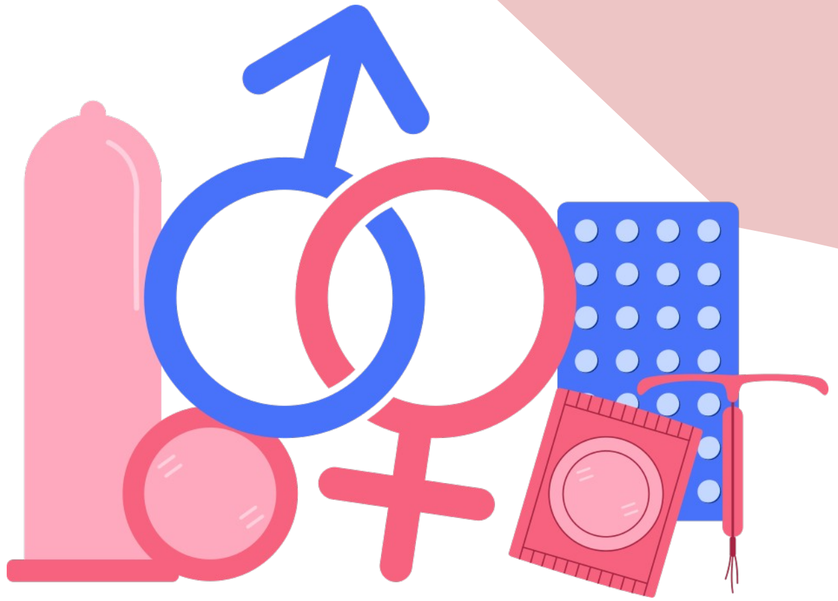
TR reagente + VDRL 1:32, assintomática, sem tratamento prévio documentado: não há como datar. Na gestante, duração ignorada = tratar como tardia — 2,4 milhões UI IM semanal por 3 semanas, sem passar de 9 dias entre doses.

Não esperar: a 1ª dose é feita no dia do teste rápido. Avisar da reação de Jarisch-Herxheimer (febre e cólicas nas primeiras 24 h, passa com sintomático — não é alergia).

O bebê: transmissão pode ocorrer em qualquer fase; tratamento completo ≥ 30 dias antes do parto, com VDRL caindo, define tratamento adequado — o RN então só faz VDRL e exame físico. USG obstétrico para sinais fetais.

Seguimento: VDRL mensal: espera-se 1:8 ou menos em 6 meses. Se subir 2 diluições, reinfecção — e o parceiro não tratado é a causa número 1.

O parceiro: convocar pela unidade (busca ativa, carta/visita), testar e tratar mesmo com teste negativo. Enquanto não tratar: preservativo em toda relação. Sua recusa não torna o tratamento dela inadequado, mas põe o bebê em risco por reinfecção. Notificar.



Duração ignorada = 3 doses

1ª dose no dia do TR

VDRL mensal, queda 4x

Parceiro: testar e tratar

HIV

Carga viral indetectável é o melhor pré-natal



CASO 2 | CARGA VIRAL 3.000 ÀS 34 SEMANAS

Simone, 29 anos, G3P2, 34 semanas.

Diagnóstico de HIV no 1º trimestre (teste rápido na UBS). Iniciou tenofovir + lamivudina + dolutegravir com 12 semanas; conta que 'esquece às vezes'. CD4 na admissão: 380.

Carga viral com 20 semanas: 12.000 cópias/mL. Carga viral hoje, 34 semanas: 3.000 cópias/mL. Sorologias: sífilis não reagente, HBsAg negativo, toxo imune. Dois partos normais anteriores.

Pergunta se vai poder ter parto normal e amamentar, 'porque amamentou os outros dois'.



Qual a via de parto? Zidovudina? Ela pode amamentar? O que fazer com a adesão?

HIV NA GESTAÇÃO | PRÉ-NATAL

Diagnóstico e exames

Teste rápido na 1ª consulta, no 3º trimestre e no parto (ou sempre que houver exposição).
Diagnóstico: 2 testes rápidos reagentes (TR1 + TR2) ou TR + carga viral.
Na admissão: CD4, carga viral, genotipagem (não atrasa o início), hemograma, função renal e hepática, sorologias, teste de gravidez documentado.
Carga viral: ao início, 2–4 semanas após iniciar TARV, mensal até indetectável, e OBRIGATÓRIA às 34 semanas — é ela que define a via de parto

TARV

Esquema preferencial (MS 2024): tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg, 1x/dia — iniciar no dia do diagnóstico, em qualquer idade gestacional
Dolutegravir: o alerta de defeito do tubo neural (Tsepamo) não se confirmou — é seguro desde a concepção.
Já em uso de TARV eficaz: manter.
Efavirenz, nevirapina, darunavir/ritonavir: alternativas conforme genotipagem.
Nunca interromper após o parto: TARV é para a vida.

O que reduz a transmissão

Sem intervenção: transmissão vertical de 15–45%
TARV + CV indetectável + cuidados no parto + profilaxia do RN + não amamentar: < 1%
Transmissão: 25–35% intraútero, 65–75% intraparto, 14% adicionais pela amamentação.
Evitar: amniotomia precoce, episiotomia, fórcipe/vácuo, monitorização invasiva; clampear o cordão imediatamente; banho do RN logo após o parto.
Não há profilaxia com nevirapina para a mãe no parto desde 2010.

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2024); Zash R et al., NEJM 2019 e 2022 (Tsepamo); OMS 2021.

HIV | VIA DE PARTO E PROFILAXIAS (PCDT 2024)

Carga viral materna às 34 semanas (ou a mais recente, ≥ 4 semanas antes do parto)

CV INDETECTÁVEL (< 50): via de parto OBSTÉTRICA; sem zidovudina IV; evitar procedimentos invasivos; RN: zidovudina VO 4 semanas (baixo risco)

CV DETECTÁVEL < 1.000: via de parto obstétrica; ZIDOVUDINA IV no trabalho de parto (2 mg/kg na 1ª hora, depois 1 mg/kg/h até o clampeamento); RN: AZT + nevirapina ou AZT + 3TC + raltegravir (alto risco)

CV ≥ 1.000 OU DESCONHECIDA: CESÁREA ELETIVA às 38 semanas, com membranas íntegras e fora de trabalho de parto; zidovudina IV iniciada 3 h antes; RN alto risco: esquema triplo por 28 dias

Chegou em trabalho de parto avançado (> 4 cm) ou bolsa rota com CV ≥ 1.000: a cesárea já não reduz transmissão — conduzir o parto vaginal com AZT IV, evitando toques e procedimentos

Cesárea por indicação obstétrica em qualquer CV; cesárea eletiva por HIV só na CV ≥ 1.000/desconhecida. Técnica: hemostasia rigorosa, troca de luvas, retirar o RN com membranas íntegras se possível

PÓS-PARTO: NÃO AMAMENTAR (Brasil — risco adicional 14%; fórmula láctea fornecida pelo SUS por 6 meses); inibir lactação com cabergolina 1 mg VO dose única após o parto; manter TARV materna para sempre; RN: profilaxia + CV com 2 semanas após o fim da profilaxia e 2 meses depois; sorologia aos 18 meses; contracepção eficaz (DIU/implante — categoria 1–2)

Fonte: Ministério da Saúde, PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2024 (atualização dos esquemas de profilaxia neonatal).

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Carga viral 3.000 às 34 semanas = cesárea eletiva às 38 semanas. com zidovudina IV.

O corte é 1.000 cópias/mL. Acima disso ou desconhecida, a cesárea eletiva — membranas íntegras, fora de trabalho de parto, às 38 semanas — reduz a transmissão em cerca de 50%. Os dois partos normais anteriores não mudam a decisão.

Zidovudina IV: iniciar 3 h antes da cesárea (2 mg/kg em 1 h, depois 1 mg/kg/h até o clampeamento). O RN é de alto risco: esquema triplo (AZT + 3TC + raltegravir) por 28 dias, iniciado em até 4 h.

Se entrar em trabalho de parto antes: com < 4 cm e bolsa íntegra, cesárea com AZT; com dilatação avançada ou bolsa rota há horas, a cesárea não protege mais — parto vaginal com AZT, sem amniotomia, episiotomia ou fórcipe.

Amamentar: não. No Brasil a recomendação é não amamentar em nenhuma situação; cabergolina 1 mg dose única após o parto e fórmula pelo SUS por 6 meses. Explicar com acolhimento — ela amamentou os outros e vai sentir.

A adesão é a raiz do problema: CV de 12.000 para 3.000 em 14 semanas de TARV é resposta parcial. Investigar esquecimento (alarme, caixa semanal, apoio familiar), efeitos adversos, genotipagem se já não feita. Depois do parto: TARV para a vida, retorno ao SAE em 30 dias, contracepção de longa duração.



CV ≥ 1.000: cesárea 38 sem

AZT IV 3 h antes

Sem amamentação no Brasil

TARV para sempre

Hepatites, CMV, Zika e herpes

Rastrear o que muda conduta — e saber o que não rastrear



HEPATITES B E C NA GESTAÇÃO

	Hepatite B	Hepatite C
Rastreio	HBsAg na 1ª consulta e no 3º trimestre (ou teste rápido); anti-HBs se vacinada	Anti-HCV na 1ª consulta (teste rápido); se reagente, carga viral (HCV-RNA)
Transmissão vertical	Sem profilaxia: 90% se HBeAg +, 10–20% se HBeAg –; quase sempre no parto	5–6% (até 10% com coinfecção HIV); não há profilaxia neonatal
Conduta materna	HBV-DNA e transaminases; tenofovir 300 mg/dia a partir de 28 semanas se carga viral > 200.000 UI/mL (ou HBeAg +) — manter até 4–12 semanas pós-parto; encaminhar à hepatologia	Não tratar na gestação (antivirais de ação direta não liberados); tratar após o parto e a amamentação — cura > 95%; evitar amniocentese, monitorização invasiva e bolsa rota prolongada
Parto	Via obstétrica — cesárea não reduz transmissão com a profilaxia neonatal	Via obstétrica
Recém-nascido	Vacina hepatite B + imunoglobulina anti-hepatite B (0,5 mL IM) nas primeiras 12 h, em sítios diferentes; completar esquema; anti-HBs e HBsAg aos 9–12 meses	Anti-HCV após 18 meses (ou HCV-RNA a partir de 2 meses); encaminhar se positivo
Amamentação	Permitida (com a profilaxia feita)	Permitida; suspender temporariamente se fissura sangrante
Vacinação da gestante	Vacinar toda gestante não imune, em qualquer trimestre (0, 1, 6 meses)	Não há vacina

Fontes: Ministério da Saúde, PCDT Hepatite B (2023) e Hepatite C (2019); PCDT Transmissão Vertical 2024; AASLD 2018; SBIm 2025.

CMV, ZIKA E HERPES GENITAL

Citomegalovírus

A infecção congênita mais comum (0,5–1% dos nascidos vivos) e a 1ª causa de surdez não genética.
Rastreio sorológico universal NÃO é recomendado no Brasil (MS/FEBRASGO): IgM persiste, avidez ajuda só no 1º trimestre, e a conduta é limitada.
Novidade: valaciclovir 8 g/dia na infecção primária do 1º trimestre reduziu a transmissão fetal (Shahar-Nissan, Lancet 2020) — em centros de referência
Prevenção para todas: higiene das mãos após fralda e saliva de crianças pequenas; não compartilhar talheres.
Suspeita fetal: ventriculomegalia, calcificações periventriculares, intestino hiperecogênico, RCF → PCR em líquido amniótico ≥ 21 sem.

Zika

Epidemia de 2015–16 no Nordeste: microcefalia, calcificações, artrogripose — síndrome congênita do Zika.
Transmissão: Aedes aegypti e sexual; risco de dano fetal maior no 1º trimestre (até 10–15%).
Gestante com exantema: notificar; sorologia/PCR para Zika, dengue e chikungunya; USG seriado (morfológico + mensal).
Prevenção: repelente (icaridina/DEET liberados), preservativo se parceiro viajou a área endêmica, controle do vetor.
Sem tratamento específico; seguimento multiprofissional do RN exposto.

Herpes genital

Primoinfecção na gestação: aciclovir 400 mg 8/8 h por 7–10 dias; risco de transmissão neonatal 30–50% se no 3º trimestre
Recorrência: aciclovir 400 mg 8/8 h por 5 dias; risco < 3%
Supressão: aciclovir 400 mg 8/8 h a partir de 36 semanas até o parto para toda gestante com herpes genital na gestação — reduz lesão ativa e cesárea
Parto: lesão ativa ou pródromo (ardor, formigamento) no trabalho de parto = CESÁREA; sem lesão, via obstétrica; evitar eletrodo de couro cabeludo
Herpes neonatal: encefalite, mortalidade alta — pediatria avisada.

Fontes: Shahar-Nissan K et al., Lancet 2020; FEBRASGO, Infecções congênitas (2021); Ministério da Saúde, Protocolo de vigilância Zika (2016/2017); ACOG Practice Bulletin 220 (2020, herpes).

ESTREPTOCOCO DO GRUPO B (GBS)

Rastrear

Swab vaginal (terço inferior) + retal, SEM especular, entre 36 e 37⁶ semanas — válido por 5 semanas.
Colonização em 15–30% das gestantes; transitória — por isso não se rastreia antes.
Não rastrear quem já tem indicação: bacteriúria por GBS nesta gestação ou RN anterior com doença invasiva por GBS.

Profilaxia intraparto — quem recebe

- swab positivo
- bacteriúria por GBS na gestação atual (qualquer contagem)
- RN anterior com sepse/meningite por GBS
- status desconhecido COM: trabalho de parto < 37 sem, bolsa rota ≥ 18 h, febre intraparto ≥ 38 °C, NAAT intraparto positivo

NÃO recebe: cesárea eletiva com membranas íntegras e fora de trabalho de parto, mesmo com swab positivo; swab negativo há < 5 semanas.

Como

1ª escolha: penicilina G cristalina 5 milhões UI IV, depois 2,5–3 milhões UI 4/4 h até o clampeamento
Alternativa: ampicilina 2 g IV, depois 1 g 4/4 h
Alergia sem anafilaxia: cefazolina 2 g, depois 1 g 8/8 h
Anafilaxia: clindamicina 900 mg 8/8 h se sensível; senão vancomicina 20 mg/kg 8/8 h
Adequada = ≥ 4 h antes do nascimento.
Reduz sepse neonatal precoce em 80%.

Fontes: ACOG Committee Opinion 797 (2020); CDC 2010 (revisado); FEBRASGO, Prevenção da doença perinatal por GBS (2021); Ministério da Saúde, Rede Alyne 2024.

Infecção urinária

A bacteriúria que vira pielonefrite — e a pielonefrite que vira parto prematuro



CASO 3 | FEBRE E GIORDANO POSITIVO

Larissa, 19 anos, G1, 24 semanas.

Há 2 dias disúria e polaciúria; desde ontem febre de 39 °C, calafrios, dor lombar à direita, náuseas e dois episódios de vômito. Não consegue ingerir líquidos.
Na 1ª consulta (10 semanas) a urocultura mostrou E. coli > 100.000 UFC/mL, 'mas como não sentia nada, não tomou o remédio'.
Exame: T 39,2 °C, FC 118, PA 100/60, FR 22. Desidratada. Giordano positivo à direita. Útero compatível com 24 semanas, BCF 165 bpm, tônus normal, sem contrações ao exame. Urina 1: leucócitos incontáveis, nitrito positivo. Leucócitos 17.000; creatinina 0,9.



Onde ela errou — e onde erramos? Interna? Qual antibiótico, por quanto tempo? E depois?

INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

	Bacteriúria assintomática	Cistite	Pielonefrite
Frequência	2–10% das gestantes	1–2%	1–2% (20–40% das bacteriúrias não tratadas)
Diagnóstico	Urocultura ≥ 100.000 UFC/mL sem sintomas — rastrear com urocultura na 1ª consulta (e no 3º trimestre); urina 1 não substitui	Disúria, polaciúria, urgência, sem febre ou dor lombar; urocultura antes de tratar	Febre ≥ 38 °C, dor lombar, Giordano +, náuseas; piúria; hemocultura e urocultura; USG de rins se não melhorar
Por que tratar	Reduz pielonefrite de 20–35% para 1–4% e o parto prematuro/baixo peso	Evitar ascensão	Risco de sepse, SDRA, parto prematuro (até 10%), anemia
Tratamento	Nitrofurantoína 100 mg 6/6 h por 7 dias (evitar após 36 sem), ou cefalexina 500 mg 6/6 h por 7 dias, ou amoxicilina-clavulanato 500 mg 8/8 h, ou fosfomicina 3 g dose única	Mesmos esquemas, 7 dias; ajustar pela cultura	Internar: hidratação IV, ceftriaxona 1 g IV 1x/dia (ou cefuroxima/cefepima); passar para VO após 48 h afebril até completar 10–14 dias; monitorizar feto e contrações
Depois	Urocultura de controle 1–2 semanas após; repetir mensal; 2 episódios: profilaxia	Urocultura de controle	Profilaxia até o parto: nitrofurantoína 100 mg ou cefalexina 250–500 mg à noite; urocultura mensal
Evitar	Sulfametoxazol-trimetoprim no 1º tri (antifolato) e perto do termo (kernicterus); quinolonas; nitrofurantoína no termo (hemólise neonatal se G6PD)		Aminoglicosídeo só se necessário (ototoxicidade)

Fontes: Smaill FM, Vazquez JC, Cochrane 2019 (bacteriúria); ACOG Clinical Consensus 4 (2023, ITU); FEBRASGO, ITU na gestação (2021); Ministério da Saúde, CAB 32.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Pielonefrite aguda à direita, com bacteriúria assintomática não tratada como antecedente.

Erro em dois tempos: a paciente não tomou o antibiótico porque 'não sentia nada' — e nós não garantimos nem a urocultura de controle. 20–35% das bacteriúrias não tratadas viram pielonefrite.

Interna: toda pielonefrite na gestação interna. Vômitos, taquicardia e desidratação reforçam. Hidratação IV, antitérmico, hemocultura e urocultura antes do antibiótico, ceftriaxona 1 g IV 1x/dia.

Vigiar: contrações (cardiotocografia/tocometria), diurese, saturação (SDRA por endotoxina em 2–8%), hemograma e creatinina. A taquicardia fetal (165) acompanha a febre — reavaliar após antitérmico. USG renal se não melhorar em 48–72 h (abscesso, obstrução).

Transição: 48 h afebril → cefalexina VO (ou pela cultura) até completar 10–14 dias. Alta com urocultura de controle agendada.

Depois: profilaxia até o parto (nitrofurantoína 100 mg à noite até 36 semanas, depois cefalexina) e urocultura mensal. Recorrência sem profilaxia chega a 20%. Rastrear também GBS: bacteriúria por GBS = profilaxia intraparto.



Pielonefrite = internar

Ceftriaxona IV, 10–14 dias

Profilaxia até o parto

Bacteriúria se trata sempre

QUESTÃO | SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Gestante de 30 semanas, assintomática, com teste rápido treponêmico reagente e VDRL 1:64 na consulta de pré-natal. Nega tratamento prévio para sífilis e não sabe informar há quanto tempo adquiriu a infecção. Qual é o tratamento adequado?

A Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única.

B Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, uma vez por semana, por 3 semanas.

C Ceftriaxona 1 g IM por 10 dias, por ser mais prática que a penicilina.

D Doxiciclina 100 mg VO de 12/12 h por 30 dias.

E Aguardar o resultado do FTA-Abs para confirmar antes de tratar.

QUESTÃO | SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Gestante de 30 semanas, assintomática, com teste rápido treponêmico reagente e VDRL 1:64 na consulta de pré-natal. Nega tratamento prévio para sífilis e não sabe informar há quanto tempo adquiriu a infecção. Qual é o tratamento adequado?

A Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, dose única.

B Penicilina G benzatina 2.4 milhões UI IM, uma vez por semana, por 3 semanas.

C Ceftriaxona 1 g IM por 10 dias, por ser mais prática que a penicilina.

D Doxiciclina 100 mg VO de 12/12 h por 30 dias.

E Aguardar o resultado do FTA-Abs para confirmar antes de tratar.

MENSAGENS

1

Sífilis: teste rápido reagente trata no mesmo dia. Duração ignorada = 3 doses de benzatina, ≤ 9 dias entre elas; VDRL mensal; parceiro testado e tratado. Só penicilina protege o feto.

2

HIV: TARV (TDF + 3TC + DTG) no dia do diagnóstico; carga viral às 34 semanas decide: ≥ 1.000 ou desconhecida = cesárea às 38 com AZT IV; indetectável = via obstétrica sem AZT. Sem amamentação no Brasil.

3

Hepatite B: tenofovir a partir de 28 sem se CV > 200.000; RN vacina + imunoglobulina em 12 h; pode amamentar. Hepatite C: trata depois do parto.

4

CMV não se rastreia de rotina; Zika pede notificação e USG seriado; herpes genital: aciclovir supressivo das 36 semanas e cesárea se lesão ativa.

5

GBS: swab vaginal-retal 36–37^{6} sem; penicilina IV ≥ 4 h antes do nascimento; bacteriúria por GBS ou filho anterior afetado dispensam o swab.

6

ITU: urocultura na 1ª consulta e tratar toda bacteriúria assintomática. Pielonefrite interna, ceftriaxona, 10–14 dias e profilaxia até o parto.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

