



**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO
VERTICAL DO HIV, SÍFILIS CONGÊNITA e
HEPATITES B e C**

Guia para maternidades

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
SEÇÃO ESTADUAL DE CONTROLE DAS DST/AIDS

**PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV,
SÍFILIS CONGÊNITA e HEPATITES B e C**
Guia para maternidades

R585p

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção Estadual de Controle das DST/AIDS.

Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C: guia para maternidades/ Organização Aline Coletto Sortica... [et al.]. – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/ Escola de Saúde Pública, 2016.

68 p.

Doenças sexualmente transmissíveis. HIV. Prevenção de doenças. Guia de prática clínica. I. Sortica, Aline Coletto (Org.) II. Franco, Bianca Bicca (Org.) III. Silvestre, Marina Gabriela Prado (Org.) IV. Magnus, Francele Dimer (Org.) V. Título

NLM WC 503.E

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde/ESP/RS

Porto Alegre

2016

2016 Secretaria Estadual da Saúde

Todos os direitos reservados à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Secretaria Estadual de Saúde

João Gabbardo dos Reis - Secretário
Francisco Zancan Paz - Secretário Adjunto

Departamento de Ações em Saúde - RS

Elson Romeu Farias - Diretor
Rebel Zambrano Machado - Diretora Adjunta

Seção Estadual de Controle das DST/Aids - RS

Aline Coletto Sortica - Coordenadora

Organização

Aline Coletto Sortica
Bianca Bicca Franco
Marina Gabriela Prado Silvestre
Francele Dimer Magnus

Organização e Elaboração

Aline Coletto Sortica
Bianca Bicca Franco
Clarice Solange Teixeira Batista
Danielle Pinheiro Müller
Jussara San Leon
Marina Gabriela Prado Silvestre
Tatiana Heidi Oliveira
Carmem Lúcia Oliveira da Silva
Nadiane de Albuquerque Lemos Célia Maria Boff de Magalhães
Érico José Faustini
Ivana Varella
João Paulo Toledo
Maria Lúcia Lenz

Projeto Gráfico, Revisão e Diagramação

Forma Diagramação

Ilustração Fluxogramas

Sandro Kardoso

Capa

Maria Lucia Lenz

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 ABORDAGEM DA PARTURIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO	11
3 PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	17
4 CUIDADOS COM RN EXPOSTO AO HIV E A PUÉRPERA	21
5 SÍFILIS EM GESTANTE E PARTURIENTE	27
6 SÍFILIS CONGÊNITA	35
7 TRANSMISSÃO VERTICAL DAS HEPATITES VIRAIS B E C	43
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	50
ANEXO I – NOTA TÉCNICA N° 02/2015 – DAS/SES	54
ANEXO II – LAUDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV E SIFILIS	58
ANEXO III – CARTÃO DE FORNECIMENTO DA FÓRMULA LÁCTEA .	59
ANEXO IV – CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA	60
ANEXO V – ALGORITMO I DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA	62
VERSO DO ALGORITMO I	63
ANEXO VI– ALGORITMO II DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA	64
ANEXO VII - NOTA TÉCNICA N° 03/2014 - DAS/SES	65



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B tem relação direta com a qualidade da assistência durante o pré-natal, parto e puerpério. Por isso, realiza-se o monitoramento da transmissão vertical do HIV e sífilis através dos seguintes indicadores: número de casos de AIDS em menores de cinco anos e número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.

Sabe-se que o risco de transmissão vertical do HIV, sem que ocorra qualquer intervenção durante a gestação para evitá-la, situa-se entre 25% e 30%. Desse percentual, há risco de 25% a 40% de haver transmissão intraútero, 60% a 75% de transmissão intraparto e, através da amamentação, 7% a 22% por exposição, ou seja, a cada mamada.

Às maternidades cabe a realização de teste rápido (TR) para diagnóstico de HIV em todas as gestantes admitidas para o parto, bem como nas mulheres internadas por abortamento, instaurando medidas de prevenção da transmissão vertical quando identificada parturiente com sorologia positiva para HIV. Estas medidas consistem na administração de AZT injetável à parturiente durante todo o trabalho de parto, bem como realização de manejo obstétrico adequado; uso de inibidor de lactação e administração de AZT xarope e nevirapina no RN nas primeiras horas de vida. Com a aplicação de todas estas intervenções, a taxa de transmissão vertical reduz para menos de 1% (BRASIL, 2010).

A taxa de detecção de casos de AIDS em menores de cinco anos no Brasil foi de 2,8 /100mil habitantes em 2014. Porém, no Rio Grande do Sul (RS) essa taxa foi de 7,2/100mil/hab., ou seja, quase três vezes maior que a taxa nacional. Com relação a casos de HIV em gestantes, a taxa de incidência (TI) no Brasil, em 2014, foi de 2,6/1000 nascidos vivos (NV), enquanto que no RS essa taxa foi quase quatro vezes maior (8,8/1000 NV). Em Porto Alegre, a TI foi de 19,6/1000 NV, fato que nos alerta para a necessidade de aumentar o monitoramento das ações para prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS, bem como de qualificação da atenção no pré-natal (BRASIL, 2015a).

Quanto à sífilis congênita, o RS vem apresentando um número crescente,

ano a ano, de casos notificados no SINAN; são 1.179 casos no ano de 2014, o que representa uma taxa de incidência de 8,25/1000 nascidos vivos.

Dos casos de sífilis congênita notificados, verificou-se que cerca de 75% das gestantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal (PN), demonstrando a fragilidade da atenção e a necessidade de qualificação da mesma. No entanto, aproximadamente 20% não realizaram nenhuma consulta de PN, fato que alerta para dificuldade de acesso dessas gestantes aos serviços de saúde.

Em torno de 54% dos casos são diagnosticados durante o PN e 33% no momento do parto ou curetagem, conforme demonstrado em análise feita a partir dos casos notificados nos anos de 2010 a junho de 2015. Da mesma forma, é possível identificar que mais da metade (55,6%) dos casos de sífilis em gestante foram tratados de forma inadequada (RIO GRANDE DO SUL, 2015a).

Cabe destacar que, no que se refere à sífilis congênita, o tratamento do parceiro ocorre em apenas 13% dos casos notificados e, em 36%, essa informação é ignorada, reforçando a necessidade de desenvolver estratégias para incluir a participação do parceiro durante o PN (RIO GRANDE DO SUL, 2015a).

Em 2014, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) criou o comitê regional para validação da eliminação da transmissão vertical materno-infantil de HIV e sífilis, que certificará os países que alcançarem:

- taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$, e incidência de até 0,3 casos/1.000 nascidos vivos;
- taxa de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos;
- cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
- cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$;
- cobertura de tratamento com ARV em gestantes HIV+ $\geq 95\%$;
- cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

Para que essas metas sejam atingidas, o Ministério da Saúde, no âmbito das ações da Rede Cegonha, promove a ampliação da detecção precoce e tratamento do HIV e da sífilis em gestantes (BRASIL, 2011). Além disso, estratégias têm sido pensadas e adotadas no intuito de reduzir a TV do HIV e a incidência da sífilis congênita no Rio Grande do Sul. Dentre elas, está a

proposta de atualização em transmissão vertical (TV) do HIV, da sífilis e das hepatites virais para equipes de profissionais das maternidades e confecção de material didático para apoio na temática da prevenção da TV também para a atenção básica.

Neste sentido, ações propostas devem prever, em caráter permanente, capacitação e atualização de equipes multiprofissionais no acolhimento, aconselhamento, realização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem, diagnóstico e terapêutica para sífilis, bem como ações de vigilância epidemiológica e articulação com os demais serviços da rede de atenção à saúde.



ABORDAGEM DA PARTURIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

2 ABORDAGEM DA PARTURIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

O Acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas demandas e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas a cada usuário (BRASIL, 2009a). O acolhimento contribui para o estabelecimento de vínculos com o serviço e com o profissional de saúde. A equipe deve utilizar este momento para realizar, além da escuta qualificada, diversas orientações e procedimentos, destinando-os tanto à parturiente quanto ao seu parceiro. No que se refere à prevenção da transmissão vertical, é fundamental que os seguintes cuidados sejam observados:

2.1 Verificar na carteira de Pré-Natal:

- Sorologia para HIV (1º e 3º Trimestre da gestação);
- Sorologia para Sífilis (1º e 3º Trimestre da gestação);
- Sorologia para Hepatite B (1º e 3º Trimestre da gestação);
- Sorologia para Hepatite C, em situações especiais de alto risco¹, indicado no PN.

2.2 Condutas frente aos resultados de exames de HIV no PN

- Se sorologia REAGENTE para HIV: verificar item Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, na página 16.
- Se sorologia NÃO REAGENTE ou NÃO REALIZADA para HIV: realizar teste rápido de HIV. Conforme Nota Técnica nº02/2015 – DAS/SES (ANEXO I), o TR deve ser realizado em todas as gestantes e parturientes que forem admitidas na maternidade.

O acolhimento com escuta qualificada contribui para o aconselhamento desenvolver-se de forma mais efetiva. O aconselhamento é um dos passos

¹ Não há evidência suficiente da sua efetividade como rastreamento de rotina. Portanto, a pesquisa do HCV deve ser realizada apenas em gestantes com fator de risco, como: infecção pelo HIV, ausência de infecção pelo HIV mas uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, mulheres submetidas a hemodiálise, aquelas com elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente, e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.

protocolares para a realização da testagem rápida. Neste momento, a parturiente deverá ser esclarecida sobre os benefícios de realizar o teste e ser informada que, diante de um resultado positivo, serão adotadas medidas que diminuirão a chance do bebê nascer infectado (BRASIL, 2004).

É necessário consentimento da parturiente para a realização do TR, que pode ser dado de forma verbal e deve ser registrado no prontuário. É importante lembrar que, neste momento, a atenção da mulher estará totalmente voltada ao seu trabalho de parto, podendo estar sentindo dor, ansiedade e/ou preocupação em relação à saúde do seu bebê. Por esta razão, o aconselhamento deve ser realizado de maneira simples, sendo, porém, fundamental que o profissional de saúde observe alguns pontos a serem abordados:

- Assumir uma postura acolhedora e não julgadora;
- Reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- Utilizar linguagem compatível com a possibilidade de compreensão da parturiente ou parceiro;
- Informar sobre os testes que serão realizados;
- Informar sobre as possibilidades de resultados, bem como dos procedimentos e conduta que serão realizados em caso de resultado reagente;
- Explicar as complicações decorrentes da não realização da profilaxia, se esta for necessária;
- Registrar no prontuário da parturiente o consentimento para a realização e o resultado do teste.

2.3 Diagnóstico do HIV pelo Teste Rápido

No Brasil, o diagnóstico do HIV está regulamentado pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Este manual regulamenta o uso do Teste rápido (TR) para diagnóstico do HIV (BRASIL, 2013).

Os TR são imunoenaios (IE) simples que foram desenvolvidos para detectar anticorpos anti-HIV em até 30 minutos, considerado um exame “rápido” se comparado ao IE utilizado em laboratórios, que pode levar até 4 horas. Isso é possível porque os dispositivos são otimizados para acelerar a reação antígeno/anticorpo, através de uma maior concentração de antígeno e da detecção desse complexo por reagentes sensíveis à cor. Se a amostra contiver anticorpos para HIV, aparece uma linha colorida na região da linha T,

indicando resultado reagente. Se a amostra não contiver esses anticorpos, não aparece uma linha colorida na região da linha de teste, indicando um resultado não reagente.

Para servir como controle de procedimento, aparece sempre uma linha colorida na região da linha de controle. Se a linha controle não aparecer, o resultado não será válido. Para realização do teste podem ser utilizadas amostras de sangue total, soro ou plasma.

É recomendada a realização do Teste Rápido de HIV, pois o resultado é imediato.

Para realização do diagnóstico da infecção pelo HIV através dos TR, deve-se adotar os procedimentos sequenciados de acordo com o fluxograma 1 do “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, aprovado pela Portaria nº29, de 17 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, em que se utilizam dois testes rápidos (TR1 e TR2) de laboratórios diferentes.

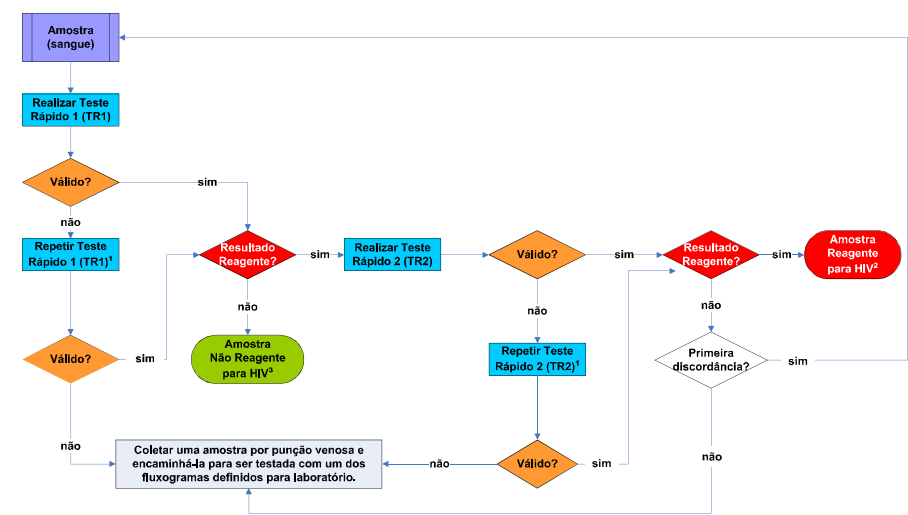
Esse fluxograma não é adequado para o diagnóstico em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, devido à presença em seu organismo de anticorpos maternos anti-HIV, cuja transferência ocorre pela placenta.

Quando reagentes os resultados de TR1 e TR2, não é necessário nova coleta para confirmação diagnóstica, devendo ser fornecido laudo com resultado “Amostra Reagente para HIV”. O laudo deverá incluir também a seguinte ressalva: “Resultado definido com o Fluxograma 1, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013”.

A utilização de TR HIV como triagem, ou seja, a realização de apenas um TR, não é mais uma prática recomendada. Indica-se a realização do diagnóstico de HIV através da realização de um segundo teste rápido, de fabricante diferente após um primeiro teste reagente.

A profilaxia para o recém-nascido (RN) está indicada sempre que houver um resultado reagente, ainda que tenha sido realizada apenas a triagem para o HIV. Entretanto, é necessário que ocorra a confirmação do diagnóstico antes de realizar a inibição da lactação pela administração de cabergolina, bem como da alta.

É recomendável que a instituição à qual a maternidade está vinculada incorpore o diagnóstico de HIV como rotina. Assim, será necessário fornecer o laudo no momento da alta (Modelo de laudo - ANEXO II).



¹ Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.
² Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1).
³ Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

Legenda: Processo predefinido, Processo, Exige uma tomada de decisão, Finalizador.

Fluxograma 1 – Fluxograma de diagnóstico com dois testes rápidos
 Fonte: Manual Técnico para o Diagnóstico Infecção pelo HIV. BRASIL, 2013.

Existem, atualmente, testes rápidos que permitem a detecção discriminada de anticorpos do HIV-1 e/ou HIV-2. Todavia, a ocorrência de infecção por HIV-2 no Brasil é um evento raro. Nos casos em que a parturiente apresenta resultado reagente em TR para HIV-2, todas as medidas profiláticas para prevenção da transmissão vertical do HIV devem ser adotadas e uma amostra de sangue deve ser enviada para laboratório de referência da instituição para confirmação diagnóstica.

2.4 Notificação e vigilância epidemiológica

Para fins de vigilância epidemiológica, os casos confirmados de HIV em gestante/parturiente/puérpera devem ser notificados, sendo compulsória esta notificação desde o ano de 2000, por meio da Portaria Ministerial - GM/MS nº 993. Considera-se gestante/parturiente/puérpera com HIV/AIDS (CID: Z21) toda mulher em que for detectada a infecção, ou aquela que já tenha o diagnóstico confirmado, no momento da gestação, parto ou puerpério (BRASIL, 2014d). Desta forma, ainda que a mulher possua diagnóstico prévio de HIV, uma nova notificação deverá ser feita a cada nova gestação.

A notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mediante o preenchimento da Ficha de Investigação de Gestante HIV+, utilizada para informar o caso, em conformidade com a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde.

A vigilância tem como objetivo identificar o estado sorológico da gestante/parturiente/puérpera para o início do tratamento materno em tempo oportuno e a profilaxia da transmissão vertical, evitando, assim, a disseminação da doença.



PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

3 PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito - através do contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno - ou por meio da amamentação. As taxas de transmissão vertical do HIV, sem que ocorra qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25 e 30%. Desse percentual:

25% a 40%	Transmissão intraútero
60% a 75%	Transmissão intraparto
7% a 22%	Através da amamentação por exposição (mamada)
Com a aplicação de todas as intervenções a taxa de transmissão vertical reduz para menos de 1% (BRASIL, 2015d).	

3.1 Definição da Via de Parto

A definição da via de parto deverá ser baseada no resultado do exame de carga viral (CV) materna, realizada a partir da 34ª semana. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana é indicada por diminuir o risco de transmissão vertical. Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto indicada é a vaginal.

CARGA VIRAL	VIA DE PARTO
CV < 1000 cópias	Parto Normal*
CV desconhecida ou > a 1000 cópias	Cesariana eletiva**
<p>* Nessas condições o tipo de parto não altera o risco de transmissão vertical do HIV, e a cesariana pode ser indicada por critérios exclusivamente obstétricos como para qualquer gestante.</p> <p>** Para as gestantes que chegam em trabalho de parto (TP) e que não fizeram TARV na gestação, a indicação da via de parto deve levar em consideração a fase do trabalho de parto e o prognóstico do tempo de evolução do parto. Quando o TP está em franca evolução, com prognóstico de nascimento rápido, deve ser indicado parto vaginal, empregando-se todos os cuidados para redução de transmissão do HIV. Se o trabalho de parto estiver em fase inicial, 3-4cm de dilatação do colo uterino e bolsa amniótica íntegra ou com ruptura em menos de 2 horas, a cesariana deve ser indicada imediatamente.</p>	

Quadro 1 – Definição da via de parto

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. BRASIL, 2015d.

3.2 Cuidados gerais no trabalho de parto e parto

O Ministério da Saúde orienta que seja administrado AZT endovenoso durante o trabalho de parto e parto nas gestantes cuja carga viral seja maior que 1.000 cópias/ml após a 34ª semana de gestação e nos casos em que esta informação seja desconhecida.

Sabe-se que a estrutura dos instituições de saúde muitas vezes é insuficiente para fornecer o resultado do exame de carga viral em tempo hábil. Somando-se isso ao cenário epidemiológico de HIV/Aids no estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde do RS recomenda que o AZT endovenoso seja administrado em TODAS as parturientes com HIV/Aids desde o início do trabalho de parto ou, em caso de cesárea eletiva, por pelo menos 3 horas antes do procedimento, e mantido até o nascimento e clampamento do cordão umbilical.

As gestantes que internam para inibição do trabalho de parto pré-termo devem receber o AZT EV enquanto estiverem apresentando contrações uterinas.

Peso da Paciente	Qtd. AZT (diluir em 100 ml de SG 5%)	Nº gotas/ minuto
Dose de Ataque (2 mg/ Kg) Correr na 1ª hora		
40 Kg	8 ml	36
50 Kg	10 ml	37
60 Kg	12 ml	37
70 Kg	14 ml	38
80 Kg	16 ml	39
90 Kg	18 ml	39
Dose de manutenção (1 mg/ Kg/ Hora) Infusão Contínua		
40 Kg	4 ml	35
50 Kg	5 ml	35
60 Kg	6 ml	35
70 Kg	7 ml	36
80 Kg	8 ml	36
90 Kg	9 ml	36

Quadro 2 – Esquema posológico de AZT injetável na parturiente

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. BRASIL, 2015d.

* Esquema alternativo: O esquema alternativo ao AZT injetável deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade dessa apresentação do medicamento no momento do parto. A dose de zidovudina é 300 mg, por via oral, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampamento do cordão umbilical.

Durante o trabalho de parto de parto, recomenda-se:

- Evitar procedimentos invasivos durante a gestação, no trabalho de parto e no parto, como, por exemplo, ruptura intencional de membranas e amniocentese.
- O parto instrumentalizado deve ser evitado, mas, quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator. A utilização de instrumentos só será admitida se houver uma indicação obstétrica precisa e que supere os riscos maiores de infecção da criança pelo procedimento.
- Monitorar o trabalho de parto, usando gráfico de acompanhamento da evolução (partograma), evitando toques repetidos.
- Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução, pelo risco de ruptura artificial das membranas e aumento de risco de transmissão do HIV.
- Evitar bolsa rota por tempo prolongado, visto que o risco de transmissão vertical aumenta progressivamente após 4 horas de bolsa rota. Nesses casos o uso de fármacos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado.
- Nos casos de ruptura prematura de membranas em gestantes HIV positivas, o risco de infecção pelo HIV deve ser contrabalanceado com o risco de prematuridade, que também está associada a um maior risco de transmissão vertical do HIV.
- No parto vaginal, a episiotomia só deve ser utilizada após cuidadosa avaliação de sua necessidade. Sendo realizada, o local da incisão deverá ser protegido por compressas umedecidas com degermante, o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto.
- Quando necessária, a cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
- Caso a gestante que apresenta critérios para realização de cesárea eletiva venha a entrar em trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia, recomenda-se iniciar infusão de AZT endovenoso e avaliar dilatação cervical. Se menor que 4cm, proceder a cesárea, se possível, após 3 horas do início da infusão. Sempre que possível, proceder o parto empelicado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras). Utilizar antibiótico profilático dose única, EV, 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.
- A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.



**CUIDADOS
COM RN
EXPOSTO
AO HIV E A
PUÉRPERA**

4 CUIDADOS COM RN EXPOSTO AO HIV E A PUÉRPERA

A realização de cuidados imediatos no parto tem por objetivo minimizar o contato do RN com sangue e secreções maternas, reduzindo as possibilidades de transmissão vertical do HIV. A aspiração das vias aéreas do RN deve ser realizada apenas quando for necessário. Nestes casos, proceder delicadamente com a pera, evitando traumatismo em mucosas. Orienta-se a utilização de compressas macias para limpar todo o sangue e secreções visíveis no RN imediatamente após o nascimento. O banho pode ocorrer ainda na sala de parto, usando chuveirinho ou torneira.

Todos os RNs expostos ao HIV devem receber profilaxia com antirretrovirais. O AZT deve ser administrado imediatamente após o nascimento, nas 4 primeiras horas de vida, e mantido por 4 semanas. A associação com a Nevirapina, com início nas primeiras 48 horas de vida, deve ser avaliada conforme os cenários descritos abaixo:

Cenários	Indicação	ARV	Posologia	Duração Total
Cenário 1	Uso de ARV no pré-natal e peri-parto, com carga viral documentada <1.000cp/ml, no 3º trimestre	AZT (VO)	- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 4mg/kg/dose, de 12 em 12h. - RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia. - RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12 horas.	4 semanas
Cenário 2	- Não utilização de ARV durante a gestação, independente do uso de AZT peri-parto - Uso de ARV na gestação, mas carga viral desconhecida ou maior ou igual a 1.000 cópias/ml, no 3º trimestre	AZT (VO) +	- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 4mg/kg/dose, de 12 em 12h. - RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia. - RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12 horas	
		NVP (VO)	- Peso de nascimento >2kg: 12mg/dose (1,2ml) - Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg/dose (0,8ml) - Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP	1ºdose: primeiras 48h de vida 2ºdose: 48h após 1º dose 3º dose 96h após 2º dose

Quadro 3 – Indicação de profilaxia com antirretrovirais para o RN exposto

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. BRASIL, 2014a.

A administração da nevirapina não será possível quando a criança não apresentar condições de receber o medicamento por via oral ou sonda enteral, uma vez que este medicamento é apresentado apenas como solução oral. O AZT na apresentação injetável poderá ser utilizado conforme quadro a seguir:

IDADE GESTACIONAL	DOSAGEM	POSOLOGIA	DURAÇÃO
RN ≥ a 35 semanas de gestação	3mg/kg IV	12/12h	4 semanas
RN entre 30 e 35 semanas de gestação	1,5 mg/kg IV nos 1 ^{os} 15 dias 2,3 mg/kg a partir do 15º dia.	12/12h	4 semanas
RN < 30 semanas de gestação	1,5mg/kg IV	12/12h	4 semanas

Quadro 4 – Posologia AZT injetável para RN

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. BRASIL, 2014a.

É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com intuito de fortalecer o vínculo mãe-filho. Entretanto, a amamentação está contraindicada, bem como o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz). A mãe deverá ser esclarecida sobre o motivo e importância destas contraindicações. Após o diagnóstico de HIV ter sido estabelecido, deve ocorrer a inibição farmacológica da lactação nas primeiras horas após o parto, através da administração de cabergolina 1,0mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg por via oral). O enfaixamento das mamas não é recomendado, devendo ser considerado como medida de exceção apenas para os casos em que a cabergolina não estiver disponível. Nesses casos, a alimentação do recém-nascido deve ser através de fórmula láctea infantil, em substituição ao leite materno.

Em nossa sociedade a amamentação tem sido cada vez mais valorizada nutricional e afetivamente, exigindo que as mães necessitem criar subterfúgios socialmente aceitos para justificar a não amamentação. Para tanto, os profissionais deverão subsidiá-la com argumentos lógicos que lhes possibilitem explicar o fato de não estar amamentando, preservando sua vontade de manter o sigilo do seu estado sorológico (MORENO; REA; FILIPE, 2006).

Todas as nutrizes devem ser orientadas sobre a prevenção da infecção pelo HIV após o parto e aconselhadas sobre o uso de preservativos. Se a infecção materna ocorrer nesse período, o risco de infecção para a criança é

maior em função do rápido aumento da carga viral e queda na contagem de LT-CD4+. A mãe deve ser orientada a interromper a amamentação assim que o diagnóstico for realizado.

4.1 Orientações e Condutas na Alta Hospitalar

A amamentação está associada a um risco adicional de transmissão do HIV de 7% a 22% por mamada, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda. Portanto, reforçamos que toda mãe soropositiva para o HIV deve ser esclarecida sobre os benefícios de não amamentar nesta situação.

Toda criança exposta ao HIV tem o direito a receber fórmula láctea infantil tipo 1 até os 6 meses e tipo 2 dos 6 -12 meses. A maternidade deve fornecer, em média, 4 latas da fórmula láctea para os primeiros dias de vida do RN. A mãe deve ser esclarecida sobre como e onde fará a retirada das próximas latas de fórmula láctea, se na unidade básica de saúde ou no serviço de referência de seu município, registrando estas informações no Cartão de Retirada da fórmula láctea (ANEXO III), que deve também conter o contato do profissional e telefone do responsável no município.

Preconiza-se que as primeiras consultas de puerpério e puericultura sejam agendadas no momento da alta hospitalar para a Unidade Básica de Saúde e/ou serviço ao qual a mãe está vinculada. Recomenda-se que a consulta de puericultura ocorra nos primeiros 5 dias de vida do RN, tendo em vista a necessidade da realização do teste do pezinho entre o 3º e o 5º dia de vida.

O calendário vacinal de imunizações previsto para as crianças expostas encontra-se disponível em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes do Ministério da Saúde de 2014². A puérpera deverá ser esclarecida quanto à importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como sobre o acompanhamento da criança até a definição de sua situação sorológica, que ocorre por volta do 18º mês de vida. Salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e o puerpério imediato, as consultas de puerpério para as mulheres vivendo com HIV devem ocorrer segundo a rotina preconizada para todas as puérperas: entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto.

² Disponível em: <http://www.aids.gov.br/site/s/default/files/anejos/pu_blicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatico_pdf_36225.pdf>

A prescrição médica do AZT, Nevirapina e fórmula láctea para o RN deverá ser entregue para a mãe no momento da alta. A Nevirapina será entregue de forma fracionada, de acordo com a posologia prescrita, (conforme recomendada no quadro 3) devido à sua toxicidade nos casos de superdosagens.

Na nota de alta do RN devem constar informações do pré-natal, condições do parto, tempo de uso do AZT injetável pela mãe, momento de início de AZT xarope e da nevirapina para o RN, com registro de dose e posologia e de mensurações antropométricas. Também são relevantes as informações solicitadas nas páginas 38 e 40 da Caderneta de Saúde da Criança (ANEXOIV). Contudo, considerando a necessidade de respeitar o desejo da família de preservar sigilo acerca da sorologia, é importante o cuidado no registro dessas informações.

4.2 Notificação e vigilância epidemiológica

Para fins de vigilância epidemiológica, toda a criança nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulher infectada pelo HIV deve gerar uma notificação (BRASIL, 2014d). A notificação é registrada no SINAN mediante o preenchimento da Ficha de Notificação/ Investigação da Criança Exposta ao HIV. A vigilância visa subsidiar o planejamento, monitoramento e controle das ações de prevenção.

Quando do encerramento da investigação da exposição da criança, caso haja critérios para caso de HIV/AIDS - ou seja, caso tenha havido sorroconversão - o caso deverá ser notificado no SINAN por meio da Ficha de Notificação/ Investigação de AIDS em menores de 13 anos.



**SÍFILIS EM
GESTANTE E
PARTURIENTE**

5 SÍFILIS EM GESTANTE E PARTURIENTE

A sífilis adquirida é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de evolução crônica, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. A transmissão se dá por via sexual, sendo de maior transmissibilidade - cerca de 60% - nos estágios iniciais.

A transmissão da sífilis também pode ocorrer por via transplacentária, com probabilidade de 10 a 100%, dependendo do tempo de exposição do feto no útero e da fase da infecção na mãe.

- 70 a 100% - fase primária e secundária;
- 30 % nas fases latente tardia e terciária.

A infecção fetal provoca entre 30% a 50% de morte *in utero*, parto pré-termo ou morte neonatal. Há possibilidade de transmissão direta por meio do contato da criança com o canal vaginal, durante o parto, se houver lesões genitais maternas. O aleitamento materno não está contraindicado, exceto quando houver lesão mamária por sífilis (SÃO PAULO, 2015c).

A sífilis está classificada de acordo com o tempo de infecção e manifestações clínicas. O diagnóstico deve levar em conta a história clínica, exame físico e laboratoriais.

- Sífilis primária: presença de lesão ulcerada ou cancro duro, com período de duração de 2 a 6 semanas e que desaparece espontaneamente independente de tratamento.
- Sífilis secundária: Presença de lesões mucocutâneas características e linfonodos. Os sintomas surgem entre 6 semanas e 6 meses após a infecção, também podendo desaparecer espontaneamente em poucas semanas independente de tratamento.
- Sífilis latente recente: quando a infecção ocorreu em um período menor de 1 ano e sem presença de sinais e sintomas atuais, com reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos.
- Sífilis latente tardia: infecção com mais de 1 ano ou com duração ignorada, não se observado nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis.
- Sífilis terciária: ocorre após um longo período de latência (mais de dois anos). As manifestações clínicas são doença cardiovascular, neurológica e óssea (goma sífilítica).

Evolução	Estágios da Sífilis Adquirida	Manifestações Clínicas
Sífilis Recente (< ano de duração)	Primária	Cancro duro (úlceras genitais) e linfonodos regionais
	Secundária	Lesões cutâneas, linfadenopatia, envolvimento ocular, hepático e neurológico
	Latente recente	Assintomática
Sífilis Tardia (> ano de evolução)	Latente tardia	Assintomática
	Terciária	Doença cardiovascular, neurológica e óssea (gomas sífilíticas)

Quadro 5 – Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida, de acordo com a evolução e estágios da doença.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil, 2015c.

5.1 Triagem e diagnóstico de sífilis em gestantes e em situações de abortamento

Realizar exame de sífilis em todas as gestantes e parturientes na maternidade, conforme Nota Técnica nº02/2015 – DAS/SES.

Gestante e Parturiente com sorologia para sífilis não realizada ou NÃO reagente no PN:

- Realizar sorologia para sífilis através de Teste Rápido (treponêmico) ou VDRL (não treponêmico).
- Caso TR ou VDRL reagente, seguir esquema terapêutico para sífilis na gestante (**quadro 6**).
- Nos casos de **TR REAGENTE**, o **VDRL** é obrigatório para acompanhamento e controle do caso.

Gestante e Parturiente com sorologia para sífilis reagente no PN:

- Gestante com sorologia reagente é considerada infectada, exceto quando história de tratamento adequado claramente documentada, com redução dos títulos sorológicos.
- Realizar VDRL na maternidade. Nesses casos está contraindicado o TR, uma vez que, após a primeira infecção, o resultado será reagente para sífilis, não sendo possível distinguir se é uma doença ativa ou cicatriz sorológica. Somente com análise da titulação (VDRL) é possível avaliar a necessidade de novo tratamento.

- Avaliar nos registros do pré-natal a titulação do VDRL:
 - > Titulação de VDRL decrescente ou igual ao último exame – neste caso não é necessário TRATAR a gestante/parturiente
 - > VDRL com elevação de títulos em pelo menos 2X (ex: 1:16 para 1:64) justifica-se um novo tratamento, que deve ser iniciado na maternidade (BRASIL, 2015c).

Para fins de notificação, o recém-nascido será considerado como portador de sífilis congênita nos casos em que o parceiro da gestante com sorologia reagente para sífilis não seja tratado ou receba tratamento inadequado.

5.2 Situações de abortamento

Em TODOS os casos de abortamento, as sorologias para sífilis e HIV devem ser realizadas na maternidade, independente de resultados de testagens anteriores, conforme Nota Técnica nº02/2015 – DAS/SES e Portaria 972, de 29 de setembro de 2014.

Define-se aborto por sífilis toda perda gestacional ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor a 500g, cuja mãe seja portadora de sífilis e não tenha sido tratada ou tenha sido inadequadamente tratada.

Aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal ocorre em aproximadamente 40% dos conceptos infectados a partir de mães com sífilis não tratadas.

5.3 Tratamento para sífilis em gestante e sífilis adquirida

O tratamento para sífilis adquirida tem a penicilina como droga de escolha por ser eficaz e isenta de efeitos colaterais importantes. Recomenda-se que, quando realizado o diagnóstico na maternidade, a primeira dose já seja aplicada na gestante e no parceiro, devendo o seguimento do tratamento ocorrer na Atenção Básica.

O esquema de tratamento e seguimento para sífilis adquirida e sífilis em gestante segue conforme quadro a seguir:

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa (exceto para gestantes)	Seguimento (teste não treponêmico- VDRL ou RPR)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h (VO), por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1g, EV OU IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano) Gestante: mensal
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI IM	Doxiciclina 100 mg, 12/12 h (VO), por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1g, EV OU IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes	População em geral: trimestral (1º ano) semestral (2º ano) Gestante: mensal
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI por dia, EV, administrar em doses de 3-4 milhões UI a cada 4 horas por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia, por 10 dias a 14 dias.	Exame de liquor de 6/6 meses até normalização

Quadro 6 – Esquema Terapêutico para Sífilis e Seguimento Nota:

Frente a um indivíduo com sorologia reagente confirmada em que não é possível inferir a duração da infecção caracteriza-se como sífilis latente tardia cujo esquema de tratamento se dá com 3 séries de 2.400.000 UI totalizando 7.200.000 UI de penicilina benzatina.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil, 2015c.

No caso de gestante comprovadamente alérgica à penicilina, recomenda-se a dessensibilização em ambiente hospitalar e realização de tratamento com penicilina, pois não existem tratamentos alternativos que, comprovadamente, atravessem a barreira placentária e deem cobertura ao conceito, evitando a sífilis congênita.

Na impossibilidade de realizar a dessensibilização, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, devendo o RN ser avaliado clínica e laboratorialmente, bem como realizada a notificação do caso à vigilância. Dessa forma, também se faz necessária a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

A ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina, com aproximadamente 2 óbitos por 100.000 tratamentos.

Fonte: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC, 2015c.

5.4 Seguimento do tratamento para gestantes e puérperas

O seguimento do tratamento será realizado na Atenção Básica, de acordo com os protocolos vigentes:

- O VDRL na gestante deverá ser solicitado mensalmente até o parto e registrado na carteira e no prontuário as datas e resultados dos exames.
- Para população em geral e para puérperas solicitar VDRL trimestralmente no primeiro ano e semestralmente no segundo ano (BRASIL, 2015c).
- Verificar se o parceiro foi tratado, solicitando comparecimento para atendimento e testagem. As parcerias sexuais de pessoas com TR positivo deverão ser tratadas conforme a fase clínica da doença (primária, secundária e terciária) no caso de sintomatologia. Na ausência de sintomatologia ou história clínica de úlcera genital o tratamento será com esquema de sífilis latente tardia (BRASIL, 2014b).

Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida devem ser consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo assim ser tratadas (BRASIL, 2015c).

5.5 Notificação e vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica da infecção da sífilis na gestante (SG) objetiva identificar os casos e conhecer suas características com objetivo de subsidiar ações de prevenção e controle. A notificação da SG é compulsória desde 2005 e deve ser realizada pelo profissional de saúde através do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis em Gestante, sendo a adequada notificação imprescindível para o monitoramento e eliminação da transmissão vertical.

A notificação do caso deve ser feita pela maternidade conforme o momento do diagnóstico, considerando os critérios estabelecidos pelo Ministério

da Saúde para definir casos de sífilis em gestante e sífilis adquirida. Se os critérios foram identificados no período gestacional, notifica-se como sífilis em gestante. Mas se a definição ocorreu após o parto, notifica-se como sífilis adquirida.



**SÍFILIS
CONGÊNITA**

6 SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é a infecção ocorrida por meio de disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente por via transplacentária. A probabilidade de transmissão é de 70 a 100%, se a infecção materna estiver nas fases primária; e secundária é de 30%, nas fases latente tardia e terciária.

Cerca de 2/3 das crianças expostas são assintomáticas ao nascer, apresentando sintomas somente a partir dos primeiros três meses de vida. As crianças que nascem sintomáticas podem apresentar infecção fulminante disseminada; exantema condilomas planos, lesões vesico-bolhosas, coriza, rinite hemorrágica, placas mucosas, fissuras periorais; osteocondrite, periostite, pseudoparalisia; hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada, ascite, glomerulonefrite; envolvimento ocular; sintomas neurológicos; prematuridade e baixo peso ao nascimento.

Evolução da doença	Estágios da sífilis congênita	Manifestações Clínicas
Sífilis congênita (< de 2 anos de idade)	Precoce	-Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia; -Lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura; -Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros; -Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia; -Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitroclear); -Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.
Sífilis congênita (> de anos de idade)	Tardia	-Tíbia em “lâmina de sabre”; -Articulações de Clutton; -Fronte “olímpica” e nariz “em sela”; -Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”; -Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado; -Ceratite intersticial; -Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

Quadro 7 - Manifestações clínicas da sífilis congênita

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil, 2015c.

6.1 Manejo da criança com sífilis congênita

A conduta para o tratamento da criança com sífilis congênita é orientada de acordo com o momento de vida: período neonatal - até 28 dias de vida - ou período pós-neonatal - após 28 dias de vida.

6.1.1 Período Neonatal

Todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto devem realizar a investigação para sífilis congênita, através do VDRL, mesmo nos casos de mãe adequadamente tratada, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos (BRASIL, 2015c).

Todos os RN de mãe com sífilis devem realizar VDRL na maternidade

Além do VDRL, devem ser solicitados hemograma, perfil hepático e eletrólitos, RX ossos longos e punção lombar para exame de VDRL no liquor (LCR) com a finalidade de avaliar a situação clínica do RN.

Tais exames não serão necessários somente se o resultado do VDRL do RN seja não reagente e haja registro de tratamento adequado de mãe e parceiro. Nestes casos, preconiza-se o seguimento ambulatorial. Na impossibilidade de garantir este seguimento, tratar com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

Em anexo a este guia, disponibilizamos o Algoritmo de Prevenção, Diagnóstico e Acompanhamento da Sífilis Congênita, que apresenta os possíveis cenários e esquemas de tratamento correspondente, considerando a sintomatologia do RN, a sorologia e o tratamento da mãe (ANEXO V). Este algoritmo foi sistematizado a partir de adaptação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c), das orientações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2015a) e do algoritmo utilizado pelo Grupo Hospitalar Conceição.

- Cenário 1 – RN de mães com sífilis, com titulação de VDRL maior ou igual a 4x a titulação da mãe e/ou que apresente exame físico alterado, independente do tratamento de mãe/parceiro.

- > CONDUTA: Solicitar exame do LCR (avaliar VDRL, leucócitos e proteínas), hemograma com plaquetas e RX de ossos longos. Para investigações complementares, se RN sintomático, sugere-se a realização de PCR, testes de função hepática, ecografia transfontanelar, exame oftalmológico e avaliação auditiva.
- > TRATAMENTO: Sempre quando houver alteração no líquor, tratar com Penicilina G cristalina EV, 50.000UI/Kg/dose, a cada 12 horas (até o 7º dia de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Quando não houver alteração no líquor, o tratamento alternativo pode ser realizado com Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.
- Cenário 2 – RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, com titulação de VDRL menor que 4x a titulação da mãe e exame físico normal.
 - > CONDUTA: Solicitar exame do LCR (avaliar VDRL, leucócitos e proteínas), hemograma com plaquetas e RX de ossos longos.
 - > TRATAMENTO: Sempre quando houver alteração no líquor, tratar com Penicilina G cristalina EV, 50.000UI/Kg/dose, a cada 12 horas (até o 7º dia de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Quando não houver alteração no líquor, o tratamento alternativo pode ser realizado com Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.
- Cenário 3 – RN de mãe com sífilis adequadamente tratada, com titulação de VDRL menor que 4x a titulação da mãe e exame físico normal.
 - > CONDUTA: Solicitar exame do LCR (avaliar VDRL, leucócitos e proteínas), hemograma com plaquetas e RX de ossos longos.
 - > Encaminhar para acompanhamento clínico e laboratorial. Porém, na impossibilidade de garantir o seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com exame de líquor.
 - > TRATAMENTO: Sempre quando houver alteração no líquor, tratar com Penicilina G cristalina EV, 50.000UI/Kg/dose, a cada 12 horas (até o 7º dia de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Quando não houver alteração no líquor, o tratamento

- alternativo pode ser realizado com Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.
- Cenário 4 - RN de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, com resultado de VDRL não reagente e exame físico normal.
 - > CONDUTA: Solicitar exame do LCR (avaliar VDRL, leucócitos e proteínas), hemograma com plaquetas e RX de ossos longos.
 - > TRATAMENTO: Na ausência de alterações nos exames acima, tratar com Penicilina G benzatina, na dose única de 50.000UI/ Kg, por via intramuscular. Nesses casos é obrigatório o seguimento clínico e laboratorial.
 - > Na impossibilidade de garantir o seguimento clínico e havendo alteração no líquido, tratar com Penicilina G cristalina EV, 50.000UI/Kg/dose, a cada 12 horas (até o 7º dia de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Quando não houver alteração no líquido, o tratamento alternativo pode ser realizado com Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.
- Cenário 5 - RN de mãe com sífilis adequadamente tratada com resultado de VDRL não reagente e exame físico normal.
 - > CONDUTA: Solicitar exame do LCR (avaliar VDRL, leucócitos e proteínas), hemograma com plaquetas e RX de ossos longos.
 - > Encaminhar para seguimento clínico laboratorial.
 - > TRATAMENTO: Na impossibilidade de garantir o seguimento clínico, tratar com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000UI/Kg.

6.1.2 Período Pós-Neonatal

Crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita que não tenham sido investigadas no período neonatal devem ser cuidadosamente avaliadas e tratadas de acordo com os cenários anteriormente estabelecidos.

• Tratamento Alternativo

O ceftriaxone pode ser utilizado, excepcionalmente, na falta da penicilina cristalina, penicilina G benzatina e penicilina G procaína, mesmo com poucas evidências acerca de sua eficácia. Devido à possibilidade de falha terapêutica, salienta-se a importância do cuidado clínico, do acompanhamento

sorológico a cada 30 dias e da avaliação quanto à necessidade de retratamento. Aconselha-se que o seguimento do tratamento inclua acompanhamento com especialista. A dose e esquema posológico da Ceftriaxona serão de 25 – 50mg/kg peso dia, IV ou IM, por 10 a 14 dias.

6.2 Seguimento do caso

Deverá ser garantido o acompanhamento clínico e laboratorial de todas as crianças nascidas de mães com sífilis, a fim de ofertar cuidados necessários, bem como realizar a confirmação diagnóstica, que ocorre por volta dos 18º mês de vida. O seguimento compreende:

- Consultas ambulatoriais mensais até 6º mês e bimensais do 6º ao 12º mês;
- VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos;
- Teste treponêmico para sífilis após 18 meses para confirmação do caso;
- Reinvestigação e retratamento, nos casos de elevação da titulação no VDRL ou não negatificação até 18 meses,
- Acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos;
- Nos casos de líquido alterado, deve ser realizada reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização; alterações persistentes indicam avaliação e retratamento;
- Crianças tratadas de forma inadequada, seja em função da dosagem seja de tempo de tratamento, devem ser convocadas para reavaliação e reinício do tratamento, conforme cenários estabelecidos.
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos.

6.3 Orientações e condutas na alta hospitalar para Parturiente e RN

Na alta hospitalar preconiza-se que a primeira consulta de puerpério e seguimento do tratamento seja agendada na Unidade Básica de Saúde e/ou no serviço ao qual a mãe está vinculada, preferencialmente na primeira semana após o parto. A puérpera deverá ser orientada quanto à importância

de seu acompanhamento clínico e ginecológico.

A alta hospitalar do RN deve ser acompanhada de encaminhamento para unidade de atenção básica e/ou em ambulatório para realização de vacinas, consultas de puericultura e seguimento do caso. Quando a criança necessitar de um período maior de internação hospitalar para tratamento, o hospital deve ser responsável pela coleta do teste do pezinho e o encaminhamento do resultado para a unidade de referência. A mãe deve ser esclarecida quanto ao acompanhamento do RN.

Na nota de alta do RN devem constar informações do pré-natal, condições do parto, tratamento da sífilis congênita e mensurações antropométricas, além das informações solicitadas nas páginas 38 e 40 da Caderneta de Saúde da Criança (ANEXO VI) e outras informações relevantes.

6.4 Notificação e vigilância epidemiológica

A Sífilis Congênita (SC) é um agravo de notificação compulsória desde 1986 (Portaria nº 542/MS, de 22/12/1986), devendo ser notificados, além dos casos de nascidos vivos, também os natimortos e abortos. A notificação deve ser realizada pelo profissional de saúde responsável através do preenchimento e envio da Ficha de Investigação de Sífilis Congênita, conforme critérios de definição estabelecidos pelo Ministério da Saúde e esclarecidos pela Nota Técnica nº 03/2014 - DAS/SES de 30 de dezembro de 2014.

A vigilância tem como objetivo monitorar o perfil epidemiológico da SC e suas tendências; identificar os casos para subsidiar as ações de prevenção e controle, intensificando-as no pré-natal; acompanhar e avaliar as ações para eliminação da mesma (BRASIL, 2014b).



**TRANSMISSÃO
VERTICAL DAS
HEPATITES
VIRAIS B E C**

7 TRANSMISSÃO VERTICAL DAS HEPATITES VIRAIS B E C

A transmissão vertical do vírus da hepatite B ocorre, sobretudo, durante o parto, pela exposição do recém-nascido a sangue ou líquido amniótico e, também, mais raramente, por transmissão transplacentária. A transmissão de mãe para filho ocorre em cerca de 90% dos casos em que a gestante é HBsAg positiva e HBeAg positiva, e em 10% dos casos em que é apenas HBsAg positiva. No Brasil, o exame para detecção de hepatite B (HBsAg) no pré-natal foi incorporado na saúde pública em 2005 (RIO GRANDE DO NORTE, 2014).

A cronicidade da infecção pelo vírus da hepatite B é fortemente influenciada pelo momento em que ocorre a infecção inicial. Acontece em 70% a 90% das crianças infectadas ao nascimento e diminui progressivamente com o aumento da idade, chegando a 6-10% quando a infecção se dá em adultos. Desses fatos decorre a prioridade que se deve dar à imunização dos recém-nascidos.

No aconselhamento das mulheres HBsAg (hepatite B) e HCV/RNA-PCR (hepatite C) positivas que pretendem engravidar é essencial que se avalie o seu quadro clínico para decidir se é necessário realizar tratamento prévio à tentativa de gestação. A avaliação de coinfeções também é essencial. Na gestante HBsAg positiva, é importante que se defina a sua viremia (carga viral). Se essa for considerada elevada, pode ser indicado o uso de antiviral.

Entre as gestantes com infecção crônica por hepatite C, aproximadamente 5% (variando de 4 a 10%) vão transmitir esse vírus para seus filhos. O maior risco de transmissão ocorre no momento do parto e a viremia do HCV/RNA-PCR neste momento relaciona-se ao maior risco de transmissão. Mulheres co-infectadas com HIV e HCV têm aproximadamente duas vezes mais risco de transmissão perinatal de hepatite C quando comparadas às mulheres que têm monoinfecção pelo HCV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015b).

A oferta das testagens e a precocidade nos diagnósticos tornam possível a adoção de medidas que reduzam substancialmente o risco de transmissão vertical. Entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da atenção à gestante infectada. Para isso, é necessária a

conformação de uma rede organizada e regionalizada que garanta o acesso das gestantes parturientes e recém-nascidos ao controle e manejo da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites virais (RIO GRANDE DO NORTE, 2014).

7.1 Triagem e diagnóstico

No pré-natal deve-se avaliar a carteira de vacinação da gestante e iniciar ou completar o esquema da vacina de hepatite B, caso este não esteja completo. Não há contraindicação à administração da vacina de hepatite B na gestação. A vacinação não contraindica o aleitamento materno, pois a mesma não contém partículas infecciosas do HBV (BRASIL, 2009b).

A orientação do Ministério da Saúde para o pré-natal é de que haja pelo menos uma testagem para hepatite B (sorologia HBsAg) durante gestação, mas preferencialmente duas testagens, no 1º e 3º trimestres, pois, no caso do exame ser reagente, pode-se intervir aplicando no recém-nascido a imunoglobulina específica e a vacina contra a hepatite B.

A testagem para hepatite C na gestação não é rotina recomendada pelo Ministério da Saúde no pré-natal, exceto em gestantes de alto risco (em uso de drogas injetáveis, coinfectadas com HIV/Aids, expostas a transfusões de sangue ou com história de múltiplos parceiros), pois não há vacina ou imunoglobulina específica contra a hepatite C que possa ser aplicada no recém-nascido para prevenir a transmissão vertical.

Entretanto, cabe salientar a importância de diagnosticar a gestante para que esta possa iniciar o acompanhamento com profissional especializado, mesmo que intervenções médicas ainda não possam ser feitas. Esse acompanhamento deve iniciar no momento do diagnóstico.

A testagem para as hepatites B e C (caso a C também seja realizada) no pré-natal devem ser feitas preferencialmente com exames de sorologia (HBsAg e anti-HCV).

Os testes rápidos para hepatites virais, assim como os para HIV e para sífilis, podem ser realizados no soro, plasma ou sangue total. O teste da hepatite B permite a detecção do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) e o da hepatite C detecta o anticorpo do HCV (anti-HCV). A sensibilidade analítica dos testes rápidos é menor que a dos imunoenaios de laboratório. Tal fato irá influenciar diretamente a janela imunológica desses testes, que

poderá ser maior do que a observada nas sorologias. O Ministério da Saúde recomenda os testes rápidos para gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto; além disso, recomenda também para parurientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto.

O Programa Rede Cegonha recomenda os testes rápidos para hepatites, porém cabe salientar que a preferência será pelas sorologias. O teste rápido para hepatite B pode ser realizado em gestantes e em menores de 18 meses de idade, mas é um exame de triagem e precisa ser confirmado por exame sorológico (preferencialmente HBsAg). O teste rápido para hepatite C pode ser usado em gestantes. Mas por ser um teste que detecta anticorpos, não pode ser usado em indivíduos menores de 18 meses e imunossuprimidos. É um teste de triagem e precisa ser confirmado por exame sorológico (anti-HCV). O exame HCV/RNA-PCR também confirma um teste rápido positivo, mas pelo seu alto custo não é o exame confirmatório de preferência (BRASIL, 2015b).

7.2 Definição da via de parto

A indicação da via de parto não é influenciada pela presença ou não de hepatite B ou C. Os critérios de definição serão obstétricos.

7.3 Manejo do recém-nascido

O Programa Nacional de Imunizações recomenda atualmente a vacinação universal das crianças contra hepatite B a partir do nascimento. A aplicação da primeira dose nas primeiras 12-24 horas de vida resulta em alta eficácia (acima de 90%) na prevenção da infecção transmitida verticalmente. Portanto, todos os recém-nascidos devem receber vacina contra a hepatite B, preferencialmente na maternidade nas primeiras 12 horas de vida, independente do estado sorológico de hepatite das suas mães.

A aplicação nesses recém-nascidos deve ser realizada por via intramuscular, no músculo vasto lateral da coxa. O Brasil adota hoje o esquema básico de vacinações de quatro doses: a primeira de hepatite B monovalente ao nascimento e as demais na forma de vacina pentavalente bacteriana (difteria,

tétano, pertussis, *haemophilus influenzae* tipo b e hepatite B) aos 2, 4 e 6 meses de idade. Para as demais idades adota-se o esquema de três doses: aos zero, 1 e 6 meses após a primeira dose.

Os recém-nascidos filhos de mãe HBsAg positiva devem receber também imunoglobulina contra hepatite B, aplicação intramuscular, no vasto lateral da coxa contrário ao da aplicação vacinal, na dose de 0,5 mL, dose única. A imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) é obtida de plasma de doadores selecionados, submetidos recentemente à imunização ativa contra hepatite B, com altos títulos de anticorpos específicos (anti HBs) (BRASIL, 2014c).

7.4 Amamentação

O recém-nascido, filho de mãe HBsAg positiva, que receber a dose de vacina da hepatite B e imunoglobulina específica nas primeiras 12 horas de vida, conforme normas do Ministério da Saúde, pode ser amamentado normalmente (BRASIL, 2014c).

A amamentação para o recém-nascido filho de mãe HCV/RNA-PCR positiva é liberada; porém, se houver presença de fissuras com sangramento nas mamas, devemos ter precauções, pois o risco de transmissão do vírus da hepatite C neste caso não é negligenciável. Nesse período, orienta-se ordenhar e desprezar o leite enquanto se amamenta o recém-nascido com fórmula ou leite materno armazenado. Assim que as fissuras resolverem-se, retornar à amamentação normalmente.

7.5 Seguimento das Puérperas e RN

As gestantes e puérperas com diagnóstico de hepatites B ou C crônicas devem ser acompanhadas por serviço especializado em hepatites virais (preferencialmente gastroenterologista ou infectologista), além do acompanhamento regular do pré-natal na unidade básica de saúde.

Os recém nascidos de mães hepatite B e C positivas devem manter seu acompanhamento na atenção básica até confirmação de seus diagnósticos. A hepatite B é testada na criança através dos exames HBsAg e anti HBs após 1 a 2 meses do término do esquema de vacinação, em geral entre os 7 e 8 meses de idade, se a vacinação não for atrasada. Se o HBsAg for reagente,

encaminhar ao serviço de atendimento especializado para acompanhamento compartilhado com a atenção básica. Se for negativo, o acompanhamento será mantido na atenção básica, sem necessidade de cuidado especializado.

Toda criança nascida de mãe portadora do vírus da hepatite C, ou seja, com HCV/RNA-PCR detectado, deverá realizar sorologia anti HCV entre os 12 e 18 meses de idade, pois a possibilidade de eliminação do anticorpo contra o vírus C (anti HCV), que passou da mãe para a criança por via transplacentária, pode ocorrer até 18 meses de vida (SÃO PAULO, 2015).

Se o anti HCV for negativo, acompanhar apenas na puericultura da atenção básica, descartando hepatite C. Se for positivo, solicitar HCV/RNA-PCR. Se o PCR for positivo, a criança é considerada portadora da infecção pelo vírus da hepatite C e deverá ser encaminhada ao serviço de atendimento especializado para acompanhamento compartilhado com a atenção básica. Se o PCR for negativo, a criança é considerada não portadora do vírus da hepatite C e deve ser acompanhada, conforme a rotina de puericultura, pelo serviço de atenção básica. Cabe salientar que indivíduos menores de 18 meses podem possuir anticorpos maternos e, por isso, é indicada a detecção direta do DNA do vírus através do diagnóstico molecular (HBV/DNA), o qual será realizado no serviço especializado (BRASIL, 2015b).

7.6 Notificação e vigilância epidemiológica

Investigar cada caso individualmente e notificá-lo no Sistema de Notificação de Agravos (SINAN). Hepatites virais são agravos de notificação compulsória segundo a Portaria GM N° 1.271 de 06 de junho de 2014 (BRASIL, 2014d). A estratégia de abordagem consentida não é necessária para as hepatites B e C.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009^A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**. Brasília, 2015^A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelas Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015^B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015^C. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2014^A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015^D.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes** - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009^B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2014^B. 812 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014^C.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria GM nº 1271 de 06 de junho de 2014**. Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território

nacional. Brasília, 2014^D.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013**. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Implicações Éticas de Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Congenital Syphilis**. Junho, 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/congenital.htm>> Acesso em: 18 ago. 2015^A.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), **Hepatitis C online**. Disponível em: <www.hepatitisc.uw.edu/browse/all/core-concepts> acesso em: 05 jun de 2015^B.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Management of Persons Who Have a History of Penicillin Allergy**. Junho, 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/pen-allergy.htm>> Acesso em: 18 ago. 2015^C.

MORENO C.G.S, REA M. F., FILIPE E.V. **Mães HIV positivo e a não-amamentação**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (2): 199-208, abr. / jun., 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas**. Washington, DC : PAHO, 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=26192&Itemid=>. Acesso em: 18 set. 2015.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de enfrentamento da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais no Rio Grande do Norte**. Rio Grande do Norte, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção Estadual de Controle das DST/Aids. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e sífilis**. Rio Grande do Sul: 2015^A.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. **Nota Técnica 02/2015**. Realização de testagem rápida de HIV e VDRL em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. Rio Grande do Sul: 2015^B.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. **Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita**. São Paulo, 2010. 196p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Orientações Técnicas: Transmissão Vertical da Hepatite C**. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/hepac_transvert.pdf> acesso em: 05 de junho de 2015.



ANEXOS

ANEXO I – NOTA TÉCNICA N° 02/2015 – DAS/SES



Nota Técnica nº 02/2015 – Coordenação Estadual de DST/Aids/ DAS/SES

Assunto: Realização de testagem rápida de HIV e exame para sífilis em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios.

Considerando que o Rio Grande do Sul há mais de 10 anos é o estado com maior incidência de Aids do país;

Considerando que a taxa de detecção do HIV em gestantes no Brasil em 2013 foi de 2,5/1000 nascidos vivos e no Rio Grande do Sul de 9,3/1000 nascidos vivos¹;

Considerando que a taxa de incidência de AIDS em crianças menores de 5 anos (taxa que reflete transmissão vertical do HIV) foi de 2,7/100.000 hab. para o Brasil e 6,2/100.000hab. para o Rio Grande do Sul em 2013¹;

Considerando que a Sífilis em gestante e Sífilis Congênita e no estado do Rio Grande do Sul apresenta números crescentes ano a ano, chegando a 2014 com 1768 e 1123 casos notificados respectivamente²;

Considerando que chance a transmissão Vertical do HIV sem qualquer intervenção durante a gestação, situa-se entre 25 a 30%. Deste percentual, 25% refere-se a transmissão intraútero e 75%, à **transmissão intraparto**³ ;

Considerando que o uso de todas as intervenções preconizadas (uso de antirretrovirais na gestação, AZT injetável no momento parto, AZT solução oral para o recém-nascido, uso da nevirapina quando indicado e suspensão do aleitamento materno) na gestação, parto e nascimento **pode reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 1%**⁴;

Considerando que o aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal ocorre em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas com

sífilis⁴;

Considerando que o teste anti-HIV na maternidade é fundamental, mesmo quando a gestante tenha realizado a testagem no 3º trimestre, com resultado negativo, já que pode ter ocorrido a infecção e soro conversão nesse período. Na infecção aguda bilhões de partículas virais são produzidas diariamente e a viremia plasmática alcança níveis elevados, tornando o indivíduo altamente infectante⁵. A alta viremia é um dos principais preditores da transmissão perinatal;

Considerando que as parturientes que utilizaram apenas antirretrovirais intra-parto (sem TARV na gestação) tiveram uma redução importante da transmissão vertical de 10% contra 27% das que não utilizaram AZT⁴; **A não realização de triagem/diagnóstico do HIV no momento do parto impede a adoção de medidas que podem reduzir drasticamente a transmissão perinatal do HIV como o uso de antirretroviral intra-parto, profilaxia neonatal e contra-indicação da amamentação**;

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania⁶;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país⁶;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal (PN), o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial⁶;

Considerando que a Secretaria Estadual da Saúde, vem empenhando esforços para diminuir a Transmissão Vertical do HIV e desde 2010 recomenda a testagem para o HIV de 100% das parturientes no momento do parto, independente da última testagem no PN;

Considerando que, para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como **responsabilidade e obrigatoriedade** realizar o exame de sífilis na mãe e garantir o apoio diagnóstico necessário^{7,8};

Considerando que a Rede Cegonha, visa assegurar assistência qualificada a gestante, parturiente e criança⁹;

Considerando as Diretrizes para Qualificação das Linhas de Cuidado da Transmissão vertical do HIV, da hepatite B e da Sífilis¹⁰, onde se recomenda

a realização de exame para sífilis na admissão do parto, independente de exames anteriores;

O Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, através das Coordenações de DST/Aids, Saúde da Mulher e Saúde da Criança, **determina a realização de testagem rápida de HIV e exame para sífilis em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios.**

O monitoramento das testagens rápidas de HIV e VDRL nas maternidades utiliza como instrumento o relatório Mensal **“Teste Rápido anti-HIV e exames para sífilis em Maternidades”** (modelo em anexo). Este monitoramento já é realizado pela SES-RS, através das Coordenadorias Regionais de Saúde e Coordenação Estadual de DST/Aids.

Esta nota técnica revoga a NT 01/2014 do Departamento de Ações em Saúde/Secretaria estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul que trata da realização de testagem rápida de HIV e VDRL em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios.

Porto Alegre, 02 de setembro de 2015.

João Gabbardo dos Reis

Secretário de Estado da Saúde

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

1- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV – Aids, Ano II, nº 01 até semana epidemiológica 26ª – dezembro de 2013.** Brasília, 2013.

2- Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) do estado do Rio Grande do Sul. Dados coletados em janeiro de 2014.

3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes:** Manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série Manuais).

4- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis.** Brasília, 2006.124p.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

6- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000.** Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2000 Jun 8; Seção 1:4.

7- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Conjunta Nº 39/2014 GAB/SAS/SVS/MS.** Dispõe sobre a exclusão do atributo complementar de código - 010 EXIGE VDRL na AIH, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – Portaria 972, de 29 de setembro de 2014.

8- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 972, de 29 de setembro de 2014.** Exclui o atributo complementar de código - 010 EXIGE VDRL na AIH, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

9- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha.

10- BRASIL. Ministério da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **Diretrizes para Qualificação das Linhas de Cuidados da Transmissão Vertical do HIV, da Hepatite B e da Sífilis. (SL), 2013.**

ANEXO II – LAUDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV E SÍFILIS

LAUDO TESTE RÁPIDO (TR) HIV e SÍFILIS

LOCAL PARA INSERIR LOGO
DO MUNICÍPIO/INSTITUIÇÃO

Nome: _____ Data da coleta: _____

Sexo: M() F() DN: _____ RG: _____ Senha: _____

HIV			
TR ANTI-HIV ^{a,b}	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
T1 Conjunto Diagnóstico: Lote: _____ Validade: _____		Método: Imunocromatografia Tipo de amostra: sangue total	
TR ANTI-HIV ^{a,b}	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
T2 Conjunto Diagnóstico: Lote: _____ Validade: _____		Método: Imunocromatografia Tipo de amostra: sangue total	
RESULTADO FINAL	<input type="checkbox"/> AMOSTRA REAGENTE PARA O HIV	<input type="checkbox"/> AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA O HIV	

SÍFILIS			
TR SÍFILIS ^b	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
Conjunto Diagnóstico: Lote: _____ Validade: _____		Método: Imunocromatografia Tipo de amostra: sangue total	
RESULTADO FINAL	<input type="checkbox"/> AMOSTRA REAGENTE PARA SÍFILIS	<input type="checkbox"/> AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA SÍFILIS	

Observações:

^a Amostra não reagente para HIV: em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra.

Amostra com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para HIV: ressaltamos que a manutenção depende de práticas seguras diante da infecção do HIV, observadas pelo testado nos últimos dois meses e no futuro.

^b Amostras dos testes ABON e Bioeasy com resultado reagente para HIV-2 devem ser confirmadas pelo Laboratório de Referência para HIV-2, conforme fluxo estabelecido pelo serviço.

^c O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.

Amostra não reagente para Sífilis: em caso de uma suspeita de sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.

A situação clínica e epidemiológica deverá ser observada.

Conforme PORTARIA N° 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013 Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.

Data: _____

Responsável Técnico _____

ANEXO III – CARTÃO DE FORNECIMENTO DA FÓRMULA LÁCTEA

Nome da mãe: _____

Maternidade: _____

Data do parto: ____ -- ____

Cidade: _____ CRS: _____

Maternidade - fornecimento

Data	Quantidade	Assinatura
	4 latas (início)	

Encaminhamento (Para preenchimento da Maternidade):

SAE ou USB:
Endereço:
Cidade:
Fone:
Observações:

SAE ou UBS - fornecimento

Data	Quantidade/tipo	Idade da criança	Assinatura

ANEXO IV – CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Caderneta de
Saúde da Criança

DADOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Pré-natal

Pré-natal iniciou no: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

Número de consultas pré-natais: _____

Gravidez: () simples () múltipla

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (código do CID-10):

Z21: () Não realizada () Normal () Alterada
Trim. 1º () 2º () 3º ()

A53: () Não realizada () Normal () Alterada
Trim. 1º () 2º () 3º ()

B18: () Não realizada () Normal () Alterada
Trim. 1º () 2º () 3º ()

B58: () Não realizada () Normal () Alterada
Trim. 1º () 2º () 3º ()

Imunização: Dupla Adulto

() Esquema completo () Esquema incompleto

() Não realizou () Sem informação

Suplementações de ferro:

() Sim () Não realizou () Sem informação

Parto e pós-parto

Parto realizado: () Hospital/clínica () Domicílio
() Casa de parto () Outro

Tipo de parto: () Normal () Fórceps () Cesáreo

Indicação: _____

Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (código do CID-10):

Z21: () Não realizada () Normal () Alterada

A53: () Não realizada () Normal () Alterada

Megadose de vitamina A no período pós-parto imediato*

Sim () Não () Sem informação ()

Intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério:

* Para quem reside em áreas endêmicas: Nordeste, Amazônia Legal e Minas Gerais (região norte do Estado, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucuri).

38

Caderneta de
Saúde da Criança

DADOS DO RECÊM-NASCIDO

Nascimento:

Nascido às _____ h, do dia ____/____/____

Maternidade/Cidade, UF: _____

Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm

Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino

Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____

Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias

Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN

Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____

Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)

() Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro _____

Aleitamento materno na primeira hora de vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:

Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo

Conduta: _____

Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado

Conduta: _____

Teste do Pezinho¹ () Não () Sim Data: ____/____/____

Resultados:

Fenilcetonúria: () Normal () Alterado

Hipotireoidismo: () Normal () Alterado

Anemia falciforme: () Normal () Alterado

Outros: _____

Triagem auditiva² () Não () Sim Data: ____/____/____

Testes realizados: () PEATE³ () EOA⁴

Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)

Conduta: _____

Reteste:⁵ () Não () Sim Data: ____/____/____

() PEATE () EOA

Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)

Conduta: _____

¹ Idealmente realizado entre o 3º e 7º dia de vida.

² Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.

³ PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.

⁴ EOA – Emissões Otoacústicas Evocadas.

⁵ Indicado quando resposta alterada em uma ou ambas as orelhas no teste, devendo ser realizado o reteste, em até 30 dias após o teste.

Outros exames: _____

Dados na alta:

Data: ____/____/____ Peso _____

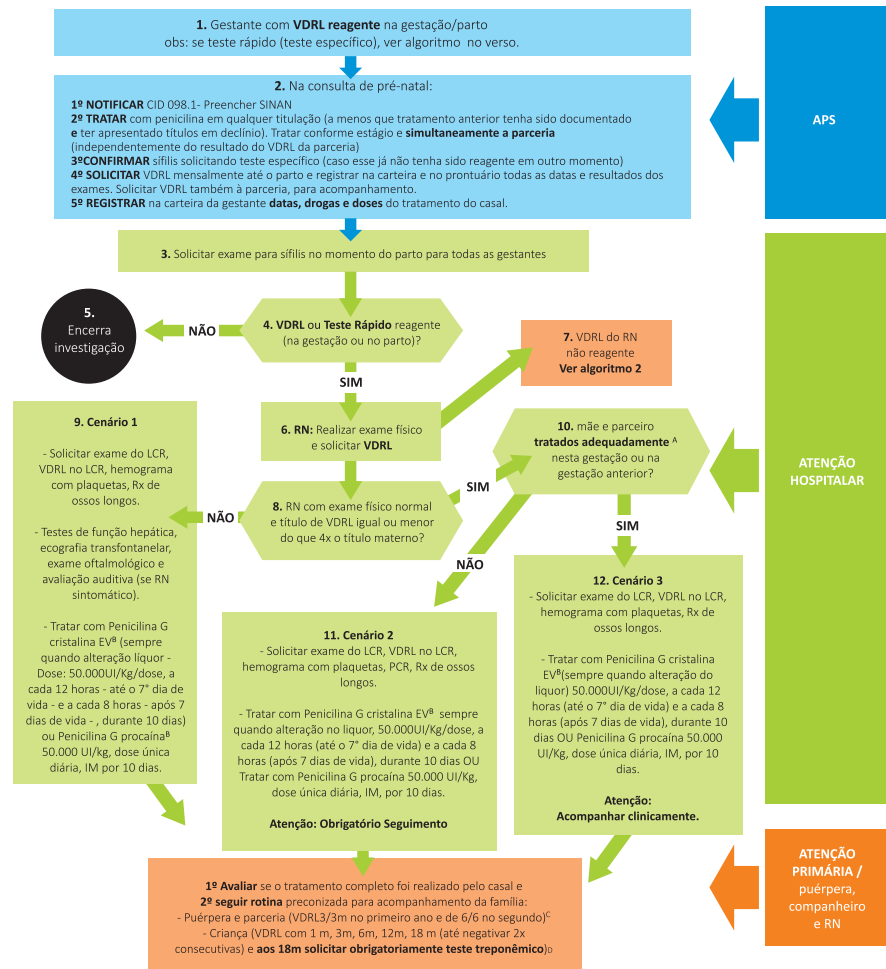
Alimentação:

() leite materno () leite materno e outro leite () outro leite _____

39

ANEXO V – ALGORITMO I DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RS – COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS
ALGORITMO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA
ALGORITMO 1



A. Tratar adequadamente significa seguir rigorosamente todos os passos do quadro 2. O tratamento será considerado adequado se realizado no mínimo 30 dias anterior ao parto. Após 2-3 meses do tratamento a queda dos títulos deve ser de 4x.
B. Quando não estiver disponível tratamento com penicilina, recomenda-se o esquema com Ceftriaxone [vide verso].
C. O MS (2015) recomenda VDRL 3/3 meses no primeiro ano e de 6/6 meses no segundo. O Consenso Europeu (2015), recomenda repetir VDRL após tratamento: 1 mês, 3 meses e depois de 6/6 meses até negativar ou entrar em platô (1:1 a 1:4) sustentado por 1 ano.
D. Resultado reagente de teste treponêmico confirma infecção. Criança com VDRL reagente após o 6º mês de vida, deve ser encaminhado para reavaliação.
Adaptação do Algoritmo de prevenção, diagnóstico e acompanhamento da sífilis congênita em serviço de atenção primária e hospital do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), 2015.

VERSO DO ALGORITMO I

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RS – COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS
FLUXOGRAMA DE TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

(Fontes: Protocolo de assistência pré-natal de baixo risco – SMS PA – 2015, CDC 2010 e versão preliminar de 2014, Guideline Europeu para tratamento sífilis –2014 e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para IST – MS – 2015)



Anotações:

- Gestantes deverão realizar o teste rápido, na primeira consulta de pré-natal. Se negativo, deverá ser repetido no 3º trimestre. Indica-se teste rápido a cada 6 meses aos: trabalhadores sexuais, seus clientes e parceiros, homens que fazem sexo com homens, pessoa com história de abuso de álcool e outras drogas. Esse é um teste treponêmico. As reações ocorrem com anticorpos específicos do *T. pallidum* e os falsos positivos são muito infrequentes. A vantagem do teste rápido sobre os demais exames é a possibilidade de ser realizado no momento da consulta ou visita ao posto de saúde, fornecendo o resultado em minutos. Assim, evita a perda de oportunidade de tratamento para as pessoas com sífilis, em especial as gestantes, nas quais o tratamento correto é considerado curativo para o conceito.
- O teste positivo indica que a pessoa tem ou teve sífilis.
- O tratamento deve ser realizado de acordo com a fase clínica. Como o teste positivo pode representar uma infecção passada, na presença de - uma história confiável de tratamento adequado e devidamente registrado da gestante e seu parceiro, baixa possibilidade de re-exposição e garantia de retorno - poderá aguardar o resultado do VDRL para início do tratamento. No entanto o MS (2015) recomenda iniciar o tratamento imediato e solicitar o VDRL.
- VDRL**
Em caso de teste rápido positivo, sempre deve ser solicitado VDRL mensal até o parto. O resultado do VDRL não deve ser entendido como um dado isolado no qual títulos altos significam doença e títulos baixos significam memória (ou cicatriz) sorológica. Em vez disso, deve ser entendido como um ponto em uma curva. Exemplificando, uma pessoa com título baixo do VDRL (e.g. 1:2, 1:4) pode ter sido infectada há pouco, não havendo tempo hábil para a produção de anticorpos. Por outro lado, uma pessoa com títulos altos (e.g. 1:32; 1:64) pode ter sido tratada, adequada e recentemente, e os títulos ainda estejam caindo.
Considera-se o tratamento adequado uma queda de quatro vezes (e.g. 1:16 para 1:4). Títulos persistentemente altos ou que apresentem um aumento de quatro vezes entre uma avaliação e outra podem significar falha terapêutica. Nem sempre é possível distinguir entre falha terapêutica e re-infecção.

QUADRO GUIA PARA TRATAMENTO:

Tratamento da gestante e parceria	Tratamento da criança
<p>Conforme estágio da doença, o tratamento deverá variar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sífilis primária, Secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução: 1 série* de Penicilina Benzatina total de 2.400.000 UI. O CDC (2014) mantém a recomendação de repetir mais um série de 2.400.000 UI na sífilis secundária ou latente recente. Terciária ou com mais de um ano de evolução ou duração ignorada: 3 séries* Penicilina Benzatina dose total de 7.200.000 UI. <p>Na impossibilidade de tratamento com Penicilina (exceto para gestantes): Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 30 dias.</p>	<p>Conforme cenário, o tratamento deverá variar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicilina G cristalina** 50.000 UI/Kg/dose EV 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) e de 8/8h (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg dose única diária IM por 10 dias. Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg dose única IM. <p>Obs: O uso do Ceftriaxone (injetável), excepcionalmente, na falta da penicilina cristalina, penicilina G benzatina e penicilina G procaína, acaba sendo a droga de escolha mesmo com poucas evidências. Porém, nesses casos, salienta-se a importância do cuidado clínico, do acompanhamento sorológico (a cada 30 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica, assim como a consulta com especialista para seguimento do tratamento. A dose e esquema posológico da Ceftriaxona será de 25 – 50mg/kg peso dia, IV ou IM, de 10 a 14 dias</p>

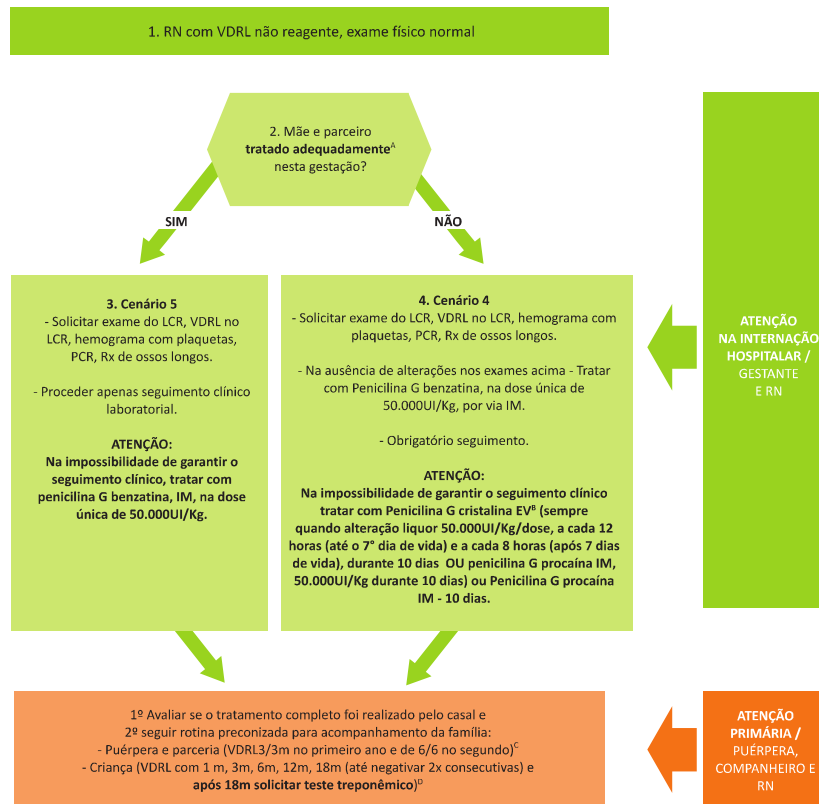
*1 série = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

obs: reiniciar o tratamento em caso de interrupção ou em caso de um intervalo maior do que sete dias entre as séries (MS, 2006)

** Nos períodos em que a penicilina cristalina não está disponível, recomenda-se (<http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/penicillinG.html>):

ANEXO VI- ALGORITMO II DE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DO RS – COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS
ALGORITMO DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA
ALGORITMO 2



A. Tratar adequadamente significa seguir rigorosamente todos os passos do quadro 2. O tratamento será considerado adequado se realizado no mínimo 30 dias anterior ao parto. Após 2-3 meses do tratamento a queda dos títulos deve ser de 4x.
B. Quando Penicilina G cristalina não estiver disponível, recomenda-se esquema com ceftriaxone.
C. O MS (2015) recomenda VDRL 3/3 meses no primeiro ano e de 6/6 meses no segundo. O Consenso Europeu (2014), recomenda repetir VDRL após tratamento: 1 mês, 3 meses depois de 6/6 meses até negativar ou entrar em platô (1:1 a 1:4) sustentado por 1 ano.
D. Resultado reagente de teste treponêmico confirma infecção. Criança com VDRL reagente após o 6º mês de vida, deve ser encaminhada para reavaliação.
Adaptação do Algoritmo de prevenção, diagnóstico e acompanhamento da sífilis congênita em serviço de atenção primária e hospital do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), 2015.

ANEXO VII - NOTA TÉCNICA Nº 03/2014 - DAS/SES

Assunto: Orientações sobre a notificação dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e da sífilis congênita.

Este documento apresenta orientações sobre os critérios de definição de casos de sífilis adquirida (A53.9), sífilis em gestante (O98.1) e da sífilis congênita (A50.9) conforme a Portaria nº 1.271, de 6 de Junho de 2014 do Ministério da Saúde e o novo Guia de Vigilância em Saúde, publicado em dezembro de 2014, afim de fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica de tais agravos.

• Quanto à Sífilis Adquirida:

Reiteramos que todo caso confirmado como sífilis adquirida é de notificação compulsória regular (em até 7 dias) segundo os critérios de definição de caso, devendo o mesmo ser informado à vigilância epidemiológica do município.

Considera-se caso confirmado de Sífilis Adquirida “todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente”. A notificação deverá ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Adquirida.

A versão do Sinan Net utilizada atualmente não contempla a ficha de investigação, sendo assim, a mesma será preenchida com o código CID A53.9 - Sífilis não especificada, através do preenchimento dos campos disponíveis no sistema com os dados de identificação do caso. Os dados complementares do caso, que constam na ficha de investigação, serão utilizados pelos serviços e pela vigilância das DST/Aids do município para a realização das ações de vigilância, até que possam também ser inseridas no sistema.

Os casos de seguimento sorológico que já tenham sido previamente notificados não necessitam de uma nova notificação, mas o profissional deverá estar atento aos casos de reinfeção que devem ser notificados.

• Quanto à Sífilis em Gestante:

Todo caso confirmado de Sífilis em gestante, deverá ser notificado conforme os critérios específicos para tal agravo. A notificação deverá ser realizada em até 7 dias e registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de sífilis em gestante.

Para tal notificação/investigação deve ser considerado as seguintes situações:

- Caso suspeito – gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.
- Caso confirmado – gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; e gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Informamos que a cada gestação em que haja identificação da infecção por sífilis deverá ser efetuada uma nova notificação. As informações relativas ao diagnóstico, tratamento da mãe e do parceiro sexual (data do tratamento, droga e dose utilizada) devem ser anotados na cartão da gestante e no prontuário da mesma na unidade de saúde.

• Quanto à Sífilis Congênita:

Considera-se caso confirmado as seguintes situações:

1) *Primeiro critério*

- Criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e treponêmico reagente, e que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto.
- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste não treponêmico, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto.
- Criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

2) *Segundo critério*

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:

- titulações ascendentes (testes não treponêmicos);
- testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;
- teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

3) Terceiro critério

Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

4) Quarto critério

Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Entende-se mãe com tratamento inadequado as seguintes condições:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou instituição de tratamento dentro do prazo em até 30 dias antes do parto; ou parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado ou tratado inadequadamente.

Reafirmamos que só será considerado tratamento inadequado no caso do parceiro, aquele que foi diagnosticado com sífilis e não tratou ou recebeu o tratamento fora do esquema proposto. Se o serviço desconhece a condição sorológica do parceiro, após várias tentativas de captá-lo através da busca ativa, ou em casos em que o pai da criança é desconhecido, não serão considerados casos de sífilis congênita, dentre outras situações.

Para todos os agravos citados, solicitamos à fonte notificadora e à vigilância municipal e regional que notifiquem os casos após confirmação dos critérios atualmente estabelecidos, mesmo que o sistema informatizado não contemple ainda tais alterações.

Porto Alegre, 30 de Dezembro de 2014.

Tatiana Heidi Oliveira/Clarice S. T. Batista- Núcleo de Vigilância das DST/Aids
Jaqueline Oliveira Soares -Coordenação Estadual de DST/HIV/AIDS
Károl Veiga Cabral-Diretora do Departamento de Ações em Saúde

Sugestões de leituras

Brasil. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. DOU, 9 de junho, p. 67.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em URL: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso - Definições de casos de agravos de notificação em DST/HIV/Aids. São Paulo, 2012.



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**