

**Protocolo para a prevenção de
transmissão vertical de HIV e sífilis**

MANUAL DE BOLSO

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

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Manuais 80

Brasília - DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de texto e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Manuais 80

Tiragem: 1.ª edição - 2007 - 134.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids
Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C
CEP: 70750-543 – Brasília, DF
Disque Saúde / Pergunte aids: 0800 61 1997
Home page: www.aids.gov.br

Financiamento:

Projeto UNODC AD/BRA/03/H34

Organização:

Doris Sztutman Bergmann (UAT/PN-DST/AIDS)

Equipe Técnica:

Ângela Donini (Prevenção/PN-DST/AIDS);
Cristine Ferreira (ULAB/PN-DST/AIDS); Denis
Ribeiro (UDST/PN-DST/AIDS); Denise Serafim
(Prevenção/PN-DST/AIDS); Eduardo Campos de
Oliveira (UDST/ PN-DST/AIDS); Giani Silvana
Schwengber Cezimbra (Área Técnica de Saúde
da Mulher); Karen Bruck Freitas (SCDH/PN-DST/
AIDS); Kátia Guimarães (Prevenção/PN-DST/
AIDS); Marcelo Joaquim Barbosa (UDST/PN-DST/
AIDS); Maria Marta Lopes de Macêdo (UIV/PN-
DST/AIDS); Mie Okamura (UAT/PN-DST/AIDS);
Milda Jodelis (ASCOM/PN-DST/AIDS); Ronaldo
Hallal (UAT/PN-DST/AIDS); Rubens Wagner
Bressanim (Depto. de Atenção Básica); Walkiria
Gentil (UIV/PN-DST/AIDS)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

180 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Manuais ; 80)

ISBN 978-85-334-1336-8

1. Transmissão vertical (Aids). 2. Transmissão perinatal. 3. Sífilis em gestante. I. Título. II. Série.

NLM WC 503.3

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0254

Titulos para indexação:

Em inglês: Protocol for Prevention of the Vertical Transmission of HIV and Syphilis: pocket guide

Em Espanhol: Protocolo para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis: manual de bolsillo

Sumário

Apresentação	9
1 Introdução	11
2 Aconselhamento para DST e aids nos serviços de pré-natal e parto	17
2.1 Aconselhamento pré-teste (individual e/ou coletivo)	20
2.2 Aconselhamento pós-teste	26
2.3 Aconselhamento nos serviços	31
3 Diagnóstico da infecção pelo HIV	39
3.1 Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV	40
3.2 Diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se os testes rápidos	43
4 Pré-natal	48
4.1 Abordagem inicial da gestante com HIV	48
4.2 Seguimento da gestante HIV+	53
4.3 Adesão à terapia anti-retroviral	58
5 Trabalho de parto e parto	60
5.1 Parto vaginal	64
5.2 Parto cesária	65
6 Puerpério	66

6.1	Puerpério imediato	66
6.2	Puérpera com diagnóstico de HIV anterior ou realizado durante a gestação	69
6.3	Puérpera com diagnóstico realizado durante o trabalho de parto	70
7	Planejamento reprodutivo	72
8	Recém nascido/criança exposta ao HIV	73
8.1	Manejo na maternidade	73
8.2	Seguimento após a alta da maternidade	75
9	Sífilis adquirida e gestacional	83
9.1	Sífilis adquirida	84
9.2	Sífilis na gestação	93
9.3	Esquemas de tratamento da sífilis	94
9.4	Co-infecção sífilis/HIV na gestação	96
10	Sífilis congênita	99
10.1	Classificação	100
10.2	Diagnóstico laboratorial	102
10.3	Manejo da sífilis congênita	105
	Referências	110
	Anexos	113
	Anexo A – Avaliação de risco e vulnerabilidade	113
	Anexo B – Portaria N° 59/GM/MS	115
	Anexo C – Programa de controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV	122
	Anexo D – Procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de dois anos	126

Anexo E – Portaria N° 34/SVS/MS	131
Anexo F – Ficha de notificação de gestantes infectadas pelo HIV	136
Anexo G – Gestantes HIV – Instruções para preenchimento	138
Anexo H – Quadro-resumo dos critérios de definição de caso em indivíduos com 13 anos ou mais de idade	144
Anexo I – Ficha de Investigação/ Notificação AIDS pacientes com 13 anos ou mais	146
Anexo J – Vigilância epidemiológica da sífilis na gestação e da sífilis congênita	150
Anexo K – Ficha de Investigação – Sífilis em Gestante ...	152
Anexo L – Sífilis em gestante – Instruções para preenchimento	154
Anexo M – Ficha de Investigação – Sífilis Congênita	160
Anexo N – Sífilis congênita – Instruções para preenchimento	163
Anexo O – Portaria N° 156/MS	170

APRESENTAÇÃO

A transmissão vertical do HIV e da sífilis é desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil, apesar dos avanços obtidos nesta área.

Com o objetivo de avançar nesta prevenção, percebeu-se ser necessária a ampliação do “Projeto Nascer – Maternidades”, para que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atendimento à gestante portadora de HIV ou com sífilis, bem como ao seu recém-nascido, e a ampliação do diagnóstico e atenção a essa mulher, principalmente durante o pré-natal.

O Programa Nacional de DST e Aids vem fortalecendo parcerias e ajustando processos para incrementar o diagnóstico precoce e propiciar as intervenções necessárias para a prevenção desses dois agravos.

É imprescindível o desenvolvimento de um trabalho conjunto com outros ministérios, estados, municípios, organizações não-governamentais, sociedades científicas, entidades de classe e outras instituições envolvidas com o tema, para o aprofundamento dessas ações.

Este “Protocolo para a Prevenção Vertical de HIV e Sífilis” tem o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade na atenção destas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública. Espera-se que este protocolo, organizado por profissionais do Programa Nacional de DST e Aids, Área Técnica de Saúde da Mulher, FUNASA e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, através de revisão extensa de literatura, seja útil para todos os profissionais envolvidos no atendimento das gestantes e seus bebês, aprimorando a qualidade da atenção no pré-natal e puericultura.

Mariângela Simão

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids

1 Introdução

A epidemia de aids no País se configura com subepidemias. Atualmente, observa-se o aumento proporcional de casos de aids devido à transmissão heterossexual, principalmente entre as mulheres que, diferentemente dos homens, têm apresentado taxas de incidência crescentes.

A população menos escolarizada tem sido mais atingida e a epidemia vem apresentando um padrão de disseminação heterossexual, tornando a razão entre os sexos equivalente. Com isso, a transmissão vertical do HIV e a da sífilis passaram a ser problemas cada vez mais importantes na saúde pública.

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro de 2006, fortalece a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo e, segundo o pacto, cabe aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas de acordo com a realidade local, de maneira que as prioridades estaduais e municipais também possam ser agregadas à agenda nacional.

Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, em que a redução da mortalidade materna e infantil é uma das prioridades básicas. Um dos componentes para a execução desta prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical (TV) do HIV e da sífilis.

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 (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada).

Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano.

A transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas intervenções de profilaxia, ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres infectadas. Entretanto, a administração da Zidovudina (AZT) na gestação e o uso de AZT no parto e no recém-nascido, reduz a taxa de transmissão vertical para 8,3%, segundo um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076). A literatura mostra uma redução dessa taxa para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas

as intervenções preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids. Essas intervenções, atualmente, são: o uso de anti-retrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade.

Em estudo multicêntrico conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a taxa estimada de transmissão vertical do HIV no Brasil, em 2004, era de 8,5%, variando entre 13,8% na Região Norte e 3,5% na Região Centro-Oeste.

Nas regiões onde houve sensibilização e empenho para reduzir-se a TV observamos números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

Já a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%, aproximadamente quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, representando cerca de 50.000 gestantes infectadas no ano de 2004. A sífilis congênita é um claro evento marcador da qualidade da assistência à saúde, ocorrendo em média quatro mil novos casos notificados a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,6 casos por mil nascidos vivos.

Considerando-se a subnotificação, estima-se que ocorram, no entanto, cerca de 12 mil casos, o que elevaria a taxa de incidência para cerca de quatro casos por mil nascidos vivos.

Apesar da elevada cobertura de pré-natal no país, acima de 85% e de uma razão de cinco consultas de pré-natal por parto no SUS, a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prevê a realização de exames para sífilis, mas verifica-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora um tratamento inadequado, incluindo-se o não tratamento do parceiro.

Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, ou seja, reduzir a até um caso por mil nascidos vivos. De acordo com o protocolo vigente no Manual de pré-natal e puerpério (2006), a investigação da sífilis e a testagem para HIV são recomendados na avaliação pré-concepcional sempre que possível

Legislação, tecnologia e insumos para a redução da TV do HIV e sífilis já existem e são disponibilizados pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, porém os dados epidemiológicos não são satisfatórios e as diferenças regionais demonstram que é possível e necessária a implementação de medidas mais efetivas de redução da TV.

Como uma das estratégias para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis, particularmente para gestantes no pré-natal e maternidades, o PN-DST/AIDS está fortalecendo a estruturação da rede de atenção às DST e aids, incluindo a implantação, em cenários específicos, do teste rápido para o diagnóstico. A utilização desses testes permite que, no momento da consulta seja realizado o teste, o aconselhamento e o diagnóstico de HIV e sífilis em menos de 30 minutos, desde que realizado por profissionais de saúde devidamente capacitados. No caso da gestante, permite que imediatamente sejam realizadas condutas que previnam a transmissão vertical de ambas as condições.

Entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de HIV, aids e/ou sífilis. Indissociável à testagem é a conformação de uma rede organizada a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, que garanta o acesso das gestantes, parturientes e recém nascidos às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV e sífilis.

Outra estratégia, de grande importância, é a construção deste protocolo com as diretrizes a serem seguidas para que se atinja o objetivo de eliminar a sífilis congênita e reduzir a transmissão vertical do HIV a níveis abaixo de 1%.

É necessário o fomento para a estruturação de uma rede integral de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Nesta construção é estratégica a aproximação entre a Atenção Básica e os Serviços Especializados, capilarizando a cobertura do sistema a partir da integralidade das ações.

2 Aconselhamento para DST e aids nos serviços de pré-natal e parto

A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar vulnerabilidades e riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional. O aconselhamento necessita cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual, a saúde reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades e Direitos Humanos. Atualmente, é uma estratégia que se insere em vários momentos do atendimento e em diversos contextos dos serviços no SUS, inclusive no pré-natal e no parto.

O aconselhamento se fundamenta na interação e na relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o usuário. Logo, o papel do profissional sempre é o da escuta sobre as preocupações e as dúvidas dos usuários. Para tanto é necessário que haja, por parte do profissional, o desenvolvimento de habilidade para a realização de perguntas sobre a vida

íntima das pessoas, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, a adoção de práticas seguras e a promoção da qualidade de vida. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que, durante todo o atendimento, a linguagem utilizada seja acessível ao usuário.

A integralidade, subjetividade e compreensão dos diversos contextos de vulnerabilidades são elementos fundamentais para a abordagem de redução de riscos.

No entanto, as equipes de saúde ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, percebendo-se intervenções que não atendem plenamente as necessidades específicas das pessoas, tendo em vista os contextos de vulnerabilidade onde se encontram inseridas.

Essa lacuna traz como consequência dificuldades no acolhimento às necessidades específicas da mulher na circunstância de pré-natal, parto e puerpério, e de promoção da sua saúde integral. Para compreender o caminho que as mulheres percorrem em direção à infecção pelo HIV, sífilis, ou outra DST, é necessário aperfeiçoar a escuta e a abordagem dos profissionais de saúde a esse segmento, respeitando suas especificidades biológicas, psicossociais e culturais, e

suas circunstâncias de ser, viver e sentir. No contexto dos serviços de pré-natal e das maternidades, essas ações devem ser estruturadas como um conjunto de intervenções da equipe, adequando-se às possibilidades reais de cada serviço, dispondo de profissionais capacitados, para assegurar tais condutas durante todo o pré-natal, no momento do parto e no pós-parto.

No caso das mulheres, a qualidade dessa relação com o profissional de saúde na prática do aconselhamento significa uma oportunidade para avaliar fatores de vulnerabilidade e exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras DST, no presente ou em épocas passadas, preparando-a para a recepção do diagnóstico de HIV ou para a adoção das medidas de prevenção dessa infecção e de outras DST.

O diagnóstico da infecção pelo HIV, quando feito no início da gestação, possibilita os melhores resultados relacionados ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes tão logo se inicie o pré-natal. A adesão à testagem, entretanto, deve ser sempre voluntária e confidencial.

2.1 Aconselhamento pré-teste (individual e/ou coletivo)

Fazem parte desta etapa o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, o mapeamento de situações de vulnerabilidade e a orientação sobre o teste. O grau de aprofundamento da abordagem destes conteúdos irá depender do conhecimento das DST/aids, percepção de risco e disponibilidade de tempo das mulheres gestantes.

Apresentação e acolhimento

É importante que o profissional estabeleça um ambiente favorável para o diálogo e esteja atento para:

- Assegurar um mínimo de privacidade;
- Destacar o objetivo do atendimento;
- Reforçar a garantia do sigilo;
- Estimular a fala da gestante, identificando fatores de vulnerabilidade e risco.

Levantamento de conhecimento sobre DST/aids, práticas de risco e vulnerabilidade das mulheres gestantes

É importante levar em consideração os distintos níveis de conhecimento das gestantes sobre transmissão, prevenção e viver com HIV e aids. Tais diferenças podem estar associadas ao nível de escolaridade e renda, bem como à percepção

individual sobre risco e vulnerabilidade. A busca espontânea pela testagem pode traduzir percepção de risco, permitindo abreviar este momento.

A abordagem inicial permite identificar o conhecimento das gestantes sobre DST e aids, iniciar o “mapeamento” das situações de vulnerabilidade e de risco em que elas possam estar inseridas, bem como a motivação para a realização do teste. Esses conteúdos deverão ser complementados e aprofundados após o resultado do teste, permitindo uma abordagem sobre aspectos de sua vida íntima, tais como práticas sexuais e uso de drogas.

Neste momento é necessário considerar:

- Os conhecimentos assimilados sobre a infecção pelo HIV/aids e outras DST;
- Práticas sexuais com e sem proteção (tipos de vínculo com parceria sexual, orientação e práticas sexuais, dificuldades no uso de preservativo);
- Contextos de vulnerabilidades;
- Uso de drogas (tipo e formas de uso, contextos de utilização, hábitos dos parceiros, dificuldades no uso de preservativos sob efeito de álcool e outras drogas);
- Histórico de DST;
- A possibilidade de “janela imunológica”.

Também é de fundamental importância:

- Explicar o que é o teste anti-HIV; como ele é feito; o que mede e quais são suas limitações, explicitando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo;
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da doença materna quanto para a prevenção da transmissão vertical, reforçando as chances dessa prevenção;
- Mencionar o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV;
- Discutir as vantagens e implicações dos dois métodos utilizados para a realização do teste.

No caso do teste rápido, o período de espera do resultado poderá ser ocupado no aprofundamento da avaliação de riscos com a gestante e com a realização de atividades como, por exemplo, a disponibilização ou leitura de material educativo, esclarecimento de dúvidas com a equipe de saúde, atividades de sala de espera tais como vídeos, palestras ou grupos de discussão, que dependem da organização de cada serviço para sua realização.

Dentre os temas que poderão ser abordados nos espaços coletivos, respeitando-se a linguagem e a profundidade adequadas à população de gestantes que se assiste, destacam-se:

- Agentes etiológicos e mecanismos de transmissão;
- Abordagem relativa aos conceitos de risco e vulnerabilidade;
- Significados da exposição ao risco, em situação atual e/ou pregressa, para a infecção pelo HIV, sífilis e outras DST;
- Diferença entre ser portador do HIV e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids);
- Mecanismos de prevenção, diagnóstico/tratamento e controle da infecção materna;
- Ações voltadas para a prevenção da transmissão vertical do HIV;
- Informações sobre o teste e os possíveis resultados.

Após serem dadas as orientações necessárias para a realização do teste, tanto a gestante quanto o profissional de saúde deverão assinar o termo de consentimento ou recusa para a testagem, conforme modelo a seguir. Esse modelo pode ser adaptado conforme a realidade local, considerando-se as diferentes culturas e especificidades.

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE ACEITE OU
RECUSA DO TESTE ANTI-HIV**

Controle nº: _____

() Aceito

() Recusado

A. Declaração da Gestante Usuária do Serviço

Eu, abaixo assinada, inscrita no Programa de Pré-Natal, declaro para os devidos fins, que fui informada a respeito dos benefícios da realização do teste ANTI-HIV durante a gestação, assim como me foi ofertada a realização do referido teste, de forma gratuita e sigilosa.

Declaro estar ciente de que o diagnóstico e tratamento do HIV durante a gestação diminui as chances de transmissão do vírus da AIDS para o bebê.

Tenho ciência da importância do teste e declaro que autorizo a realização.

Apesar de estar ciente destas informações, não autorizo a realização do teste ANTI-HIV, responsabilizando-me pelas consequências desta recusa.

Nome: _____

RG/CPF: _____

Endereço: _____

Data: __/__/__

Assinatura da gestante_____
*(impressão digital do polegar)

*no caso da pessoa não saber ler ou assinar seu nome, esta impressão digital atesta que o formulário de consentimento foi lido e explicado com exatidão por um membro da equipe de saúde, ou por um familiar da gestante, e que a pessoa afixou sua digital do polegar como sinal de consentimento.

B. Declaração do Profissional do Serviço

Eu, abaixo assinado, declaro que realizei aconselhamento e expliquei para a gestante os procedimentos e a importância da realização do teste ANTI-HIV, bem como os benefícios do conhecimento do status sorológico tanto para a gestante quanto para a prevenção da transmissão vertical, sendo que a mesma assinou essa declaração voluntariamente.

Unidade de Saúde: _____

Nome do Profissional: _____

Registro no Conselho: _____

Assinatura do Profissional do Serviço

DATA://

1ª Via Unidade de Saúde

2ª Via Usuária

2.2 Aconselhamento pós- teste

Entrega do resultado

Neste momento, é importante garantir o sigilo, explicar o resultado do teste e orientar as gestantes, individualizando seu significado. O resultado deve ser anotado no Cartão da Gestante e no prontuário utilizando, preferencialmente, o CID 10 em casos positivos.

É importante utilizar as informações já reveladas no momento anterior, complementando as informações sobre, por exemplo, orientação e práticas sexuais, uso de álcool e outras drogas, levantando o mínimo de dados necessários para contextualizar as orientações sobre medidas preventivas e redução das vulnerabilidades e dos riscos.

Resultado negativo

Nesta situação, a prioridade é reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção para evitar futuras exposições de risco. É necessária a atenção do profissional, pois a sensação de alívio deste momento pode desvalorizar a intervenção para adoção de práticas seguras.

Neste momento é essencial:

- Explicar o significado do resultado negativo, reforçando que a testagem não evita a transmissão em novas exposições;

- Verificar a possibilidade de janela imunológica caso tenha ocorrido alguma exposição ao risco nas quatro semanas que antecederam a realização do teste, indicando retorno para retestagem após 30 dias, ressaltando a necessidade de adotar as medidas de prevenção;
- Lembrar que cada gestante tem suas especificidades. Assim, é necessário que as orientações considerem seu estilo de vida ou sua condição atual como, por exemplo, dificuldades na negociação do preservativo; uso de barreiras nas diferentes práticas sexuais, com os diferentes tipos de parceiros (fixos ou eventuais); práticas sexuais sob efeito de drogas (lícitas e /ou ilícitas, inclusive o álcool) e a ocorrência de violência doméstica e violência sexual.
- Reforçar as informações sobre vulnerabilidade e risco, orientando sobre a prevenção de DST e aids. Importante discutir com a gestante as possíveis estratégias de redução de vulnerabilidades e de riscos;
- Para as gestantes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não-compartilhamento de seringas e agulhas, no caso do uso de drogas

injetáveis. Considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química;

- Reforçar a importância de testagem do parceiro fixo;
- O apoio emocional deve permear todo o atendimento; quando necessário encaminhar o usuário para atendimento na área de saúde mental.

Resultado positivo

O impacto do resultado positivo costuma ser intenso, tanto para a gestante quanto para o profissional. Portanto, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo da gestante, bem como a reação ao resultado. Informações sobre o significado do resultado, as possibilidades de tratamento para a gestante e a possibilidade de evitar a infecção de seu bebê, encaminhamentos necessários e discussão sobre as medidas de prevenção a serem adotadas, devem ser oferecidas e abordadas de acordo com a condição emocional das gestantes, assim como seu grau de escolaridade.

Neste momento é importante:

- Reafirmar o sigilo do resultado;
- Garantir à gestante o tempo necessário para assimilação do diagnóstico, exposição das dúvidas e expressão dos sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação etc.);
- Informar sobre a prevenção da transmissão vertical, ressaltando a possibilidade do bebê não ser infectado;
- Lembrar que o resultado positivo não significa morte, enfatizando os avanços do tratamento da infecção pelo HIV (melhora da qualidade e expectativa de vida, redução de morbimortalidade);
- Estimular a adesão, ressaltando a importância do acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção e para a promoção da saúde, durante e após a gestação;
- Informar a importância da testagem dos parceiros sexuais, oferecendo apoio, caso sejam identificadas dificuldades nesse sentido;
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta as informações coletadas no pré-teste, lembrando-se, principalmente, da vulnerabilidade, das questões relacionadas a

gênero, de direitos reprodutivos, de diversidade sexual e de uso de drogas;

- Para as gestantes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não compartilhamento de seringas e agulhas, no caso de uso de droga injetável, para que a usuária reduza seus riscos de reinfeção e de transmissão para seus pares. Novamente considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química;
- Indicar grupos de apoio existentes na comunidade, no serviço ou em ONG locais;
- Agendar consulta conforme fluxo do serviço.

Na situação em que a gestante resista ou apresente dificuldades em revelar o diagnóstico positivo para o(s) parceiro(s) sexual(ais), o profissional de saúde deverá respeitar o direito da mulher. No entanto, deverá esgotar os fortes argumentos para evidenciar as vantagens da revelação, inclusive disponibilizando-se para participar do momento da revelação.

Caso o profissional de saúde tenha esgotado as possibilidades de sensibilização da gestante para a revelação de sua condição

a seu (sua) parceiro(a), caracterizando-se a recusa, o médico da equipe poderá informá-la da possibilidade de contatar seu (sua) parceiro(a) para oferecimento do teste, conforme Resolução 1665/2003 do Conselho Federal Medicina: “O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família.”

Resultado indeterminado

Orientar sobre a possibilidade de “janela imunológica” e a necessidade de nova coleta de exame após 30 dias.

Reforçar os cuidados de prevenção.

2.3 Aconselhamento nos serviços

A - Programas de agentes comunitários de saúde

Os agentes comunitários de saúde têm um papel essencial na identificação tanto das gestantes que não realizaram o pré-natal e a testagem para o HIV nas comunidades que atuam, quanto das vulnerabilidades e risco dessas mulheres. Para isso, é importante que incluam na sua rotina um olhar sobre os diferentes contextos de vida das gestantes e tenham uma

abordagem objetiva sobre a importância da saúde gestacional, da prevenção das DST e encaminhamentos para os serviços de saúde de referência.

As ações do agente comunitário de saúde na comunidade contribuem para o aumento da procura pelo serviço, para a desmistificação da testagem anti-HIV e melhora a receptividade para o aconselhamento e mudança de práticas. É muito importante que o agente comunitário, como todo profissional da saúde, esteja atento para não emitir juízos de valor, atitudes de preconceito e quebra de sigilo.

Competência do agente comunitário de saúde

O atendimento qualificado do agente comunitário de saúde implica em:

- Prestar informações relacionadas às DST/aids;
- Disponibilizar insumos de prevenção;
- Encaminhar as gestantes para as unidades de saúde para realização da testagem, repassando para a equipe informações sobre as vulnerabilidades específicas de cada situação, preservando confidencialidade e sigilo;
- Oferecer apoio nas situações em que as gestantes compartilham suas angústias;
- Ter disponibilidade para o diálogo no processo de aceitar o resultado positivo, esclarecer dúvidas sobre

práticas preventivas e identificar referências de apoio social.

B - Maternidades

A situação do parto não se constitui o momento ideal para o aconselhamento relacionado às DST/aids. Diante da necessidade de realização do teste anti-HIV para as mulheres que não tiveram a oportunidade durante o pré-natal, é importante que se estabeleça um vínculo e acolhimento mínimo para:

- Reafirmar sigilo;
- Informar da necessidade e vantagens do teste;
- Obter o consentimento;
- Sinalizar sobre um encontro pós-parto, para uma abordagem mais pormenorizada;
- Obter o consentimento, por escrito, conforme descrito no item referente ao pré-teste.

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE NA MATERNIDADE:

Considerando o período curto de permanência na maternidade, é importante criar oportunidades para o aconselhamento pós-teste, proporcionando orientações importantes para a qualidade de vida.

No centro obstétrico:Resultado negativo

Considerar os conteúdos já referidos anteriormente, no item 1.2, Resultado Negativo – Entrega de Resultado

Resultado positivo

- Informar o resultado do exame;
- Orientar sobre as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV a ser implementadas antes e durante o parto;
- Orientar quanto à via de parto de acordo com a indicação obstétrica e carga viral (ver Quadro 1);
- Promover apoio emocional;
- Caso a parturiente esteja com acompanhante, verificar conjuntamente a possibilidade de incluí-lo no processo.

No alojamento conjunto:Resultado negativo

Considerar os conteúdos já referidos anteriormente, no item 1.2, Resultado Negativo – Entrega de Resultado

Resultado positivo

- Avaliar a necessidade de apoio para compartilhar o resultado com o parceiro e rede social;
- Enfatizar as condutas preventivas (não amamentação) e outros cuidados realizadas para a proteção do RN e outros procedimentos necessários para a saúde da mãe;
- Informar sobre a necessidade de acompanhamento e adesão ao tratamento do binômio mãe-filho pós-alta;
- Rever e esclarecer informações e orientações recebidas no pré-natal e relacionadas às condutas realizadas durante e após o parto;
- Informar sobre o direito ao acesso à fórmula infantil para alimentação do RN;
- Enfatizar a importância do uso de preservativos e oferecer apoio para as dificuldades encontradas para tanto.

C - Serviço de Referência (conforme estabelecido pela estruturação da rede local)

Após o parto, o ingresso da mulher com teste positivo no serviço de referência, estabelece a necessidade de reforçar alguns aspectos que podem não ter sido adequadamente

trabalhados no aconselhamento em função da fragilidade emocional que permeia essa situação. É preciso sempre verificar se o significado do resultado positivo do teste foi compreendido, enfatizar a necessidade de testagem do(a) parceiro(a) e iniciar o acompanhamento ambulatorial.

É necessário avaliar se os aspectos relacionados ao aconselhamento pós-teste positivo foram adequadamente trabalhados e compreendidos pelas gestantes, reforçando os seguintes itens:

- Avaliar a necessidade de apoio para compartilhar o resultado com o parceiro e rede social;
- Verificar se o parceiro foi testado e a necessidade de apoio para encaminhá-lo;
- Enfatizar a importância da adesão ao acompanhamento e ao tratamento, para a eficácia da prevenção da transmissão vertical do HIV.

ACONSELHAMENTO DA PUÉRPERA NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

É importante que a puérpera que teve seu diagnóstico estabelecido na maternidade tenha um bom acolhimento e possa expor suas dúvidas e angústias sobre seu status sorológico e sobre o tratamento, que não tenham sido suficientemente esgotadas na maternidade.

Enfocar especialmente os seguintes aspectos:

- Significados e percepções da mulher a respeito do resultado positivo (processo de aceitação e fantasias que surgem a partir do resultado);
- Sentimentos em relação a sua condição sorológica;
- Sentimentos em relação ao bebê;
- Enfatizar a importância da adesão ao seu tratamento e à profilaxia do RN exposto;
- Avaliar as dificuldades enfrentadas pela puérpera na implementação das condutas preventivas para a proteção do RN e outros procedimentos necessários para a saúde da mãe;
- Esclarecer as orientações, já recebidas no pré-natal, sobre condutas após o parto para a prevenção da TV.

D - Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Os CTA foram estruturados para possibilitar o acesso ao diagnóstico do HIV, com anonimato, para populações que se percebem em risco para a infecção pelo HIV. Têm como principal atribuição o atendimento de segmentos mais vulneráveis. A maioria destes centros estão organizados com equipes multidisciplinares dedicadas exclusivamente às ações de diagnóstico e aconselhamento em relação ao HIV, à sífilis e às hepatites virais B e C, permitindo um tempo maior de

contato com o usuário e possibilitando, portanto, uma melhor avaliação de risco, fortalecendo as estratégias para redução de vulnerabilidades. Existe um número significativo de gestantes sendo atendidas nesses serviços, até que os serviços de pré-natal tenham efetivamente implantado o diagnóstico do HIV na rotina de trabalho. Neste ambiente é possível ter um tempo maior para abordagem, havendo oportunidade para maior detalhamento de conteúdos e para uma orientação que considere as especificidades de cada gestante.

3 Diagnóstico da infecção pelo HIV

O diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil pode ser feito por meio da realização de ensaios denominados Elisa, imunofluorescência indireta, imunoblot, western blot e, mais recentemente, a partir de julho de 2005, por meio da realização dos testes rápidos.

O conjunto de procedimentos seqüenciados utilizados para a realização e conclusão do diagnóstico é denominado **algoritmo ou fluxograma de testes**.

Todos os laboratórios públicos, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) devem seguir o disposto na Portaria 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003 (Anexo B), onde é preconizada a realização de testes sorológicos como o Elisa, imunofluorescência indireta, imunoblot e western blot.

Além disso, o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos pode ser feito em algumas maternidades selecionadas pelo Ministério da Saúde (MS). Para isto, o MS vem capacitando a equipe de profissionais de saúde envolvidos com esta atividade e fornecerá os insumos. Os testes rápidos a serem distribuídos às maternidades tiveram

seu desempenho avaliado, razão pela qual somente as marcas de produtos definidas pelo MS poderão ser utilizadas, seguindo-se o conjunto de procedimentos seqüenciados (algoritmo) disposto no anexo da Portaria Nº 34/SVS/MS, de 28 de junho de 2005 (Anexo E).

3.1 Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV

Para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, os laboratórios públicos, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), devem adotar obrigatoriamente os procedimentos seqüenciados (Fluxograma – Figura 1), de acordo com a Portaria Nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003 (Anexo B). **Esta portaria está sendo atualizada, alterando a realização dos testes para a detecção de anticorpos anti-HIV como diagnóstico a partir dos 18 meses de idade.**

Todas as amostras de soro ou plasma devem ser submetidas inicialmente a um imunoenensaio, denominado Elisa (Teste 1), na etapa denominada de triagem sorológica (Etapa I).

- As amostras com **resultados não reagentes** nesse primeiro imunoenensaio, serão definidas como “Amostra negativa para o HIV”. Nesse caso, o diagnóstico da infecção é concluído, não havendo a necessidade da realização de nenhum teste adicional.
- As amostras com **resultados reagentes** ou inconclusivos nesse primeiro imunoenensaio, deverão ser submetidas a uma etapa de confirmação sorológica, composta de um

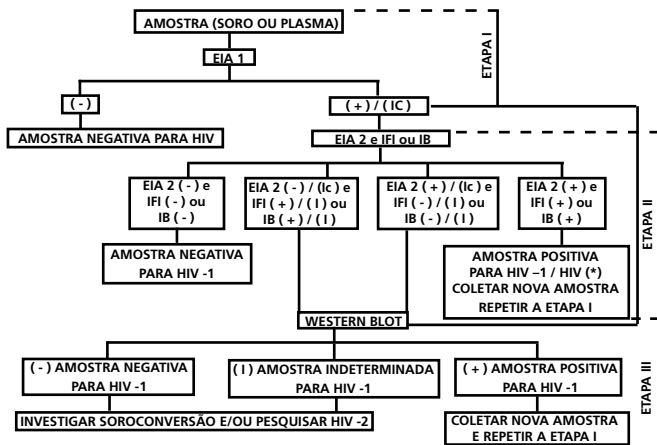
segundo imunoensaio (diferente do primeiro na sua constituição antigênica ou princípio metodológico) e testes confirmatórios, tais como a imunofluorescência indireta, imunoblot ou western blot (Etapas II ou III).

OBSERVAÇÕES:

- Os laboratórios podem optar pela realização da Etapa II ou Etapa III, para confirmação sorológica das amostras.
- Em alguns casos como, por exemplo, em resultados discordantes entre dois métodos diferentes, além da Etapa II, é necessário realizar a Etapa III.
- Diante de um resultado positivo, após a etapa de confirmação sorológica, os laboratórios devem solicitar uma nova amostra do paciente, a fim de confirmar o seu status sorológico.
- Diante de um resultado reagente ou inconclusivo no primeiro imunoensaio (Elisa) e negativo ou indeterminado no western blot deve-se observar a necessidade da realização de investigação da soroconversão ou pesquisa de anti-HIV-2.
- Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV devem ser capazes de detectar anti-HIV-1 e anti-HIV-2, além de ter registro no Ministério da Saúde.

NOTA: A Portaria de Nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, será revogada no que diz respeito à idade mínima para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV por meio da detecção de anticorpos, atualmente dois anos. Com base nisto, o Ministério da Saúde recomenda a realização da detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses.

Figura 1: fluxograma para detecção e anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de dois anos (recomendado acima de 18 meses)



LEGENDA:

EIA=ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO
IB= IMUNOBLOT
I = INDETERMINADO
(+) = REAGENTE

IFI= IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA
IC = INCONCLUSIVO
(-) = NÃO REAGENTE

(*) De acordo com o ensaio realizado (IFI ou IB)

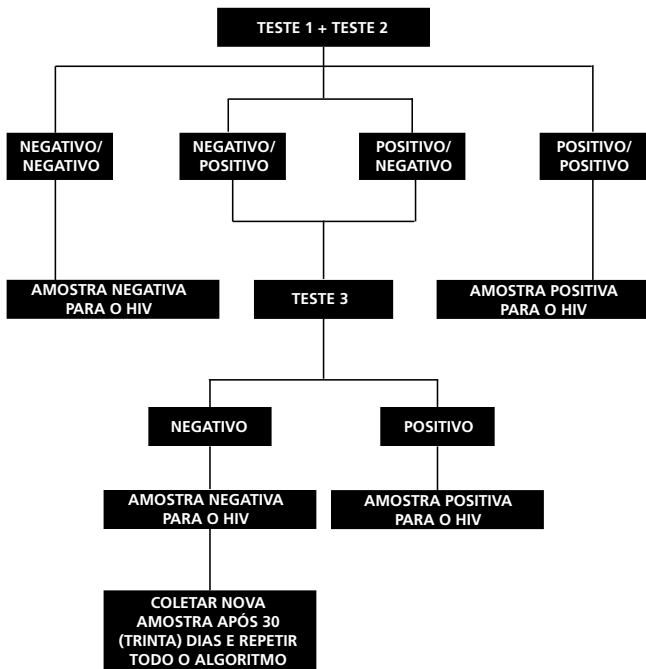
3.2 Diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se os testes rápidos

Diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se os testes rápidos em indivíduos com idade acima de 18 meses

A fim de realizar-se o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando testes rápidos, dois diferentes tipos de teste, denominados TESTE 1 (T1) E TESTE 2 (T2) devem ser realizados, em paralelo, para toda e qualquer amostra coletada. Se os dois testes iniciais apresentarem resultados positivos, a amostra será considerada positiva para o HIV. Da mesma forma, se os dois testes apresentarem resultados negativos, a amostra será considerada negativa para o HIV. Um terceiro teste, ou TESTE 3 (T3), será utilizado somente quando os testes iniciais (T1 e T2) apresentarem resultados discordantes, sendo que o T3 definirá o resultado da amostra.

Uma vez aplicado o algoritmo citado acima (Figura 2), não há necessidade de se realizar os testes confirmatórios para concluir o diagnóstico da infecção pelo HIV, uma vez que os testes rápidos distribuídos pelo Ministério da Saúde já foram avaliados frente ao western blot, tendo apresentado igual desempenho. Além disso, todos os aspectos abordados na Portaria N° 34/SVS/MS, de 28 de julho de 2005 (Anexo E), deverão ser observados.

Figura 2: algoritmo de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses



Uso dos testes rápidos para indicação de quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV

Os testes rápidos também podem ser usados para indicação de quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes no final do terceiro trimestre da gestação, em parturientes e em mulheres no pós-parto imediato, que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal ou que não disponham do resultado do mesmo na admissão para o parto.

O *status* de soropositividade de uma gestante configura uma situação em que medidas profiláticas devem ser adotadas no sentido de reduzir o risco de transmissão do HIV da mãe para o bebê.

Como se trata de uma situação de emergência com risco de vida para terceiros (no caso, o recém-nascido) e a eficácia da quimioprofilaxia é bastante elevada, **recomenda-se a realização do teste rápido nas parturientes não testadas anteriormente, mediante seu consentimento verbal.** As mulheres que apresentarem resultado não-reagente não têm indicação para uso da quimioprofilaxia. **As mulheres que apresentarem resultado reagente a um único teste rápido devem receber a quimioprofilaxia com AZT injetável e seu recém-nascido deve receber o AZT solução oral.**

Quando houver um resultado reagente, uma nova amostra de sangue deverá ser coletada para esclarecimento de diagnóstico,

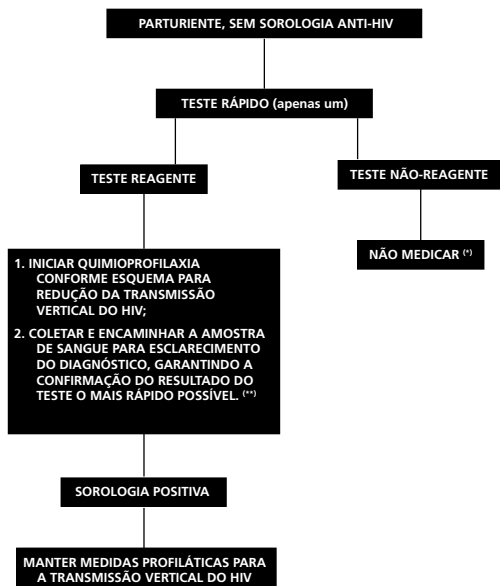
seguindo as recomendações técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para diagnóstico da infecção pelo HIV.

É importante, porém, enfatizar que o uso da zidovudina durante o trabalho de parto e pelo recém-nascido deve ser instituído e mantido, por indicação médica, até a elucidação diagnóstica do caso.

Essas mulheres deverão ser aconselhadas a não amamentar, estando indicada a inibição mecânica e/ou medicamentosa da lactação logo após o parto.

Na Figura 3, encontra-se um fluxograma que resume a conduta recomendada para uso de teste rápido na indicação da quimioprofilaxia para redução da transmissão vertical do HIV.

Figura 3: fluxograma para uso de teste rápido para HIV em parturientes (triagem)



(*) INVESTIGAR A CONDIÇÃO CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA E, SE NECESSÁRIO, ENCAMINHAR A MULHER PARA REALIZAÇÃO DE SOROLOGIA CONVENCIONAL (CONFORME DETERMINA A PORTARIA DE N.º 59/GM/MS).

(**) MEDIANTE SEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, E QUANDO AS EVIDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS APONTAM PARA A POSSIBILIDADE REMOTA DE VIR A SER ESSE UM RESULTADO FALSO-POSITIVO;

OBSERVAÇÃO: SE O TESTE FOR REALIZADO IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO (NA PUÉRPERA) E SEU RESULTADO FOR REAGENTE, ADMINISTRAR AZT XAROPE PARA O RECÉM-NASCIDO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL (PREFERENCIALMENTE NAS PRIMEIRAS 2 (DUAS) HORAS APÓS O NASCIMENTO), OBSERVANDO AS DEMAIS RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DE TV DO HIV.

4 Pré-Natal

4.1 Abordagem inicial da gestante com HIV ¹

Os serviços que hoje são considerados porta de entrada para o diagnóstico da infecção pelo HIV e da sífilis em gestantes no Sistema Único de Saúde, são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Programa da Saúde da Família (PSF) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA ou COAS). Estes são responsáveis pela captação das gestantes para o pré-natal e realização da testagem para o HIV e a sífilis.

Os testes sorológicos (ELISA e confirmatório), assim como o teste rápido para HIV, que pode ser realizado por profissionais de saúde capacitados, são indicados na rotina pré-natal.

Um resultado negativo, seja pelo método sorológico seja pelo método rápido, não exclui a infecção pelo HIV, dada a possibilidade de **janela imunológica** (tempo entre o contágio e a detecção de anticorpos pelos métodos diagnósticos), sendo necessária nova testagem quando adequado. Para a

¹ Para maior detalhamento, consultar Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Crianças Infectadas pelo HIV, Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes, em vigência.

gestante, recomenda-se a realização dos testes para HIV e sífilis na primeira consulta de pré-natal, com repetição no início do terceiro trimestre, sempre que possível.

Uma vez realizado o aconselhamento pós-teste e o diagnóstico da infecção pelo HIV tenha sido estabelecido, deve-se iniciar o atendimento clínico-obstétrico pelo médico, bem como o monitoramento laboratorial.

O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período de 6 a 12 semanas após a infecção inicial, sendo este intervalo denominado janela imunológica. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas, porém há **elevada viremia com maior risco de transmissão do HIV ao feto.**

O teste para o HIV deve ser oferecido **no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal** na Unidade Básica de Saúde. Caso este seja negativo, deve ser continuada a rotina de pré-natal e **realizado novo teste no terceiro trimestre.**

Caso a primeira testagem resulte positiva, realiza-se o aconselhamento pós-teste, orientando a gestante sobre a importância de usar anti-retrovirais para prevenir a transmissão vertical e de evitar a amamentação, além de efetuar-se a notificação de caso de gestante com HIV.

Tendo-se o diagnóstico da infecção pelo HIV estabelecido, deve ser solicitada contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral da gestante, referenciando-a para acompanhamento

simultâneo com a unidade de saúde de referência, conforme fluxo estabelecido.

Primeira consulta da gestante portadora de HIV

Vários estudos têm demonstrado que alguns fatores estão associados ao **aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho**. Dentre estes fatores:

- **Virais:** carga viral elevada, genótipo e fenótipo viral (diversidade circulante e resistência viral);
- **Maternos:** estado clínico e imunológico comprometido, presença de outras DST e outras co-infecções, estado nutricional deficiente;
- **Comportamentais:** reinfecção, seja por reexposição sexual ou compartilhamento de seringas;
- **Obstétricos:** trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas (bolsa rota por mais de quatro horas aumenta a taxa de transmissão vertical progressivamente: cerca de 2% a cada hora, até 24 horas), via de parto, presença de hemorragia intraparto e parto instrumentalizado;
- **Inerentes ao recém-nascido:** prematuridade, baixo peso ao nascer e tempo de aleitamento materno.

Assim sendo, é necessário o monitoramento de todos estes fatores durante a gravidez.

A avaliação inicial de uma gestante recém diagnosticada como portadora do HIV deve ser direcionada para as necessidades específicas dessa mulher. Entretanto, algumas questões devem sempre ser consideradas:

- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de manifestações oportunistas ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- Estabelecer vínculo sólido e confiança;
- Iniciar coleta de informações;
- Avaliar o nível de conhecimento da paciente sobre a doença;
- Identificar outras necessidades de saúde, incluindo saúde mental, uso de álcool e/ou outras drogas ou hepatite;
- Avaliar a necessidade de intervenção psicossocial;
- Descrever a infecção pelo HIV e sua evolução, enfatizando o impacto favorável da terapia anti-retroviral (TARV) na qualidade e expectativa de vida;
- Abordar a possibilidade de transmissão vertical, as probabilidades de redução desta forma de transmissão e as medidas existentes para isto;
- Abordar métodos de transmissão e prevenção de forma compreensível;

- Realizar exame físico;
- Solicitar exames para avaliação laboratorial inicial.

Nem sempre todos estes itens podem ser respondidos na primeira consulta, devendo ser abordados nas entrevistas subsequentes.

A disponibilidade de medidas eficazes para diminuir a transmissão para o conceito determina a necessidade da realização de sorologia para HIV na rotina do pré-natal e adoção de medidas precoces de prevenção de transmissão vertical para os casos detectados.

Avaliação laboratorial inicial

Indica a condição geral de saúde, condições associadas e possibilita uma avaliação inicial (baseline) antes do início de terapias, em especial a TARV. Na primeira consulta da gestante portadora de HIV solicitam-se os seguintes exames:

- Exames do perfil obstétrico:
 - Tipagem sanguínea;
 - Coombs indireto, se necessário;
 - Urina tipo I e urocultura;
 - Sorologia para sífilis;
 - Sorologia para toxoplasmose;
 - Sorologias para hepatites B e C;

- Glicemia de jejum e teste de sobrecarga à glicose, se necessário.
- CD4 e Carga Viral;
- Perfil lipídico (colesterol e triglicérides);
- Provas de função renal (uréia e creatinina);
- Hemograma e enzimas hepáticas;
- PPD;
- Bacterioscopia de secreção vaginal;
- Pesquisa de Clamídia e Gonococo em secreção cervical.

4.2 Seguimento da gestante HIV +

Caso o diagnóstico de HIV+ ou aids tenha sido estabelecido apenas na segunda testagem, a solicitação da contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral deve ser feita imediatamente, assim como o agendamento de consulta na unidade especializada de referência.

Quando a gestante chegar tardiamente ao pré-natal (3º trimestre), estará indicado o uso de teste rápido para a detecção de anticorpos anti-HIV.

A notificação de gestante HIV+ e criança exposta é obrigatória e regulamentada por portaria do Ministério da Saúde. Os instrumentos de notificação devem ser preenchidos cuidadosamente, registrando-se todas as informações

indicadas. (Anexo F – Ficha de Notificação e Investigação de gestantes HIV+ e crianças expostas)

A gestante que já teve o seu diagnóstico de portadora de HIV realizado antes da gravidez deverá ser acompanhada simultaneamente em Unidade Básica de Saúde e no Serviço de Referência desde o início da gestação. Caso ela já esteja em uso de anti-retrovirais para tratamento, é necessário substituir aqueles com potencial teratogênico e toxicidade para o conceito, tais como Efavirenz, Hidroxiuréia e a associação Didanosina + Estavudina.

Mesmo na situação em que a gestante já tenha sido notificada como caso de aids, é obrigatório notificá-la como Gestante HIV + utilizando os formulários específicos. (Anexo F – Ficha de notificação e investigação de Gestante HIV+ e criança exposta)

Durante o acompanhamento pré-natal, é importante orientar a gestante quanto aos cuidados necessários para a redução da transmissão vertical, através da utilização correta dos medicamentos anti-retrovirais, cuidados durante o trabalho de parto, via de parto, uso de inibidores de lactação, enfaixamento das mamas e impedindo a amamentação.

A terapia anti-retroviral combinada está indicada para as gestantes que preencham os critérios para início de tratamento. Estes critérios dependem da idade gestacional,

clínica, terapia anti-retroviral prévia, carga viral, CD4. Esta prescrição deverá ser realizada pelos serviços de referência.

Ao redor da 34^a semana de gestação deve ser solicitada uma **carga viral para definição de via de parto**, conforme o **Quadro 1**.

Os exames laboratoriais de seguimento são realizados conforme quadro a seguir.

Quadro 1: exames laboratoriais iniciais e periodicidade em gestantes com HIV

Exame	Inicial	Periodicidade	Comentário
Tipagem sangüínea	sim	—	—
Coombs Indireto	Se necessário	Repetir, se necessário	—
EAS (urina tipo I)	Sim	Repetir entre a 24 ^a e 28 ^a sem	—
Urocultura	sim	—	Avaliação de ITU assintomática
VDRL	Sim	Repetir no início do terceiro trimestre	O seguimento é mensal, se houver resultado positivo
IgG/IgM para Toxoplasma	Sim	Repetir entre a 24 ^a e 28 ^a sem, caso primeiro exame seja negativo	Se necessário, solicitar teste de avides de IgG

Exame	Inicial	Periodicidade	Comentário
HbsAg	Sim	—	Testar se provas de função hepática anormais, caso seja (+)
Anti-HBc ou anti-HBs	Sim	—	—
Anti-HCV	Sim	—	—
Glicemia de jejum	Sim	Repetir entre a 24ª e 28ª sem	Repetir cada 3 – 4 meses para pacientes em TARV
Teste de sobrecarga à glicose	Se necessário	—	—
Provas de função renal (uréia e creatinina séricas)	Sim	Repetir entre a 24ª e 28ª sem	—
Enzimas hepáticas	Sim	Repetir com intervalos de 15 a 60 dias	De acordo com o esquema de TARV em uso
Hemograma	Sim	Repetir com intervalo de 15 a 60 dias	Varia de acordo com o esquema de TARV em uso
Contagem CD4+	Sim	Repetir entre 24 e 28 semanas	Repetir quando valores discrepantes
Carga Viral (CV)	Sim	Repetir entre 24 e 28 semanas e com 34 semanas, para definição de via de parto	Repetir quando valores discrepantes
Citopatológico	Sim	—	—

Exame	Inicial	Periodicidade	Comentário
PPD	Sim	—	—
Dosagem de lipídios (colesterol e triglicérides)	Sim	Repetir entre a 24ª e 28ª sem	Repetir cada 3 – 4 meses para pacientes em TARV
Pesquisa de Clamídia e Gonococo em secreção cervical	Sim	—	—
Avaliação ginecológica/ Bacterioscopia de secreção vaginal	Sim	—	Identificar vaginites e cervicites

Encaminhar a gestante para parto na maternidade especializada de referência com o Cartão da Gestante preenchido adequadamente.

Os profissionais de saúde devem orientar a gestante e seu parceiro sobre planejamento reprodutivo durante todo o pré-natal. Nesta orientação ressalta-se a importância da estabilização clínica, com CD4 em bons níveis e carga viral indetectável, antes de nova gravidez, para a prevenção da transmissão vertical e horizontal (para o parceiro, quando este não for portador de HIV).

Unidades Básicas de Saúde (UBS) com profissionais capacitados e com experiência no seguimento de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) **podem monitorar a gestante**

até que seja necessário iniciar TARV. É importante manter o acompanhamento conjunto entre UBS e a Unidade de Referência para apoio psicossocial, acesso a insumos de prevenção, melhora da adesão, reconhecimento precoce de eventos adversos à TARV, acesso aos anti-retrovirais facilitado e acompanhamento clínico-obstétrico, formando uma rede integral de atenção à saúde.

4.3 Adesão à terapia anti-retroviral

Um dos aspectos mais importantes na adesão ao tratamento anti-retroviral (TARV), é a aceitação do diagnóstico. Em todas as fases do acompanhamento, o profissional deve estar atento às possíveis variações de humor, às reações depressivas e ao medo de enfrentar o diagnóstico e de revelá-lo para a família ou para o(a) parceiro(a).

A utilização de medicamentos para a prevenção da transmissão vertical durante a gravidez, mesmo sem apresentar doença, pode provocar dúvidas na gestante, sendo necessário apoio e monitoramento constantes.

O convívio diário com preconceitos ou discriminação, com efeitos adversos do tratamento e com outras situações que podem chamar a atenção das pessoas com quem convive na família ou no trabalho para sua condição, gera grande ansiedade e pode contribuir para a baixa adesão da gestante ao tratamento.

Entretanto, os fatores que podem interferir diretamente na adesão à terapia anti-retroviral não são exclusivamente emocionais ou do contexto social. Alguns podem ser relacionados ao esquema, como a posologia, efeitos colaterais e interações com outros medicamentos.

As equipes multiprofissionais e a organização dos serviços facilitam o acolhimento, a criação de vínculos e a motivação da paciente. Atividades em grupo e assistência individual que respondam às expectativas e às dúvidas decorrentes do uso contínuo da terapia e da proteção ao bebê são importantes para garantir segurança diante de tantas barreiras.

Dados epidemiológicos atuais têm demonstrado tendência à notificação de aids cada vez maior entre pessoas em condições de exclusão social, pobreza e baixa escolaridade no Brasil. Devido à complexidade de alguns regimes anti-retrovirais, estudos sugerem taxas de adesão ao tratamento mais baixas e tendência a uma menor sobrevida nessas populações. Além disso, pesquisas recentes demonstram que pessoas que fazem uso de drogas injetáveis também apresentam maiores taxas de mortalidade do que a população que se infecta por via sexual, mesmo que estejam submetidos à TARV. Tais evidências demonstram a necessidade de se estabelecer estratégias e programas específicos de adesão para essas populações, especialmente de intervenção comunitária como, por exemplo, a Terapia Diretamente Observada (DOT).

5 Trabalho de parto e parto ¹

Cerca de 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem durante o trabalho de parto ou no parto propriamente dito. Os 35% restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional que se renova a cada exposição da criança ao leite materno.

Assim sendo, as oportunidades para intervenções de prevenção da transmissão vertical, principalmente durante o trabalho de parto, não podem ser perdidas.

Na entrada da parturiente na maternidade deve ser oferecido o **teste rápido** para o HIV **para todas as gestantes que não tenham realizado investigação para HIV no pré-natal ou cujo resultado não esteja disponível**, após o consentimento verbal da gestante ou familiar responsável quando a parturiente não tiver condições de fazê-lo (distúrbios psiquiátricos, por exemplo).

¹ Para maior detalhamento consultar Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Crianças Infectadas pelo HIV, Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes, em vigência.

É necessário que o resultado do teste seja comunicado por profissional de saúde devidamente capacitado, abordando todas as implicações deste resultado, reagente ou não, conforme preconizado no capítulo 1, sobre aconselhamento em DST e aids. O resultado também deve ser anotado no Cartão da Gestante, para acompanhamento puerperal.

A via de parto será escolhida em função de situações obstétricas e/ou da carga viral, de acordo com a avaliação do obstetra e do clínico/infectologista responsáveis pela gestante (Quadro 2). A paciente e seus familiares devem ser informados sobre os riscos e benefícios da via de parto recomendada.

Quadro 2: definição de via de parto, conforme carga viral

Carga Viral	≥ 1.000 cópias/ml ou desconhecida	< 1.000 cópias/ml ou indetectável
Idade Gestacional	≥ 34 semanas	≥ 34 semanas
Recomendações	Parto por operação cesariana eletiva	Via de parto por indicação obstétrica

Na mulher com diagnóstico anterior de HIV ou aids, é necessário avaliar a carga viral para a indicação da via de parto. Quando a carga viral **for menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável**, há indicação de parto vaginal, exceto quando há indicação obstétrica para o parto por cirurgia cesariana.

Se a carga viral for **maior ou igual a 1.000 cópias/ml, desconhecida ou aferida antes da 34ª semana de gestação** e, nestes casos, a gestante estiver em trabalho de parto, com dilatação cervical menor que 4cm e as membranas amnióticas íntegras, há indicação de **cirurgia cesariana eletiva**.

Nos casos de ruptura prematura de membranas antes da 34ª semana de gestação, em parturiente com HIV, a conduta deve ser particularizada, pois não há dados na literatura sobre qual conduta é mais segura nessas situações. Nesses casos, a conduta deverá ser instituída conforme as rotinas previstas na amniorrexe, buscando promover a maturidade fetal, a redução dos riscos de transmissão perinatal do HIV e da morbidade/mortalidade materna.

A quimioprofilaxia anti-retroviral está indicada para todas as parturientes com diagnóstico anterior de HIV ou cujo teste rápido tenha sido reagente no momento do parto, com zidovudina (AZT) por via intravenosa (IV).

Quando a via de parto for a cesariana eletiva, o AZT intravenoso deve ser iniciado no mínimo três horas antes do procedimento e mantido até a ligadura do cordão umbilical. Já no parto vaginal, a infusão deverá ser instituída desde o início do trabalho de parto e mantida até o clampeamento do cordão umbilical.

Esquema posológico da zidovudina na parturiente (AZT injetável – frasco ampola de 200mg com 20ml – 10mg/ml):

- Dose de ataque de 2 mg/kg na 1ª hora, diluído em soro glicosado a 5%, gotejado conforme o **Quadro 3**, infundido em acesso venoso exclusivo;
- Dose de manutenção de 1 mg/kg/hora, em infusão contínua até o clampeamento do cordão umbilical (**Quadro 3**).

Na ausência do AZT injetável, a alternativa é usar o AZT oral (cápsulas de 100mg) **iniciando com 300 mg** no começo do trabalho de parto e, a partir de então, **300 mg a cada 3 horas** até o clampeamento do cordão umbilical.

Toda gestante deve ser orientada no pré-natal quanto à possibilidade de utilizar o esquema alternativo de uso de AZT oral no momento do parto, idealmente levando-o consigo, para o caso da maternidade não dispor de AZT injetável. Essa recomendação pode evitar uma possível perda da oportunidade de utilizar o AZT (especialmente intravenoso) no parto, aumentando, com isso, o risco da transmissão vertical do HIV.

Quadro 3: Preparo da solução de zidovudina (AZT) para infusão intravenosa em 100ml de soro glicosado 5%, de acordo com o peso da parturiente

Quantidade de AZT*	PESO DA PARTURIENTE (kg) **					
	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99
Dose de ataque (2mg/kg), correr na primeira hora	8 ml (36gts)	10 ml (37gts)	12 ml (37gts)	14 ml (38gts)	16 ml (39gts)	18 ml (39gts)
Dose de manutenção (1mg/kg/hora) infusão contínua (gotejamento/minuto)	4 ml (35gts)	5 ml (35gts)	6 ml (35gts)	7 ml (36gts)	8 ml (36gts)	9 ml (36gts)

* zidovudina, frasco-ampola com 20 ml, 10mg/ml, total de 200 mg.

** no caso de gestantes com peso maior que 100 kg, deverá ser calculado o volume e o gotejamento individualmente, de acordo com o peso.

5.1 Parto vaginal

- Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos (usar o partograma);
- Conduzir o parto com ocitócitos, respeitando-se, contudo, as contra-indicações para seu uso e o correto manuseio, evitando que a parturiente permaneça por mais de quatro horas com bolsa rota ou em trabalho de parto prolongado;
- Estão contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto e parto como: amniotomia, uso de fórceps, vácuo-extrator e manobras desnecessárias na retirada do concepto;

- Evitar a episiotomia sempre que possível;
- Manter as membranas amnióticas íntegras até o período expulsivo, sempre que possível;
- Proceder à ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após a expulsão do recém-nascido.

5.2 Parto cesária

- Realizar a cirurgia com o menor sangramento possível;
- Sempre que possível, manter as membranas amnióticas íntegras até a retirada da criança (parto empelicado);
- Proceder à ligadura do cordão umbilical, sem ordenha, imediatamente após a retirada do recém-nascido.

6 Puerpério

6.1 Puerpério imediato

- Inibir a lactação através do enfaixamento das mamas com ataduras ou comprimindo-as com um “top” e evitando, com isso, o início da lactação pela estimulação. Esta conduta deve ser mantida por um período de dez dias. Pelas dificuldades enfrentadas pela mulher, após a alta hospitalar, é recomendável que se associe a essa medida, a critério do obstetra, a supressão farmacológica da lactação com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos, VO, em dose única;
- Entregar, após orientação de preparo, a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, agendando, dentro deste período, uma consulta no serviço de referência para HIV/aids para acompanhamento da exposição ao HIV e na unidade de saúde de origem para puericultura ;
- Não há necessidade de isolar a paciente;
- Manter a mãe e seu recém-nascido em alojamento conjunto, sempre que possível;

- Encaminhar a mãe para realização da consulta puerperal (no 8º e no 42º dia pós-parto, salvo situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e puerpério imediato), para seu acompanhamento clínico e para o planejamento reprodutivo, conforme fluxo estabelecido localmente;
- Orientar para o sexo seguro (prevenção das DST/reinfecção pelo HIV e gravidez);
- No caso do parceiro com situação sorológica desconhecida (quando o diagnóstico do HIV foi realizado na maternidade), aconselhar e testar o parceiro;
- Pacientes em uso de TARV combinada para tratamento devem, sempre que possível, manter o uso dos anti-retrovirais no pós-parto imediato. Para tanto, a ingestão dos medicamentos deve ser feita com pequena quantidade de água, respeitando ao máximo os horários regulares da tomada dos medicamentos. Mesmo as pacientes submetidas à cirurgia cesariana, desde que não estejam sedadas, poderão fazer uso dos medicamentos;
- Pacientes em uso de anti-retrovirais para **profilaxia** da transmissão vertical devem ter os medicamentos suspensos imediatamente após o parto;
- A equipe de saúde deverá levantar a situação familiar e social, oferecendo apoio psicológico e social,

especialmente para as mulheres que tiveram seu diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto.

Todos os serviços hospitalares obstétricos devem ter acesso ao kit específico para assistência às parturientes portadoras do HIV e aos seus recém-nascidos expostos, utilizando-o segundo as normas técnicas prescritas.

Na alta hospitalar, a puérpera e o RN devem ter seus resumos de alta detalhadamente preenchidos e suas consultas de retorno agendadas na UBS de referência e no serviço especializado.

É imprescindível o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência que garanta a continuidade da atenção à mulher e seu filho nos serviços de atenção básica e de atenção especializada.

Na situação em que a gestante não tenha sido notificada durante o pré-natal, é necessário notificar no pós-parto utilizando os formulários específicos (Anexo F – Ficha de notificação e investigação de Gestante HIV+ e criança exposta). Na dúvida, notifique.

6.2 Puérpera com diagnóstico de HIV anterior ou realizado durante a gestação

A puérpera portadora de HIV que já tinha conhecimento de seu status sorológico antes do parto deve ter sua situação clínica e imunológica reavaliada, considerando a necessidade de utilização de TARV após o parto.

Os ARV prescritos durante o pré-natal para profilaxia da transmissão vertical do HIV, **devem ser suspensos**, caso os parâmetros clínicos e imunológicos permaneçam estáveis (assintomática com contagem de linfócitos T CD4+ > 350 células) após o parto. O seguimento da mulher após o parto deverá ser realizado na sua unidade de saúde de origem e, quando necessário, na unidade especializada de referência.

Caso a puérpera tenha tido **indicação de tratamento (TARV)**, e não profilaxia, o regime anti-retroviral deve ser mantido após o parto e a puérpera será encaminhada, com consulta agendada, para retorno à unidade especializada de referência. Também será reencaminhada à sua unidade de saúde de origem para realizar a rotina de atenção ao puerpério, planejamento reprodutivo e outras necessidades relacionadas à saúde ginecológica.

6.3 Puérpera com diagnóstico realizado durante o trabalho de parto

A puérpera que desconhecia ser portadora de HIV e teve seu diagnóstico realizado através de testagem rápida durante o trabalho de parto, deve passar por um aconselhamento pós-teste minucioso, considerando-se a situação pouco favorável da realização do oferecimento do teste durante o trabalho de parto.

Como sua situação clínico-imunológica é desconhecida, a puérpera tem sua consulta agendada em sua unidade de saúde de origem para 15 dias após o parto, quando será realizado o protocolo inicial de atendimento ao adulto portador de HIV, além da consulta gineco-obstétrica de puerpério.

Em todas as situações

Como rotina, deve ser feito:

- Orientação para a suspensão da amamentação;
- Enfaixamento das mamas, mantendo-o por 10 dias;
- Utilização do inibidor de lactação (cabergolina 0,5mg, dois comprimidos, via oral, em dose única);
- Registro do uso de inibidor de lactação como parte do monitoramento das ações de prevenção de transmissão vertical.

O alojamento conjunto deve ser mantido e reforçado para auxiliar a criação do vínculo do binômio mãe-filho.

Ainda na maternidade, deve ser realizada a notificação de gestante HIV + e criança exposta.

No momento da alta da maternidade, entregar à puérpera o relatório das intercorrências do parto, constando os procedimentos e medicamentos utilizados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Este relatório deverá ser apresentado ao serviço de saúde em sua primeira consulta puerperal.

Todas as mulheres devem ser orientadas sobre planejamento reprodutivo antes da alta da maternidade e vinculadas ao programa de planejamento familiar quando de sua chegada à unidade básica de saúde.

É recomendável que o retorno da puérpera à unidade de saúde após o parto seja comunicada à maternidade para que este serviço considere o caso encerrado. Caso a puérpera não compareça até 15 dias após a consulta agendada, **deve ser acionada busca ativa**, seja pela unidade de saúde seja pela maternidade, conforme fluxo estabelecido localmente.

7 Planejamento reprodutivo

Todas as mulheres portadoras de HIV e/ou parceiras de portadores de HIV necessitam de uma discussão continuada sobre o desejo de engravidar ou não.

Aquelas que manifestarem este desejo têm a indicação da realização prévia de um estudo completo de avaliação clínica e ginecológica, descartando e/ou tratando outras patologias concomitantes e melhorando as condições maternas ao máximo, com a maior redução possível na carga viral e o restabelecimento do CD4 a níveis aceitáveis.

No casos do uso de drogas contra-indicadas durante a gestação (Efavirenz, Hidroxiuréia, associação de d4T com ddI), estas devem ser substituídas.

Faz-se um aconselhamento incluindo informações sobre os riscos de transmissão vertical e de teratogenia ou outros problemas por exposição intra-uterina e neonatal aos anti-retrovirais.

Orienta-se o casal quanto aos procedimentos indicados para a concepção em casais que convivem com o HIV visando à redução da possibilidade de transmissão vertical e horizontal do HIV. Para maiores detalhes, ver textos complementares do documento “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes – 2006”.

8 Recém-nascido/criança exposta ao HIV

8.1 Manejo na maternidade

Logo ao nascer, as vias aéreas do recém-nascido devem ser aspiradas delicadamente, se necessário, evitando traumatismos em mucosas. Lava-se o RN imediatamente após o parto, com água morna e sabão, para evitar o contato prolongado com o sangue e secreções maternas.

Mesmo que a mãe não tenha recebido anti-retrovirais, deve ser iniciada a quimioprofilaxia do recém-nascido de puérpera portadora de HIV com a Zidovudina (AZT) imediatamente após o nascimento (ainda na sala de parto ou nas duas primeiras horas de vida), podendo ser iniciada dentro das primeiras oito horas de vida, caso a parturiente tenha recebido este medicamento durante o trabalho de parto. Não há comprovação de benefícios do início da quimioprofilaxia com a zidovudina após 48 horas do nascimento.

A dose recomendada é de 2mg/kg/dose de AZT (0,2ml/kg/dose), VO, de seis em seis horas durante seis semanas (42 dias). Caso a criança não tenha condições de receber o medicamento por via oral, utiliza-se o AZT injetável, na dose de 1,5mg/kg IV de 6/6 horas. Em crianças prematuras com menos de 34 semanas de gestação utiliza-se a seguinte dose

do AZT (em estudos): 1,5 mg/kg, VO ou IV, 12/12 horas, nas primeiras duas semanas e 2mg/kg 8/8 horas, por mais quatro semanas, se a criança nasceu com mais de 30 semanas de gestação.

Quadro 4: uso e doses de AZT no recém-nascido exposto ao HIV

Condição clínica	Dose de AZT	Via de administração	Tempo de uso
Crianças expostas, sem intercorrências	2mg/kg/dose de 6 em 6h	VO	6 semanas (42 dias)
Crianças expostas prematuras (menos que 34 semanas)	1,5mg/kg/dose, de 12 em 12h	VO ou IV	2 semanas
	2mg/kg/dose, de 8 em 8h	VO ou IV	Por mais 4 semanas
Crianças expostas, sem condições de receber AZT VO	1,5mg/kg/dose, de 6 em 6 h	IV	Até que a criança tenha condições de receber o medicamento VO (completar 6 semanas de uso total)

É importante solicitar um hemograma de controle ao nascimento, devido à possibilidade de anemia pelo uso da Zidovudina. Além do hemograma, solicitar também provas de função hepática (AST, ALT, GGT, FA), sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples,

sífilis, HBV e HCV. A sorologia para o HIV somente deve ser solicitada caso haja dúvidas quanto à soropositividade da mãe.

A amamentação é contra-indicada e a criança deve ficar em alojamento conjunto com sua mãe, sendo alimentada com fórmula infantil.

As informações a serem registradas no berçário, para monitoramento das ações de prevenção de transmissão vertical do HIV, são a utilização de AZT solução oral e a dispensação de fórmula infantil para as crianças.

8.2 Seguimento após a alta da maternidade

A criança exposta ao HIV é considerada uma criança de risco, sendo assim, a **unidade básica de saúde (UBS) deve marcar a consulta no serviço de referência**, caso ainda não esteja agendada; monitorar o comparecimento da criança às consultas agendadas no serviço de referência e assegurar que a criança esteja recebendo a fórmula infantil.

A UBS é responsável por realizar a puericultura da criança, observando possíveis intercorrências devido ao uso dos medicamentos (tal como a anemia por uso do AZT).

É necessário acompanhar o surgimento de sinais e sintomas que possam ser potencialmente atribuídos à infecção pelo HIV ou aids, principalmente as alterações de crescimento e desenvolvimento da criança.

A primeira consulta no **serviço de referência de HIV/ aids**, deve ocorrer duas semanas após o parto, iniciando a dispensação da fórmula infantil mensalmente, paralelamente ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

Na 6ª semana (42 dias de vida), suspender o uso do AZT solução oral, solicitar hemograma e provas de função hepática (AST, ALT, GGT, FA) e introduzir sulfametoxazol+trimetoprim até os 12 meses de idade ou até o estabelecimento do diagnóstico.

Para a definição da situação provável da infecção, solicitar dois exames de contagem de carga viral, sendo o primeiro entre 1 e 6 meses. Se a primeira amostra for indetectável, colher a segunda amostra após o 4º mês de vida. Caso o primeiro resultado seja detectável, solicitar uma segunda amostra imediatamente após receber o primeiro resultado.

Caso a criança tenha as duas cargas virais indetectáveis, confirmar com uma sorologia após os 12 meses de idade. Se esta for negativa, a criança será considerada não infectada, sendo referenciada à UBS, com retorno anual à unidade especializada.

Se a segunda carga viral for detectável, realizar imediatamente o terceiro exame. Este sendo positivo, a criança será considerada infectada e permanecerá em acompanhamento na unidade especializada.

O controle da distribuição de fórmula infantil será um indicador deste acompanhamento.

O encerramento de caso, ou seja, a notificação da condição sorológica da criança exposta é fundamental para a vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV.

Instituir a vacinação conforme **Quadro 5**.

Quadro 5: Vacinação da Criança Exposta Verticalmente e Infectada pelo HIV

CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA INFECTADA PELO HIV (1) (2)												
Vacina	Idades											
	RN	1 m	2 m	4 m	6 m	7 m	12 m	15 m	18 m	24 m	4-6 anos	14-16 anos
Hep B	● (3)	●			●		●					
BCG ID	● (4)											
DTP ou DTPa (5)			●	●	●			●			●	
Hib(6)			●	●	●			●				
VIP ou VOP (7)			●	●	●			●			●	
Pnc7 (8)			●	●	●		●					

CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA INFECTADA PELO HIV (1) (2) - Continuação

Vacina	Idades											
	RN	1 m	2 m	4 m	6 m	7 m	12 m	15 m	18 m	24 m	4-6 anos	14-16 anos
Rtv (9)			•	•								
MenC conj. (10)			•	•	•							
Infl (11)					•	•						
SRC (12)							•				•	
VZ (13)							•	•				
Hep A (14)							•		•			
Pn23 (8)										•	•	
DT ou dTpa (15)												•

Vacina contra febre amarela (16): indicada a partir dos 9 meses de acordo com a situação epidemiológica local e condição imunológica do paciente, conforme orientação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) do Ministério da Saúde.

Legenda: HepB = hepatite B; Hib = Haemophilus influenzae tipo b; DTP = difteria, tétano e pertussis; DTPa = difteria, tétano e pertussis acelular; VIP = vacina injetável contra pólio; VOP = vacina oral contra pólio; Pnc7 = vacina contra pneumococo conjugada 7-valente; Rtv: vacina oral contra rotavírus; Men C conj. = vacina contra meningococo tipo C conjugada; Infl = vacina contra influenza; Hep A = hepatite A; SRC = vacina contra sarampo, caxumba e rubéola; VZ = vacina contra Varicella zoster; Pn23 = vacina polissacarídica contra pneumococo 23-valente.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil 2004.

Observações

1. Esse calendário deve ser adaptado às circunstâncias operacionais ou epidemiológicas sempre que necessário.

2. Esse calendário se aplica em sua totalidade às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV. As crianças expostas verticalmente devem receber as vacinas indicadas até 18 meses de idade, seguindo após com o calendário oficial da criança do Ministério da Saúde. As vacinas que não fazem parte da rotina estão disponíveis para estas crianças nos CRIE.
3. **Vacina contra hepatite B:** iniciar ao nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Se a mãe for HbsAg positiva, aplicar simultaneamente, em outro local, imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B. Em caso de criança comprovadamente infectada pelo HIV, aplicar uma quarta dose de 6 a 12 meses após a terceira, mesmo que a mãe não seja HbsAg positiva. Para as crianças com evidência clínica ou laboratorial de imunodeficiência, recomenda-se a utilização do dobro da dose de rotina.
4. **BCG ID:** deve-se administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina só deve ser indicada para crianças assintomáticas e sem imunodepressão. Não se indica a revacinação de rotina.
5. Caso estiver disponível, prefere-se a utilização da DTPa (componente pertussis acelular), por ser menos reatogênica.
6. **Vacina contra Hib:** Deve-se indicar uma quarta dose da Hib a partir dos 12 meses de idade. As crianças maiores de 12 meses e menores de 19 anos, nunca vacinadas, devem receber duas doses, com intervalo de 2 meses.
7. **Vacina contra poliomielite:** deve-se dar preferência para vacina inativada (VIP), duas doses com intervalos de 2 meses, iniciando aos 2 meses de idade, com reforço aos 15 meses e entre 4 e 5 anos. As doses da série primária (3 doses no primeiro ano de vida e quarta dose aos 15 meses) podem ser feitas com a vacina

oral (VOP), caso não esteja disponível a vacina inativada. Em crianças maiores ou naquelas que apresentarem sinais de imunodeficiência deve-se usar a vacina inativada (VIP), completando-se quatro doses. A criança que convive com pessoa imunodeficiente deve receber a vacina inativada.

8. **Vacina contra pneumococo:** as crianças entre 12 e 23 meses não vacinadas ou com esquema vacinal incompleto no primeiro ano de vida deverão receber duas doses da vacina conjugada 7-valente (Pnc7), com oito semanas de intervalo. As crianças entre dois e 10 anos de idade deverão receber duas doses da vacina polissacarídica (Pn23), com intervalo de três anos, mesmo que tenham feito anteriormente a Pnc7. Os maiores de 10 anos devem receber duas doses da vacina Pn23, a segunda cinco anos ou mais após a primeira. Não se deve aplicar mais de duas doses da vacina Pn23.
9. **Vacina oral contra rotavirus:** a primeira dose deve ser aplicada entre 6 e 14 semanas de idade e a segunda entre 14 a 24 semanas. Após esta idade não deve mais ser aplicada por não haver estudos concluídos. As crianças expostas verticalmente ao HIV e as infectadas assintomáticas e sem imunossupressão podem receber a vacina.
10. **A vacina conjugada contra o meningococo C** pode ser aplicada aos 3, 5 e 7 meses. A partir de 12 meses de idade está indicada em dose única.
11. **Vacina contra influenza:** deve ser aplicada a partir dos seis meses de idade e repetida em dose única anual, levando-se em conta a sazonalidade da infecção. Utiliza-se meia dose (0,25 ml) até 36 meses de idade e após essa idade, 0,5 ml. As crianças com menos de nove anos de idade, ao receberem a vacina pela primeira vez, requerem duas doses com intervalo de quatro a seis semanas.

12. **Vacina tríplice viral** (contra sarampo, caxumba e rubéola): não deve ser aplicada nas crianças com sintomatologia grave (categoria clínica C) ou imunodepressão grave (categoria imunológica 3). Caso tenha recebido duas doses, não há necessidade de dose adicional.
13. **Vacina contra varicela:** deve ser aplicada em crianças nas categorias N1 e A1. Recomenda-se, caso disponível, uma segunda dose, com um intervalo mínimo de um mês e máximo de três meses.
14. **Vacina contra hepatite A:** indicada a partir dos 12 meses de idade, em duas doses com intervalo entre seis e 12 meses.
15. Como alternativa à vacina dT, pode ser administrada a vacina dTp a (tríplice acelular tipo adulto) 10 anos após o último reforço da DTP ou dT.
16. **Vacina contra febre amarela:** a eficácia e segurança para os pacientes portadores do HIV não estão estabelecidas. Pode ser recomendada, levando-se em consideração a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica local, conforme orientação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais do Ministério da Saúde.
17. Pode-se utilizar vacinas combinadas como a DTP/Hib, DTPa + Hib + VIP e DTPa + Hib + VIP + HepB, com indicação potencial em casos de discrasias sanguíneas como plaquetopenia. Deve-se ressaltar, no entanto, a inexistência de estudos de imunogenicidade deste esquema em crianças infectadas.
18. Até o momento não há evidência científica documentada recomendando a revacinação das crianças com infecção pelo HIV após a chamada “síndrome da reconstituição imunológica”.
Para as crianças maiores de 24 meses de idade que não receberam as vacinas indicadas neste calendário, ou cujo diagnóstico da infecção pelo HIV foi efetuado tardiamente, deve-se seguir as indicações dos CRIE.

ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

- Agendar consulta no serviço de referência.
- Realizar puericultura em acompanhamento conjunto com o serviço de referência.
- Identificar sinais e sintomas relacionados ao HIV e aids, encaminhando para a referência conforme fluxo.
- Manter o acompanhamento da criança exposta após encerramento do caso como negativo.

ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.
- Suspender o AZT quando indicado.
- Indicar profilaxia de infecções oportunistas e imunizações.
- Definir o encerramento do caso.
- Manter o acompanhamento da criança exposta após encerramento do caso como positivo.
- Notificação de criança exposta ao HIV após o encerramento do caso.

9 Sífilis adquirida e gestacional

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica e causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual e vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida e congênita da doença.

A sífilis é o exemplo de uma DST que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, continua como sério problema de saúde pública no Brasil.

EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, estima-se que cerca de 50 mil parturientes tenham o diagnóstico de sífilis, com uma prevalência de 1,6%, o que resulta em aproximadamente 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita, considerando-se uma taxa de transmissão vertical de 25%, embora sejam notificados apenas cerca de 4 mil novos casos ao ano.

CLASSIFICAÇÃO

Sífilis adquirida

- Recente (menos de um ano de evolução): formas primária, secundária e latente recente;
- Tardia (com mais de um ano de evolução): formas latente tardia e terciária.

Sífilis congênita

- Recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
- Tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

8.1 Sífilis adquirida

Sífilis Primária

- Cancro duro - caracteriza-se por ser uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, apresentando as seguintes características:
 - Adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla;

- A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante;
- No homem em geral localiza-se na glândula e sulco bálano-prepucial;
- Na mulher geralmente aparece nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino (pode passar despercebida);
- A lesão é caracteristicamente rica em treponemas.

Sífilis Secundária

Em geral manifesta-se 6 a 8 semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro. As lesões são pleomórficas, também sendo ricas em treponemas. As manifestações mais comuns do secundarismo são:

- Poliadenopatia generalizada;
- Artralgias, febrícula, cefaléia e adinamia;
- Roséolas, podendo formar exantema morbiliforme;
- Pápulas cutâneas, denominadas sífilides papulosas. Sua localização nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico do secundarismo da sífilis;
- Alopecia, inclusive com madarose;

- Lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placas mucosas);
- Lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito, também chamadas de condiloma plano.

Sífilis latente (recente e tardia)

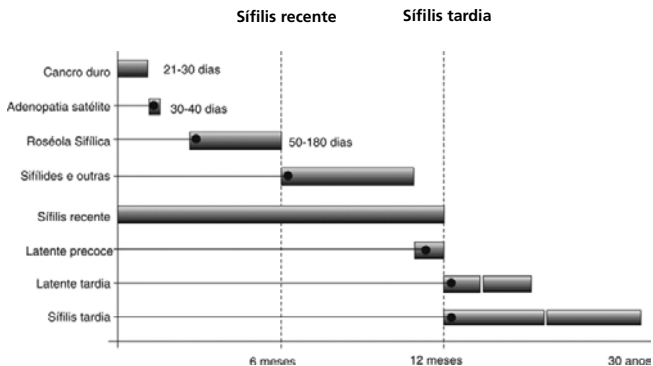
É uma fase de duração variável em que não se observam sinais e sintomas clínicos. O diagnóstico é realizado exclusivamente através de testes sorológicos.

Sífilis tardia

Os sinais e sintomas surgem em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, do contágio. As lesões nos órgãos afetados são pobres em treponemas. Suas manifestações clínicas mais comuns são:

- lesões cutâneo-mucosas, que se apresentam como tubérculos ou gomas;
- apresentação neurológica tal como o tabes dorsalis e demência;
- doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico;
- comprometimento articular (artropatia de Charcot).

Figura 4: fases clínicas da sífilis adquirida e sua classificação



Fonte: PASSOS, 2005.

DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico de certeza é feito através da **microscopia direta** em campo escuro, método que permite a identificação do treponema, sem requerer coloração específica, mas depende de um microscópio ótico com condensador especial de campo escuro. Outro método microscópico é a imunofluorescência direta, entretanto este método requer coloração específica e microscópio especial para sua realização.

Os testes sorológicos podem ser divididos em:

- **Testes não-treponêmicos:** VDRL e RPR. São testes qualitativos (resultados reagentes ou não reagentes) e quantitativos (expresso em títulos: 1:2, 1:4, etc.), utilizados para triagem e monitoramento da infecção.
- **Testes treponêmicos:** aglutinação passiva (TPHA ou MHA-TP), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (ELISA ou EIE). São testes mais específicos utilizados para confirmar a infecção treponêmica.
 - Uma vez que o indivíduo tenha sido infectado pelo *Treponema pallidum*, os anticorpos específicos podem permanecer detectáveis indefinidamente pelos métodos treponêmicos, podendo significar uma infecção anteriormente tratada, diferentemente dos não treponêmicos, que tendem à negatificação após o tratamento e por isso são utilizados no seguimento.
 - Cicatriz sorológica é uma expressão utilizada para os casos de testes não treponêmicos persistentemente reagentes, usualmente em baixas titulações, em pessoas adequadamente tratadas.

- **Teste Rápido para Sífilis (TRS):** são exames treponêmicos bastante práticos e de fácil execução, podendo ser utilizada amostra de sangue total colhida por punção digital ou venosa e obtenção de resultado em período de 10 a 15 minutos, sem o uso de equipamentos. Análises da Organização Mundial de Saúde, em 2003, apontam para resultados semelhantes aos testes treponêmicos (TPHA) usados como referência para comparação.

Critérios para a realização do Teste Rápido para Sífilis (TRS), quando não disponível teste de triagem (VDRL) ¹

- Toda a gestante, em qualquer visita para seguimento pré-natal, desde que não tenha realizado exames treponêmicos com resultado reagente na gestação atual ou anterior, ou que estes tenham sido negativos em gestações anteriores, comprovado em prontuário ou Cartão da Gestante;
- Apresentação de sinais e sintomas de qualquer DST durante o período gestacional;
- Gestantes no pré-natal com resultado do VDRL indisponível, mesmo que tenha sido coletada amostra de sangue para sua realização;

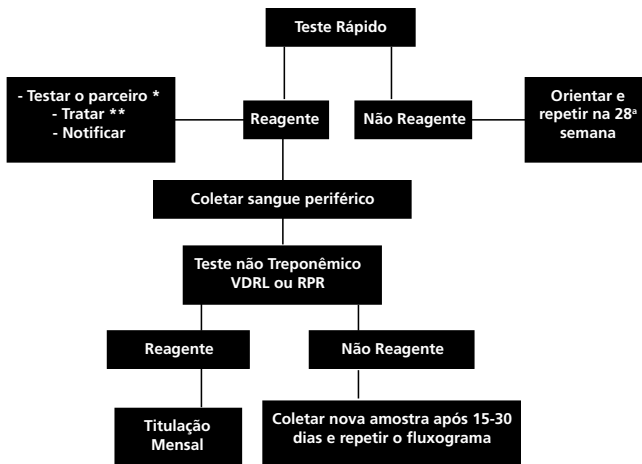
¹ A indisponibilidade do VDRL se refere também à não obtenção do resultado em tempo hábil.

- Em parceiros de gestantes que apresentaram teste rápido positivo;
- No 3^a trimestre gestacional, quando o primeiro teste realizado no início da gestação tiver sido negativo.

Critério de exclusão para realizar o TRS

- Gestantes que apresentaram sífilis em qualquer fase da vida, documentada com tratamento adequado e seguimento com VDRL comprovados (prontuário, receituário, Cartão da Gestante). É obrigatória a coleta do VDRL para fins de diagnóstico de reinfecção.

Figura 5: fluxograma para uso de teste rápido para sífilis em gestantes



* O parceiro deverá ter o VDRL realizado para o seguimento;

** O tratamento do parceiro deve ser concomitante ao da gestante. O não tratamento do parceiro implica em tratamento materno inadequado.

Interpretação dos resultados

- Os resultados são obtidos em cerca de 15 min. e serão interpretados de acordo com a Figura 6.

Figura 6: interpretação do TRS* - a amostra de sangue é aplicada na região "S"

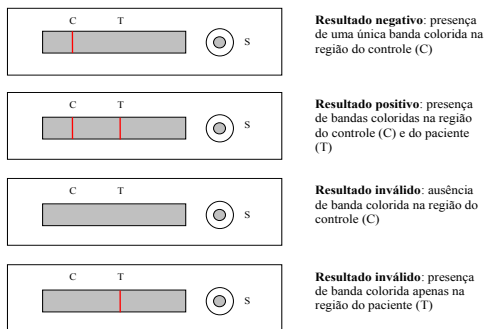


Figura esquemática, meramente ilustrativa.

* É obrigatória a coleta do VDRL para fins de diagnóstico de reinfecção.

Diagnóstico diferencial da sífilis

Os diagnósticos diferenciais dependem da fase da infecção:

- **Sífilis primária:** herpes genital, cancro mole, donovanose, linfogranuloma venéreo, câncer, úlcera amebiana, leishmaniose, trauma.
- **Sífilis secundária:** farmacodermias, doenças exantemáticas não vesiculosas, hanseníase virchowiana, colagenoses.
- **Sífilis terciária:** tuberculose, leishmaniose, esporotricose, aneurismas congênitos, tumor intracraniano, distúrbios psiquiátricos.

9.2 Sífilis na gestação

- O quadro clínico, o manejo diagnóstico e terapêutico da sífilis na gestação não diferem do período não gestacional, porém há possibilidade de falhas terapêuticas em cerca de 14% das vezes. Isto pode estar particularmente relacionado à hemodiluição gestacional, à presença de co-infecções, como o HIV (ver a seguir) ou a esquemas terapêuticos inadequados, entre outros.

9.3 Esquemas de tratamento da sífilis

A primeira escolha para tratamento da sífilis é a penicilina (Tabela 1).

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

A elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento. Deve-se verificar se o tratamento do parceiro foi realizado.

A condição de parceiros não tratados caracteriza tratamento materno inadequado e, por conseguinte, a criança será considerada caso de sífilis congênita.

As orientações sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por transmissão sexual devem ser reforçadas para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) evitem relações sexuais durante o tratamento, ou mantenham

práticas sexuais seguras utilizando preservativos, durante o período de tratamento.

O controle de cura é **mensal** por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos ².

Gestantes na fase secundária da doença devem receber a primeira dose do tratamento, idealmente, em ambiente hospitalar devido a possibilidade de desenvolvimento da Reação de *Jarish-Herxheimer* ³ e risco potencial de abortamento.

Impossibilidade do uso de penicilina

É contra-indicado o uso de tetraciclina, doxiciclina e estolato de eritromicina, na gestação, devido ao risco de alterações ósseas e do esmalte dentário do feto, toxicidade para a mãe causados pelas tetraciclinas e doxiciclina e litíase intra-hepática fetal, pelo estolato.

Gestantes ou nutrizes comprovadamente alérgicas à penicilina, após teste de sensibilidade adequadamente realizado, devem ser dessensibilizadas e posteriormente

² Após o tratamento adequado, os testes não-treponêmicos na sífilis primária e secundária devem declinar cerca de quatro vezes após três a seis meses e oito vezes após seis a 12 meses, com níveis não-reativos após os 12 meses. Na infecção latente precoce, a queda de quatro vezes no título ocorre, geralmente, após um ano. Pacientes tratadas no estágio latente tardio ou que tiveram múltiplos episódios de sífilis podem mostrar um declínio mais gradual dos títulos.

³ Os principais sinais e sintomas são: febre, calafrios, mialgia, dor de cabeça, hipotensão, taquicardia e acentuação das lesões cutâneas. Esta reação inicia-se, geralmente, entre duas a quatro horas após o tratamento com penicilina, podendo durar de 24 a 48 horas. A reação não se repetirá nas aplicações seguintes.

tratadas com penicilina, em ambiente hospitalar. Na impossibilidade, deverão ser tratadas com eritromicina (estearato) 500 mg, por via oral, de seis em seis horas durante 15 dias, para a sífilis recente, ou durante 30 dias, para a sífilis tardia. Essa gestante, entretanto, não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

9.4 Co-infecção sífilis/HIV na gestação

Existem relatos na literatura sugerindo que a história natural da sífilis pode ser profundamente alterada como resultado da co-infecção pelo HIV.

As lesões de sífilis primária e secundária podem apresentar-se de maneira atípica, os títulos de VDRL podem sofrer retardo em sua queda ou negatificação e até resultados falsos-negativos não são incomuns.

O desenvolvimento de neurosífilis nesses indivíduos pode ocorrer mais precocemente, havendo maior risco de falência terapêutica. A magnitude desse risco, entretanto, ainda não está bem estabelecida. Assim, os esquemas preconizados pelo Ministério da Saúde para indivíduos não infectados pelo HIV parecem ser suficientemente potentes para utilização também nos indivíduos infectados. Dessa forma, gestantes co-infectadas com o HIV podem apresentar discordância

entre a eficácia esperada do tratamento e os resultados laboratoriais de seguimento, com maior demora, ou a não ocorrência, de queda dos títulos. Devem ser acompanhadas, assim como seus bebês, com maior cuidado e atenção.

ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

- Realização do diagnóstico sorológico, através da solicitação de testes não treponêmicos, e confirmatórios, quando disponíveis;
- Realização do teste rápido para sífilis, quando disponível na unidade, conforme critérios de realização (ver item 8.1, Sífilis adquirida);
- Tratamento de adultos e gestantes com diagnóstico estabelecido de sífilis e de seus parceiros (as) sexuais;
- Ter disponível na unidade básica a penicilina G benzatina e outros insumos necessários para sua utilização, conforme portaria nº156/MS, de janeiro de 2005 (Anexo 15);
- Acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não-treponêmicos mensais, para definição de cura;
- Pesquisa da infecção treponêmica em todo portador de DST;

- Encaminhamento para referência dos casos de alergia comprovada à penicilina e de suspeita de sífilis terciária;
- Notificação de todas as gestantes com diagnóstico de sífilis.

ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

- Manejo dos adultos e gestantes alérgicos à penicilina;
- Manejo da sífilis terciária;
- Manejo dos casos de co-infecção com o HIV.

10 Sífilis congênita

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *treponema pallidum* da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu concepto por via transplacentária.

- A transmissão vertical do treponema pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.
- Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto intra-útero.
- **A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 70 a 100%** nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).
- **Não há transmissão por meio do leite materno.**
- Aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal ocorrem em aproximadamente 40% dos conceptos infectados de mães não tratadas.

- **Mais de 50% dos casos notificados são assintomáticos ao nascimento**, por isso é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade.

As estratégias de controle de sífilis congênita devem garantir que:

- **Todas as gestantes** recebam assistência pré-natal e a triagem de sífilis seja incluída como **rotina** a todas as mulheres e aos parceiros;
- Seja realizado VDRL **como rotina na primeira consulta** na fase inicial da gestação, **no início do 3º trimestre gestacional e no momento do parto**;
- O tratamento esteja disponível a todas gestantes infectadas e seus parceiros;
- Os casos de sífilis materna e congênita sejam devidamente tratados e **notificados** à vigilância epidemiológica.

10.1 Classificação

- **Sífilis congênita precoce** é definida até o 2º ano de vida, tendo as seguintes características:
 - Gravidade variável, sendo sua forma mais grave a septicemia maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia;

- Lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais;
 - Lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite (ex. pseudo-paralisia de Parrot);
 - Lesões do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite);
 - Lesões do aparelho respiratório (pneumonia alba);
 - Hepatoesplenomegalia, pancreatite;
 - Rinite sanguinolenta;
 - Anemia, plaquetopenia, púrpura.
-
- **Sífilis congênita tardia** é definida no período posterior ao 2º ano de vida; suas principais características são:
 - fronte olímpica;
 - mandíbula curva;
 - arco palatino elevado;
 - tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson + ceratite intersticial + lesão do VIII par craniano);
 - nariz em sela;
 - tíbia em lâmina de sabre;
 - surdez, retardo mental, hidrocefalia.

10.2 Diagnóstico laboratorial

Microscopia:

Pesquisa direta do *T.pallidum* em lesão cutâneo-mucosa, placenta, cordão umbilical ou necrópsia.

- Pesquisa em campo escuro
- Imunofluorescência direta

Testes Sorológicos:

- **Testes não-treponêmicos** (VDRL, RPR): a positividade até o sexto mês pode significar transferência materna de anticorpos, devendo ser comparados os títulos com os maternos, realizados na admissão para o parto.
- **Testes treponêmicos** (TPHA, FTA-Abs, ELISA): a transferência passiva de anticorpos IgG maternos tendem progressivamente a declinar até a sua negatificação, com cerca de 18 meses de idade. **Não devem ser realizados em recém-nascidos.** Anticorpos da classe IgM não tem boa sensibilidade, resultando em falsos negativos.

Estudo do Líquido Cefalorraquidiano (LCR / líquido)

- Alterações encontradas na neurosífilis em recém-nascidos:
 - Celularidade: > 25 leucócitos/mm³
 - proteínas > 150 mg/dl
 - VDRL reagente
- No período pós-neonatal (acima de 28 dias de vida) as alterações no LCR incluem: VDRL positivo e/ou concentração de proteínas de 40 mg/dl ou mais e/ou contagem de leucócitos de 5 células/mm³ ou mais.

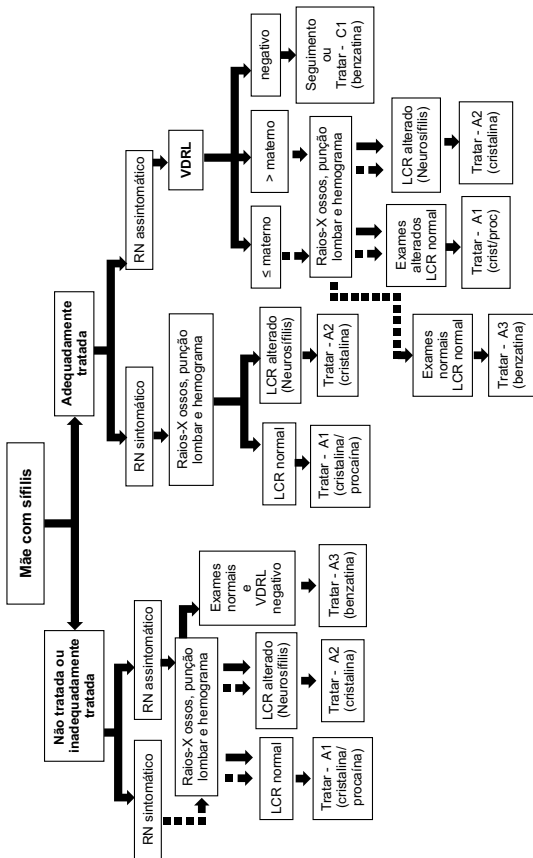
As alterações liquóricas em um ou mais dos parâmetros citados indicam neurosífilis.

Radiografia de ossos longos

Envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero) incluindo osteocondrite, osteíte e periostite.

O algoritmo abaixo resume o conjunto de procedimentos que serão realizados para o estadiamento da sífilis congênita e o tratamento adequado para cada situação. A penicilina natural, nas apresentações cristalina, procaína e benzatina, é a droga de escolha para o tratamento.

Figura 7: algoritmo para condutas frente à gestante com sífilis e sífilis congênita



Notas explicativas:

- **Tratamento materno ADEQUADO:** é todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.
- **Tratamento INADEQUADO para sífilis materna:**
 - É todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;
 - Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina;
 - Instituição ou finalização de tratamento nos 30 dias anteriores ao parto;
 - Ausência de queda ou elevação dos títulos (VDRL) após tratamento adequado;
 - Parceiro não tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

10.3 Manejo da sífilis congênita (conforme algoritmo Figura 7)

Manejo adequado do recém-nascido na maternidade:

- Realizar VDRL em amostra de **sangue periférico** de todos os recém-nascidos cujas mães apresentaram

VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita.

- O sangue do cordão umbilical não deve ser utilizado para fins de diagnóstico sorológico devido à presença de sangue materno e ocorrência de atividade hemolítica e anticorpos maternos, o que pode determinar resultados falsos.
- Realizar radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR (quando necessário) em todos RN que se enquadrem na definição de caso;

A notificação e a investigação são obrigatórias para todos os casos detectados, incluindo os natimortos e abortos por sífilis (Ver Anexo H).

No período neonatal:

- A 1** – penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, 10 dias;
- A 2** – penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) ou 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias;
- A 3** – penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B 1 – igual a A1;

B 2 – igual a A2;

C 1 – seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento tratar com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

C 2 – seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade do seguimento, investigar e tratar como A1 ou A2.

No período pós-neonatal (após 28º dia de vida):

Crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de quatro em quatro horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados.

Seguimento:

- Consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês;
- Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois VDRL negativos consecutivos;

- Realizar TPHA ou FTA-Abs após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos;
- Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral, por dois anos;
- Nos casos em que o LCR mostrou-se inicialmente alterado, deve ser realizada uma reavaliação líquórica a cada seis meses até a normalização do mesmo. Alterações persistentes e/ou evidências clínicas neurológicas indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas terapêuticos anteriormente descritos.

A notificação é feita pelo preenchimento e envio da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de Caso de Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação, e deve ser preenchida corretamente, evitando inconsistências e/ou não completude dos dados na ficha por todo profissional de saúde no exercício de sua função.

ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

- Encaminhamento para referência dos casos de suspeita de sífilis congênita.

ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

- Manejo dos casos de sífilis congênita;
- Notificação da sífilis congênita.

Referências

- BERMAN, S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 8, p. 433-438, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o controle da sífilis congênita*. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de Testes de Sensibilidade à Penicilina*. Brasília, 1999.
- _____. Portaria nº 542, de 22 de Dezembro de 1986. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 dez. 1986. Seção 1, p. 19827.
- _____. Portaria nº 59, de 28 de janeiro de 2003. Padroniza o conjunto de procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV para diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 30 jan. 2003. Seção 7, p. 87.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Informações sobre aids, sífilis congênita e gestante HIV + por Estado no período de 1980 a 2004*. Disponível em: <www.aids.gov.br/documentosepublicações/epidemiologia>.
- _____. Portaria nº 33, de 14 de junho de 2005. Altera a relação de doenças de notificação compulsória incluindo a gestantes com sífilis. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 15 jul. 2005. Seção 1, p. 111.

_____. Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção do HIV em situações especiais. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 29 jul. 2005. Seção 1, p. 77.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 156, de 19 de Janeiro de 2006. Normatiza a utilização da penicilina no tratamento da Sífilis nas unidades básicas de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 20 jan. 2006. Seção 1, p. 54.

_____. Ministério da Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria*. Brasília, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted diseases: treatment guidelines. *Morbidity and mortality weekly report*, [S.1.], v. 51, n. RR6, p. 1-80, 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas: Area of Family and Community Health HIV/AIDS unit*. [S.1.], 2004. Mimeografado.

PASSOS, M. R. L. *Dessetologia: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST 5)*. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

PEELING, R. W. et al. Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet*, [S.1.], v. 364, p. 1561-1563, 2004.

ROUZIOUX, C. et al. Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. *Am J Epidemiol*, [S.1.], v. 142, n. 12, p. 1330-1337, 2005.

SUCCI, R. C. M. et al. Brazilian multicêntrico collaborative study develop to determine the rate of Mother to Child Transmission (MCT) of HIV in Brazil. *Brazilian Pediatric Society Study Group for MCT of HIV 2004*. Disponível em: <http://ias.se/ejias/print.asp?abstract_id=2169633>.

TESS, B. H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. *Aids*, [S.1.], v. 12, n. 5, p. 513-520, 1998.

WALKER, D. G., WALKER, G. J. Prevention of Congenital Syphilis: time for action. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.1.], v. 82, p. 401.

WALKER, G. J. A. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *The Cochrane Library*, [S.1.], Issue 4, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *SDI Report: the Sexually Transmitted Diseases diagnostics initiative: laboratory-based evaluation of rapid Syphilis diagnostics*. Geneva, 2003.

Anexos

Anexo A – Avaliação de risco e vulnerabilidade

Motivação para testagem e conhecimento

1. Porque você quer fazer o teste anti-HIV?
2. Você já fez o teste anti-HIV alguma vez? Quando? Por quê?
3. O que você sabe sobre o HIV e a aids (identificar formas de transmissão, prevenção e diferença entre HIV e aids)?

Avaliação de Risco - mapeamento e aprofundamento:

4. Você viveu alguma situação em que considera ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV? Quando? Qual?
5. Você tem ou teve relações sexuais só com homens, só com mulheres ou com homens e mulheres?
6. Estas relações são estáveis ou eventuais?
7. E que tipos de práticas sexuais você costuma ter: sexo anal, vaginal e / ou oral?
8. Dentre essas práticas, em quais você usa preservativo e em quais não usa?
9. E com que parceiros você usa e com quais não usa?
10. Você considera que as medidas de prevenção que utiliza são suficientes ?
11. Você já teve ou tem sintomas de alguma Doença Sexualmente Transmissível?
12. Você faz uso de drogas (inclusive álcool)? Quais? Em que situações? Com que frequência?

13. Você compartilha equipamentos (seringa, agulha, canudo, cachimbo) para uso de drogas?
14. Algum dos seus parceiros usa drogas? Quais? Como? Em que situações?
15. Você acha que quando você ou seu parceiro está sob efeito de drogas é mais difícil usar o preservativo na relação sexual?
16. Você sabe usar o preservativo? (demonstrar o uso correto)
17. Você recebeu transfusão de sangue e/ou derivados antes de 1993 ?
18. Você já vivenciou ou vivencia alguma situação de violência física? E de violência sexual?
19. Você conhece a prática sexual, uso de drogas e histórico de DST e HIV de seu (s) parceiro (s) atual (is)?

Anexo B – Portaria Nº 59/GM/MS

Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

Portaria Nº 59, de 28 de janeiro de 2003

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, e considerando:

- a necessidade de definir e normatizar a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV, integrante da Rede Nacional de Laboratórios Clínicos, em conformidade com a Portaria No 15, de 03 de janeiro de 2002;
- a necessidade de implantar um programa que tem por objetivo o controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV;
- a necessidade de padronizar o conjunto de procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV com o objetivo de realizar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 02 (dois) anos, resolve:

CAPÍTULO I

Da composição e organização da sub-rede

Art. 1º A sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, no que concerne ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, será composta por todos os laboratórios, públicos e conveniados ao SUS, que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV e de antígenos do HIV, organizados hierarquicamente, de acordo com a esfera de gestão do SUS à qual pertencem.

Art. 2º Cabe à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS/MS) a responsabilidade pela coordenação nacional das atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 3º Cabe aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), ora denominados de Laboratórios de Referência Estadual (LRE), a responsabilidade pela coordenação estadual das atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, segundo a NOAS/02.

Art. 4º Cabe aos Laboratórios de Referência Municipal (LRM), a responsabilidade pela coordenação dos laboratórios locais que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, no âmbito de sua atuação e segundo a sua situação no PDR do estado.

Art. 5º Serão considerados Laboratórios Locais (LL), os laboratórios públicos, universitários, hospitalares, filantrópicos e conveniados ao SUS.

Art. 6º As seguintes instituições são designadas como Centros Colaboradores (CC) da CN-DST/AIDS/MS:

I – Departamento de Imunologia/Instituto Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

II – Departamento de Reativos/Bio-Manguinhos/Fundação Oswaldo Cruz

III – Laboratório Avançado de Saúde Pública/IPGM/Fundação Oswaldo Cruz

IV – Departamento de Doenças Infecto-Parasitárias/Escola Paulista de Medicina

V – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde//Fundação Oswaldo Cruz

VI – Seção de Sorologia/Divisão de Biologia Médica/Instituto Adolfo Lutz

Art 7º A CN-DST/AIDS/MS será assessorada por um comitê para tratar de assuntos relativos ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.

CAPÍTULO II

Das atribuições

Art. 8º Cabe à CN-DST/AIDS/MS as seguintes atribuições:

I - Coordenar tecnicamente, avaliar e supervisionar as atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, em especial os centros colaboradores e laboratórios de referência estadual;

II - Normalizar procedimentos e padronizar as técnicas de diagnóstico implementadas no País;

III - Coordenar, promover e financiar pesquisas e desenvolvimento tecnológico, de forma articulada com a área competente no Ministério da Saúde, sociedades técnico-científicas e com centros de pesquisa e desenvolvimento que atuam em áreas críticas de interesse;

IV - Promover capacitação de recursos humanos em áreas de interesse ao desenvolvimento da credibilidade e confiabilidade laboratorial em conjunto com a área de capacitação do Ministério da Saúde, em parcerias com os centros colaboradores, laboratórios integrantes da sub-rede e com centros formadores de recursos humanos com competências específicas de interesse, visando à realização e à melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial;

V - Participar de intercâmbio e acordos nacionais e internacionais, visando promover a melhoria da sub-rede, e

VI - Gerenciar e disponibilizar, aos laboratórios públicos da sub-rede, o Programa de Avaliação Externa de Qualidade dos Testes para Detecção de Anticorpos anti-HIV.

Art. 9º Cabe aos CC as seguintes atribuições:

I - Assessorar a CN-DST/AIDS/MS na padronização de técnicas relativas às atividades laboratoriais;

II - Colaborar no desenvolvimento científico e tecnológico das unidades da rede, bem como na capacitação de recursos humanos;

III - Realizar procedimentos laboratoriais de alta complexidade para a complementação diagnóstica e para o controle da qualidade analítica;

IV - Desenvolver estudos, pesquisas e atividades de ensino de interesse da CN-DST/AIDS;

V - Assessorar tecnicamente os LRE; e

VI - colaborar com o Programa de Avaliação Externa da Qualidade dos testes para detecção de anticorpos anti-HIV, gerenciado pela CN-DST/AIDS/MS.

Art. 10º Cabe aos LRE as seguintes atribuições:

I - Designar, observada a legislação específica vigente, os laboratórios que serão integrados à rede estadual conforme o PDR do estado, definindo as atribuições dos laboratórios regionais, informando à CN-DST/AIDS;

II - Coordenar tecnicamente, avaliar e supervisionar as atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV no âmbito estadual;

III - Supervisionar e assessorar os laboratórios regionais da rede estadual e LRM;

IV- Realizar, quando pertinente ou de forma suplementar, os testes sorológicos para o diagnóstico

laboratorial da infecção pelo HIV, aos quais se refere o artigo 1º desta Portaria e conforme disposto no anexo II;

V - Encaminhar aos CC amostras inconclusivas para a finalização do diagnóstico, quando esgotados todos os recursos disponíveis;

VI – Realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico;

VII – Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios;

VIII – Colocar à disposição da CN-DST/AIDS, por meio de relatórios periódicos, as informações referentes às atividades laboratoriais, e

IX – Coordenar o Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, conforme disposto no Anexo I, no âmbito de sua atuação.

Art. 11º Cabe aos LRM as seguintes atribuições:

I – Designar os laboratórios que serão integrados à rede municipal, observada a legislação específica vigente segundo a situação do município no PDR do estado, informando ao LRE;

II - Coordenar tecnicamente, avaliar e supervisionar as atividades da sub-rede de laboratórios que realizam testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV no âmbito de sua atuação;

III - Realizar os testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV aos quais se refere o artigo 1º desta Portaria e, conforme disposto no Anexo II;

IV – Supervisionar e assessorar a rede de laboratórios locais;

V - Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios locais;

VI - Encaminhar ao LRE amostras inconclusivas, quando esgotados os recursos disponíveis; e

VII - Colocar à disposição do LRE as informações referentes às atividades laboratoriais quando solicitadas.

Art. 12º Cabe aos LL as seguintes atribuições:

I – Realizar os testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV aos quais se refere o artigo 1º desta Portaria, conforme disposto no Anexo II;

II – Encaminhar ao respectivo LRM ou, quando estes não existirem, ao LRE as amostras inconclusivas para a complementação diagnóstica; e

III – Colocar à disposição do LRM, ou LRE, as informações referentes às atividades laboratoriais, quando solicitadas.

CAPÍTULO III

Do Controle da Qualidade Analítica

Art.13º Cabe à CN-DST/AIDS/MS a responsabilidade pela coordenação nacional e estruturação do Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, de acordo com as etapas e diretrizes estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

Art 14º Cabe aos LRE a implantação e a implementação do Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, de acordo com as etapas e diretrizes estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

Art 15º Fica instituída a obrigatoriedade da participação dos laboratórios públicos e conveniados ao SUS no Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV, de acordo com as etapas e diretrizes estabelecidas no Anexo I desta Portaria, e sob a coordenação nacional da CN-DST/AIDS/MS.

Art 16º Determina que a área competente do Ministério da Saúde normatize os procedimentos relacionados aos testes para detecção de anticorpos anti-HIV em estabelecimentos de saúde, conforme as categorias estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

CAPÍTULO IV

Do Conjunto de Procedimentos para detecção de anticorpos anti-HIV

Art. 17º Fica instituído para todos os laboratórios públicos e privados que realizam os testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV, integrantes ou não da sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, o conjunto de procedimentos para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 02 (dois) anos, estabelecido no Anexo II desta Portaria.

CAPÍTULO V

Disposições Finais

Art. 18º Fica revogado o artigo terceiro da Portaria 488/SVS/MS, de 17 de junho de 1998, no que diz respeito a realização do testes para detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em laboratórios de análises clínicas, públicos, conveniados e privados.

Art. 19º A Portaria 488/SVS/MS fica mantida na sua integralidade em relação aos laboratórios de triagem sorológica de doadores de sangue.

Art. 20º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

Anexo C – Programa de controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV

No contexto desta Portaria são assumidas as seguintes definições:

Laboratório habilitado: laboratório público ou conveniado com o SUS, que possui autorização / licença formal de funcionamento outorgada pelo Sistema de Vigilância Sanitária, em qualquer esfera de execução.

Laboratório credenciado: laboratório de ensaios clínicos que possuem credenciamento dado pelo INMETRO segundo a Norma NIT-DICLA 083 ou qualquer outra norma que a substitua no futuro.

Comparações interlaboratoriais: organização, desempenho e avaliação de ensaios em alíquotas diferentes da mesma amostra por dois ou mais laboratórios, de acordo com condições pré-determinadas.

O Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV está fundamentado no reconhecimento pela CN-DST/AIDS do cumprimento sucessivo de duas etapas na implantação da garantia da qualidade analítica pelos laboratórios integrantes da sub-rede.

O reconhecimento é feito por meio da emissão de um “Selo de Qualidade”, outorgado pelo Ministério da Saúde após ser comprovado o cumprimento dos requisitos referentes a cada uma das etapas descritas abaixo pelo laboratório de referência estadual (LRE). A comprovação do cumprimento desses requisitos, por parte dos LRE, será realizada pela CN-DST/AIDS.

A sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids no que concerne ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV será constituída por todos os laboratórios públicos ou conveniados cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

A participação no Programa dar-se-á por meio da solicitação dos laboratórios cadastrados ao Laboratório de Referência Estadual, o que deverá ser feito em

um prazo de até 180 dias após a publicação desta Portaria, ocasião em que deverá ser comprovada a participação do laboratório em pelo menos um estudo de comparação interlaboratorial.

Os laboratórios inscritos neste Programa terão prazo de 01 (um) ano para agendar a avaliação técnica a ser realizada pelo Laboratório de Referência Estadual, com o objetivo de outorgar o Selo de Qualidade compatível com o resultado da avaliação.

NÍVEL BÁSICO:

O Selo “Nível Básico” será outorgado ao laboratório que cumprir os requisitos iniciais do controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, abaixo relacionados:

A.1) ter treinado, pelo menos, dois funcionários do laboratório, em aspectos de gestão da qualidade e componentes teóricos e práticos referentes à execução dos testes de diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. O gestor nacional e os gestores estaduais e municipais oferecerão treinamentos específicos para esta finalidade;

A.2) implementar procedimentos de biossegurança e de gerenciamento de descarte de resíduos de acordo com a legislação vigente no seu âmbito de atuação;

A.3) ter participado de estudos de comparações inter-laboratoriais e realizado, rotineiramente, pelo menos uma das seguintes atividades:

- retestar as amostras estocadas;
- introduzir amostras cegas, com reatividade conhecida, na rotina laboratorial;
- elaborar gráficos de controle para cada conjunto de diagnóstico com resultados de amostras de referência interna (por ex. padrão laboratorial preparado a partir de amostras com reatividade conhecida);

- realizar ensaios replicados utilizando-se os mesmos métodos e reagentes ou métodos / reagentes diferentes;

A.4) ter realizado pelo menos, uma auditoria interna, registrando adequadamente as não conformidades detectadas e as correspondentes ações corretivas.

A.5) ter elaborado e aprovado, procedimentos documentados para o gerenciamento das atividades pré-analíticas, analíticas e pós-analíticas.

NÍVEL AVANÇADO:

O Selo “Nível Avançado” será outorgado ao laboratório que evidenciar o cumprimento dos seguintes requisitos:

B.1) ter capacitado a totalidade do pessoal envolvido em aspectos de gestão da qualidade e componentes teóricos e práticos referentes à execução dos testes de diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV;

B.2) ter implementado pelo menos, três das atividades relacionadas no item A.3 da Etapa I sendo uma delas, obrigatoriamente, a participação em estudos de comparações inter-laboratoriais;

B.3) ter um programa de manutenção preventiva dos equipamentos, e

B.4) ter implementado ações de gestão da qualidade, incluindo, pelo menos, auditorias internas, reuniões de análise crítica e registro de não conformidades.

Os laboratórios da sub-rede terão o prazo de 01 (um) ano para se qualificarem em um dos níveis de qualidade e o prazo máximo de 2 (dois) anos para se qualificarem no Nível Avançado. Os referidos prazos serão contados a partir da publicação desta Portaria. A CN-DST/AIDS poderá recomendar à área competente do Ministério da Saúde, o descredenciamento dos laboratórios que não concluírem estas etapas.

O não cumprimento dessas etapas, no prazo especificado, implicará na exclusão do laboratório da sub-rede.

O Selo de Gestão Avançada será renovado anualmente, a medida em que o laboratório continuar evidenciando o cumprimento dos requisitos estabelecidos, sendo o mesmo comprovado pela CN-DST/AIDS, por análise da documentação e/ou de visitas por avaliadores da qualidade especificamente treinados para tal fim.

Todos os laboratórios cujos ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV tenham sido credenciados pelo INMETRO segundo a Norma NIT-DICLA-083 e que assim o desejarem, receberão o Selo de Nível Avançado.

Anexo D – Procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de dois anos

Com o objetivo de realizar a detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos seqüenciados, agrupados em três etapas:

Etapa I – Triagem Sorológica

Etapa II – Confirmação Sorológica por meio da realização de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1 (IFI/HIV-1) ou ao teste de Imunoblot para HIV.

Etapa III – Confirmação Sorológica por meio da realização do teste de Western blot para HIV-1 (WB/HIV-1).

Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde.

Etapa I – Triagem Sorológica

Todos os laboratórios que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico laboratorial deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de um imunoensaio, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de soro ou plasma. O imunoensaio utilizado não poderá ser de avaliação rápida (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

- as amostras não-reagentes, terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV “;
- as amostras reagentes ou inconclusivas devem ser submetidas:

B.1) ao segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta para HIV-1 ou ao teste de Imunoblot para HIV. O segundo

imunoensaio deverá ter princípio metodológico e/ou antígenos distintos do primeiro imunoensaio utilizado.

B.2) diretamente ao teste de Western blot .

As etapas subseqüentes, II e III, destinam-se à confirmação do diagnóstico sorológico.

Etapa II – Confirmação Sorológica por meio de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta (IFI) para o HIV-1 ou ao teste de Immunoblot para HIV.

O Ministério da Saúde colocará a disposição dos laboratórios públicos o ensaio confirmatório de Imunofluorescência Indireta.

Os laboratórios que não dispuserem deste teste deverão realizar o teste de Immunoblot ou o teste de Western blot .

Para interpretação do teste de Immunoblot deverão ser observados os critérios adotados pelo fabricante do conjunto de diagnóstico.

As amostras não-reagentes no segundo imunoensaio e negativas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1 “, ou “Amostra Negativa para HIV “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado.

As amostras reagentes no segundo imunoensaio e positivas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1 “ ou “Amostra Positiva para HIV “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmar a positividade da primeira amostra.

As amostras não-reagentes ou inconclusivas no segundo imunoensaio e positivas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot deverão ser submetidas ao teste Western blot (etapa III).

As amostras reagentes ou inconclusivas no segundo imunoenensaio e negativas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Immunoblot, deverão ser submetidas ao teste Western blot (etapa III).

Etapa III – Confirmação Sorológica pelo Teste Western blot (WB)

Para interpretação do teste Western blot, deverão ser observados os seguintes critérios:

Amostra não-reagente : ausência de bandas

Amostra reagente: presença de, no mínimo, 2 (duas) bandas dentre as: gp 160/120; gp 41; p24.

Amostra indeterminada: qualquer outro padrão de bandas diferente dos descritos anteriormente.

As amostras negativas terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1 “ e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

Amostras positivas no teste Western blot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1 “. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmar a positividade da primeira amostra.

As amostras indeterminadas terão seu resultado definido como “Amostra Indeterminada para HIV-1 “ e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

RECOMENDAÇÕES:

Investigação de soroconversão:

Para investigação de anticorpos, recomenda-se proceder a coleta de uma segunda amostra 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir o conjunto de procedimentos seqüenciados descritos nesta Portaria.

Pode-se também utilizar outros testes baseados na detecção de antígenos ou de ácido nucléico. O resultado definitivo da infecção deve ser baseado na soroconversão completa.

Investigação de HIV-2

Após a realização de todas as etapas obrigatórias e também recomendadas para a detecção de anticorpos anti-HIV-1, em amostras com resultado indeterminado, recomenda-se realizar a investigação de HIV-2 quando os dados epidemiológicos forem sugestivos de infecção por este vírus ou se os dados clínicos forem compatíveis com a infecção HIV/aids.

OBSERVAÇÕES:

As amostras com resultado definido como positivo deverão ter o resultado da primeira amostra liberado com a ressalva, por escrito, de que se trata de um resultado parcial e que somente será considerado como definitivo após a análise da segunda amostra.

Para amostras com resultado definido como positivo será obrigatório proceder a coleta de uma segunda amostra e repetir da etapa de triagem sorológica descrita acima, para confirmar a positividade da primeira amostra, preferencialmente em um intervalo de até 30 dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra. Caso o resultado do teste dessa segunda amostra seja não-reagente ou inconclusivo, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados. Em caso de resultados conclusivos discordantes na primeira e segunda amostra, deverá ser coletada uma terceira amostra e realizados todos os testes para a conclusão do diagnóstico.

Sempre que os resultados da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra, será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostras ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes.

O laboratório que emitiu o primeiro laudo deverá realizar a análise da segunda amostra para a confirmação da positividade da primeira amostra. No caso de recusa por parte da pessoa a que se refere o primeiro laudo em permitir a coleta da segunda amostra, deverá ela firmar Termo de Responsabilidade indicando os motivos da recusa.

5) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dois anos não caracteriza

- infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo
- necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

Deverão constar dos laudos laboratoriais do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV:

- as metodologias e os antígenos virais utilizados em cada imunoensaio, e
- a seguinte informação: “O Diagnóstico Sorológico da infecção pelo HIV somente poderá ser confirmado após a análise de no mínimo 02 (duas) amostras de sangue coletadas em momentos diferentes.

Anexo E – Portaria Nº 34/SVS/MS

Secretaria de Vigilância em Saúde

Portaria Nº 34, de 28 de Julho de 2005

Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art.36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando

Que o conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível à adoção de medidas que possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada para os indivíduos infectados;

Que, em alguns locais do país, há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente;

Que o Ministério da Saúde promoveu uma avaliação do uso dos testes rápidos, que validou o seu uso para o diagnóstico da infecção do HIV; e

A necessidade de buscar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Regulamentar a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 2º O diagnóstico da infecção pelo HIV poderá ser realizado em serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal.

Parágrafo único. Nos demais casos em que haja necessidade da implantação dessa estratégia, de acordo com a definição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, utilizar-se-á os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV.

Art. 3º O procedimento de realização dos testes rápidos somente poderá ser feito de acordo com normatização definida pela SVS/MS, a partir do resultado do estudo de avaliação dos referidos testes, conforme disposto no Anexo desta portaria.

Parágrafo único. Os procedimentos seqüenciados de que trata o Anexo desta Portaria, somente poderão ser aplicados em serviços de saúde e de acordo com cronograma de implantação estabelecido pela SVS/MS.

Art. 4º Os testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV serão realizado exclusivamente por profissionais de saúde capacitados, segundo programa de treinamento a ser definido pela SVS/MS.

Art. 5º O diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos somente poderá ser utilizado em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses.

Art. 6º Todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente, o disposto na Portaria nº. 59/GM, de 28 de janeiro de 2003.

Art. 7º As instituições privadas poderão realizar os testes rápidos com recursos próprios, desde que:

I. Adquiram os testes definidos pela SVS/MS;

II. Desenvolvam programa de treinamento para a realização dos testes rápidos, que deverá ser submetido para apreciação e aprovação da SVS/MS; e

III. Atendam ao disposto no Anexo desta Portaria.

Art. 8º O Ministério da Saúde, por meio da SVS, responsabilizar-se-á pela aquisição e distribuição dos testes rápidos aos serviços de saúde e maternidades públicas, onde achar pertinente a aplicação destes.

§ 1º Os testes rápidos deverão ser submetidos a uma análise de controle no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde- INCQS/FIOCRUZ, antes da conclusão do processo licitatório para a sua aquisição.

§ 2º A aquisição será efetivada após atender:

- a) aprovação do INCQS/FIOCRUZ; e
- b) registro no Ministério da Saúde.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

PROCEDIMENTOS SEQUENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV UTILIZANDO-SE TESTES RÁPIDOS EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 (DEZOITO) MESES

Com o objetivo de realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizando-se os testes rápidos, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos seqüenciados de acordo com o seguinte algoritmo:

Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde e deverão ter sido submetidos a uma análise de controle.

Os serviços de saúde que realizam testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de dois testes - T1 e T2 - em paralelo, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de sangue total, soro ou plasma. Os dois primeiros imunoenaios deverão apresentar valores de sensibilidade de 100% na análise de controle a ser realizada no INCQS/FIOCRUZ.

- a) As amostras negativas nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV”;
- b) As amostras que apresentarem resultados positivos nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra positiva para HIV”;

Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, a amostra deverá ser submetida a um terceiro teste rápido - T3, que deverá apresentar valor igual ou superior a 99,5% de especificidade na análise de controle a ser realizada no INCQS.

- a) Quando o terceiro teste apresentar resultado positivo, a amostra será considerada “positiva para HIV”;

b) Quando o terceiro teste apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “negativa para o HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

OBSERVAÇÕES:

- 1) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
- 2) Deverão constar dos laudos do diagnóstico da infecção pelo HIV o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto de diagnóstico.
- 3) Todos os conjuntos de diagnóstico deverão ser capazes de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2

Anexo F – Ficha de notificação de gestantes infectadas pelo HIV

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **GESTANTE HIV +**

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
2 Agravou/doença		Código (CID10) 3 Data da Notificação	
4 UF 5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
10 (ou) Idade		12 Gestante	
1 - Hora		1 - 1º Trimestre	
2 - Dia		2 - 2º Trimestre	
3 - Mes		3 - 3º Trimestre	
4 - Ano		4 - Não se aplica	
11 Sexo		5 - Não	
F - Feminino		6 - Não se aplica	
14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
1 - 1ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)		1 - Branca	
2 - 2ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)		2 - Preta	
3 - 3ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)		3 - Amarela	
4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau)		4 - Parda	
5 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)		5 - Indígena	
6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)		9 - Ignorado	
7 - Educação superior incompleta		10 - Não se aplica	
8 - Educação superior completa			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
17 UF 18 Município de Residência		Código (IBGE) 19 Distrito	
20 Bairro		Código	
21 Logradouro (rua, avenida...)		24 Geo campo 1	
22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	
25 Geo campo 2		27 CEP	

28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
31 Ocupação		32 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto			
Dados Complementares do Caso					
Pré-Natal					
33 Fez/ Faz pré-natal 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		34 UF		35 Município de realização do Pré-Natal	
36 Unidade de realização do pré-natal:		37 Nº de Gestante no SISPRENATAL		38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - ignorado	
39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia		Código			
Parto					
40 UF		41 Município do local do parto		Código (IBGE)	
42 Local de realização do parto:		Código			
43 Data do parto:		44 Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica			
45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		46 Evolução da gravidez: 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica			
47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado		Cód. da Unid. de Saúde			
Município/Unidade de Saúde		Nome		Assinatura	
Investigador		Função		SVS 17/07/2006	
Gestante HIV +		Sinan NET			
Dados Pré-Natal		Dados Parto			

Anexo G – Gestantes HIV – Instruções para preenchimento

FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SINAN_NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7- Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.

13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.

22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

24 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).

25 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)

27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da gestante ou parturiente.

31 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32- Informar o momento em que foi realizada a coleta do material no qual se evidenciou o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV na gestante/parturiente(considerar o primeiro resultado reagente).

PRÉ-NATAL:

33 - Informar se a gestante ou parturiente HIV + ou com diagnóstico confirmado de aids, fez ou faz pré-natal.

34 - Preencher com a sigla da Unidade Federada(UF) do município de realização do pré-natal.

35 - Informar o nome do município de localização da unidade de saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).

36- Preencher com o nome completo da unidade de saúde de realização do pré-natal, ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo SINAN.

37 - Preencher com o número da gestante no SISPRENATAL.

38 - Informar se a gestante utiliza anti-retrovirais para profilaxia

39 - Informar a data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia.

PARTO:

40 - Preencher com a sigla da Unidade Federada(UF) do município de realização do parto

41- Informar o nome do município de localização da Unidade de Saúde de realização do parto (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE)..

42- Preencher com o nome completo do local de realização do parto (ou código correspondente, segundo cadastro estabelecido pelo SINAN).

43 - Informar a data do parto.

44 - Informar o tipo de parto.

45 - Informar se a parturiente fez uso de profilaxia injetável durante o parto.

46 Informar evolução da gravidez.

47- Informar o início da profilaxia anti-retroviral na criança (em horas).

Dados do Investigador

Anexo H – Quadro-resumo dos critérios de definição de caso em indivíduos com 13 anos ou mais de idade

CRITÉRIO CDC ADAPTADO

Teste diagnóstico comprovadamente positivo para infecção pelo HIV

+

Evidência de Imunodeficiência:

Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de aids

e/ou

Contagem de linfócitos T CD4+ menor do que 350 células/mm³

e/ou

RIO DE JANEIRO/CARACAS

Teste diagnóstico comprovadamente positivo para infecção pelo HIV

+

Somatório de pelo menos dez (10) pontos de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

OU

CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Menção de AIDS/SIDA (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

ou

Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

Notas Explicativas:

Teste diagnóstico comprovadamente positivo para HIV: testes sorológicos conforme algoritmo publicado na Portaria 59/2003 e testes rápidos conforme algoritmo da Portaria 34/2005.

Investigação epidemiológica inconclusiva - quando após investigação epidemiológica em prontuários médicos ou em outras fontes de informações, o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais pelo não registro de dados epidemiológicos, clínicos e/ou laboratoriais.

A data do diagnóstico na ficha de notificação/investigação é aquela em que o indivíduo se enquadra em um dos critérios de definição de caso de aids, ou seja, tenha evidência clínica e laboratorial, exceto quando se trata do critério óbito. Nesse caso a data do diagnóstico é igual à data do óbito.

Anexo I – Ficha de Investigação/ Notificação AIDS pacientes com 13 anos ou mais

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

	1	Tipo de Notificação		2	Individual	
Dados Gerais	2	Agravado/ença		AIDS	Código (CID10)	
				B 24	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1 - Gestante 2 - Não gestante 3 - Não se aplica	1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado	13
	14	Escala de escolaridade		15	Número do Cartão SUS	
		0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsão ou 1º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsão ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 8 - Educação superior incompleta 9 - Ignorado	16	Nome da mãe	
Residência	17	UF	18	Município de Residência	19	Distrito
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	22	Número
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
						Código

Dados de		[25] Geo campo 2		[26] Ponto de Referência		[27] CEP	
[28] (DDD) Telefone		[29] Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		[30] País (se residente fora do Brasil)			

Dados Complementares do Caso

[31] Ocupação	
Provável modo de transmissão	
[32] Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	[33] Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado
[34] Sangüínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Transfusão sanguínea Tratamento/he motransfusão Acidente com material biológico com posterior soroco conversão até 6 meses para hemofilia
Informações sobre transmissão/acidente	
[35] Data da transmissão/acidente	[36] UF [37] Município onde ocorreu a transmissão/acidente
[38] Instituição onde ocorreu a transmissão/acidente	Código (IBGE)
	Código

[39] Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transmissão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica					
[40] Evidência laboratorial de infecção pelo HIV					
1 - Positivo/reagente	2 - Negativo/não reagente	3 - Inconclusivo	4 - Não realizado	5 - Indeterminado	9 - Ignorado
[] Teste de triagem	[] Teste rápido 1	[] Teste rápido 2	[] Teste confirmatório	[] Teste rápido 3	[] Data da coleta
Data da coleta		Data da coleta		Data da coleta	

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

08/06/2006

Critérios de definição de casos de aids

<p>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</p> <p>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Candidíase oral ou leucoplasia pilosa (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbio do sistema nervoso central (5)</p> <p><input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*</p> <p><i>*Excluída a tuberculose como causa</i></p>	<p>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo</p> <p><input type="checkbox"/> Candidíase de esôfago</p> <p><input type="checkbox"/> Candidíase de traquéia, brônquios ou pulmão</p> <p><input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos)</p> <p><input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar</p> <p><input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês</p> <p><input type="checkbox"/> Histoplasmoose disseminada</p> <p><input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês</p>	<p>43 Critério óbito -</p> <p>Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação</p> <p>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>44 UF <input type="text"/> 45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) <input type="text"/> 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código <input type="text"/></p>
--	--	---	--

Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	48	Data do Óbito
Investigador	Nome	Função		
	Assinatura			
	Aids em pacientes com 13 anos ou mais.	Sinan NET	SVS	08/06/2006

Anexo J – Vigilância epidemiológica da sífilis na gestação e da sífilis congênita

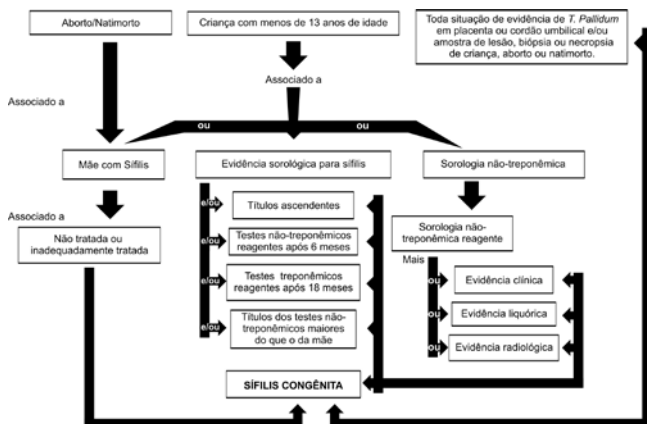
1) Sífilis Congênita

A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações:

todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, o parto ou o puerpério;

todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

Critérios de definição de caso de sífilis congênita:



Sífilis na Gestante

A portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União de 15/07/2005, inclui a sífilis em gestantes à listagem nacional de doenças de notificação compulsória. A proposta de vigilância compulsória dessa doença inicia-se num momento em que o Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios, está reforçando as ações de controle de sua transmissão vertical.

Para fins de vigilância epidemiológica, deve ser notificada toda gestante que, durante o pré-natal, apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Anexo K – Ficha de Investigação - Sífilis em Gestante

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
2 Agravado/enfermagem		3 Data da Notificação	
4 UF		5 Município de Notificação	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data do Diagnóstico	
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
10 (ou) Idade		11 Sexo	
1 - Hora		F - Feminino	
2 - Dia		12 Gestante	
3 - Mês		1 - 1º Trimestre	
4 - Ano		2 - 2º Trimestre	
		3 - 3º Trimestre	
		4 - Idade gestacional/ Ignorada	
		9 - Ignorado	
14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
0 - Analfabeto		1 - Branca	
1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)		2 - Preta	
5 - 5ª série completa do EF (antigo primário ou 2º grau)		3 - Amarela	
6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau)		4 - Paráb	
7 - Educação superior incompleta		5 - Indígena	
8 - Educação superior completa		9 - Ignorado	
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
17 UF		18 Município de Residência	
19 Distrito		Código (IBGE)	
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
24 Geo campo 2		25 Geo campo 1	
26 Ponto de Referência		27 CPF	

28	(DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)
----	----------------	----	---	----	------------------------------------

Dados Complementares do Caso

31	Ocupação
32	UF 33 Município de realização do Pré-Natal Código (IBGE) 34 Unidade de realização do pré-natal: Código
35	Nº da Gestante no SISPRENATAL 36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Resultado dos Exames

37	Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	38	Título 1: 1- Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-ignorado	39	Data
40	Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-ignorado				

41	Esquema de tratamento prescrito 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado
----	---

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
Nome	Função	Assinatura
Sifilis em gestante	Sinan NET	SVS 17/07/2006

Anexo L – Sífilis em Gestante – Instruções para preenchimento

FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SINAN_NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7- Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.

13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.

22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

24 - Anotar o número do Geo campo 1

25 - Anotar o número do Geo campo 2

26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)

27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da gestante ou da parturiente

31 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do local de realização do pré-natal.

33 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) do local de realização do pré-natal.

34 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) em que a gestante realizou o pré-natal.

35 - Informar o número do cadastro da gestante no SISPRENATAL.

36 - Registrar a classificação clínica para sífilis na gestação: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3 - sífilis terciária

– lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.

36 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico preconizado para a primeira consulta de pré-natal. Entende-se como teste não treponêmicos o VDRL e o RPR;

38 - Informe a titulação do VDRL/RPR (ex.- 1: 32).

39 - Informe a data da realização do teste.

40 – Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado no pré-natal. Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemaglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

41 – Informe o esquema de tratamento prescrito.

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento com penicilina completo, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado simultaneamente à gestante, de acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

Esquema de Tratamento Inadequado:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
- a finalização do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

Anexo M – Ficha de Investigação – Sífilis Congênita

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Nº

Definição de caso:

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais		Notificação Individual	
1	Tipo de Notificação 2 - Individual	3	Data da Notificação
2	Agravo/doença SÍFILIS CONGÊNITA	4	Código (CID10) A 50.9
4	UF 5 Município de Notificação	6	Código (IBGE)
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7	Data do Diagnóstico
8	Nome do Paciente	9	Data de Nascimento
10	(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Anos	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
12	Estado	13	Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
14	Escolaridade	15	Nome da mãe
15	Número do Cartão SUS	16	

Dados do Laboratório da Criança	49 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	50 Título 1:	51 Data
	52 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	53 Data	54 Data
	54 Teste não treponêmico - Liquor 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	55 Título 1:	56 Data
	57 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	58 Evidência de <i>T. pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
	59 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	60 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
Critérios de definição de casos de sífilis congênita	61 Critério de definição de sífilis congênita 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Mãe inadequadamente tratada <input type="checkbox"/> Parceiro inadequadamente tratado <input type="checkbox"/> Recém nascido sintomático <input type="checkbox"/> Evidência sorológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> no FN de mãe adequadamente tratada <input type="checkbox"/> Evidência sorológica de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em <i>Treponema pallidum</i> em < 13 anos, excluída a transmissão sexual <input type="checkbox"/> Aborto/natimorto de mulher com evidência laboratorial de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> não tratada ou inadequadamente tratada <input type="checkbox"/> Evidência de <i>Treponema pallidum</i> em tecido de placenta, cordão umbilical, criança, aborto ou natimorto		
Tratamento	62 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia		
Evolução	63 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado 64 Data do Óbito		
Investigador	Município/Unidade de Saúde Nome Função Código da Unid. de Saúde Assinatura		
	Sífilis Congênita		SVS 27/09/2005

Anexo N – Sífilis Congênita – Instruções para o preenchimento

FICHA DE INVESTIGAÇÃO – SINAN_NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7- Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: Filho de (nome da mãe). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.

13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.

15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde - SUS.

16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
- 24- Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
- 25- Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características

estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).

30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO: preencher com os dados da Mãe e da Criança

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA MÃE:

31 - Informar a idade da mãe em anos.

32 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

33 - Informar a atividade exercida pela mãe do paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando a mãe for desempregada. O ramo de atividade econômica da mãe refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

34 - Preencher com a série e grau que a mãe do paciente está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução da mãe do paciente por ocasião da notificação.

35 - Informar se a gestante fez o pré-natal nesta gestação.

36 - Preencher com a sigla da Unidade Federada(UF) do município de realização do pré-natal.

37 - Informar o nome do município de localização da unidade de saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).

38 – Informar se o diagnóstico da sífilis na mãe foi estabelecido durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto, não foi realizado ou ignorado.

39 – Refere-se ao resultado do teste não treponêmico realizado no momento do parto ou curetagem.

40 – Informar a titulação do VDRL/RPR.

41 – Informar a data de realização do teste.

42 – Refere-se ao resultado do teste treponêmico confirmatório, no parto/curetagem. Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

43 – Informar o esquema de tratamento

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento com penicilina completo, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado simultaneamente à gestante, de acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

Esquema de Tratamento Inadequado:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina;
ou

- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
- a finalização do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

44 - Anotar a data do início do tratamento materno. Ex: 06/06/2006

45 - Informar se o tratamento do(s) parceiro(s) foi(ram) realizado(s) no período que o tratamento da gestante.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DA CRIANÇA:

46 - Preencher com a sigla da Unidade Federada(UF) do município de nascimento da criança.

47 - Informar o nome do município de nascimento da criança (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).

48 - Informar o nome da Instituição de saúde onde a criança nasceu (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN).

49 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico realizado no sangue periférico da criança.

50 - Informar a titulação do VDRL/RPR (ex.- 1: 32).

51 - Informar a data da realização do teste.

52 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade. Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos:

FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemaglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

- 53 - Informar a data da realização do teste.
- 54 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico realizado no líquido da criança.
- 55 - Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32).
- 56 - Informar a data da realização do teste.
- 57 - Refere-se a titulação da sorologia não treponêmica da criança em comparação com a titulação da mãe, preferencialmente, de um mesmo teste realizado em um mesmo laboratório.
- 58 - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica do campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.
- 59 - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido do paciente.
- 60 - Informar se houve alteração de ossos longos no paciente compatível com sífilis congênita.
- 61 - Refere-se aos critérios para a definição de caso de sífilis congênita, vigente desde janeiro de 2004.
- 62 - Informar o esquema de tratamento prescrito.
- 63 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita.
- 64 - Preencher com a data de ocorrência do óbito, caso tenha ocorrido.
- Completar o registro com os dados do Investigador.

Anexo O – Portaria Nº 156/MS

Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

Portaria Nº 156, de 19 de janeiro de 2006

Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que, no Brasil, a sífilis congênita ainda se constitui grave problema de saúde pública em todas as regiões do País, com um diagnóstico esperado de aproximadamente 13.000 casos novos a cada ano;

Considerando a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% de crianças infectadas a partir de mães não tratadas;

Considerando que o País é signatário da resolução CE 116.R3, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de junho de 1995, que recomenda a eliminação da sífilis congênita nas Américas;

Considerando que a droga recomendada para o tratamento da sífilis é a penicilina, sendo a única droga capaz de atravessar a barreira lacentária e, conseqüentemente, beneficiar o feto protegendo da sífilis congênita; e

Considerando que as reações anafiláticas graves após o uso da penicilina são raras, ocorrendo entre 0,5 a 1/100.000, resolve:

Art. 1º Determinar a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para situações em que seu uso se impõe, segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a norma referente aos esquemas terapêuticos para situações em que o uso da penicilina se impõe, os procedimentos a serem tomados, materiais necessários e os sinais e sintomas de anafilaxia.

Art. 3º Determinar que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO

O USO DA PENICILINA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DEMAIS UNIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Patologias com esquemas terapêuticos padronizados para o uso da penicilina.

a) Sífilis:

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 Série* Dose Total: 2.400.000 UI IM	Dose única
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 Séries Dose Total: 4.800.000	1 semana
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 Séries Dose Total: 7.200.000 UI MI	1 semana
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia	4/4h diariamente por 10 dias

b) Sífilis Congênita: se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas: penicilina G cristalina -50.000 UI/kg/ dose, EV, 12/12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose

única diária, IM durante 10 dias; se houver alterações liquóricas: penicilina G cristalina - 50.000 UI/Kg/dose, EV, 12/12 horas (nos primeiro 7 dias de vida) e 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; se não houver alterações clínicas, radiológicas hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia for negativa: penicilina G benzatina - 50.000 UI/Kg IM dose única.

c) Febre Reumática - a dose recomendada de penicilina G benzatina é de 600.000 UI para crianças com menos de 25 Kg e 1.200.000 para os pacientes com 25Kg ou mais. Para profilaxia primária (erradicação do estreptococo) recomenda-se uma única aplicação e para a profilaxia secundária (para evitar novos surtos de febre reumática), uma aplicação a cada 21 dias;

d) São ainda indicações para o uso isolado da penicilina:

I. infecções do trato respiratório superior (amidalites, faringites, otites etc.);

II. infecções de tecidos moles (erisipela, impetigo);

III. pneumonias por *Streptococcus pneumoniae* sensíveis;

IV. endocardite bacteriana por *Strptococcus viridians*;

V. gangrena gasosa;

VI. difteria;

VII. actinomicose e antraz;

VIII. pós esplenectomia (por 3 anos).

2. Reações de Hipersensibilidade ao uso da Penicilina: em geral essas reações dependem do uso prévio (sensibilização) da medicação. As reações de hipersensibilidade às penicilinas podem ser divididas em:

a) reações imediatas: ocorrem em até 20 minutos após a administração de penicilina por via parenteral e, em até 1 hora, quando por via oral. O sinais e sintomas traduzem-se por urticária, prurido difuso, rubor cutâneo e, em menor freqüência, as mais graves como, edema laríngeo, arritmia cardíaca

e choque. São reações mediadas por IgE e, em cerca de 95% dos casos, dirigidas contra os determinantes antigênicos principais da penicilina.

b) reações tardias: são as mais comuns, ocorrem após 72 horas e observam-se erupções cutâneas benignas, mobiliformes e de boa evolução, menos frequentes são as reações não cutâneas como febre, doença do soro-símile, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade.

c) após a dose terapêutica inicial da penicilina, na sífilis recente, poderá surgir a reação febril de Jarisch-Herxheimer, com exacerbação das lesões cutâneas e evolução espontânea em 12 a 48 horas. Geralmente exige apenas cuidado sintomático e não se justifica a interrupção do esquema terapêutico. Essa reação não significa hipersensibilidade à droga, todo paciente com sífilis submetido à terapêutica penicilínica deve ser alertado quanto à possibilidade de desenvolver tal reação.

3. Tratamento das Reações de Hipersensibilidade à Penicilina: a anafilaxia é uma emergência médica aguda que requer a instituição de um tratamento adequado. O sucesso do tratamento, bem como a prevenção de complicações mais graves, depende fundamentalmente do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que caracterizam o quadro clínico e da rápida implementação e execução de medidas terapêuticas apropriadas.

Após a injeção de penicilina, o paciente deve permanecer sob observação por pelo menos trinta minutos.

Os portadores de doença cardíaca congestiva e os portadores de doença arterioesclerótica coronariana apresentam risco de reações anafiláticas mais graves (disritmias, diminuição das forças de contração ventricular e infarto agudo do miocárdio) e para utilizar penicilinas injetáveis devem ser encaminhados para serviços de referências.

4. Aspectos Gerais do Tratamento da Anafilaxia o tratamento é direcionado para três importantes manifestações:

- a) manifestações cutâneas (angioedema, urticárias);
- b) dificuldades respiratórias (estridor, laringoedema, laringo-espasmo e broncoespasmo); e
- c) hipotensão.

A epinefrina (adrenalina) é a droga mais importante para o manejo da anafilaxia e deve ser administrada por via intramuscular. A droga deve ser administrada para todos os pacientes com manifestações sistêmicas de anafilaxia, tais como dificuldade respiratória e hipotensão.

4.1 Tratamento principal:

a) a solução de epinefrina (adrenalina) 1: 1.000 deve ser administrada na dose de 0,3 a 0,5 ml (adultos) e 0,01 ml/Kg até no máximo 0,3 ml (crianças), via intramuscular, com intervalo de 15 a 20 minutos entre as doses (máximo de 3 doses);

b) prometazina injetável: 0,25 a 1,00 mg/Kg a cada 12 horas, IM ou EV (diluir a 25 mg/min). Os anti-histamínicos, antagonistas H1 e H2 têm papel adjuvante no tratamento da anafilaxia, especialmente quando estão presentes: hipotensão, distúrbios cardíacos, obstrução de vias aéreas superiores, urticária, angioedema e hipersecreção brônquica. Os corticosteróides podem produzir o risco de recorrência ou de prolongamento da anafilaxia. Suprimem a progressão da urticária e do angioedema associados à anafilaxia, mas o estabelecimento da ação se dá após 4 a 6 horas da primeira dose; e

c) Utiliza-se a hidrocortisona 5 a 10 mg/Kg/dose IM ou EV (infusão), preferencialmente de 30 segundos (100mg) a 10 minutos (500 mg) a cada 6 horas. A dose média para adulto é de 500 mg. Outra opção é o succinato de metilprednisolona IM ou EV (dose de ataque de 2mg/Kg IM ou EV e manutenção 0,8 a 1,0 mg/Kg/dia IM ou VE a cada 6 horas). É fundamental monitorar os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, pulso e frequência respiratória) e manter o paciente aquecido.

4.2. Tratamento de Suporte - se o paciente apresentar hipotensão deve ser colocado em posição deitada com as pernas elevadas.

Caso o problema dominante seja dificuldade respiratória, deve ser assegurada uma adequada oxigenação mantendo o paciente em decúbito dorsal, com o pescoço em extensão. Deve ser administrado oxigênio úmido por máscara (100% - 4 a 6 L/min), com a finalidade de manter boa oxigenação tissular, prevenindo assim a fibrilação ventricular e o sofrimento cerebral, se houver sintomas de asma, deve ser utilizada solução de Cloreto de Sódio 0,9% (3ml) e Fenoterol (solução para inalação 0,5 - 1 gota/5Kg de peso, máximo de 8 gotas), repetir até duas vezes, com intervalo de 20 a 30 minutos.

A epinefrina por nebulização (epinefrina - 1:1000, 2,5 a 5ml em adulto ou 0,1mg/Kg em crianças diluídos para nebulização) é uma alternativa à epinefrina intramuscular em edema laríngeo leve a moderado. Se os medicamentos da terapêutica inicial não forem efetivos para o choque, fluidos intravenosos devem ser utilizados para restaurar a perda de líquido para o espaço extra vascular: Cloreto de Sódio 0,9% ou Ringer Lactato IV 1000 - 2000ml.

5. Materiais para atendimento à anafilaxia: toda Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá contar com os seguintes materiais/equipamentos e medicamentos para o atendimento à anafilaxia:

a) pessoal/materiais/equipamentos:

a.1) equipe para administração de soluções parenterais;

a.2) agulhas hipodérmicas e descartáveis;

a.3) seringas;

a.4) máscara plástica para a administração de oxigênio úmido; e

a.5) cilindro de oxigênio, com válvula e manômetro em local de fácil visualização com saída para fluxômetro e umidificador.

b) medicamentos:

b.1) solução de epinefrina aquosa 1:1000 (ampola = 1ml = 1mg);

b.2) prometazina (ampola = 2ml = 50mg);

b.3) oxigênio;

b.4) fenoterol solução 0,5%;

b.5) solução de cloreto de sódio 0,9% (solução salina fisiológica, soro fisiológico - frasco de 250 e 500ml);

6. Medidas Gerais: toda reação leve à penicilina deve ser manejada pelos serviços de atenção básica que devem dispor de pessoal capacitado para o diagnóstico, tratamento, bem como de material necessário a sua abordagem. Os casos mais graves de anafilaxia à penicilina deverão ser diagnosticados pelas unidades de saúde da Atenção Básica, que após as medidas iniciais, deverão ser minhados para os serviços de referência estabelecidos.

Maiores informações podem ser obtidas na página do Programa Nacional de DST/AIDS na Internet em:

- www.aids.gov.br/area_tecnica/epidemiologia
- www.aids.gov.br/area_tecnica/tratamento_de_hiv_e_aids
- www.aids.gov.br/area_tecnica/tratamento_de_dst

