



NOTA TÉCNICA Nº. 006/DIVE/SES/2016

Assunto: Atualização das Recomendações para a profilaxia da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

INTRODUÇÃO

A redução da incidência de infecções pelo HIV, da sífilis e pelo vírus da Hepatite B (HBV) adquiridas por transmissão vertical é um compromisso partilhado pelos entes federativos, tendo como meta o alcance de taxas que 1%. As medidas profiláticas disponíveis são comprovadamente efetivas na redução da transmissibilidade destes agentes infecciosos.

Em dezembro de 2015 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais¹ (PCDT-TV), e é à partir deste Protocolo que o conteúdo desta Nota Técnica basear-se-á.

Este documento normatiza as principais medidas profiláticas, atualizando os profissionais assistentes nas condutas frente às situações de risco de transmissão vertical destes agravos, resultando em mais uma ação combinada de assistência e prevenção, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV, casos de sífilis congênita e de hepatite B crônica.

Os insumos necessários para esta finalidade estão disponíveis de forma gratuita à toda a população que deles necessitam. A ampliação e qualificação da rede de serviços responsável pela atenção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, seus parceiros e filhos são componente fundamental das ações de controle e alcance das metas.

1. GESTANTE SOROPOSITIVA PARA O HIV

Quadro 1.A. Periodicidade de realização de exames durante a gestação.

EXAME	TRIMESTRE			COMENTÁRIOS	
	INICIAL	1º	2º		3º
Hemograma	x	x	x	x	Exames mais frequentes podem ser necessários em caso de uso de AZT.
Parcial de urina	x	x	x	x	
Provas de função hepática	x	x	x	x	Em caso de uso de nevirapina o controle será quinzenal, até a 18ª sem. e mensal após este período.
Uréia e creatinina	x				Bimestral, em caso de uso de TDF.
Linfócitos T-CD4	x		x		Se $CD4 \leq 200$ indicar profilaxia com SMX/TMP para pneumocistose e toxoplasmose; se possível a SMX/TMP deverá ser descontinuada no terceiro trimestre (risco de <i>kernicterus</i>).
Carga viral (RNA-HIV) ^a	x		x	x	Repetir entre 4 e 8 sem. de TARV para avaliar resposta inicial ou se houver troca de esquema; se há suspeita de falha, repetir com intervalo mínimo de 30 dias. Caso a CV seja detectável, avaliar adesão e a

¹ Disponível em <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-d>

					possibilidade de realizar genotipagem (CV>1.000 cópias/mL). Exame na 34ª sem. apoia a definição da via de parto.
Genotipagem ^a	x				Indicado para todas as gestantes. Coletar antes de iniciar TARV e em caso de falha virológica. Não aguardar o resultado para iniciar TARV, mas modifica-la se houver resistência viral (resistência adquirida).
Triagem para sífilis (teste rápido ou VDRL)	x			x	Repetir mensalmente em caso de diagnóstico na gestação, no seguimento pós-tratamento, e na admissão para o parto ou curetagem.
Anti-HAV	x				Se negativo, imunizar contra HAV em caso de co-infecção com HBV ou HCV.
AntiHBs e HBsAg	x				Imunizar em caso de Anti-HBs negativo; em caso de AgHBs reagente, a associação TDF/3TC deverá fazer parte da TARV, além da adoção das medidas profiláticas ao recém nascido.
Anti-HCV	x				Avaliar repetição do teste se parceiro HCV positivo e/ou gestante/parceiro usuário de drogas, e/ou elevação de transaminases e/ou tatuagem recente, e/ou DST recente.
Sorol. Toxoplasmose (IgM, IgG)	x	x	x	x	Repetir em cada trimestre, em caso de exames iniciais negativos.

^a Reforça-se a orientação de priorizar os exames de CV do HIV das gestantes; a repetição da genotipagem do HIV dependerá do resultado de CV subsequentes.

Quadro 1.B. Imunizações.

IMUNIZAÇÕES	RECOMENDAÇÕES
Anti-pneumocócica	Indicação universal
Dupla difteria-tétano (dT)	Indicação universal; dose de reforço em casos de vacinação completa > 5 anos
Vac. acelular difteria, tétano e coqueluche (dTpa)	Pode ser usada como reforço ao esquema padrão com dT.
Hepatite B	Para as susceptíveis (AntiHBs negativas) – 4 doses com volume dobrado (2 ml)
Hepatite A	Para as co-infectadas com HBV e/ou HCV e susceptíveis (AntiHAV negativas) – 2 doses com intervalo de 6 meses.
Influenza	Indicação universal, especialmente em gestantes
Febre amarela	Contraíndicada em gestantes, exceto em situações de elevado risco; aplicar preferencialmente se CD4>250 células
Imunoglobulina contra HBV (IGHB)	Indicada para gestantes susceptíveis em situações de elevado risco: usuárias de drogas injetáveis, contato sexual com pessoa(s) AgHBs reagente(s), vítima de violência sexual (até 14 dias da exposição)
Imunoglobulina para Vírus Varicela-Zoster	Indicada para gestantes susceptíveis expostas ao vírus varicela-zoster

1.1. Tratamento ARV na gestação

O tratamento antirretroviral está indicado para todas as gestantes HIV positivas, independentemente do status imunológico, e será mantido após o parto.

Coletar genotipagem pré-tratamento, mas não aguardar o resultado para iniciar TARV.

Quadro 1.1.A - Gestantes sem tratamento prévio

Esquema de terapia antirretroviral	
Primeira linha de tratamento	Medicamentos alternativos
TDF + 3TC + EFV*	Contraindicação ao TDF: AZT Contraindicação ao TDF e AZT: ABC Contraindicação ao EFV: NVP
Segunda linha de tratamento	Medicamentos alternativos
Contraindicação aos ITRNN	LPV/r
Contraindicação ao LPV/r	ATV/r

* Apresentação em dose fixa combinada

Quadro 1.1.B - Apresentações e posologias dos antirretrovirais utilizados na profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral de gestantes HIV+.

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir (TDF)/ Lamivudina (3TC)/Efavirenz (EFZ) – TLE. (dose fixa combinada)	Comprimido de 300mg/300mg/600mg	1 comprimido VO 1 x ao dia
Zidovudina (AZT)/Lamivudina (3TC) (dose fixa combinada)	Comprimido de 300mg/150mg	1 comprimido VO 2 x ao dia
Abacavir (ABC)	Comprimido de 300mg	1 comprimido VO 2 x ao dia
Lamivudina (3TC)	Comprimido de 150mg	1 comprimido VO 2x ao dia, ou 2 comprimidos VO 1x ao dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido de 300mg	1 comprimido VO 1 x ao dia
Nevirapina (NVP)	Comprimido de 200mg	1 comp VO 2 x ao dia
Lopinavir /ritonavir (LPV/r) (dose fixa combinada)	Comprimido de 200mg/50mg	2 comprimidos VO 2 x ao dia
Atazanavir (ATV)	Cápsula de 300mg	1 cápsula VO 1 x ao dia
Ritonavir (RTV)	Comprimido de 100mg	1 comprimido ao dia, associado ao ATV

**Após o parto, orientar não interromper o tratamento!
Qualquer ajuste no esquema somente poderá ser feito pelo médico assistente.**

1.2 Gestante em uso de TARV com carga viral indetectável:

Manter o tratamento em uso

1.3 Gestante em uso de TARV com carga viral detectável:

Critérios para definição de falha virológica:

- 1- Em uso de TARV com adesão há pelo menos 6 meses e:
 - a. Duas cargas virais > 1.000 cópias, consecutivas, com intervalo mínimo de 4 semanas; ou
 - b. Queda inferior a 1 log em 4 semanas de TARV.

Conduta em caso de falha virológica

- a. Genotipagem: solicitação imediata de teste de genotipagem, reforçando a necessidade de uso continuado da TARV até nova orientação médica;
- b. O manejo antirretroviral de gestantes que apresentem falha virológica e necessitem de esquemas de resgate deve ser estruturado por médicos experientes em terapia antirretroviral.

1.4 Manejo clínico dos eventos adversos mais comuns de ARV

Quadro 1.4.A

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo e Nucleotídeo (ITRN(t))		
Medicação	Eventos adversos	Manejo
ABC	Exantema, Síndrome de Stevens Johnson (especialmente em portadores de HLA-B*5701).	Descontinuar o medicamento; contraindicada a reintrodução da droga.
AZT	Náuseas, anorexia, cefaleia, alterações no paladar, mal-estar e insônia. Anemia e neutropenia	Administrar sintomáticos e orientar manutenção da medicação; Deve ser substituído caso Hb < 10,0 g/dL e/ou neutrófilos < 1.000 células/mm ³
3TC	Pancreatite ou neuropatia periférica (raros)	Suspensão da droga, se não houver fatores concorrentes.
TDF	Risco de toxicidade renal, com elevação da uréia e creatinina (redução de depuração estimada), disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi) e <i>diabetes insipidus</i>	Estimular hidratação. Realizar exame básico de urina, uréia, creatinina e DCE a cada três meses. Disfunção tubular proximal é demonstrada mediante o aumento da beta-2 microglobulina urinária, glicosúria, fosfatúria, hipouricemia, hiperuricosúria, hipofosfatemia, hipocalcemia e acidose metabólica.

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo (ITRNN)		
EFV	Sintomas associados ao SNC: tonturas, “sensação de embriaguez”, sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos (sensação forte de realidade); podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. Farmacodermias, do tipo <i>rash</i> cutâneo.	Orientar: normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento. Farmacodermia leve a moderada, administrar medicação sintomática (anti-histamínicos +/- corticóides) ou suspensão do medicamento.
NVP	Exantema (7%), geralmente maculopapular, de tipo eritema multiforme; menos de 1% progride para Síndrome de Stevens-Johnson ou para necrólise epidérmica tóxica.	Suspender quando o exantema cutâneo for extenso, comprometer mucosas, estiver associado a manifestações semelhantes a um resfriado e/ou houver ocorrência de linfadenopatia. 60% apresentarão reação cruzada com EFZ, portanto não se recomenda sua utilização.

Inibidores de Protease (IP)		
ATV/r	Náuseas, vômitos, diarreia, exantema, cefaleia, tontura Icterícia indireta (até quase 50% casos) pode afetar a imagem e a autoestima do paciente. Elevação das transaminases pode ocorrer em cerca de 2% a 7% dos casos.	Efeitos podem ser manejados com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos, mas não há impacto na redução da icterícia. Avaliar a substituição do medicamento em casos de não reversão.
LPV/r	Diarréia (14% a 24%), fezes mal formadas, astenia, dor abdominal, cefaleia, náuseas, vômitos e hiperlipidemia com hipertrigliceridemia. Outros eventos adversos menos frequentes incluem: hiperglicemia, elevação de enzimas hepáticas e hiperamilasemia.	A diarréia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos. Avaliar a substituição do medicamento.

1.5. Manejo Obstétrico

- Em gestantes com carga viral **desconhecida** ou **> 1.000** cópias/mL após **34 semanas** de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação está indicada.
- Para gestantes em uso de antirretrovirais e com **supressão sustentada** da carga viral, caso não haja indicação obstétrica de cesárea, a via de parto vaginal é indicada.

Quadro 1.5.A - Cuidados durante o parto vaginal e cesariana em gestantes vivendo com HIV/aids

Parto vaginal	Cesariana eletiva
1. Estão contraindicados os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, amniotomia, escalpo cefálico). O parto instrumentalizado deve ser evitado, mas quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator. Iniciar o AZT intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical.	1. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica.
2. Se bolsa amniótica estiver íntegra a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução, pelo risco de ruptura artificial das membranas e aumento de risco de transmissão vertical do HIV. Evitar manter bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota. A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária.	2. A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
3. O trabalho de parto deve ser monitorado cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma). O uso de fármacos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, mas deve ser utilizado criteriosamente.	3. Se indicada cesárea eletiva, a admissão na maternidade deve ser com dilatação cervical mínima (< 4 cm), iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após três horas de infusão, mantendo até a ligadura do cordão umbilical.
4. A episiotomia só será realizada após avaliação judiciosa de sua necessidade.	4. Sempre que possível proceder ao parto empelicado (com as membranas corioamnióticas íntegras).
5. A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser realizada a ordenha do cordão	5. Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do RN. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.
	6. Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto na de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, <u>após</u> o clampeamento do cordão.

1.6. Profilaxia da transmissão vertical do HIV no parto e puerpério

- Indicação de zidovudina na profilaxia da transmissão do HIV no parto

Quadro 1.6.A

	Carga Viral \geq 34ª sem.	
	Detectável	Não detectável
AZT injetável	Administrar	Não administrar

Obs: A administração dos ARV em uso deve ser mantida nos horários habituais, por via oral, durante o trabalho de parto ou no dia agendado para a cesárea.

Quadro 1.6.B - Esquemas posológicos do AZT injetável na parturiente HIV+ com CV detectável $\geq 34^a$ sem.

Dose de ataque (2 mg/kg) na primeira hora		
Peso	Volume de AZT	gotas/min
40 kg	8 mL	36
50 kg	10 mL	37
60 kg	12 mL	37
70 kg	14 mL	38
80 kg	16 mL	39
90 kg	18 mL	39
Manutenção (1 mg/kg/hora) em infusão contínua		
Peso	Volume de AZT	gotas/min
40 kg	4 mL	35
50 kg	5 mL	35
60 kg	6 mL	35
70 kg	7 mL	36
80 kg	8 mL	36
90 kg	9 mL	36

- Apresentação do AZT injetável (IV): frasco-ampola de 200 mg em 20 mL (10 mg/mL).
 - dose de ataque na primeira hora é de 2 mg/kg e manutenção com infusão contínua de 1 mg/kg, diluído em 100 mL de soro glicosado a 5%.
- A parturiente deve receber AZT endovenoso desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.

1.6.A - Esquema alternativo de AZT oral em parturientes

- deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade de AZT injetável no momento do parto.
- dose de AZT de oral é 300 mg (3 comp.), por via oral, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical.

1.6.B - Cuidados específicos no puerpério

- A inibição da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, administrando-se cabergolina* 1,0 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5 mg por via oral). Ocorrendo rebote da lactação pode-se realizar uma nova dose de 0,5 mg.
- O enfaixamento das mamas é recomendado por um período de dez dias, como medida de **exceção**, apenas para os casos em que a cabergolina não estiver disponível.
- Mulheres que não amamentam têm período menor de amenorréia, podendo voltar a ovular a partir de quatro semanas após o parto.
- Orientar quanto à importância de seu acompanhamento médico e adesão, assim como sobre o seguimento da criança.
- A puérpera deve ter alta da maternidade com consulta agendada no serviço de saúde especializado para seu acompanhamento e o da criança.
- Devem ser acompanhadas nas ações de planejamento familiar, para que façam escolhas reprodutivas de forma consciente e segura.
- O seguimento obstétrico da mulher com HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e o puerpério imediato, é igual ao de qualquer outra mulher, devendo-se prever o retorno entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto.
- A caderneta da gestante deverá ser devolvida à puérpera com todas as anotações referentes ao período da internação (parto).
- **Não suspender a TARV após o parto**, independentemente da contagem de CD4 e dos sinais e sintomas clínicos;
- As pacientes coinfectadas com o vírus da hepatite B e/ou vírus da hepatite C devem ser encaminhadas a especialista para adequação de esquema terapêutico, quando necessária.

* o custo do medicamento é ressarcido ao serviço de saúde mediante a informação do código do procedimento com o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do parto.

1.7 Cuidados com o recém nascido

- Iniciar a primeira dose do AZT solução oral, preferencialmente, ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento.
- ✓ Em crianças expostas ao HIV cujas mães **não** fizeram uso de ARV durante o pré-natal ou não têm CV < 1.000 cópias/mL no último trimestre de gestação, acrescentar **nevirapina** ao esquema da profilaxia, com início o mais precoce possível, nas primeiras 48 horas de vida.

Quadro 1.7.A - Quimioprofilaxia da infecção pelo HIV em recém-nascidos expostos:

Condição materna	ARV	Posologia	Duração Total
Uso de ARV no pré-natal e peri-parto, e CV indetectável ou <1.000 cópias	AZT	- RN ≥ 35 sem.: 4mg/kg/dose, de 12 em 12h - RN entre 30 e 35 sem: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia. - RN < 30 sem: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h	4 semanas
Não utilização de ARV durante a gestação (com ou sem AZT no peri-parto); Uso de ARV na gestação, CV desconhecida ou ≥ 1.000 cópias/ml no 3º trim.	AZT	AZT: idem acima	4 semanas
	NVP	Associado a: NVP: > 2kg: 12mg/dose (1,2ml) Entre 1,5 e 2 kg: 8mg/dose (0,8ml) < 1,5kg: não usar NVP	NVP: 1ª dose: até 48h de vida 2ª dose: 48h após 1ª dose 3ª dose: 96h após 2ª dose.

Quadro 1.7.B - Posologia do AZT profilático para recém-nascidos expostos que não podem receber por via oral:

Condição do recém-nascido	Dose AZT injetável
≥ 35 semanas de idade gestacional	3mg/ kg/dose IV 12/12h
entre 30 e 35 semanas de idade gestacional	1,5mg/kg/dose IV 12/12h nos primeiros 14 dias de vida e 2,3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia
< 30 semanas de idade gestacional	1,5mg/kg/dose IV 12/12h

2. Diagnóstico e manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na gestante com infecção pelo HIV.

- A presença de IST em gestantes, além de debilitar as mulheres, pode provocar parto prematuro, aborto, doenças congênitas ou morte do RN.
- Pesquisar a presença de IST em todas as gestantes.
- A triagem de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento), mas cuja efetividade depende de vários fatores (ex.: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, disponibilidade de medicamentos, entre outros).
- Todas as gestantes com HIV devem ser testadas para:
 - Sífilis: o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento/natimorto.
 - Hepatite B: a testagem deve ser oferecida para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal.
- Gestantes de 15 a 24 anos devem ser testadas, quando possível, para:

- Clamídia
- Gonorreia

2.1 Prevenção da transmissão vertical da sífilis

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto com taxa de transmissão de até 80%, apesar de também poder ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária (sífilis recente) durante a gestação. Pode implicar consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN.

Quadro 2.A - Características clínicas e diagnóstico de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida.

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas	Diagnóstico
Sífilis recente (≤ 1 ano de evolução)	Primária – cancro duro • Incubação: 10 a 90 dias após contato (21 dias em média) • A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas, com ou sem tratamento	• Cancro duro: úlcera indolor, geralmente única, com fundo limpo e borda infiltrada (elevada) de localização variável, dependendo do local de inoculação. • Linfonodos regionais, podem ser dolorosos.	1. Bacterioscopia ¹ (em campo escuro, coloração pela prata, Imunofluorescência direta) 2. Sorologia ² : - VDRL (ou RPR, TRUST, USR) - FTA-abs (ou Elisa, teste rápido)
	Secundária • Seis semanas a seis meses após o contágio • As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas • Pode haver novos surtos nos meses seguintes, se não tratada	• Lesões cutaneomucosas (roséolas, sífilides) incluindo regiões de palmas e plantas; • Sintomas gerais (febre, artralgias, poliadenopatia) • Pode haver envolvimento ocular (ex.: uveíte), hepática (hepatite) e neurológico (ex.: cefaléia, alterações nos pares cranianos, meningismo)	1. Bacterioscopia ¹ 2. Sorologia ²
	Latente recente	Assintomática, com testes imunológicos reagentes	Sorologia ²
Sífilis Tardia (>1 ano de evolução)	Latente tardia	Assintomática, com testes imunológicos reagentes	Sorologia ²
	Terciária • Dois a 40 anos após contato	• Acometimento cutâneo, cardiovascular, neurológico e ósteo-cartilaginoso (Tabes dorsalis, demência, gomas, tubérculos, deformações osseas etc)	Sorologia ²
Sífilis de duração ignorada	Em incubação secundária ou latência	Assintomática, com testes imunológicos reagentes	Sorologia ²

¹ a coleta de material de lesão de cancro duro ou de lesões de secundarismo (condiloma plano e placas mucosas)

² sorologias: testes treponêmicos são: FTA-abs, TPHA, Elisa, testes rápidos; testes não treponêmicos são: VDRL, RPR, TRUST, USR; de acordo com a portaria ministerial nº 3242/GM/MS, de 30/12/2011, o diagnóstico sorológico da sífilis poderá ser realizado com a triagem por testes não treponêmicos e confirmados com testes treponêmicos ou de forma inversa; priorizar os testes rápidos como teste de triagem torna o processo mais acessível, ágil e de menor custo operacional. A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Em casos de triagem com teste rápido reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico. Em caso de gestante, o tratamento deve ser **iniciado** com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

³ as doses de penicilina Benzatina são divididas em 1.200.000 UI em cada glúteo, totalizando 2.4 m UI em cada aplicação; tratamentos de 7.2 m UI serão administrados em doses de 2.4 m UI a cada 7 dias;

Observações:

- 1- A infecção sífilítica não determina imunidade, portanto reinfecções podem ocorrer mais de uma vez na vida;
- 2- Testes treponêmicos são exames qualitativos (reagentes/não reagentes); tendem a permanecer reagentes por toda a vida, mesmo entre os tratados adequadamente, necessitando julgamento criterioso na interpretação dos resultados e na tomada de decisão terapêutica; testes reagente deverão ser seguidos por um teste não treponêmico;
- 3- Testes não treponêmicos são qualitativos e quantitativos (registra-se as titulações, por ex 1:1, 1:4, 1:64 etc) ; as titulações tendem a queda e geralmente há negatificação até 3 anos após o tratamento adequado; queda de

duas titulações indica resultado satisfatório, elevações em duas ou mais titulações indicam infecção ativa, falha terapêutica ou reinfecção.

- 4- A co-infecção com HIV pode determinar modificações no espectro clínico da sífilis (manifestações clínicas mais exuberantes ou atípicas, rápida evolução para sífilis terciária, principalmente neurosífilis), nas características laboratoriais (persistência de títulos elevados ou quedas menos pronunciadas após o tratamento, falsos negativos), maior risco de falhas terapêuticas.

Quadro 2.B - Tratamento da Sífilis Gestacional e do parceiro.

Estadiamento	Esquema terapêutico	Tratamentos Alternativos ^(a)	
		Gestante	Parceiro
Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(b)	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 dias	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias OU Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 10 dias
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas - dose total: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona ^(c) 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 dias	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias OU Ceftriaxona ^(d) 1g, IV ou IM, 1xdia, por 10 dias
Sífilis com duração ignorada	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas - dose total: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona ^(c) 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 dias	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias OU Ceftriaxona ^(d) 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 dias
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 14 dias	Ceftriaxona ^(d) 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 14 dias

Notas:

(a) Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, devendo o recém nascido ser avaliado clínica e laboratorialmente, conforme este PCDT. As situações de tratamento inadequado da gestante com sífilis, para fins de notificação da sífilis congênita, encontram-se descritas na seção “Vigilância epidemiológica de HIV, sífilis e hepatites virais em gestantes e crianças expostas”, deste Protocolo.

(b) Embora não exista evidência científica de que na fase secundária da sífilis administrar uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento, alguns manuais a recomendam.

(c) As gestantes realizarão o VDRL de seguimento com frequência mensal, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

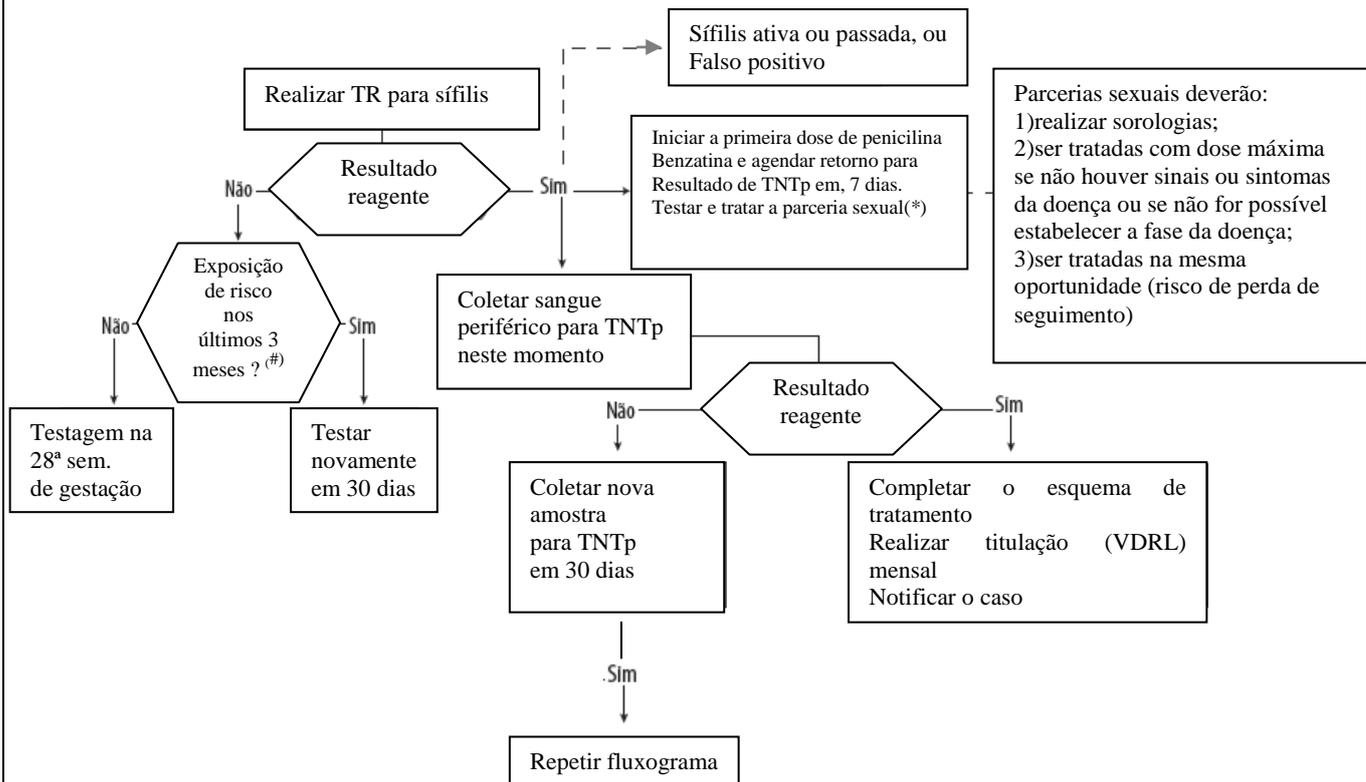
(d) Os pacientes devem realizar o VDRL de seguimento em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

2.3 Sífilis congênita

Todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto, ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos.

Fluxograma 1

Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

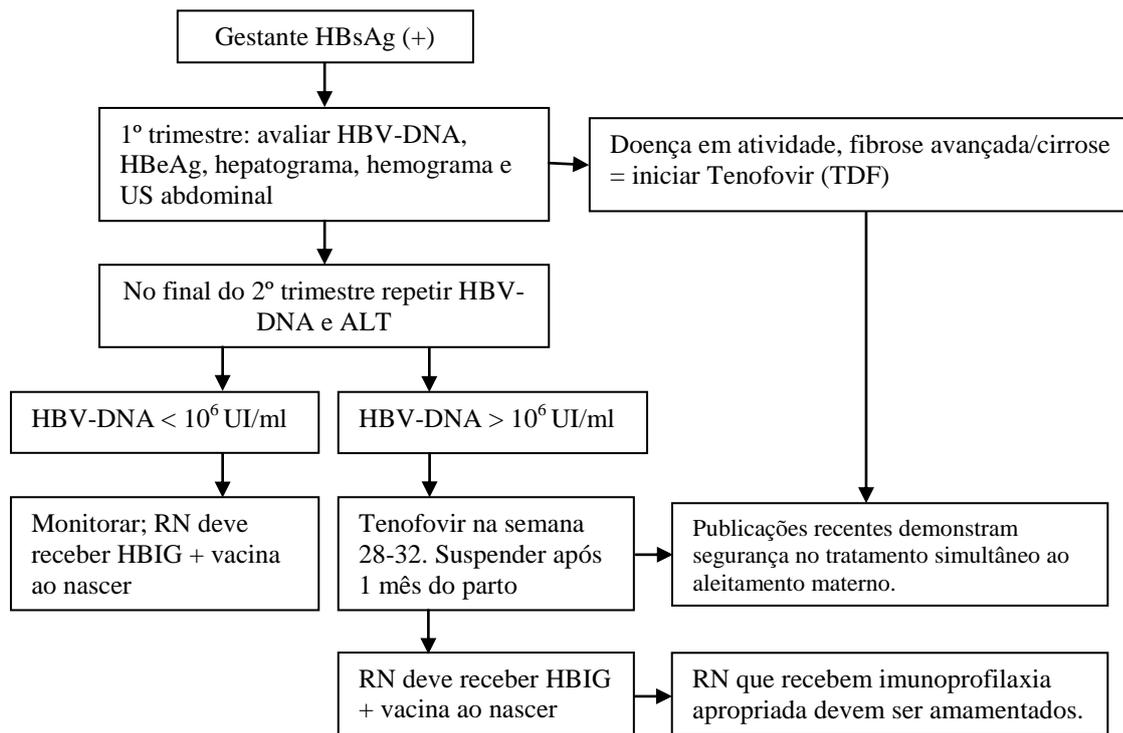
(#) Considerar testar mais vezes na gestação em caso de parceria sexual ou paciente usuário de drogas (especialmente álcool, cocaína, crack, metanfetamina e outras drogas sintéticas), diagnóstico de nova DST na parceria sexual ou na gestante, ou gestante com parceria sexual nova (fixa ou eventual).

3. Prevenção da transmissão vertical da hepatite B

3.1 Medidas profiláticas

A imunoprofilaxia combinada de HBIg e vacina previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos RN. Entretanto, nas gestantes portadores de HBeAg reagente, a imunoprofilaxia neonatal poderá falhar em 10%-15% dos casos. Atribui-se essa ocorrência provavelmente a transmissão intrauterina, imunização ativa do RN incompleta (vacinação) e níveis maternos elevados de replicação do HBV (HBV-DNA quantitativo acima de 10^6 UI/ml (ou 10^7 cópias/ml). Nestes casos, somente a imunoprofilaxia passiva-ativa do RN pode não ser suficiente para adequada prevenção da transmissão perinatal, sendo indicada a terapia antiviral profilática.

Fluxograma 2 Algoritmo de conduta na gestante com HBV



Quadro 3.A Profilaxia da Hepatite B em gestantes

Droga	Posologia	Tempo de uso
Tenofovir 300mg (TDF)	1 comprimido ao dia, via oral	A partir 28ª sem. de gestação até o 30º dia de puerpério

Reativação viral (*flare*) com exacerbação da doença hepática materna após a descontinuação da terapia antiviral pode ocorrer. Por essa razão, elas serão monitoradas **mensalmente** nos primeiros seis meses pós-parto, com avaliação das enzimas hepáticas.

Quadro 3.B Imunoprofilaxia da infecção pelo HBV no recém nascido

Condição materna	IGHAIB	DOSE	VACINAÇÃO
Imunizada/não portadora	NÃO		SIM
Portadora	SIM [#]	0,5 ml	SIM*
Desconhecida**	SIM	0,5 ml	SIM

[#] recomenda-se a administração na sala de parto ou nas primeiras 12 horas de vida até, no máximo, 48 hs.

* aplicar a vacina na sala de parto ou nas primeiras 12 horas de vida

** administrar a vacina e a imunoglobulina concomitantemente, em locais diferentes, em até 7 dias de vida.

Obs: a gestação não contraindica a imunoprofilaxia.

Conduta obstétrica e profilaxia da transmissão vertical do HBV e Vias de parto

Apesar do reconhecimento da maior frequência de transmissão vertical do HBV ocorrer no momento do parto, a falta de base de evidência científica impede neste momento que seja indicado o parto cesáreo como melhor opção na redução de risco de TV. Não se recomenda, portanto, especificar o tipo de parto, que será definido por indicação obstétrica.

Fontes de consulta:

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2015, atualizado em junho de 2016. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
2. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. 2015. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
3. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2015. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
4. Nota técnica 04/08. Utilização dos testes rápidos anti-HIV em situações de emergência. 2008. Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SES. Florianópolis, SC.
5. Nota técnica 001/DIVE/SES/2013. *Utilização dos testes rápidos para infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis nos serviços de saúde no Estado de Santa Catarina.*
6. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV- 2008 - Suplemento III - Tratamento e prevenção. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
7. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. 2013, atualizado em julho de 2015. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
8. Portaria nº. 151, de 14 de outubro de 2009. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF.
9. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010. Brasília, DF.
10. Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. 2006. Programa Nacional de DST e AIDS/SVS. Brasília, DF.
11. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, 4ª. Edição. Brasília, 2006.
12. *Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR 2010; 59(No. RR-12).*

Florianópolis, 21 de setembro de 2016.


Diretoria de Vigilância Epidemiológica
(DIVE/SUV/SES/SC)

Anexo 1: Resumo das medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV para parturientes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO PARTO E PUERPÉRIO

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, divulgado pelo MS em dezembro de 2015, determina as seguintes recomendações para a profilaxia da transmissão do HIV no parto e puerpério:

- O AZT (zidovudina) injetável é indicado para a prevenção de transmissão vertical (TV) e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.
- Recomenda-se a manutenção do uso do AZT injetável como profilaxia para todas as parturientes durante o parto, **exceto aquelas que apresentem carga viral indetectável após 34 semanas de gestação.**
- Os ARV (antirretrovirais) devem ser mantidos nos *horários habituais*, via oral com um pouco de água, durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada.

Esquema posológico da zidovudina injetável (AZT) na parturiente HIV+

Dose de ataque (2 mg/kg) na primeira hora

Peso paciente	Quantidade de zidovudina	Número gotas/min
40 kg	8 mL	36
50 kg	10 mL	37
60 kg	12 mL	37
70 kg	14 mL	38
80 kg	16 mL	39
90 kg	18 mL	39

Manutenção (1 mg/kg/hora) em infusão contínua

Peso paciente	Quantidade de zidovudina	Número gotas/min
40 kg	4 mL	35
50 kg	5 mL	35
60 kg	6 mL	35
70 kg	7 mL	36
80 kg	8 mL	36
90 kg	9 mL	36

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Esquema posológico de AZT injetável

- Apresentação comercial do AZT injetável (IV): frasco ampola de 200mg com 20ml (10 mg/ml). A dose de ataque na primeira hora é de 2 mg/kg e manutenção com infusão contínua de 1 mg/kg, diluído em 100ml de soro glicosado a 5%.

- A parturiente deve receber AZT endovenoso desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.
- A concentração não deve exceder 4 mg/ml.

Esquema alternativo ao AZT injetável

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

- Todas as crianças nascidas de mãe HIV+ deverão receber AZT solução oral nas primeiras 4 horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras 4 semanas de vida.
- Em RN de mães com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml no último trimestre, a nevirapina deverá ser acrescentada ao esquema profilático, sendo iniciada até 48 horas após o nascimento.

Esquema posológico de AZT e nevirapina no RN, por via oral

Antirretroviral	Doses	Duração
AZT	RN \geq 35 sem.: 4 mg/kg/dose/12/12h RN 30 - 34 semanas: 2 mg/kg/dose/ 12/12h/14 dias e 3 mg/kg/dose/12/12h a partir do 15º dia RN < 30 semanas: 2 mg/kg/dose/ 12/12h	Quatro semanas
Nevirapina	Peso ao nascimento > 2 kg: 12 mg/dose (1,2 ml) Peso ao nascimento 1,5-2 kg: 8 mg/dose (0,8 ml) Peso ao nascimento < 1,5 kg: não usar NVP	Três doses conforme o esquema: - 1ª dose: <u>até</u> 48h do nascimento, - 2ª dose: 48h <u>após</u> a 1ª dose, - 3ª dose: 96 h <u>após</u> a 2ª dose)

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

Observação: a transmissão pós-natal do HIV pode ocorrer, principalmente, por meio do **aleitamento materno**. Considerando-se que essa via contribui substancialmente para a transmissão vertical do HIV, é conveniente realizar o aconselhamento da puérpera/mãe soronegativa durante a internação para o parto. A infecção materna pelo HIV, durante a amamentação, aumenta muito o risco de infecção da criança devido ao rápido aumento da carga viral e queda na contagem de LT-CD4+. A mãe deve ser orientada para a interrupção da amamentação assim que o diagnóstico for realizado.

O fornecimento gratuito da fórmula infantil é garantido a todas as crianças expostas ao HIV, por período de seis meses.