Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis
Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais

Nota Técnica nº 02/2017 - SVPPS/DVEDTNT/GDST-AIDS e HV

Assunto: **Testagem Rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C e Conduta recomendada aos profissionais nos Hospitais e Maternidades do Tocantins.**

A Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde por meio da Gerência de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, no intuito de fortalecer as ações de vigilância, vem através desta Nota Técnica ***recomendar as condutas frente ao diagnóstico e tratamento para HIV, sífilis e hepatites B e C nos hospitais e maternidades com vistas ao enfrentamento da epidemia da sífilis e HIV no estado do Tocantins.***

1. Devido à necessidade de reiterar - **em caráter de urgência** - para os hospitais e maternidades a Nota Técnica nº 02/2015 (que trata da **Distribuição de TR para Sífilis, HIV e Hepatites Virais para realização da testagem rápida em todas as gestantes e demais usuários de saúde que tenham indicação para investigação diagnóstica, atendidos nos Hospitais Públicos Municipais, Estaduais e Filantrópicos do Tocantins),** vimos enfatizar a realização dos testes rápidos em todas as gestantes e parcerias sexuais no âmbito da Rede Cegonha, e nas situações de emergência em que o usuário necessite de investigação diagnóstica para os agravos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

2. Para orientar as equipes das unidades hospitalares, esclarecemos que os testes devem ser realizados em cada público alvo de acordo com a situação a seguir:

GESTANTES E PARCEIROS SEXUAIS		
HIV	Síflis	Hepatite B
ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO (FONTE E ACIDENTADO)		
HIV	Síflis	Hepatite B / Hepatite C
VIOLÊNCIA SEXUAL (VÍTIMA E AGRESSOR SE POSÍVEL)		
HIV	Síflis	Hepatite B

3. O parto e o puerpério não constituem momentos ideais para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e Hepatite B, uma vez que o diagnóstico precoce possibilitaria a adoção de medidas mais efetivas para redução da transmissão vertical. Entretanto, como o momento do parto representa ainda elevado risco, devem-se realizar TR em parturientes e

Praça dos Girassóis s/n, Plano Diretor Sul, Centro, Palmas-TO - CEP: 77015-007
Tel: + 55 63 3218-1700 www.saude.to.gov.br

puérperas, pois o diagnóstico de qualquer uma das infecções deve ser definido e informado à puérpera antes da alta hospitalar, além de tentar instituir o tratamento mais adequado possível.

4. Reforçando a importância da ampliação das ações a serem desenvolvidas no que se refere ao enfrentamento da Sífilis na gestação, informamos acerca da existência do ***Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*** - Brasília, 2016, o fluxograma nº 13 (adotado como protocolo Estadual) que destaca sobre o manejo da Sífilis, utilizando apenas testes rápidos para tratamento imediato (segue em anexo o fluxograma mencionado acima).

5. Das situações e locais em que o Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais/MS, recomenda a utilização **apenas de testes rápidos** e **tratamento imediato**, nos hospitais e maternidades aponta-se: ***as gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades, abortamento espontâneo, independente da idade gestacional e parcerias sexuais de pessoas com diagnóstico de sífilis.***

6. É importante ressaltar a importância da testagem da gestante para HIV, Sífilis e Hepatite B **no momento da internação para o parto na maternidade, independente dos exames realizados durante o pré-natal, para que seja realizada a conduta devida para cada agravo, como segue:**

<table>
<tr><th colspan="4">CONDUTA MÉDICA FRENTE AO TESTE RÁPIDO DA GESTANTE REAGENTE PARA HIV</th></tr>
<tr><th colspan="2">CONDUTA GESTANTE</th><th colspan="2">CONDUTA E TRATAMENTO DO RN</th></tr>
<tr><td rowspan="4">HIV
(EM TRATAMENTO)</td><td rowspan="4">- Zidovudina injetável durante o trabalho de parto (Conforme quadro em anexo);

- Via de Parto (cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical);

- Cabergolina VO para inibição da lactação;

- Amamentação não permitida);</td><td>INDICAÇÃO</td><td>POSOLOGIA</td></tr>
<tr><td>- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais:

Zidovudina (AZT), solução oral de10mg/ml</td><td>- 4mg/kg/dose, de 12 em 12h;

Durante 04 semanas;</td></tr>
<tr><td>- RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional:

Zidovudina (AZT), solução oral de10mg/ml</td><td>- 2mg/kg/dose, de 12 em 12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia;

Durante 04 semanas;</td></tr>
<tr><td>- RN com menos de 30 semanas de idade gestacional:

Zidovudina (AZT), solução oral de10mg/ml</td><td>- 2mg/kg/dose, de 12 em 12h;

Durante 04 semanas;</td></tr>
<tr><td>HIV
(SEM TRATAMENTO)</td><td></td><td>- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais:</td><td>- 4mg/kg/dose, de 12 em 12h;</td></tr>
</table>

SES/SVPPS/DVEDTNT/GDA

(Acrescentar Nevirapina ao tratamento do RN)	- Zidovudina injetável durante o trabalho de parto (Conforme quadro em anexo); - Via de Parto (cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical); - Cabergolina VO para inibição da lactação; - Amamentação não permitida);	Zidovudina (AZT), solução oral de10mg/ml	Durante 04 semanas;
		- RN entre 30 e 35 semanas de idade Gestacional: Zidovudina (AZT), solução oral de10mg/ml	-2mg/kg/dose, de 12 em 12h nos primeiros 14 dias e 3 mg/ kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia; Durante 04 semanas;
		- RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: Zidovudina (AZT), solução oral de10mg/ml	- 2mg/kg/dose, de 12 em 12h; Durante 04 semanas;
		Nevirapina, suspensão oral de 10mg/ml: - Peso de nascimento > 2 kg: 12mg/ dose (1,2ml); - Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8mg/dose (0,8ml); - Peso de nascimento < 1,5kg: não usar NVP.	1ª dose: primeiras 48h de vida; 2ª dose: 48h após 1ª dose; 3ª dose 96h após 2ª dose;

Fonte: DDAHV/SVS/MS

- Encaminhamento ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Referência para acompanhamento.
- RN deve ser liberado com duas latas de fórmula infantil, até que dê entrada no SAE para continuidade do fornecimento do leite;

***Parturiente e RN devem receber alta já com o agendamento e encaminhamento em mãos;**

CONDUTA MÉDICA FRENTE AO TESTE RÁPIDO DA GESTANTE REAGENTE PARA SÍFILIS		
Parturiente e Parceiro Sexual	**- A amamentação é contra-indicada em caso de lesão na mama;** **- via de parto (Observar lesões no canal vaginal);**	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 30 dias (exceto gestantes); **OU** Ceftriaxona(c) 1 g, IV ou IM, 1x dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes;
TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO PERÍODO NEONATAL, DE ACORDO COM A SITUAÇÃO CLÍNICO - LABORATORIAL DA MÃE		
A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar*,		

Praça dos Girassóis s/n, Plano Diretor Sul, Centro, Palmas-TO - CEP: 77015-007
Tel: + 55 63 3218-1700 www.saude.to.gov.br

além de outros exames, quando houver indicação clínica	
SITUAÇÃO	**ESQUEMA PROPOSTO**
A1 – Presença de alterações clínicas e/ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 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, durante 10 dias
A2 – Presença de alteração liquórica	Penicilina cristalina(a), na dose de 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
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas, e teste não treponêmico não reagente no sangue periférico	Penicilina G benzatina(b), na dose única de 50.000 UI/kg, IM. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1
B – <u>Para todos os RN de mães adequadamente tratadas</u>, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de <u>SANGUE PERIFÉRICO DO RN</u>. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR	
SITUAÇÃO	**ESQUEMA PROPOSTO**
B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ ou hematológicas, sem alterações liquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração liquórica	Esquema A2
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de <u>sangue periférico do RN</u>	
SITUAÇÃO	**ESQUEMA PROPOSTO**
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento(c), deve-se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg(d)
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações liquóricas	Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) Esquema A3 (penicilina G benzatina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)

* Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurossífilis.

(a) Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando-se o uso da penicilina cristalina.

(b) O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

(c) O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas clínicos. O pediatra, quando da alta hospitalar, deve esclarecer a mãe sobre os riscos da não identificação da criança caso esta tenha sífilis (sequelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro).

(d) Na indisponibilidade de penicilina cristalina, penicilina G benzatina e penicilina G procaína, constitui-se opção terapêutica:

• Ceftriaxona 25-50 mg/kg peso dia, IV ou IM, por 10 a 14 dias

Ressalta-se, contudo, que os dados são insuficientes com relação à eficácia de tratamentos não penicilínicos para sífilis congênita. Assim, o RN ou a criança com sífilis congênita deverão ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 30 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica.

Fonte: DDAHV/SVS/MS

- Parturiente, parceiro sexual e RN devem ser encaminhados e acompanhados pela Atenção Básica de seu município de origem **(Contra - referência)**

Praça dos Girassóis s/n, Plano Diretor Sul, Centro, Palmas-TO - CEP: 77015-007
Tel: + 55 63 3218-1700 www.saude.to.gov.br

CONDUTA MÉDICA FRENTE AO TESTE RÁPIDO DA GESTANTE REAGENTE PARA HEPATITE B	
CONDUTA GESTANTE	**CONDUTA E TRATAMENTO DO RN**
- Amamentação permitida; - Sem recomendações em relação à via de Parto;	- Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHHB) o mais precocemente possível, nas primeiras 12 a 24 horas de vida, para recém-nascidos de qualquer peso ou idade gestacional. A dose da imunoglobulina é 0,5 mL intramuscular, no músculo vasto lateral. - A vacina contra a hepatite B deverá ser administrada simultaneamente, na dose de 0,5 mL, intramuscular, no músculo vasto lateral do outro membro.
Fonte: DDAHV/SVS/MS	
- Encaminhamento ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Referência para investigação e acompanhamento. *** Parturiente deve receber alta já com o agendamento e encaminhamento em mãos;**	

7. Agradecemos desde já na certeza de podermos contar com a vossa sensibilização e parceria. Para esclarecimentos contatar Marileide Martins ou Caroline Biserra pelos telefones: (63) 3218-1768 / 4888 ou 0800-645-0112 (Disque Aids/TO), ou pelos e-mails: dst.assistencia@gmail.com ou dst.tocantins@gmail.com

Palmas, 30 de maio de 2017.

Caroline B. Costa da Luz
Gerente de DST/Aids e Hepatites Virais
Mat. 1050[illegible]

CAROLINE BISERRA COSTA DA LUZ
Gerente Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais

[illegible] Cavalcante M. Garcia
Diretora de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis
Mat. [illegible]

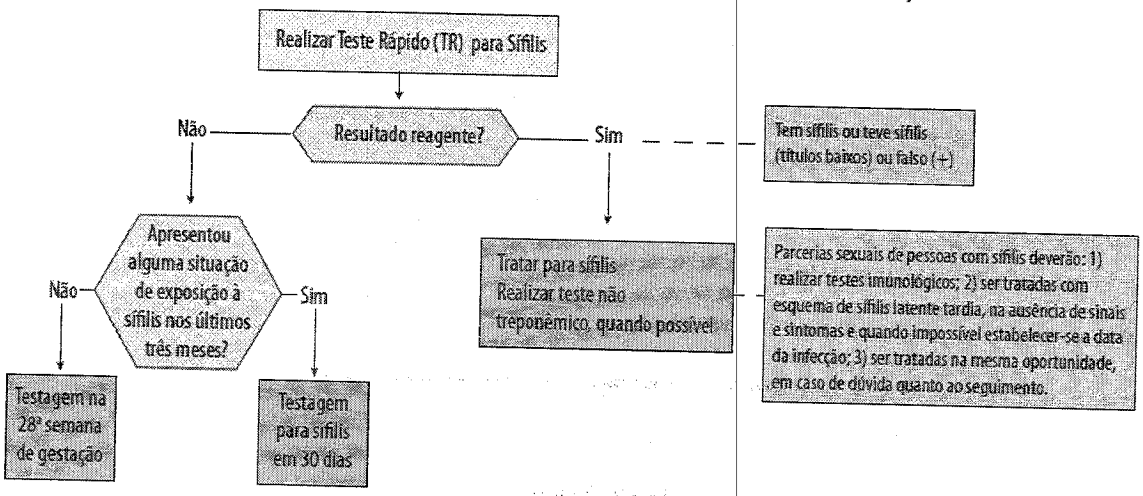
ADRIANA CAVALCANTE FERREIRA MORCIEGO GARCIA
Diretora de Vigilância epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

LILIANA ROSICLER TEIXEIRA NUNES FAVA
Superintendente de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

SES/SVPPS/DVEDTNT/GDA

ANEXOS

Figura 13 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

ESQUEMA POSOLÓGICO DA ZIDOVUDINA INJETÁVEL (AZT) NA PARTURIENTE HIV+

DOSE DE ATAQUE (02 MG/KG) NA PRIMEIRA HORA		
Peso paciente	**Quantidade de zidovudina**	**Número gotas/min**
40 kg	08 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 (01 MG/KG/HORA) EM INFUSÃO CONTÍNUA		
40 kg	04 ml	35
50 kg	05 ml	35
60 kg	06 ml	35
70 kg	07 ml	36
80 kg	08 ml	36
90 kg	09 ml	36

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Caroline B. Costa da Luz
Gerente de DST/Aids e Hepatites Virais
Mat. 1.058.360-3

CAROLINE BISERRA COSTA DA LUZ
Gerente Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais

SES/SVPPS/DVEDTNT/GDA