

Vigilância no pré-natal, parto e puerpério 2018

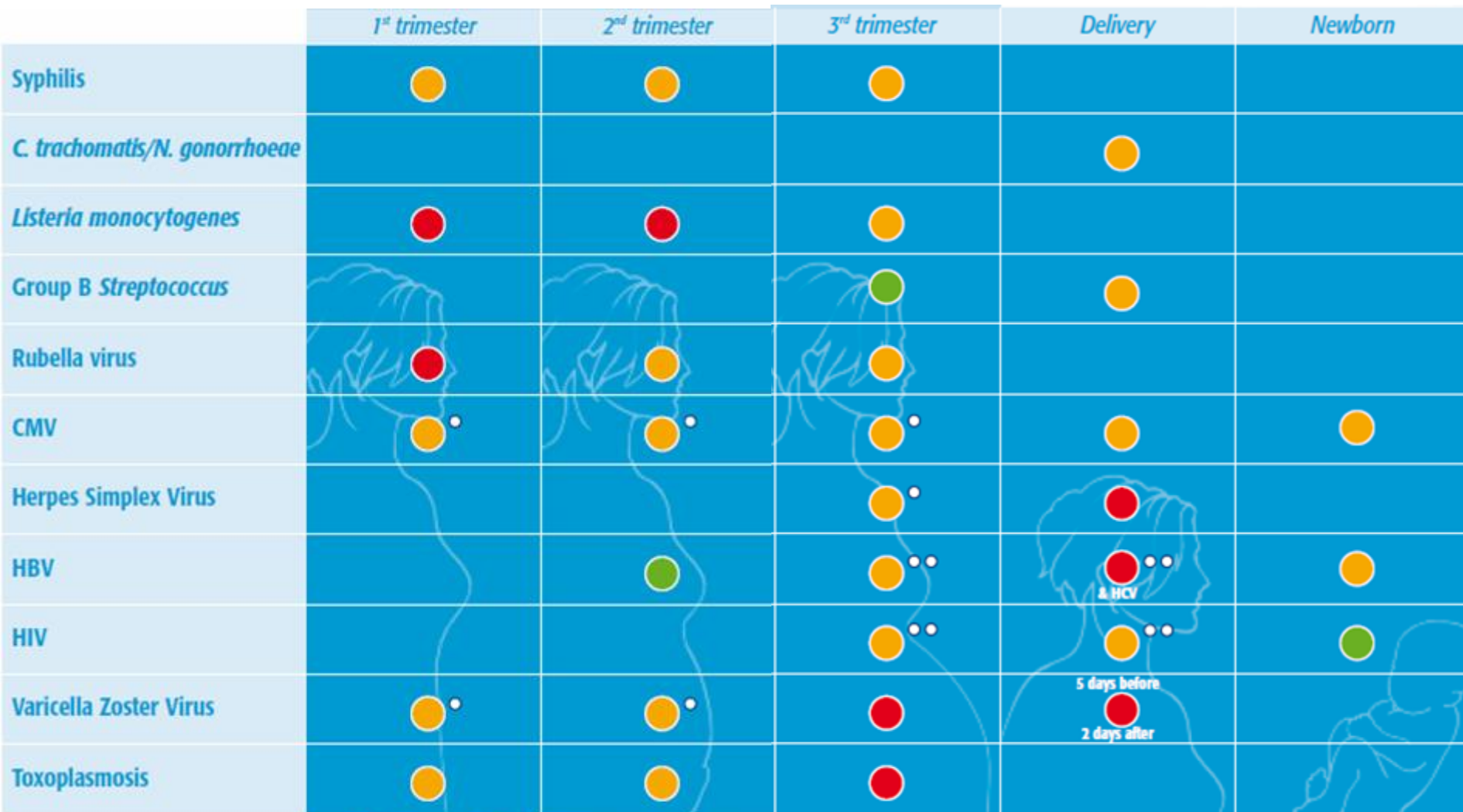
- **Doenças de transmissão vertical**

Principais patógenos e formas de transmissão

Pathogen (disease)	Usual route of transmission		
	Intrauterine [†]	Perinatal [‡]	Postnatal [§]
Rubella virus	++	-	+/-
<i>Treponema pallidum</i> (syphilis)	++	-	-
<i>Toxoplasma gondii</i>	++	-	-
Cytomegalovirus	++	++ (G,H)	+
Parvovirus	++	-	-
Varicella zoster virus (chickenpox)	+	++ (H)	-
Human immunodeficiency virus	±	++ (H)	+
Hepatitis B virus	±	++ (H)	+
Hepatitis C virus	±	++ (H)	-
Herpes simplex virus	±	++ (G,H)	-
<i>Chlamydia trachomatis</i>	-	++ (G)	-
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	-	++ (G)	-
<i>Listeria monocytogenes</i>	++	+ (G,H)	-
Group B streptococci	+/-	++ (G,H)	-

- Outras:
- HTLV
- Tuberculose
- Malária
- Chagas
- Dengue
- Chikungunya
- ZIKA

Momento e intensidade da transmissão



● High risk
 ● Moderate risk
 ● Low risk
 ○ Higher risk if primary infection
 ○○ Higher risk if viral load is high

Principais Doenças de Transmissão Vertical no Brasil

- **Sífilis congênita**
- **HIV-AIDS**
- **Hepatites B e C**

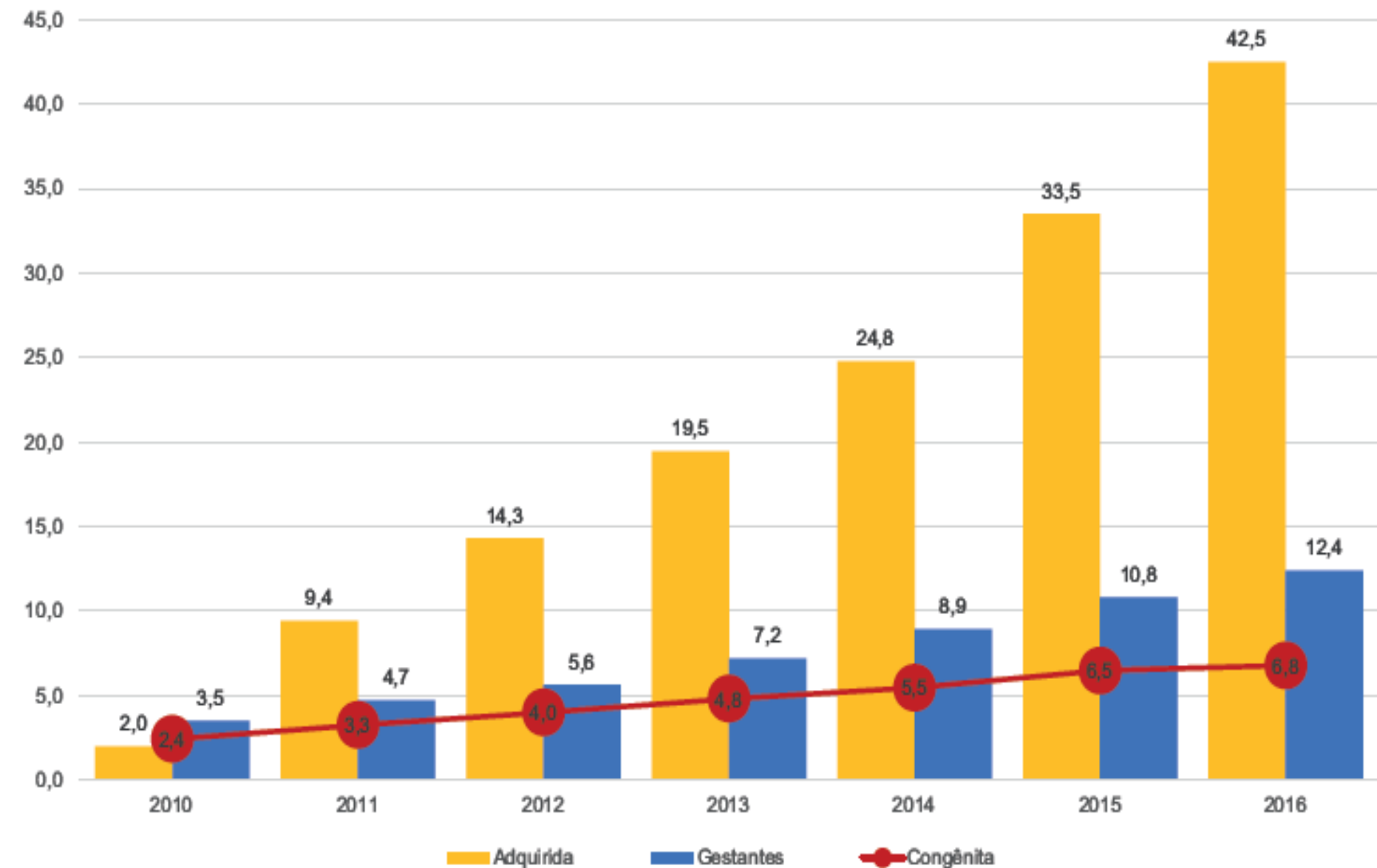
- **Rubéola congênita**
- **Toxoplasmose congênita**

- **Citomegalia**
- **Zika vírus...**

Sífilis como DTV

- Cerca de 2 milhões de gestantes no mundo (anualmente)
- 50-80% - sífilis congênita
- Brasil (2016): 37.400 casos de sífilis gestacional
- Prevalência de 1 a 2%
- Tendência **crecente**

Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016. por 1.000 NV



Sífilis congênita no Brasil –2016

- 2016: Incidência= **6,8‰ nascidos vivos**
- **20.474 casos notificados:**
- 620 natimortos
- 185 óbitos infantis
- 11.518 internações < 1ano

Meta mundial= $\leq 0,5/1000$ NV

Sífilis na gestante: Notificar/Investigar

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:

Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.

Situação 2 - Mulher sintomática^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.

a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

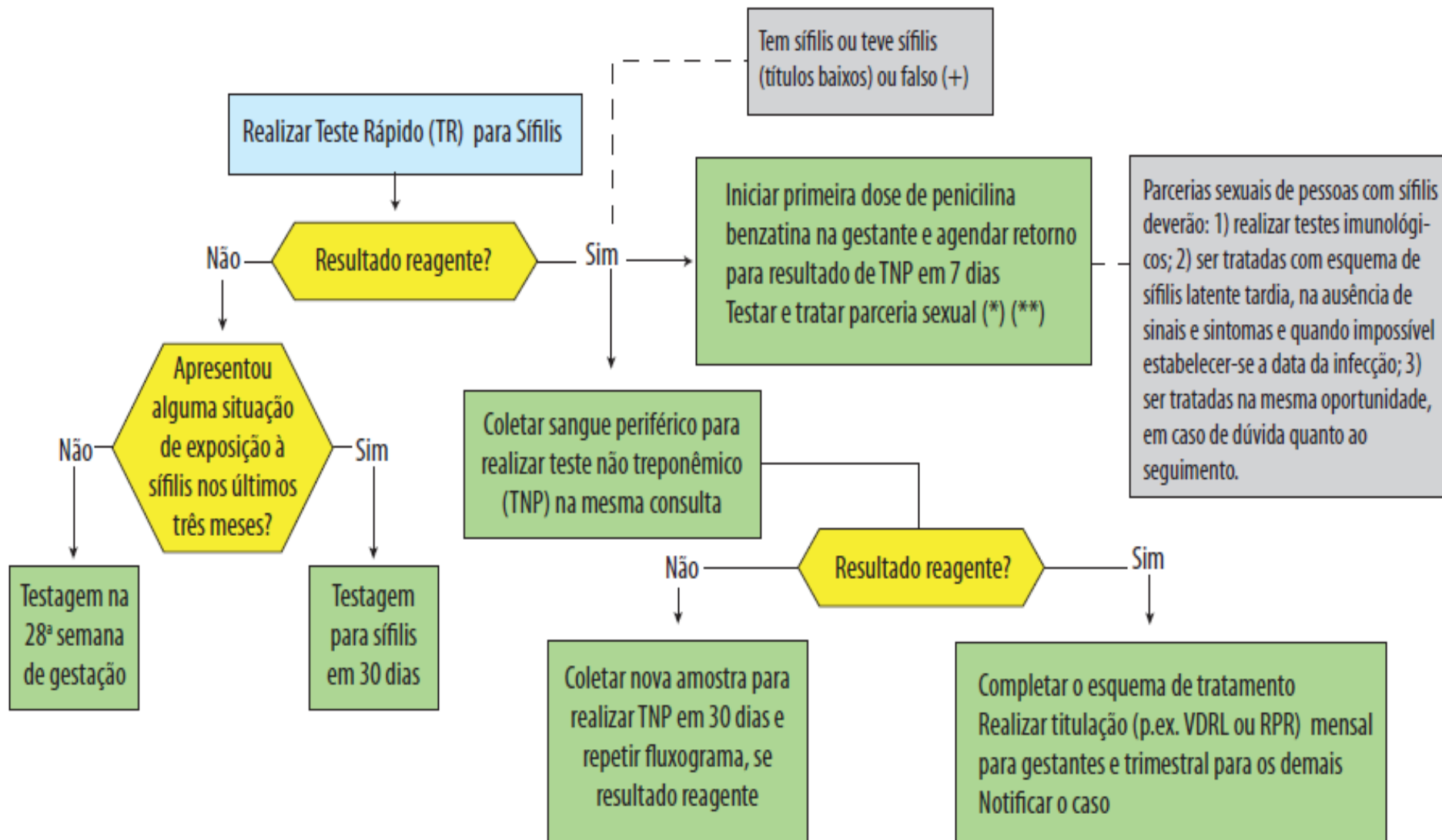
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

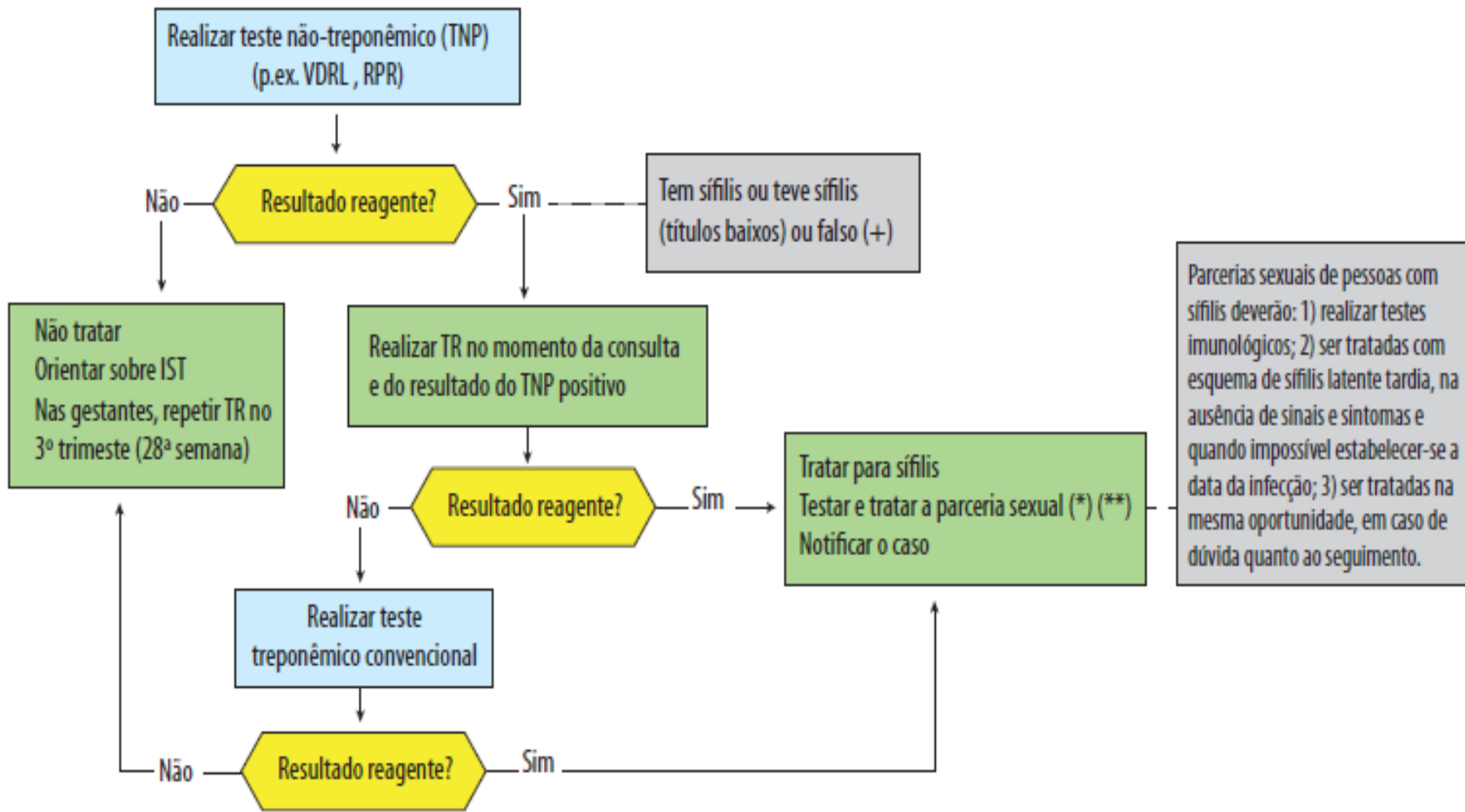
**Taxa de transmissão vertical
no Brasil em torno de 60%**

A testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual. Em todos os casos de gestantes, **o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.**

Algoritmo de investigação - TR



Algoritmo de investigação - TNT



(*) 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.

PRIMEIRO TESTE	+ TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
Teste treponêmico REAGENTE (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	+ Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	Diagnóstico de sífilis Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento ^(a)	Tratar e realizar monitoramento do tratamento Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste treponêmico REAGENTE (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	+ Teste não treponêmico NÃO REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. Se não reagente , considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se reagente , suspeita-se de sífilis recente ou de sífilis tratada, caso haja documentação de tratamento adequado	No caso de suspeita de sífilis primária, aguardar 30 dias para repetir teste não treponêmico. Porém, nas situações especiais, como em gestantes, recomenda-se tratar com penicilina benzatina Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	+ Teste treponêmico REAGENTE (TR, TPPA, FTA-Abs etc.)	Diagnóstico de sífilis Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento ^(a)	Tratar e realizar monitoramento do tratamento Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	+ Teste treponêmico NÃO REAGENTE (Teste rápido, TPPA, FTA-Abs etc.)	Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4 Quando a titulação for maior que 1:4 , realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste	Nas situações com novo teste treponêmico reagente: › Tratar e realizar monitoramento do tratamento › Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante › Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico NÃO REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST) Ou Teste treponêmico NÃO REAGENTE (Teste rápido, ELISA, FTA-Abs etc.)	+ Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido

Tratamento da gestante

(lembrar de investigar e tratar o **parceiro**)

ESTADIAMENTO	PENICILINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	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 IM	1 semana	VDRL mensal

Tratamento da gestante

Tratamento adequado da sífilis na gestante:

é todo tratamento completo e
adequado ao estágio da doença e
feito com penicilina e
finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e
resposta sorológica (queda dos títulos) e
parceiro tratado concomitantemente

Sífilis congênita: notificar/investigar

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

Nº

Definição de caso:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequada^{b,c}.

a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).

b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^e;

- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;

- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade

Situação 3: Evidência microbiológica^f de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Evolução	Estágios da sífilis congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (antes de dois anos de idade)	Precoce	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="832 254 1765 376">• Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia<li data-bbox="832 458 1862 586">• Lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura<li data-bbox="832 668 1908 791">• Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros<li data-bbox="832 872 1798 929">• Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia<li data-bbox="832 1011 1850 1133">• Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitrocLEAR)<li data-bbox="832 1215 1785 1338">• Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite

Pênfigo



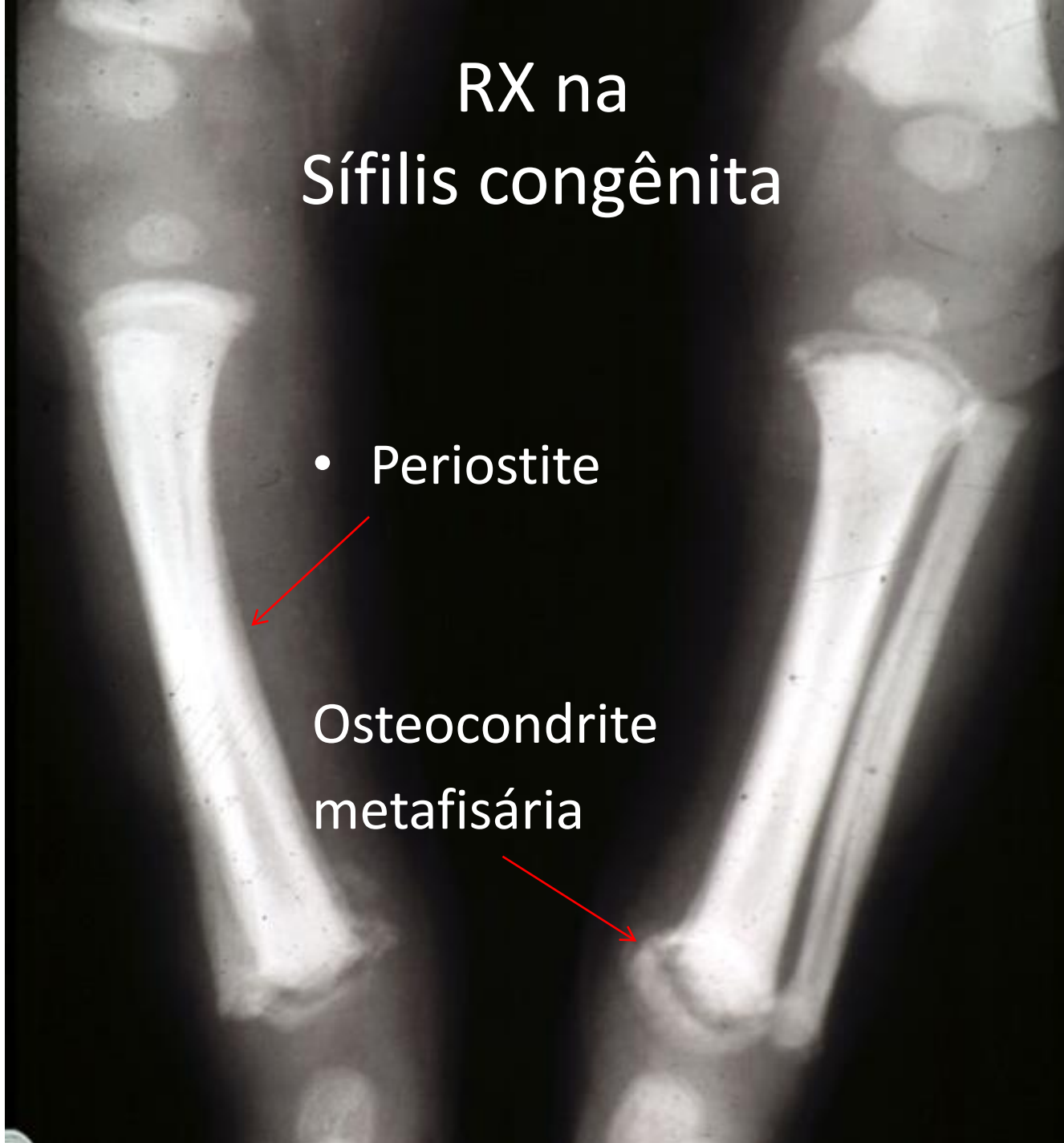
Sífilis congênita: natimortos



RX na Sífilis congênita

- Periostite

Osteocondrite
metafisária



Evolução	Estágios da sífilis congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (após dois anos de idade)	Tardia	<ul style="list-style-type: none">• Tíbia em "lâmina de sabre"• Articulações de Clutton• Fronte "olímpica" e nariz "em sela"• Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de <i>Hutchinson</i>), molares em "amora"• Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado

Investigação do RN

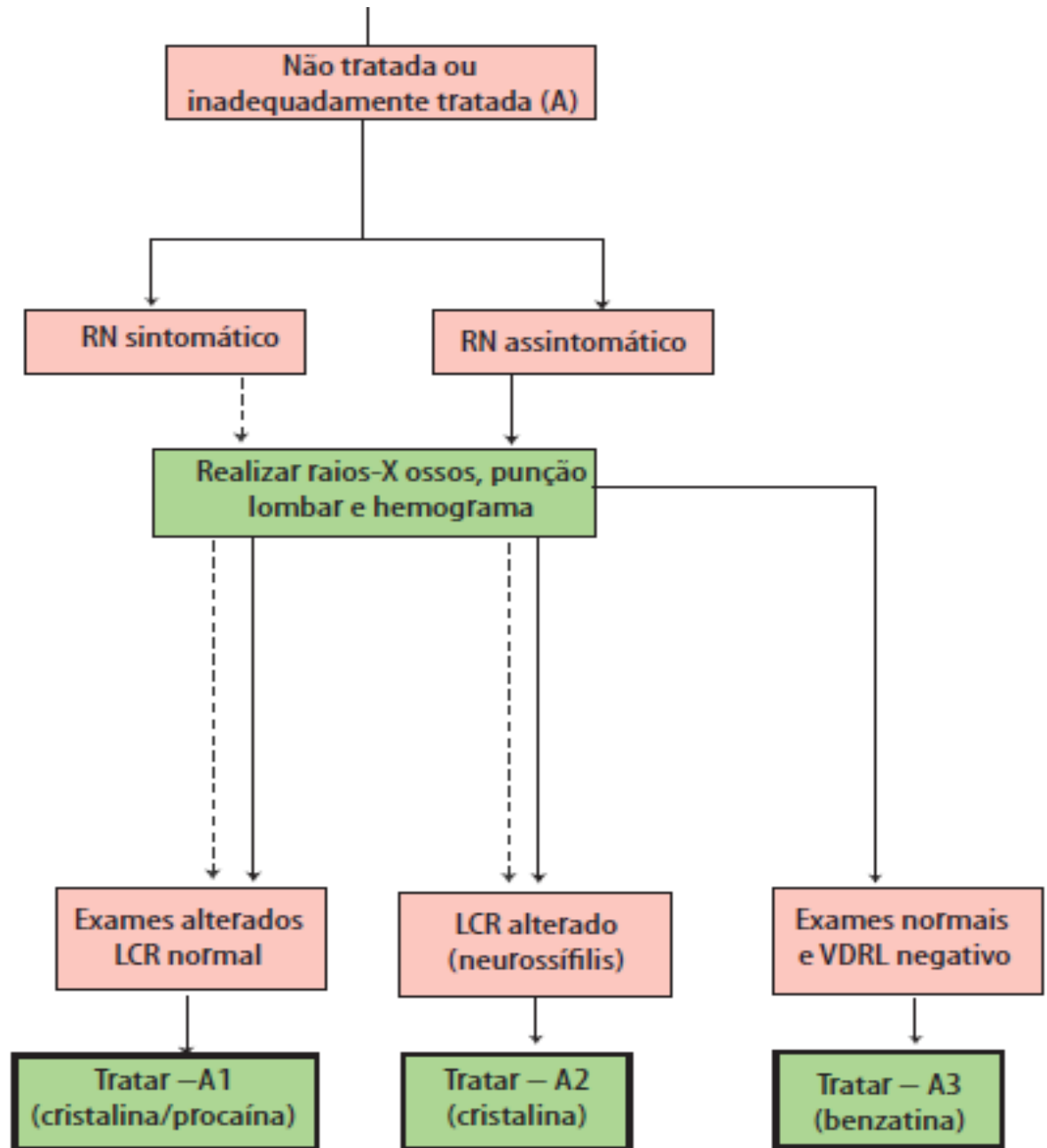
Testes não treponêmicos (VDRL, RPR ou TRUST):

São indicados para diagnóstico e seguimento terapêutico, devido ao fato de serem testes qualitativos e quantitativos. Devem ser realizados no sangue do neonato, evitando-se o uso do sangue do cordão umbilical. RN de mães com sífilis, mesmo os não infectados, podem apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente através da placenta.

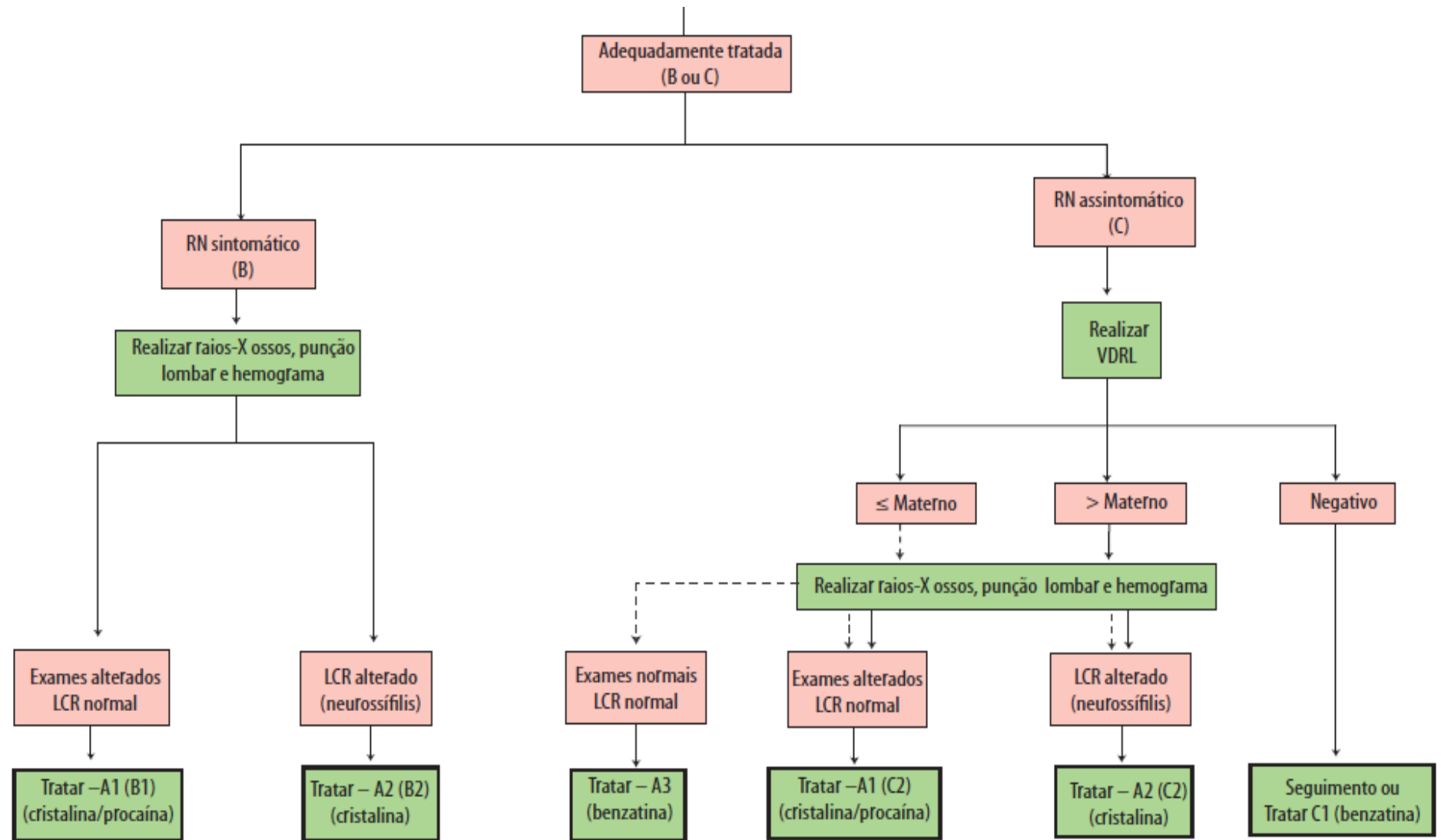
- › Amostra de sangue: hemograma, perfil hepático e eletrólitos;
- › Avaliação neurológica, incluindo punção liquórica: células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos;
- › Raio-X de ossos longos;
- › Avaliação oftalmológica e audiológica.

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.

Tratamento



Tratamento



- **Transmissão vertical do HIV**

- **Transmissão vertical do HIV**

A transmissão vertical do HIV ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% acontecem no periparto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação de 7% até 22% por exposição (mamada).

A taxa de transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas todas as intervenções de profilaxia, atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV+, podendo ser reduzida a níveis entre 1 a 2 %

HIV em gestantes no Brasil

- Prevalência global de HIV em gestantes: 0,4%
- Exame de HIV no PN
 - pelo menos 1 - 86,6% e - 2 exames -38,2%.

- **Transmissão vertical do HIV no Brasil**
- Varia de 4,9% (Sul) a 13,4% (Norte)
- 2015: 400 casos

Meta de eliminação da transmissão vertical do HIV (taxa < 1%)

Gestante HIV: notificar/investigar

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).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
			GESTANTE HIV		Z 21				
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		7	Data do Diagnóstico	

Conduta na Gestante HIV +: pré-natal referenciado

A terapia antirretroviral está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento

Devido à potência de inibição da replicação viral, menor risco de resistência viral em curto prazo e maior segurança dos antirretrovirais, a TARV deve ser administrada a todas as gestantes infectadas pelo HIV, com associação de três antirretrovirais, independentemente da situação virológica, clínica ou imunológica da paciente

O esquema preferencial de primeira linha deve ser:

Esquema de terapia inicial – Primeira linha de tratamento

TDF + 3TC + EFV*

* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível.

Conduta: tipo de parto



Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada

Recomendações durante o parto

O AZT injetável é indicado para a PTV e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical para as gestantes infectadas pelo HIV com CV-HIV desconhecida ou detectável a partir da 34^a semana de gestação.

Conduta no recém-nascido

A sequência de atividades recomendadas abaixo dependerá das condições de nascimento do RN:

1. Limpar, com compressas macias, todo o sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN logo após o nascimento, e encaminhá-lo imediatamente para banho em água corrente, ainda na sala de parto, utilizando uma torneira, por exemplo.
2. Quando for necessária a realização de aspiração de vias aéreas do RN, deve-se proceder delicadamente, evitando traumatismo em mucosas.
-  3. 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.
-  4. Em crianças expostas ao HIV cujas mães não fizeram uso de ARV durante o pré-natal ou não têm carga viral menor que 1.000 cópias/mL documentada no último trimestre de gestação, acrescentar **nevirapina** ao esquema da profilaxia, com início o mais precoce possível, nas primeiras 48 horas de vida, conforme preconiza o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas PCDT para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes 2014”.

Quimioprofilaxia do RN

Antirretroviral	Doses
AZT ^(a)	RN com 35 semanas ou mais: 4 mg/kg/dose de 12/12h
	RN entre 30 e 35 semanas: 2 mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia
	RN com menos de 30 semanas: 2 mg/kg/dose de 12/12h
Nevirapina ^(b)	Peso de nascimento > 2 kg: 12 mg/dose (1,2 mL)
	Peso de nascimento 1,5-2 kg: 8 mg/dose (0,8 mL)
	Peso de nascimento < 1,5 kg: não usar NVP

^(a) Por quatro semanas até definição do diagnóstico

^(b) Três doses (1ª dose até 48h, 2ª dose 48h após a 1ª dose, 3ª dose 96 h após a 2ª dose). A nevirapina deverá ser indicada nos casos de carga viral materna maior que 1.000 cópias/mL ou desconhecida no último trimestre de gestação.

Para o diagnóstico, é fundamental realizar pelo menos **2 dois exames de CV**. A **primeira CV** deverá ser coletada **duas semanas após o término da profilaxia** com ARV e a segunda CV deve ser coletada pelo menos **seis semanas após o término da profilaxia**.

Conduta no recém-nascido: exames



EXAMES	IDADE				
	AO NASCER OU NA PRIMEIRA CONSULTA AMBULATORIAL	1-2 MESES	4 MESES	6-12 MESES	12-18 MESES
Hemograma	X	X	X	X	X
AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas	X	X	NA	NA	X
Glicemia	X	X	X	NA	X
Sorologia HIV ^(a)	NA	NA	NA	NA	X ^(b)
CV-HIV ^(c)	NA	X	X	NA	NA
TORCH ^(d)	X	NA	NA	NA	NA
Sífilis (VDRL, RPR)	X	NA	NA	NA	NA
Anti-HBs ^(e)	NA	NA	NA	X	NA
Sorologia anti-HCV	NA	NA	NA	NA	X
Sorologia para HTLV 1/2 ^(f)	NA	NA	NA	NA	X
Sorologia para doença de Chagas ^(g)	NA	NA	NA	NA	X

NA: Não aplicável

Criança exposta HIV: notificar/investigar

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

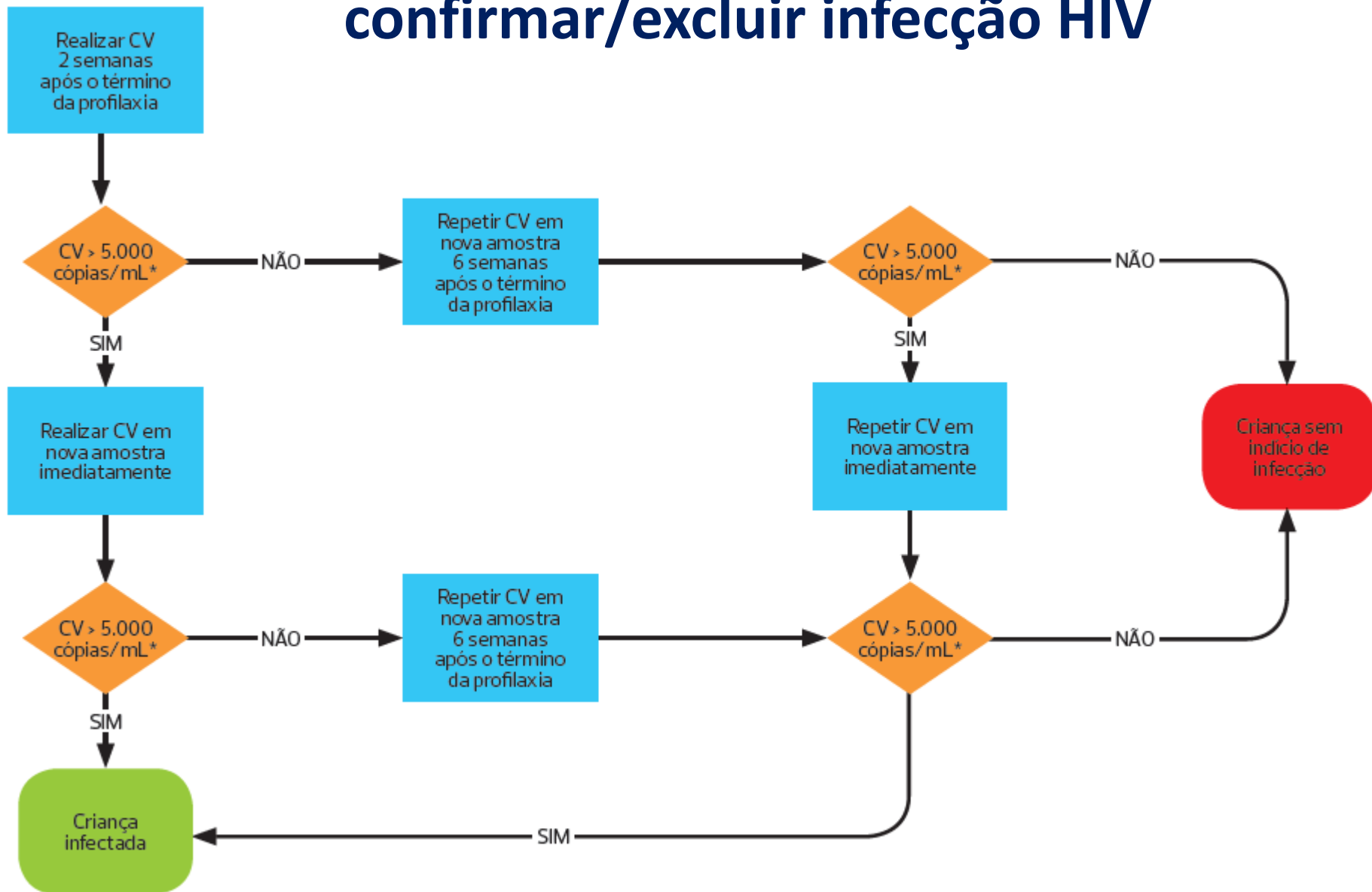
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Nº

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Z 20.6			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data de Diagnóstico	

Criança exposta HIV: seguimento para confirmar/excluir infecção HIV



Transmissão vertical da Hepatite B

Investigação da gestante

Deve-se proceder à investigação da infecção pelo HBV com pesquisa do HBsAg em todas as gestantes no 1º trimestre da gestação ou quando se iniciar o pré-natal.

Gestantes portadoras de exame **HBsAg reagente** deverão ser orientadas e referenciadas já durante o pré-natal a **unidades obstétricas que assegurem a administração de vacina hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) ao RN**. A referência e contrarreferência devem ser documentadas no cartão da gestante.

Gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal devem realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto. O exame pode ser feito por meio de teste rápido.

Prevenção e controle da gestante

O esquema vacinal para a hepatite B com três doses está recomendado durante a gestação para todas mulheres sem histórico de vacinação ou com esquema vacinal incompleto.

***Gestantes expostas ao HBV** em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico, deverão receber **associação de vacina e IGHAHB**.*

*Todas as gestantes com **hepatite B** que apresentem níveis de **HBeAg reagente**, **CV-HBV superiores a 200.000 UI/mL** ou **ALT > 2xLSN** devem receber terapia profilática com **TDF 300mg uma vez ao dia VO**, a partir de **28-32 semanas de gestação** (terceiro trimestre).*



Gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal devem realizar a pesquisa de HBsAg no momento da admissão hospitalar para o parto. O exame pode ser feito por meio de teste rápido.

Prevenção de hepatite B nos recém-nascidos

- › Aplicar a vacina ainda na sala de parto ou, o mais tardar, nas primeiras 12 horas após o nascimento;
- › Administrar HBIg ao neonato ainda na sala de parto ou dentro das primeiras 12 horas de vida, caso a mãe seja HBsAg reagente, independentemente do status do HBeAg. Não se recomenda postergar o HBIg até o 7^o dia do nascimento, pois a eficácia não pode ser comprovada após 48 horas do nascimento;
- › Administrar concomitantemente a primeira dose da vacina e a HBIg em locais de aplicação diferentes; o esquema vacinal segue o calendário básico da criança. A dose de imunoglobulina é de 0,5 mL IM para RN.

Esquema vacinal: 1^a dose HB ao nascer, e 2^a, 3^a e 4^a doses em regime de vacina pentavalente aos dois, quatro e seis meses (DTP + Hib + HB).

Avaliar anti-HBs e HBsAg entre 30 a 60 dias
oroconversão: após a última dose da vacina para hepatite B.

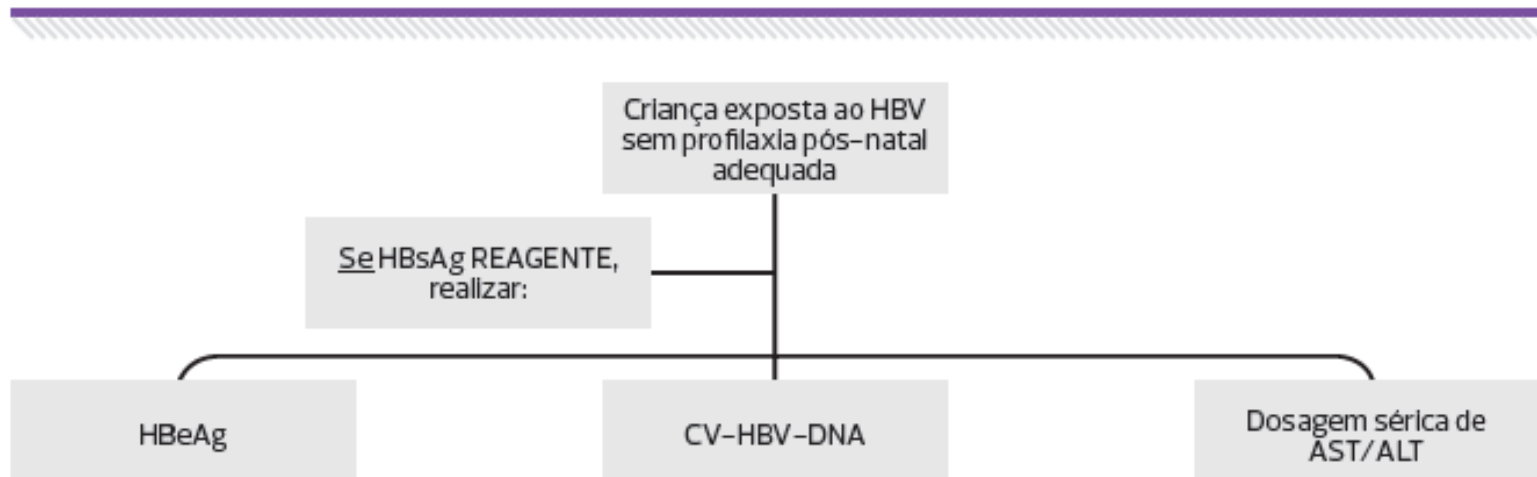
A imunoprofilaxia combinada de IGHAHB e vacina no RN exposto previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos RN.

Prevenção de hepatite B nos recém-nascidos

Para o binômio mãe-filho em que todas as recomendações foram seguidas – vacina e IGHAHB na criança exposta e profilaxia medicamentosa com TDF na gestante com indicação –, a amamentação não está contraindicada (EASL, 2017, Terrault, 2016).

E se as recomendações não forem seguidas?

Fluxograma de seguimento da criança exposta ao HBV sem imunoprofilaxia pós-natal adequada



Proposta de SP: notificar/investigar criança exposta hepatites



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Nº

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO VÍRUS DA HEPATITE B OU C

Definição de caso: RN ou criança até 24 meses de idade, filho de mãe Hepatite B (AgHBs reagente) ou C (VHC-RNA reagente)

Dados Gerais

1	Tipo de Notificação			
2	Agravo/doença CRIANÇA EXPOSTA AO HBV / HCV	Código (CID10)	3	Data da Notificação
4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7	Data dos primeiros Sintomas

Toxoplasmose congênita

- Estudos sobre Toxoplasmose congênita – Brasil (só é notificada em unidades sentinelas)
- 1,25/1.000 NV Minas Gerais (2012)
- 1/1.000 NV Belém(2012)
- 1,2/1.000 NV Porto Alegre (2007)
- 2,5/1000 nascimentos (UFF e FIOCRUZ, 2013)

Quadro clínico



Figura 1:

Fonte:



Figura 2:

Fonte:

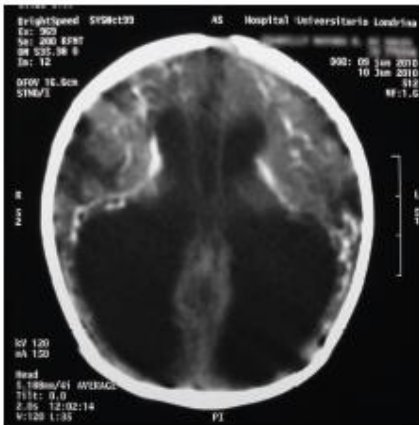


Figura 3:

Fonte:

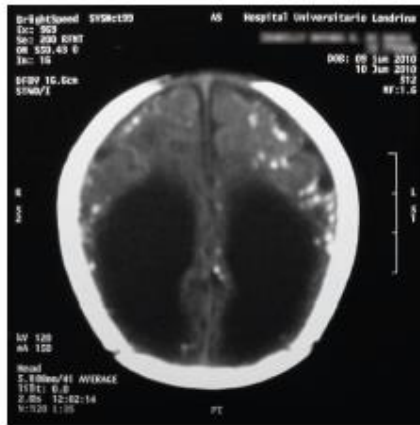
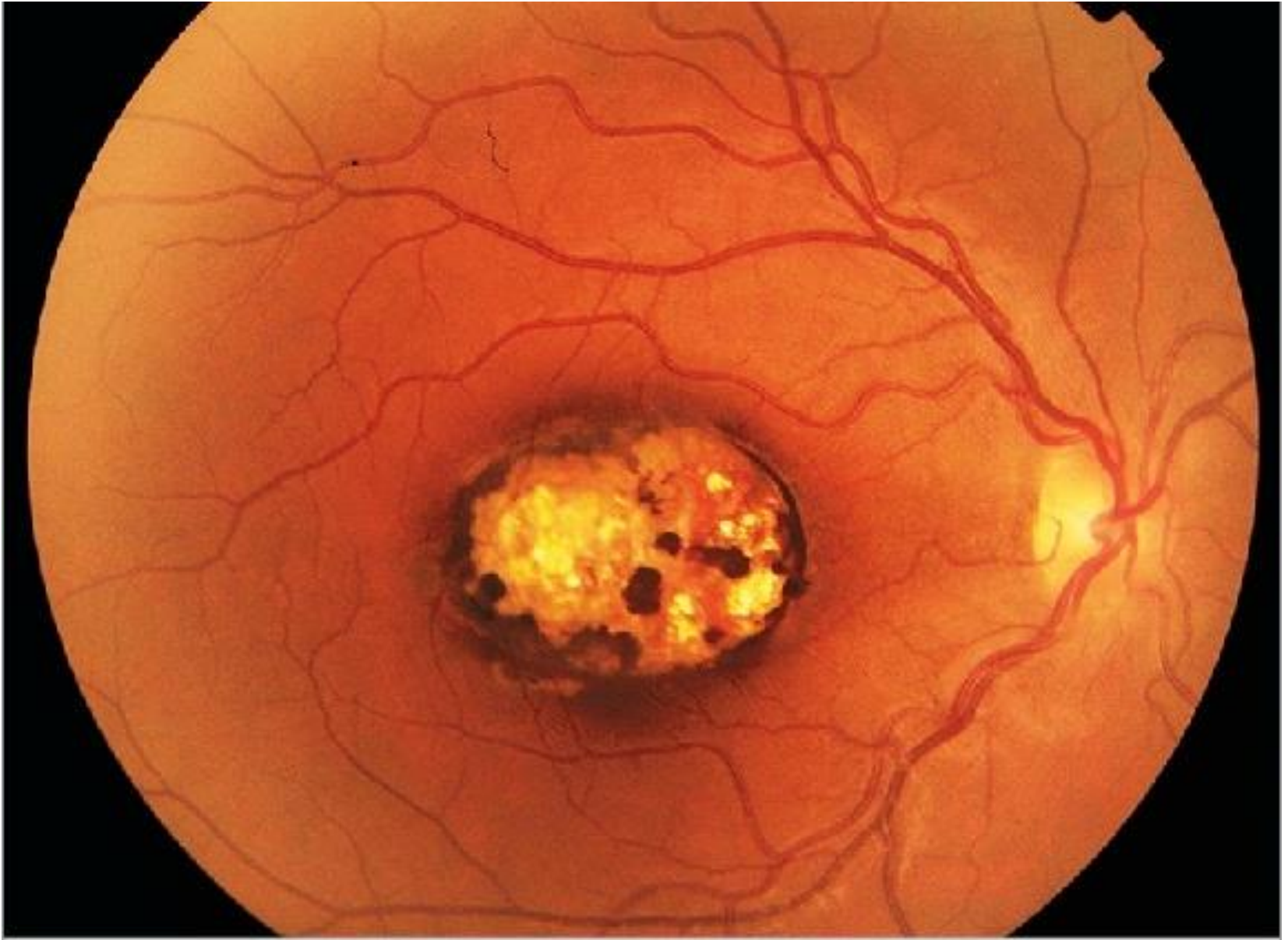


Figura 4:

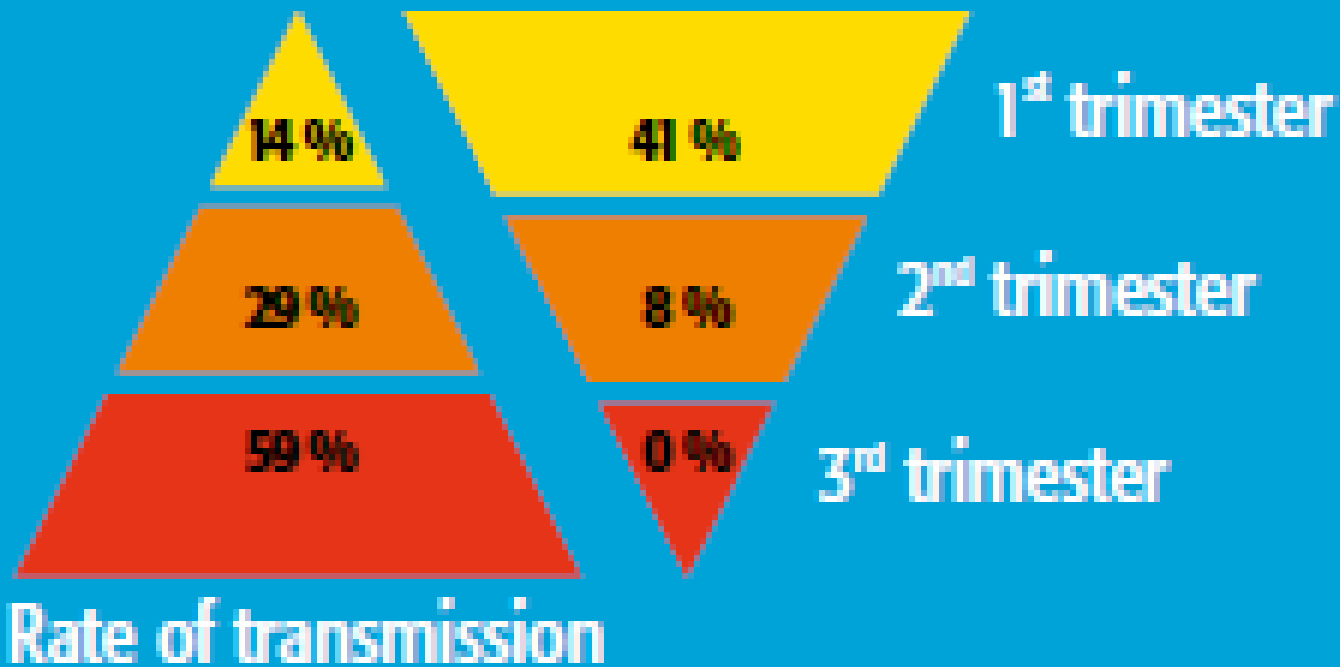
Fonte:

- > 50% lesão ocular



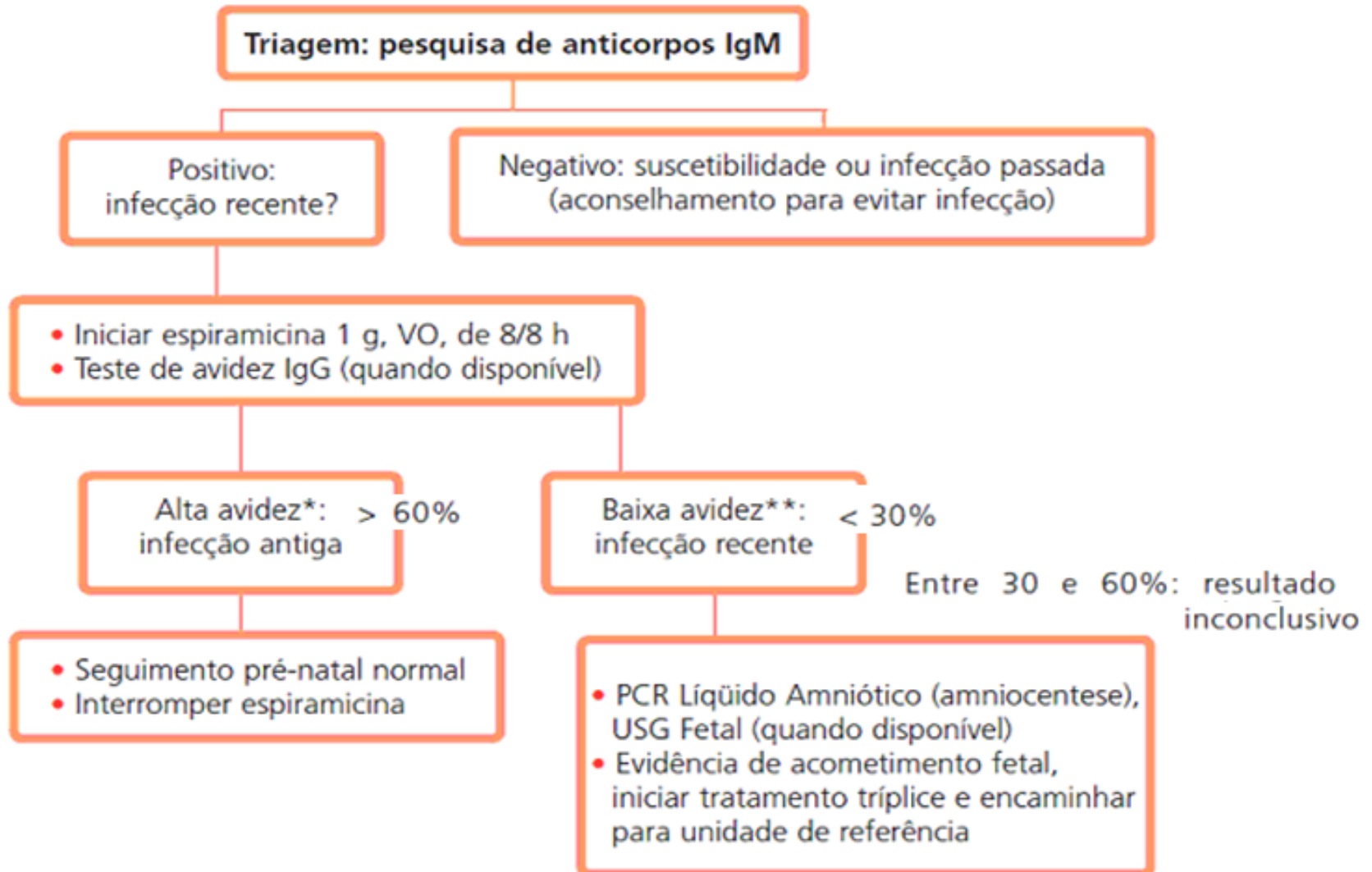
Taxa de transmissão transplacentária e doença de acordo com a idade gestacional

Percentage of severe infections and stillborn infants among congenital infections



Investigação de Toxoplasmose na gravidez

Fluxograma de conduta para toxoplasmose



Prevenção da toxoplasmose congênita

- Ingerir carne bem cozida (67° C por 10 minutos).
- Não experimentar carne crua.
- Congelar produtos cárneos (- 18° C por 7 dias).
- Ingerir embutidos frescos bem cozidos .
- Lavar, com água e sabão, os utensílios (faca, tábua) utilizados no preparo de carnes.
- Lavar bem as frutas e verduras, esfregando em água corrente.
- Proteger os alimentos de moscas e baratas.
- Ingerir apenas água tratada ou fervida.
- Ferver e pasteurizar leite de cabra antes do consumo.
- Lavar as mãos após mexer na terra ou areia.



Se tiver gato:

- Não o alimente com carne crua .
- Peça para outra pessoa retirar as fezes do animal **diariamente**.

Quadro 5 - Recomendações para gestantes para a prevenção da infecção pelo *Toxoplasma gondii*.

Síndrome da Rubéola congênita

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE
SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Nº

CASO SUSPEITO: Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito, confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação ou;
Toda criança até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos e compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.

Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10) 3 Data da Notificação	
	SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	P 3 5. 0	

Dados Clínicos	34 Sinais Maiores - Grupo I 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	35 Sinais Menores - Grupo II 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	<input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Retinopatia Pigmentar <input type="checkbox"/> Glaucoma Congênito <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita _____	<input type="checkbox"/> Retardo Psico-Motor <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Alterações Ósseas

41 Resultado

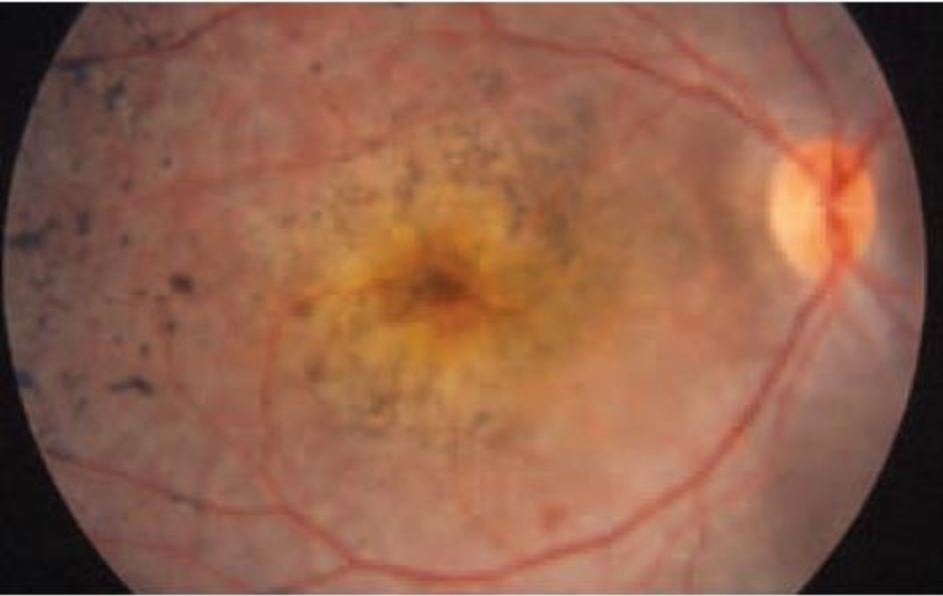
1 - Vírus Rubéola Selvagem	3 - Outros vírus _____
2 - Vírus Rubéola Vacinal	4 - Não detectado

52 Diagnóstico de Descarte

1 - Toxoplasmose	3 - Sífilis Congênita
2 - Citomegalovírus	4 - Outras _____

Lesões oftalmológicas

Retinopatia “sal e pimenta”

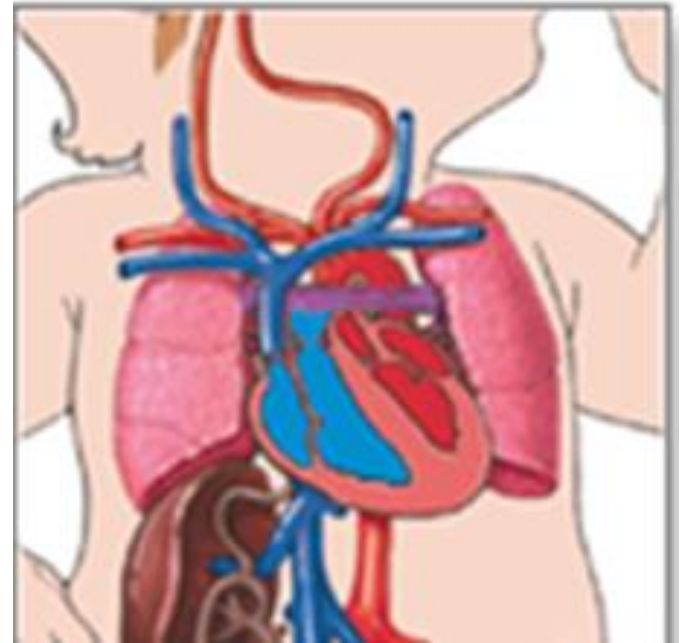


Catarata



Cardiopatia:

PCA e estenose pulmonar



Deficiência auditiva

Prevenção de rubéola congênita

- Todas as mulheres em idade fértil devem ter, recebido, no mínimo duas doses da vacina.



Protocolo preliminar contendo componentes para certificar a eliminação da transmissão endêmica do vírus do sarampo e rubéola (OPS/OMS, 2008)

- **Brasil recebe certificado de eliminação da rubéola em território nacional**
- O Brasil está oficialmente livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Desde 2010, não há casos registrados.

NOTA TÉCNICA N.º 21/2011/URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Assunto: Recomendação para não realização de exame de rotina para rubéola em gestantes.

Desafios: Citomegalovírus

- Rastrear ou não na gestante?
- Infecção primária e não-primária
- Prevalência pode ser elevada, 5/1000 nos países de alta renda e 10/1000 NV nos países de baixa/média renda
- Poucos estudos no Brasil
- Prevalência 10/1000 NV
- Infecção congênita sintomática: $\pm 1,0/1000$ NV
- A longo prazo, causa de surdez em crianças

Desafios: Zika vírus

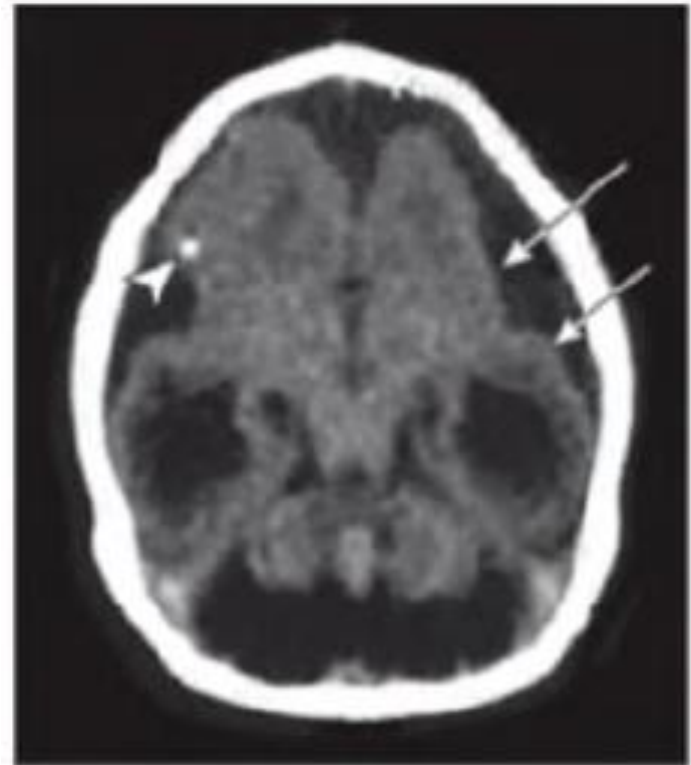
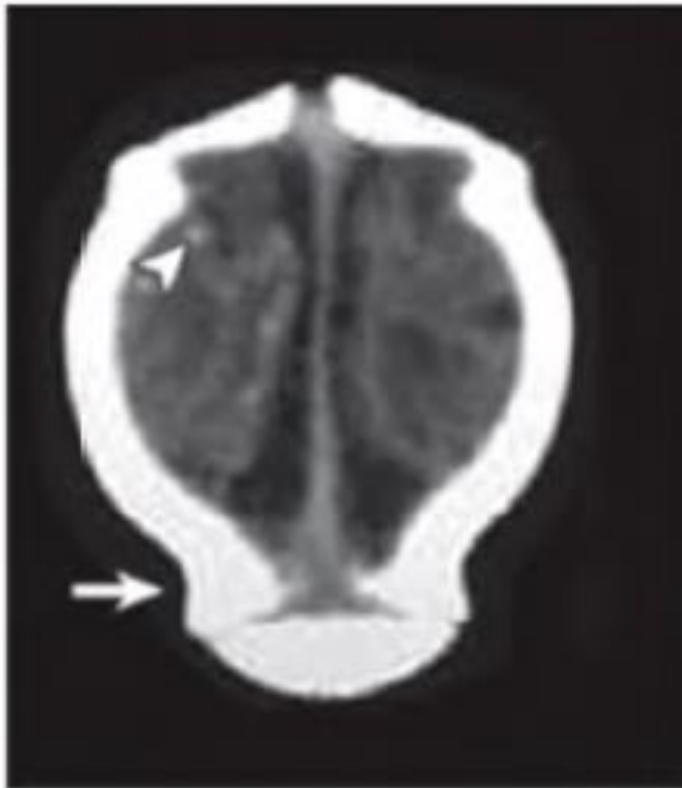
Coorte do RJ

- - Mortes fetais ou anormalidades em bebês foram verificadas em 46% dos casos de gestações de mães positivas para zika, em contraste com 11,5% das mulheres que testaram negativo para zika;
- - 42% dos bebês que nasceram de mães infectadas por zika sofriam de microcefalia, lesões cerebrais, calcificações cerebrais, lesões na retina, surdez, dificuldades para se alimentar, entre outras complicações;
- - Problemas verificados em todas as etapas da gravidez: 55% das mulheres infectadas no primeiro trimestre foram afetadas, 51% no segundo e 29% no terceiro.

Primeiros casos relatados

Microcefalia e calcificações

Microcefalia + catarata + calcificação intraocular



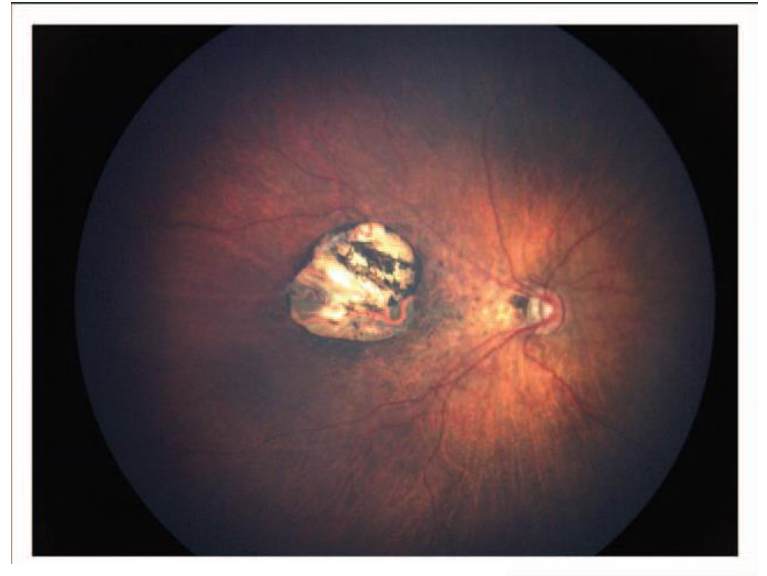
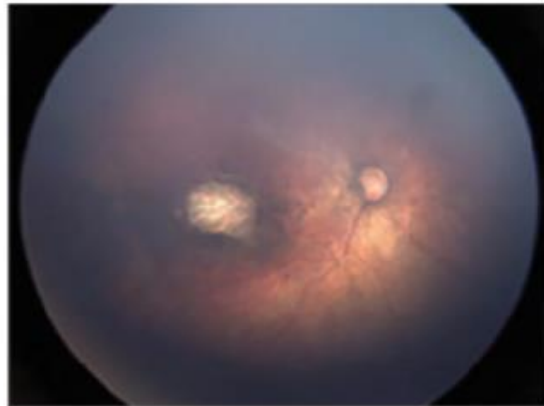
Alterações membros



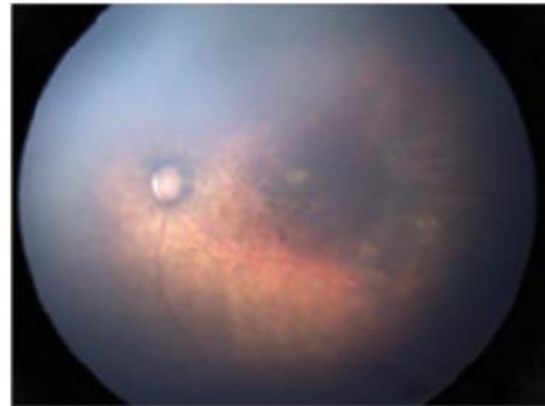
Alterações retina



A Olho direito



B Olho esquerdo



Zika congênita

- Infecção materna
- Duas ou mais alterações (microcefalia, alterações neurológicas, alterações imagem, etc)
- TORCH negativo

Gravidez e infecção:

As gestantes têm maior risco de adquirir infecções?

As gestantes com infecção têm maior risco de evoluir com quadros graves?

As gestantes têm maior risco de adquirir infecções?

Infection	Increased Susceptibility	Increased Severity	Prevention Strategies	Management Strategies *
Stronger evidence				
Malaria (mainly due to <i>Plasmodium falciparum</i>)	Yes	Yes	Intermittent preventive therapy; insecticide-treated bed nets (for areas where malaria is endemic); appropriate prophylaxis (for travelers)	Early identification; appropriate antimalarial therapy; supportive care
Listeriosis	Yes	No	Dietary guidance	Early identification; appropriate anti-microbial therapy; care of the newborn
More limited evidence				
Human immunodeficiency virus type 1 infection	Yes	No	Consistent and correct condom use; protection from sexually transmitted diseases during pregnancy	Early identification; antiretroviral therapy

As gestantes com infecção têm maior risco de evoluir com quadros graves?

Infection	Increased Severity	Prevention Strategies	Management Strategies *
Stronger evidence			
Influenza	Yes	Influenza vaccination; antiviral prophylactic medication for selected patients	Early identification; early antiviral therapy; supportive care
Hepatitis E virus infection	Yes	Sanitation programs	High index of clinical suspicion; supportive care
Herpes simplex virus infection (dissemination with primary infection)	Yes	Protection from sexually transmitted infections during pregnancy	High index of clinical suspicion; antiviral therapy; supportive care; care of the newborn
Malaria (mainly due to <i>Plasmodium falciparum</i>)	Yes	Intermittent preventive therapy; insecticide-treated bed nets (for areas where malaria is endemic); appropriate prophylaxis (for travelers)	Early identification; appropriate antimalarial therapy; supportive care

- Doenças evitáveis “verticalmente”?

Prevenção do Tétano neonatal

Embora não seja uma doença de transmissão vertical, o tétano neonatal é totalmente evitável por medidas de proteção vertical.

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

Informe

1º dose	/	/
2º dose	/	/
3º dose	/	/
Reforço	/	/

- Notificação imediata

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **TÉTANO NEONATAL**

Nº

CASO SUSPEITO: Todo recém nascido que nasce bem, suga normalmente e que entre o 2º e o 28º dia após o nascimento apresenta dificuldade para sugar, irritabilidade e choro constante, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto;
Óbito por causa desconhecida em recém-nascido entre o 2º e o 28º dia de vida.

Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual								
	2	Agravo/doença	TÉTANO NEONATAL	Código (CID10) A 3 3							
				3	Data da Notificação						

Plano de **eliminação** do tétano neonatal no mundo

Vacinação recomendada gestante

Vacinas	Esquemas e recomendações	
<p>Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP</p> <p>Dupla adulto (difteria e tétano) – dT</p>	Histórico vacinal	Conduta na gestação
	<p>Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.</p>
	<p>Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.</p>
	<p>Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.</p>
	<p>Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.</p>	<p>Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.</p>
<p>Hepatite B</p>	<p>Em gestantes não vacinadas / vacinação incompleta</p>	<p>Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.</p>
<p>Influenza (gripe)</p>		<p>Dose única anual.</p>

Caderneta da gestante

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Instrução: Nenhuma Prim. Secund. Univ.

Idade: _____ anos
 <15 anos >35 anos

Estado civil/união: Casado Solteiro
 Estável Outro

Exames

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH				
Glicemia de jejum				
Tolerância à glicose (teste oral)				
Sífilis (teste rápido)				
VDRL				
HIV/Anti-HIV (teste rápido)				
Hepatite B e C (teste rápido)				
HBsAg (1º e 3º trimestre)				
Toxoplasmose				
Hemoglobina Hematócrito				
Urina-EAS				
Urina-cultura				
Coombs indireto				
Outros				
Outros				

Peso anterior: _____
 Altura em: _____

Antecedentes familiares

Diabetes NÃO SIM

Hipertensão arterial NÃO SIM

Gemelar NÃO SIM

Outros: _____

Genótipo da hemoglobina

Padrão AA Heterozigosa AS AC Outros Homozigoto SS SC Outros

Malária*

Neg. Pos. / / / / / / / / / / / / / / / /

*Somente para gestantes da Região Amazônica.

Suplementação

Sulfato ferroso: SIM NAO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ácido fólico: SIM NAO 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês 7º mês 8º mês 9º mês

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						

DUM: / /

DPP: / /

DPP etc: / /

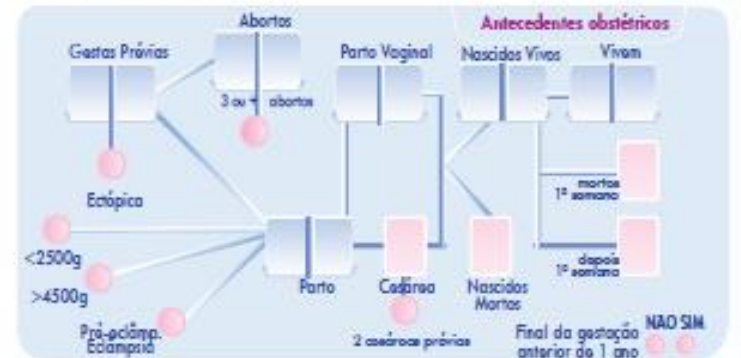
Tipo de gravidez:

Única Gamelar Tripla ou mais Ignorada

Risco habitual

Gravidez: Alto risco

Gravidez planejada: NÃO SIM



Antecedentes clínicos

Diabetes NÃO SIM

Infecção Urinária NÃO SIM

Infertilidade NÃO SIM

Cardiopatias NÃO SIM

Trombose embolismo NÃO SIM

Hipertensão arterial NÃO SIM

Cir. pol. uterina NÃO SIM

Outros: _____

Outros: _____

Gestação atual

Fumo (nº de cigarros) NÃO SIM

Alcool NÃO SIM

Outras drogas NÃO SIM

Violência doméstica NÃO SIM

HIV/Aids NÃO SIM

SÉSI NÃO SIM

Toxoplasmose NÃO SIM

Infecção urinária NÃO SIM

Anemia NÃO SIM

Inc. intracervical NÃO SIM

Ameaça de parto premat. NÃO SIM

Imunização RH NÃO SIM

Oligo/polidramia NÃO SIM

Eut. prem. membrana NÃO SIM

CUUR NÃO SIM

Pós-datária NÃO SIM

Hipertensão arterial NÃO SIM

Pré-eclâmpsi/ eclâmp. NÃO SIM

Cardiopatias NÃO SIM

Diabetes gestacional NÃO SIM

Uso de insulina NÃO SIM

Hemorragia 1º tris. NÃO SIM

Hemorragia 2º tris. NÃO SIM

Hemorragia 3º tris. NÃO SIM

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

Informe

1º dose / /

2º dose / /

3º dose / /

Hepatite B

Imunizada

Informe

3º dose / / 2º dose (1 mês após 1ª dose) / /

3º dose (3 meses após 1ª dose) / /

Influenza

Informe

data / /

Testes rápidos

A realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e HBV no pré-natal, parto e puerpério, com o uso de testes rápidos (TR), possibilita a adoção quase imediata de medidas de profilaxia da transmissão vertical dos agravos, em função da rapidez do diagnóstico.

Os TR também devem ser indicados na admissão para o parto e, em último caso, no puerpério, em situações especiais:

- › Gestante sem pré-natal;
- › Gestante não testada durante o pré-natal;
- › Gestante que não dispõe de resultado do teste (ou do registro do resultado no cartão de gestante);
- › Gestante não testada e/ou sem resultado do segundo teste, no último trimestre de gestação;
- › Gestante que se encontre em situação de risco acrescido, como, por exemplo: mulher soronegativa para o HIV que tenha parceiro infectado; profissional do sexo; usuária de álcool e outras drogas; troca de parceiro durante a gestação;

Referências

