



**ATUALIZAÇÃO EM CONDUTAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS PARA A
ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS
(gestantes, parturientes, parceiros sexuais e recém-nascidos)**

Janeiro de 2013

Considerando:

. o recrudescimento da sífilis adquirida não só na população em geral mas também, e principalmente, em grupos mais vulneráveis (moradores de rua, usuários de drogas, adolescentes, privados da liberdade, migrantes), e, conseqüentemente o aumento de casos de sífilis congênita;

. as intervenções já implementadas no país têm reduzido significativamente os casos de AIDS em crianças menores de 05 anos, porém, o crescimento do número de gestantes soropositivas para o HIV pertencentes ou parceiras sexuais de homens de grupos mais vulneráveis, aumenta a possibilidade de transmissão vertical do HIV, principalmente por estas mulheres não comparecerem disciplinarmente às consultas de pré-natal;

. a meta brasileira de eliminação da transmissão vertical do HIV (2 casos em 1.000 nascidos vivos) e da sífilis congênita ($< 0,5$ caso/1.000 nascidos vivos)
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_web.pdf

. as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010 (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf);

. o protocolo para tratamento de sífilis/profilaxia da sífilis congênita (<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/protocolo-bolso02web.pdf>);

. a Nota Técnica nº. 388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS de 28 de Setembro de 2012 (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/52297/nota_tcnica_388_2012_113_24.pdf), a qual estabelece a introdução da Nevirapina ao esquema de quimioprofilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV em recém-nascidos de mães vivendo com HIV/Aids que não receberam antirretrovirais na gestação, ou aquelas diagnosticadas no momento do parto.

. a Portaria MS/GMS n.º 3242 de 30 de Dezembro de 2011, que dispõe sobre a determinação do uso do fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações



especiais

(http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf);

. a possibilidade do uso de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção do HIV e sífilis, assim como no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais (Portaria Nº 77, de 12 de Janeiro de 2012 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html).

A Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo enfatiza:

1. A solicitação de pesquisa da Sífilis e da infecção pelo HIV na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, podendo ser utilizado o teste rápido de triagem ou diagnóstico do HIV e o teste rápido de triagem de sífilis (Portaria CCD n.º 11 de 03 de Maio de 2011 em ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.mai.12/iels86/E_PT-CCD-11_030512.pdf);
2. Instituir o mais precocemente possível o tratamento preconizado para Sífilis (<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/protocolo-bolso02web.pdf>), ressaltando que na impossibilidade de determinação do tempo de infecção, os casos devem ser encarados como Sífilis latente tardia. E, é imprescindível o diagnóstico e tratamento da parceria sexual;
3. Instituir, de acordo com as recomendações vigentes (<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/protocolo-bolso02web.pdf>), o tratamento para Sífilis congênita em recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente ou diagnosticada no momento do parto;
4. Instituir, de acordo com as recomendações vigentes, a terapia/quimioprofilaxia antirretroviral para a gestante e, se necessário, quimioprofilaxia primária para infecções oportunistas (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf);
5. Atentar para as recomendações vigentes para cuidados durante o trabalho de parto, e puerpério;
6. Para os recém-nascidos (expostos) de mães soropositivas ao HIV, resumidamente: Iniciar a Zidovudina (AZT) nas primeiras 02(duas) horas de vida, por **via oral** e por 6 semanas + **Nevirapina** (NVP) nos recém-nascidos ≥ 35 semanas de mães infectadas pelo HIV que não receberam antiretroviral na gestação (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/52297/nota_tcnica_388_2



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – SP
CEP 04121-000 – Fone: 5087-9911



[012_11324.pdf](#)), mesmo que a mãe tenha recebido AZT injetável no momento do parto. Não há estudos que comprovem benefício do início do AZT após 48 horas de vida.

AZT: Solução oral: 1 mL = 10mg
4mg/kg/dose cada 12 h

NVP: Solução oral: 1 ml=10mg
peso ao nascer-1,5 a 2kg: 0,8mg (0,8ml)/dose
Peso ao nascer >2kg: 12mg (1,2ml)/dose
DOSES: 1ª dose nas primeiras 48 h de vida
2ª dose 48 h após a 1ª dose
3ª dose 96 h após a 2ª dose

ATENÇÃO:

- para a gestante que recebeu AZT durante a gestação, continua indicado apenas o AZT para o recém-nascido, em solução oral, 4mg/kg/dose, de 12/12h, via oral por 6 semanas
- para os RN com idade gestacional <35 semanas ou peso ao nascer <1,5kg, continua indicado apenas o AZT
- para o recém-nascido grave, sem condições de receber dieta ou o medicamento por via oral ou sonda orogástrica até 48 h de vida, usar apenas o AZT intravenoso na dose de 1,5mg/kg/dose a cada 6 h, mesmo que a mãe tenha recebido antiretroviral durante a gestação
- Os RN saem de alta com ambas as drogas e com orientação para o Ambulatório de AIDS. Devem retornar para controle laboratorial com 15 dias de vida

7. Neste momento, houve a distribuição de Nevirapina suspensão oral para os pólos farmacêuticos do Estado de São Paulo. O quantitativo foi baseado no número de partos realizados em mães soropositivas que não receberam ARV na gestação. Cabe a cada DRS e GVE determinarem a distribuição adequada de acordo com sua realidade regional, incluindo o setor privado de saúde.

Atenciosamente,

Dra. Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro
Diretor Técnico de Saúde III
Coordenadora do Programa Estadual DST/AIDS