

Vigilância no pré-natal, parto e puerpério

Doenças de transmissão vertical - 2024



Prof^a Sandra Costa Fonseca

Objetivos:

Conhecer os principais agravos passíveis de vigilância no pré-natal, parto e puerpério



Saber conduzir a investigação diagnóstica e o tratamento da mãe e do bebê



Preencher, de forma adequada e oportuna, os instrumentos de vigilância das DTV

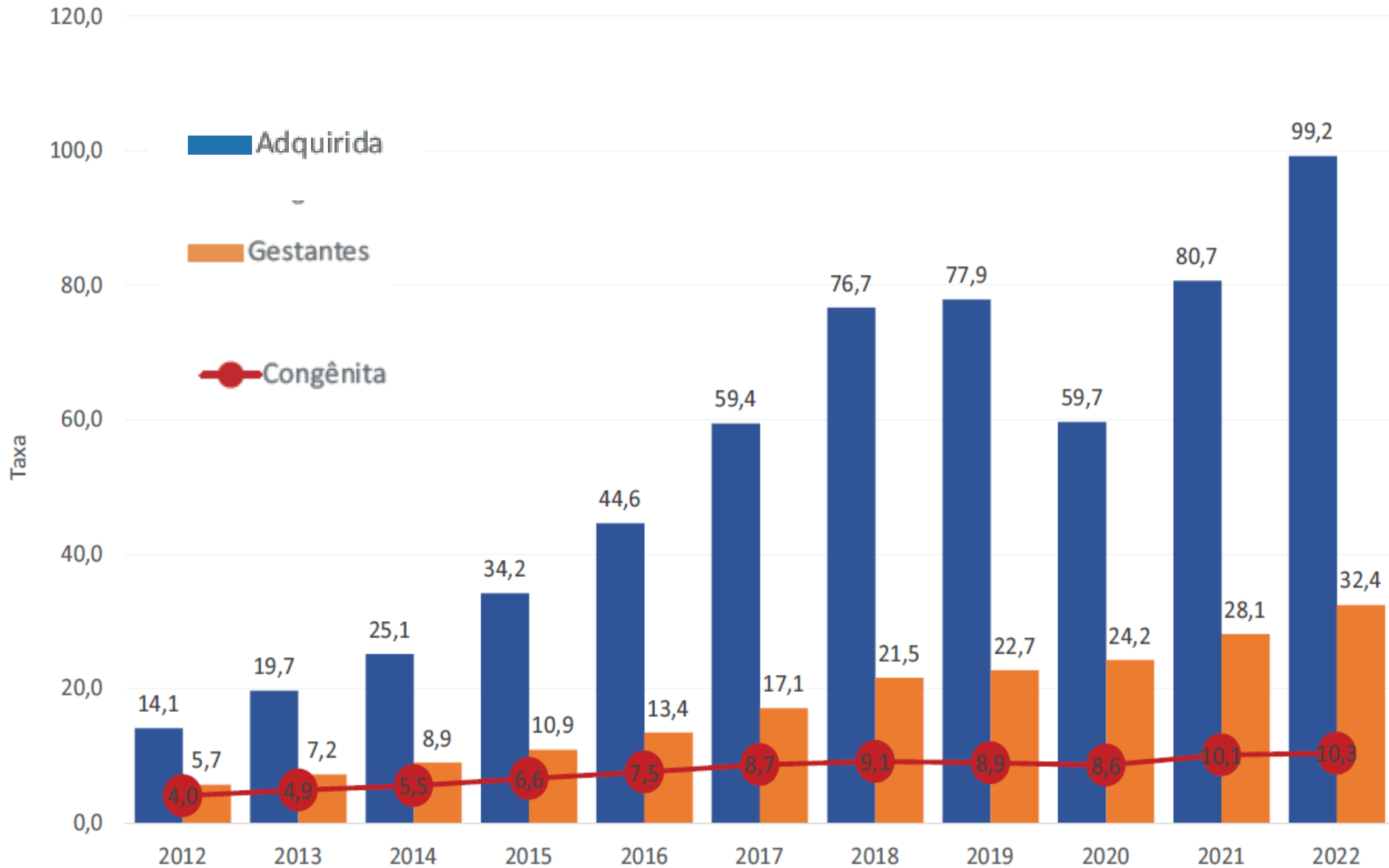
Principais doenças e formas de transmissão vertical

Agravo	Intrauterina	Periparto	Pós-natal (LM)
Sífilis (<i>T. pallidum</i>)	++		
Estreptococo Grupo B	+/-	++ (G, H)	
Clamídia		++ (G)	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		++ (G)	
<i>Listeria monocytogenes</i>	++ (1 e 2ºtrim)	+ (G, H)	
Tuberculose	++		
HIV	±	++ (H)	+
Hepatite B	±	++ (H)	+
Hepatite C	±	++ (H)	+
CMV	++	++ (G, H)	+
Herpes	±	++ (G, H)	
HTLV	±	+/-	+
Rubéola	++ (1ºtrim)		
Varicela	+ (3ºtrim)	++ (H)	
Parvovírus	++		
Zika (dengue, CHK)	++		
<i>Toxoplasma gondii</i>	++ (3ºtrim+)		
Malária	++		
D. Chagas	++		

Sífilis na gestação e Sífilis congênita



Magnitude: tendência temporal da sífilis no Brasil



Sífilis como DTV no Brasil – 2022

Magnitude

Sífilis na gestante

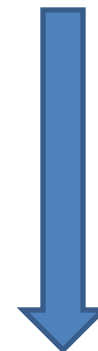
- 83.000 casos
- Taxa de detecção de 32,4/1000 NV

Sífilis congênita

- 26.400 casos
- Incidência de 10,3/1000 NV

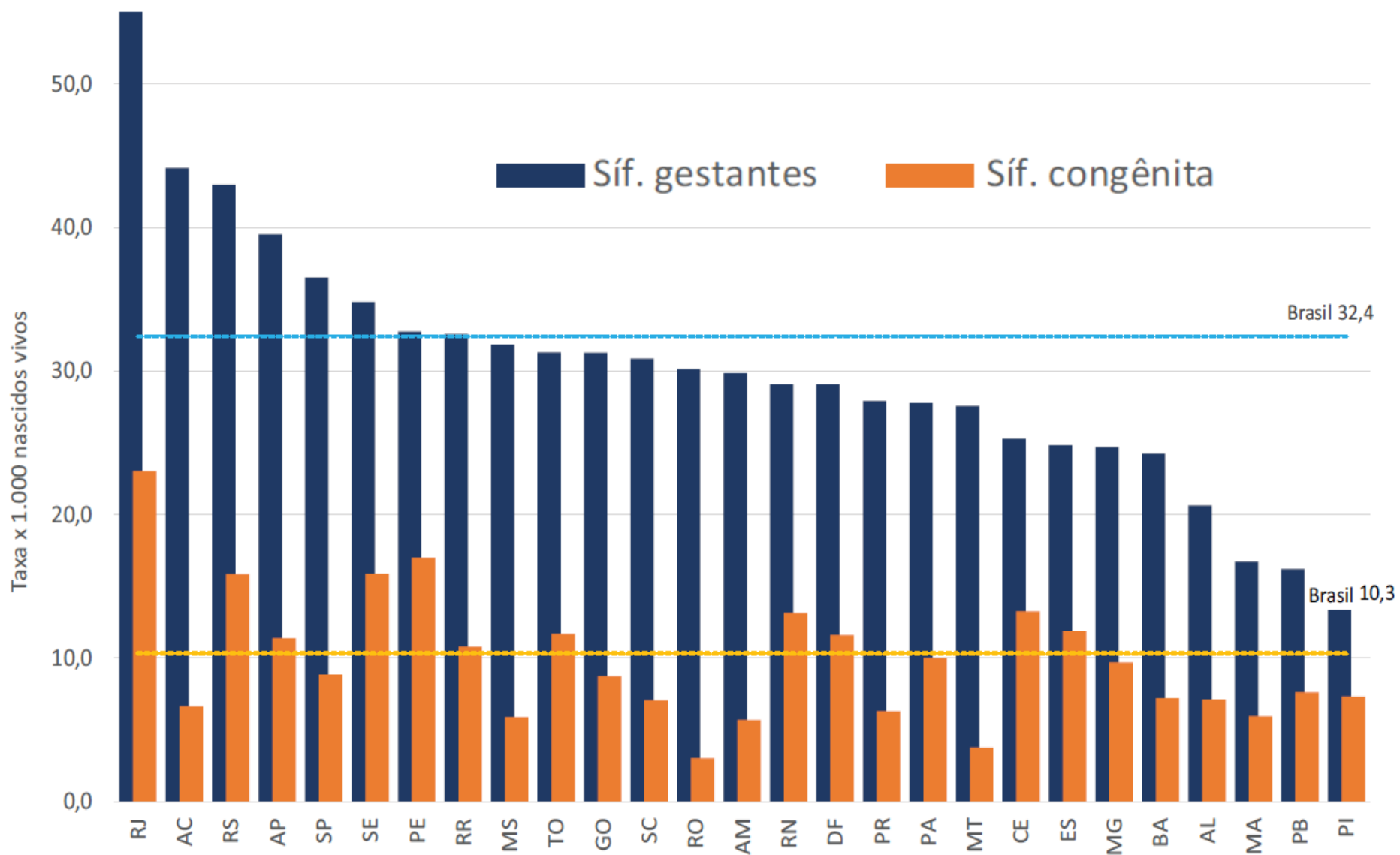


Transmissão vertical: $\approx 30\%$



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

Sífilis na gestante e congênita: estados



Como abordar a sífilis na gestante?

Testagem para sífilis

- **Teste rápido ou treponêmico laboratorial de sífilis (se resultado até 14 dias):**

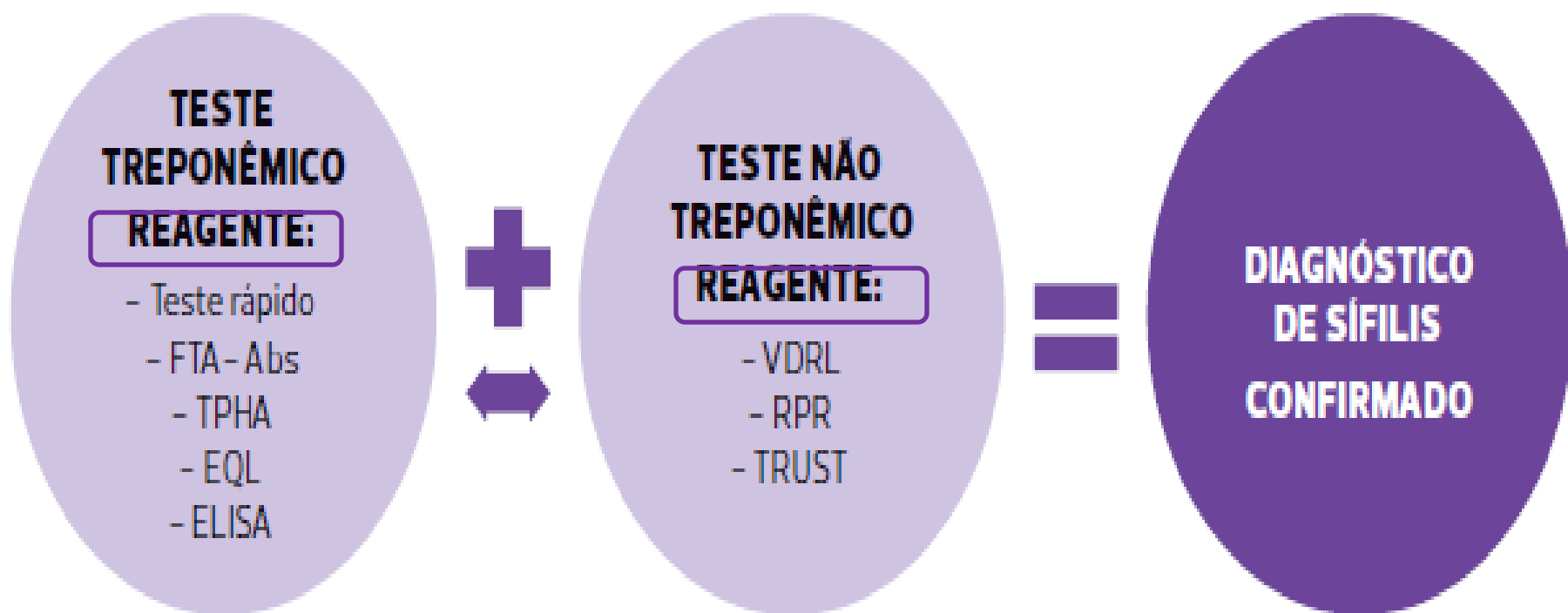
- 1ª consulta pré-natal, idealmente no 1º trimestre da gestação
- 3º trimestre da gestação
- Parto/aborto
- História de exposição de risco/violência sexual

- **Testes não treponêmicos quantitativos:**

- Seguimento do tratamento de sífilis

- **Teste rápido treponêmico: investigação**
- **VDRL: investigação, seguimento e critério de cura**

Devem ser pedidos os dois tipos, mas **basta um +** para considerar o diagnóstico, se não houver história anterior de sífilis.



Sífilis na gestante: Notificar/Investigar

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SIFILIS 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^d 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.

★ Sem história anterior de sífilis, basta um dos testes para considerar o diagnóstico

Tratamento da gestante (investigar e tratar o parceiro)

Estágio Clínico

Esquema Terapêutico

Sífilis recente (com duração menor que 1 ano): Primária, secundária ou latente recente

Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, dose única (1.200.000 UI em cada glúteo)

Sífilis tardia (com duração maior que 1 ano): Terciária ou latente tardia/duração indeterminada

Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal, por 3 semanas
Dose total: 7.200.000 UI, IM

Estágios da sífilis

Evolução	Estágio	Clínica
Sífilis recente (menos de 1 ano de evolução)	Primária (10 a 90 dias pós exposição)	Cancro duro
	Secundária (6 semanas a 6 meses pós exposição)	Roséolas sífilíticas; Lesões eritemato-escamosas palmo-plantares; placas eritematosas branco-acizentadas nas mucosas; Condiloma plano ou condiloma lata; Alopecia em clareira e madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada
	Latente recente	Sem clínica. Diagnóstico feito após um exame negativo para sífilis há menos de 1 ano.
Sífilis tardia (mais de 1 ano de evolução)	Latente tardia	Sem clínica. Diagnóstico feito após um exame negativo para sífilis há mais de 1 ano.
	Terciária	Gomas sífilíticas, acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Rara atualmente.
Não definida (tardia a nível de tratamento)	Latente de duração indeterminada	Sem clínica. Paciente desconhece o momento do contágio

Tem sintomas clínicos / Não tem sintomas

Tratamento adequado da gestante

- Todo tratamento completo e

-adequado ao estágio da doença e

- com penicilina e

- iniciado/finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e

-resposta sorológica (queda dos títulos VDRL) e

-parceiro tratado concomitantemente*

* Critério retirado em 2017, porém controverso

Sífilis congênita: notificar/investigar

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.

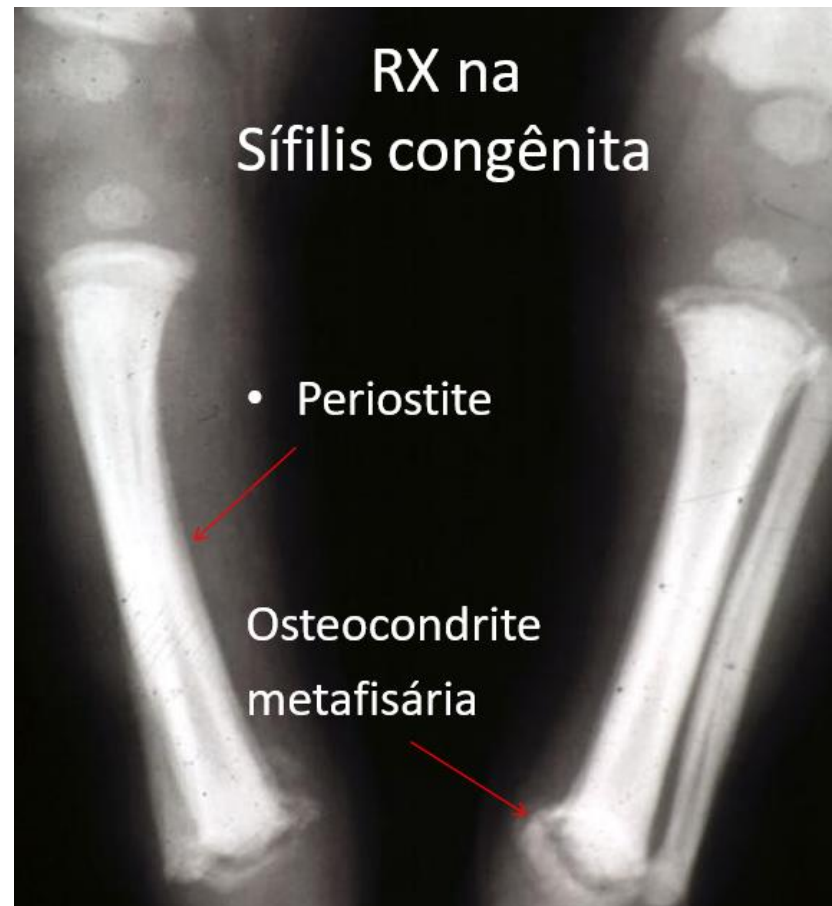
d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

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).

Sífilis congênita precoce – antes de 2 anos



63 Presença de sinais e sintomas

1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado

- | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> Osteocondrite | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia | <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas | <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia | |

Sífilis congênita: natimortos



Investigação do RN

Todos os RN, mesmo com mãe tratada!

Testes **não treponêmicos** (VDRL, RPR ou TRUST):

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

Mãe adequadamente tratada

Mulher **ADEQUADAMENTE TRATADA** durante a **gestação atual** (gestante com registro de tratamento completo com penicilina benzatina para o estágio clínico da sífilis, iniciado até 30 dias antes do parto)

- Avalie risco de reinfecção
- Realize teste não treponêmico sérico na mãe e no RN, ao mesmo tempo (não coletar sangue do cordão umbilical)

O teste não treponêmico da criança é pelo menos duas diluições **MAIOR** que o materno?

Não

Sim

O exame físico da criança é normal?

Sim

Não

Criança exposta à sífilis
• Sem necessidade de tratamento imediato

O teste não treponêmico é reagente?

Sim

Não

• **Notifique como sífilis congênita**
• Realize tratamento, conforme fluxograma da criança nascida de mulher tratada de forma não adequada

Realize avaliação para **STORCHZ***

• **Notifique como sífilis congênita**
• Realize tratamento, conforme fluxograma da criança nascida de mulher tratada de forma não adequada

Mãe não tratada adequadamente

Mulher **TRATADA DE FORMA NÃO ADEQUADA OU NÃO TRATADA** durante a gestação atual

- **Notifique como sífilis congênita**

- Realize teste não treponêmico sérico na mãe e no recém-nascido, ao mesmo tempo (não coletar sangue do cordão umbilical)
- Realize no recém-nascido hemograma completo, glicemia e RX de ossos longos e colete o líquido (solicitar celularidade, proteinorraquia e VDRL)

Exame físico do RN, hemograma, líquido e RX de ossos longos são normais E o teste não treponêmico do RN é não reagente?

Não

O resultado do líquido é normal?

Sim

Criança com sífilis congênita SEM neurosífilis*

Trate com benzilpenicilina potássica/cristalina 50.000 UI/kg, intravenosa, de 12/12h na primeira semana de vida, de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias

OU

benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias

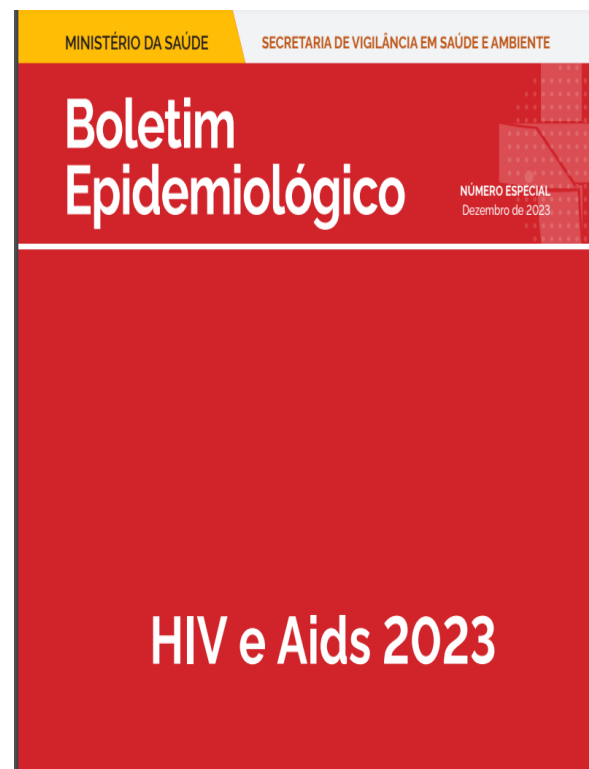
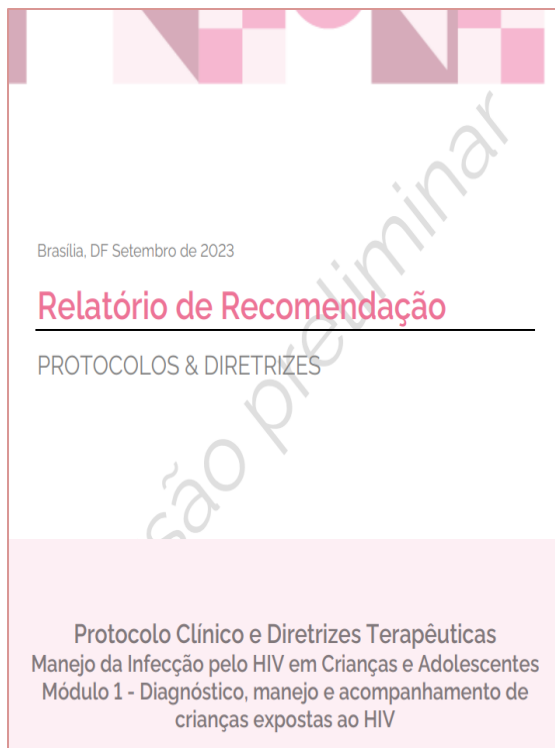
Sim

Aplique benzilpenicilina benzatina, 50.000 UI/kg, dose única, intramuscular

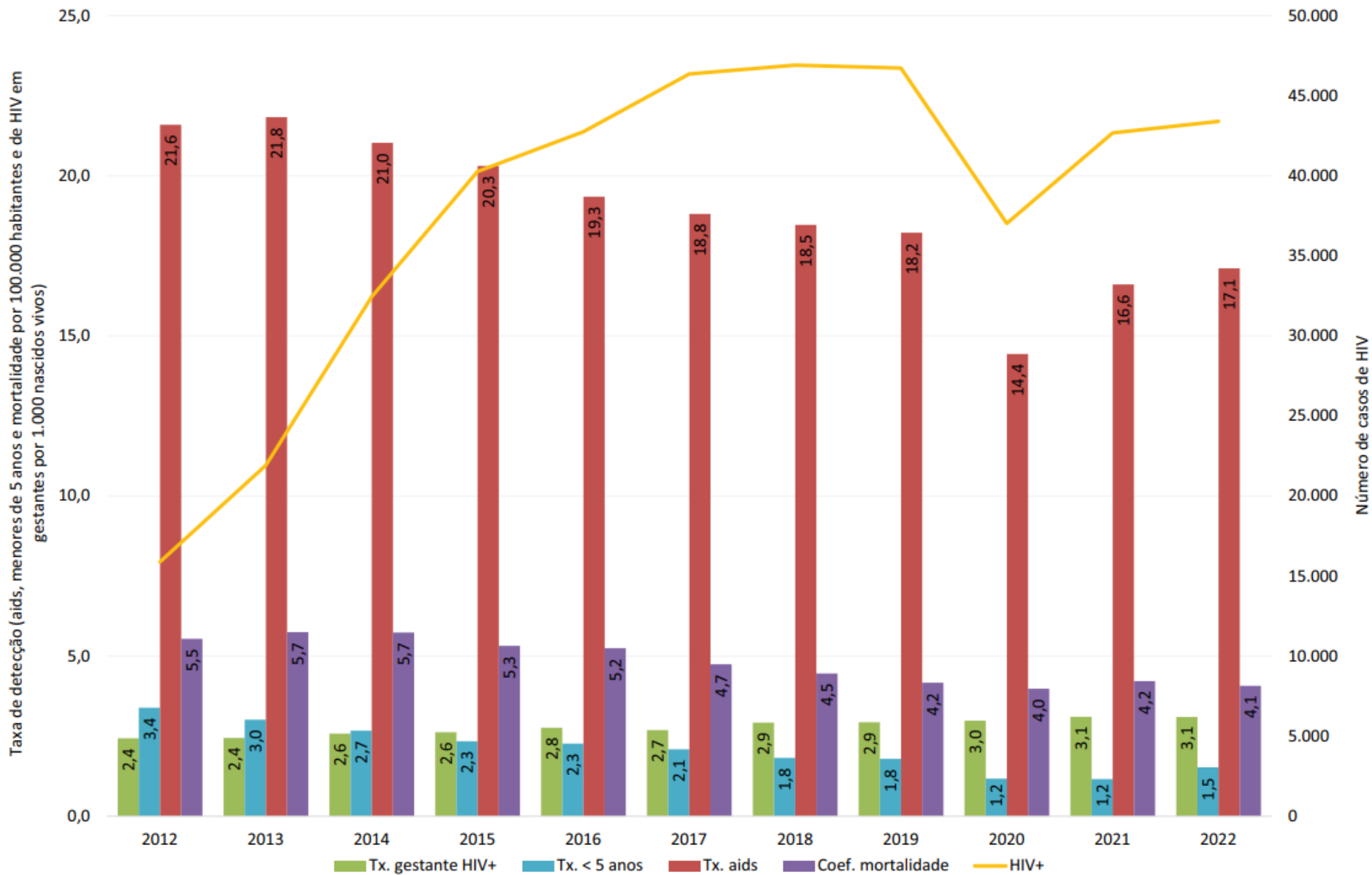
Criança com sífilis congênita COM neurosífilis*

Trate com benzilpenicilina potássica/cristalina 50.000 UI/kg, intravenosa, de 12/12h na primeira semana de vida, de 8/8h após a primeira semana de vida, por 10 dias

HIV na gestação e criança exposta ao HIV



HIV/AIDS no BRASIL



Transmissão vertical HIV


- **Momento da transmissão**

- Durante a gestação – 35%
- Parto - 65%
- Amamentação: risco adicional 7 a 25%

**Taxa da transmissão (sem
profilaxia) -25%**

Com profilaxia – 1 a 2%

HIV como DTV no Brasil - 2022

- Gestantes HIV +
- 2022: 7.943 casos 
- Detecção: 3,1/mil nascidos vivos
- Transmissão vertical: **1,1%**
- Nº de casos em crianças < 5 anos
- 2022: 85 casos
- Taxa: 3,4 casos/100.000 hab. (2011) para 1,2 casos (2020) e **1,7 (2022)**



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

Testagem para HIV

- **Teste rápido ou laboratorial de HIV (se resultado até 14 dias):**

- 1ª consulta pré-natal, idealmente no 1º trimestre da gestação
- 3º trimestre da gestação
- Parto
- História de exposição de risco/violência sexual

Lembrar que o teste rápido anti-HIV pode e deve ser usado em todas as oportunidades

A genotipagem está indicada para todas as gestantes que testarem HIV positivo

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).

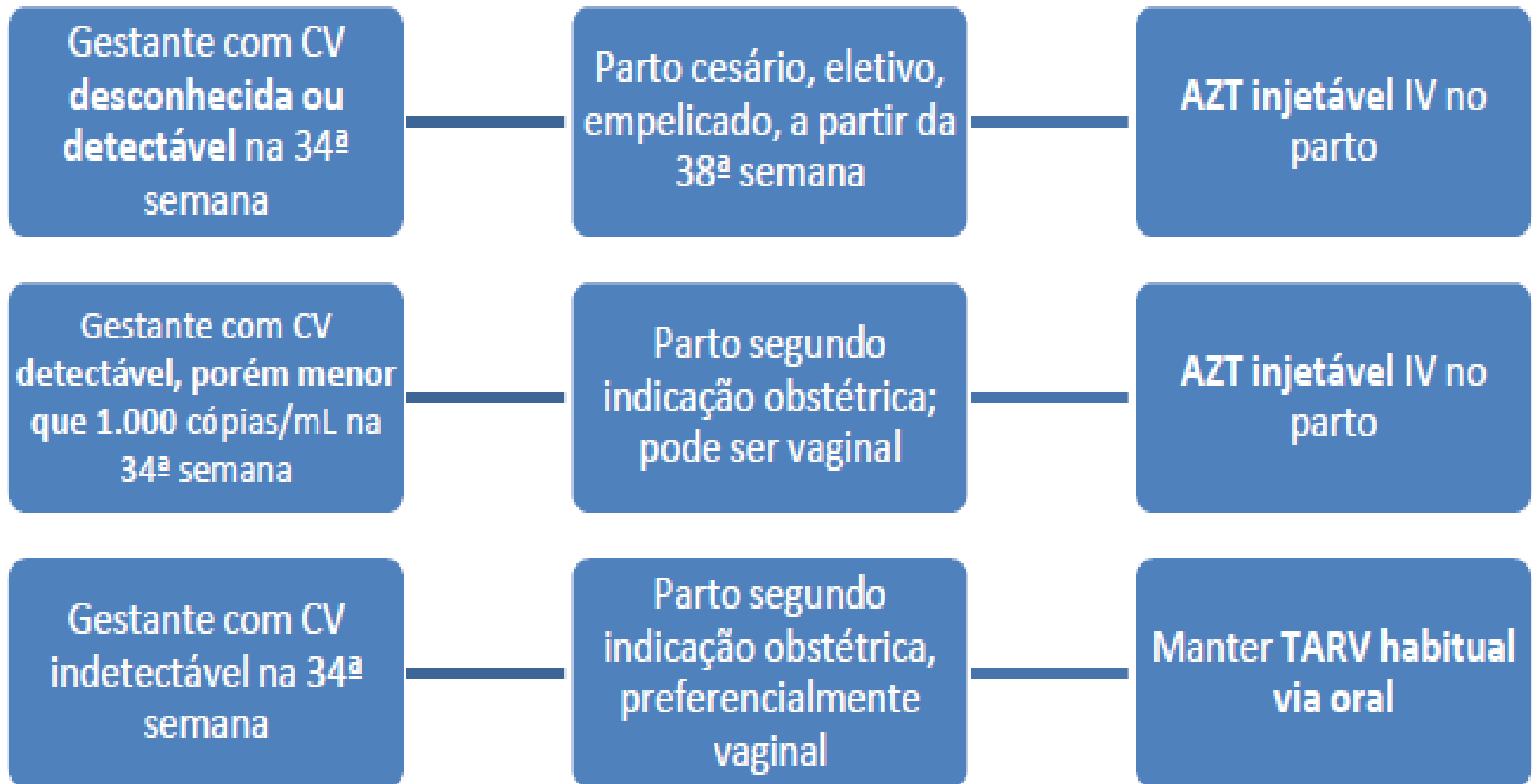
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação
		GESTANTE HIV		Z 21		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico

Conduta na Gestante HIV +

- ❑ Pré-natal referenciado
- ❑ Terapia antirretroviral toda gestante HIV+
- ❑ Não suspender após o parto

- ❑ Carga viral na 1ª consulta e pelo menos a cada 3 meses
- ❑ Tratamento preferencial: TDF/3TC/DTG a partir de 13 semanas.

Recomendações para o parto, de acordo com carga viral (CV)



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	

MANEJO DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV DE BAIXO RISCO

Recém-nascido de parturiente em uso de ARV desde primeira metade da gestação

E
com CV-HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre)

E
sem falha na adesão à TARV

Realize cuidados imediatos na sala de parto,

Colete exame de CV-HIV em amostra de sangue periférico do recém-nascido*

Inicie AZT xarope ainda na sala de parto, preferencialmente, nas primeiras quatro horas de vida, segundo idade gestacional e doses recomendadas,

Inicie alimentação com fórmula láctea infantil

Notifique como criança exposta ao HIV

MANEJO DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV DE ALTO RISCO

Recém-nascido de parturiente sem uso de ARV na gestação

OU

sem registro de pré-natal

OU

Que não recebeu profilaxia antirretroviral no momento do parto, conforme indicação

OU

que iniciou ARV após a 2ª metade da gestação

OU

com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento

OU

com CV-HIV detectável no 3º trimestre, independentemente do uso de ARV na gestação

OU

com CV-HIV desconhecida

OU

com diagnóstico de HIV no momento do parto

Realize cuidados imediatos na sala de parto,

Colete exame de CV-HIV em amostra de sangue periférico do recém-nascido*

Inicie esquema profilático ainda na sala de parto, preferencialmente, nas primeiras quatro horas de vida, segundo idade gestacional e doses recomendadas,

Inicie alimentação com fórmula láctea infantil

Notifique como criança exposta ao HIV

Tratamento e coletas de carga viral

RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV: BAIXO RISCO

Idade gestacional	Esquema terapêutico	Período
Todas	AZT	28 dias

AZT = zidovudina

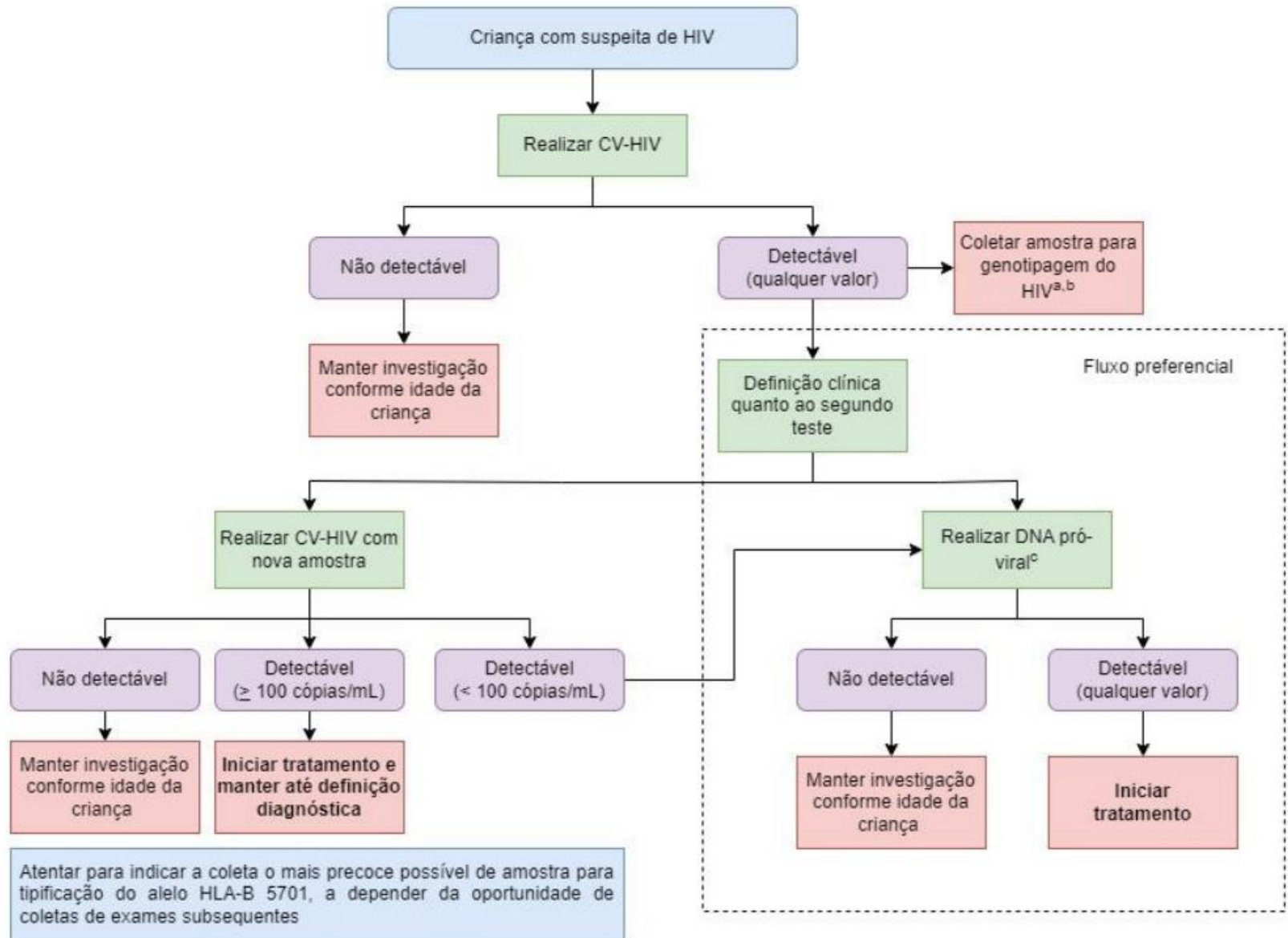
RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV: ALTO RISCO

Idade gestacional	Esquema terapêutico*	Período
37 semanas ou mais	AZT+ 3TC+RAL	28 dias
Entre 34 a 37 semanas	AZT+3TC NVP	28 dias 14 dias
Menores de 34 semanas	AZT	28 dias

* 3TC = lamivudina; RAL = raltegravir; NVP = nevirapina; AZT = zidovudina

EXAME	QUANDO COLETAR
CV-HIV	Ao nascimento
	14 dias de vida
	2 semanas após término da profilaxia (6 semanas de vida)
	8 semanas após término da profilaxia (12 semanas de vida)

Criança exposta HIV: seguimento para confirmar/excluir infecção HIV



Transmissão vertical da hepatite B e C

Testagem para hepatite B

- **Teste rápido ou laboratorial de hepatite B (se resultado até 14 dias):**

- HBsAg na rotina da 1ª consulta pré-natal, idealmente no 1º trimestre da gestação

- **Histórico de vacinação**

- Parto (caso gestante não tenha recebido todas as doses da vacina contra hepatite B)

- História de exposição de risco/violência sexual

Testagem para hepatite C

- **Teste rápido ou laboratorial de hepatite C (se resultado até 14 dias):**

- Anti-HCV na rotina da 1ª consulta pré-natal, idealmente no 1º trimestre da gestação

- História de exposição de risco/violência sexual

Testes rápidos disponíveis para a gestante

Usar em todas as oportunidades

Conduta na Gestante

Se HBsAg **positivo**

- ❑ Pré-natal referenciado
- ❑ Profilaxia TDF (tenofovir)
- ❑ **Notificar**

Se HBsAg negativo

- ❑ Vacinação em dia – nada
- ❑ Gestante sem vacinação – VACINAR

Conduta no RN

Todos os RN

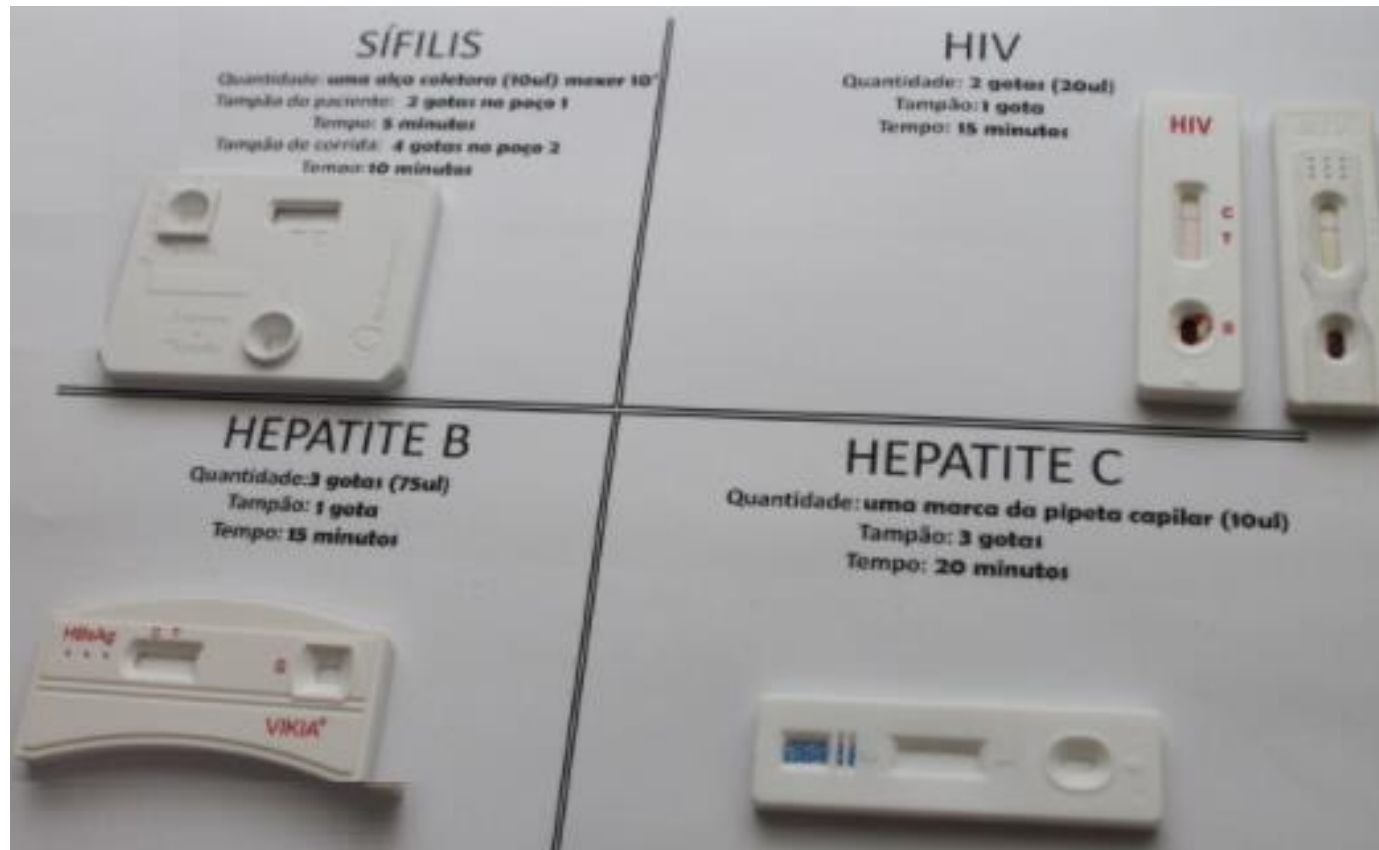
- ❑ 1ª dose Vacina na sala de parto

RN de mãe

HBsAg +

- ❑ 1ª dose Vacina +
Imunoglobulina (HBIG)
para o RN no parto

Testes rápidos combinados



- O rastreamento para o HCV reserva-se às gestantes de risco, que são: as usuárias de drogas injetáveis, presidiárias, mulheres HIV positivas ou com parceiros HIV positivos, mulheres expostas a hemoderivados ou que receberam transfusão de sangue, bem como gestantes com alteração da função hepática, com múltiplos parceiros ou tatuadas.

Notificar casos confirmados

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **HEPATITES VIRAIS**

Nº

CASO CONFIRMADO

Hepatite A: - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente

- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A
- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite B: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:

. HBsAg reagente . Anti-HBc IgM reagente . HBV-DNA detectável

- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite C: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:

. Anti-HCV reagente . HCV-RNA detectável

- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:

. Anti-HDV total reagente . HDV-RNA detectável

- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Hepatite E: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:

. Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes . HEV-RNA detectável

- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

12 Gestante

1-1º Trimestre 2-2º Trimestre

3-3º Trimestre

4- Idade gestacional Ignorada

5-Não 6- Não se aplica

9-Ignorado

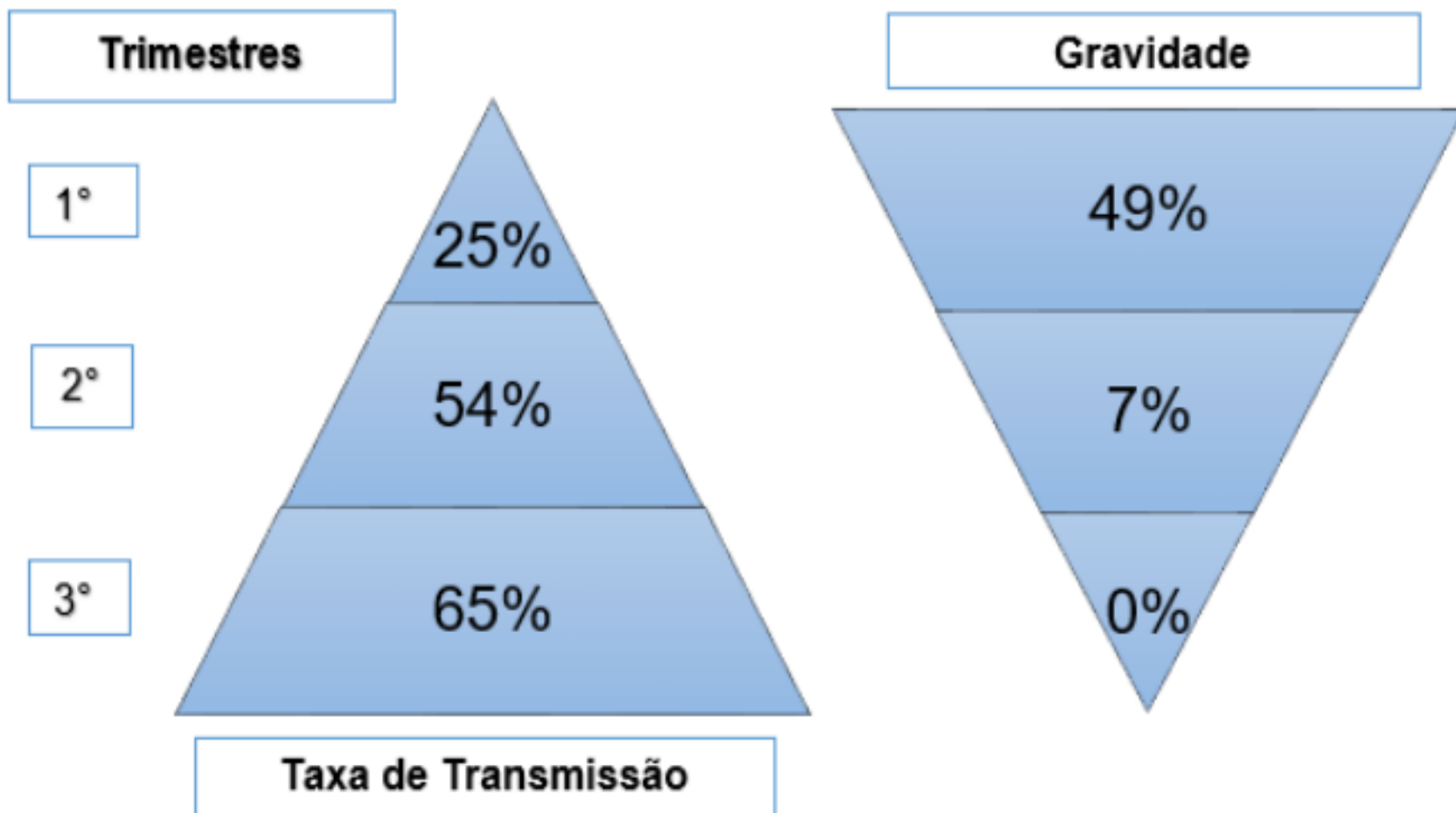
Transmissão vertical da Toxoplasmose

Risco

Prevalência de gestantes imunes é elevada, mas variável.

No caso de infecção, o risco de TV $\approx 40\%$

TV maior no final da gestação, porém maior comprometimento no primeiro trimestre



Fonte: Adaptado de MCAULEY, 2014; VALENTE E MATOS, 2018; KHADEMI et al, 2019.

Toxoplasmose congênita (1 a 2%o NV)



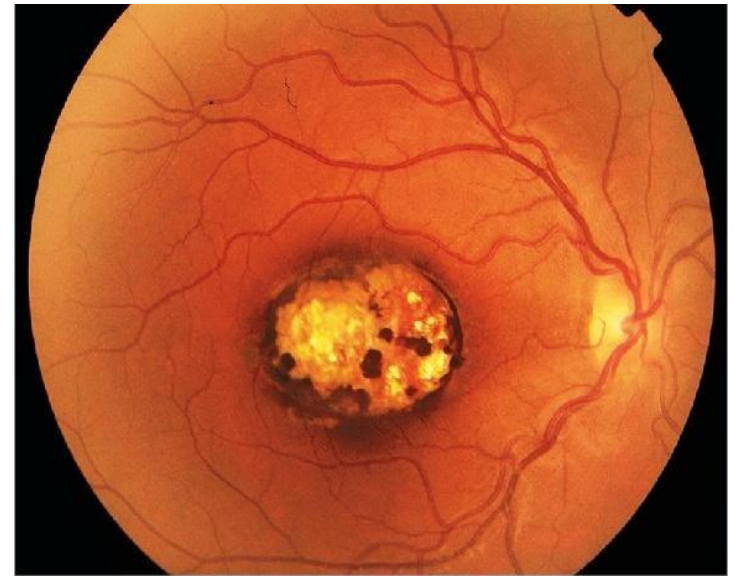
Figura 1:

Fonte:



Figura 2:

Fonte:



- > 50% lesão ocular

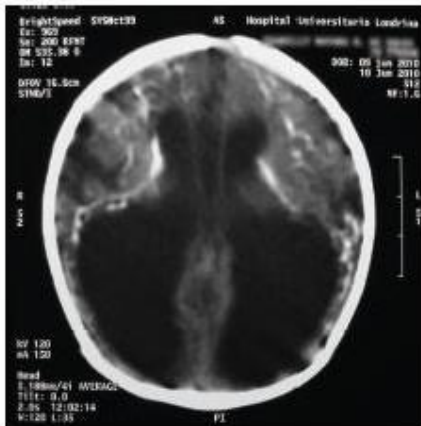


Figura 3:

Fonte:

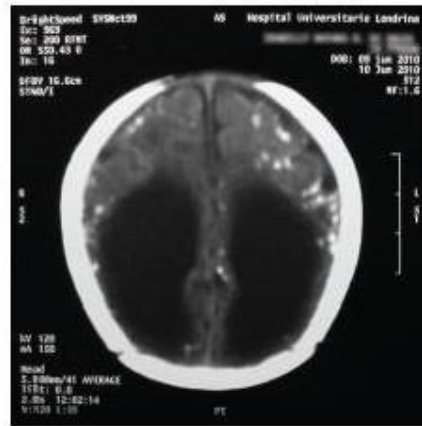


Figura 4:

Fonte:

Investigação de Toxoplasmose na gravidez

Situação	Resultados		Interpretação
	IgG	IgM	
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	Positiva / reagente	Negativa / não reagente	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
	Negativa / não reagente	Negativa / não reagente	Suscetibilidade. Realizar ações de prevenção.
	Positiva / reagente	Positiva / reagente	Possibilidade de infecção durante à gestação. Realizar avides de IgG na mesma amostra: <ul style="list-style-type: none">▪ Avides forte/alta: Infecção adquirida antes da gestação.▪ Avides fraca/baixa: Possibilidade de infecção durante a gestação.
	Negativa / não reagente	Positiva / reagente	Infecção muito recente ou IgM falso positivo. Repetir a sorologia em três semanas, se o IgG positivar, a infecção na gestante será confirmada.

Investigação de Toxoplasmose na gravidez

Repetir no segundo e terceiro trimestre,
caso a gestante seja suscetível

Tratamento da gestante

Como tratar a gestante

Tempo de infecção	Medicamento	Duração
Primeiras 18 semanas	Espiramicina	Até o final da gestação se o concepto não infectado
Fim do segundo trimestre ou no terceiro trimestre com infecção fetal confirmada ou altamente suspeita	Sulfadiazina Pirimetamina Ácido folínico	Até o final da gestação

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*.

Teste do pezinho

CONITEC Comissão Nacional de
Incorporação de
Tecnologias no SUS

Ampliação do uso do teste do pezinho para
a detecção da toxoplasmose congênita

O Sistema Único de Saúde (SUS) passará a ofertar o exame de detecção de IgM para Toxoplasmose Congênita a todos os recém-nascidos, ao mesmo tempo em que é realizado o Teste do Pezinho.

Notificação e investigação em unidades sentinela

**Toxoplasmose aguda gestacional e
Toxoplasmose congênita**

Ainda não há ficha específica, usar a ficha de notificação

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)		
Conclusão		
31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

Rubéola congênita

Prevenção de rubéola congênita

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



- **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.

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

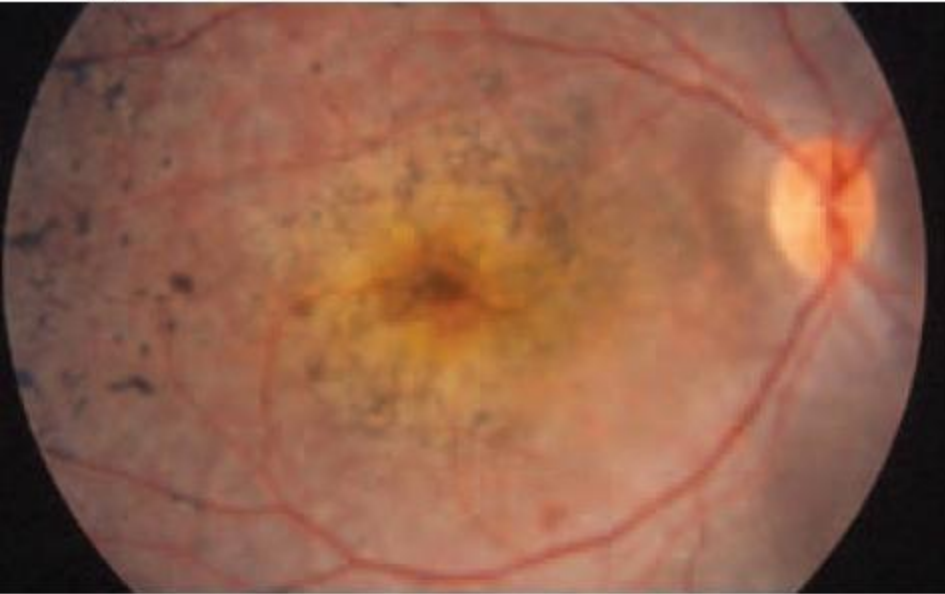
CASO SUSPEITO: Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito, confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação ou;
Toda criança até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos e compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.

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 <input type="checkbox"/>	52 Diagnóstico de Descarte <input type="checkbox"/>	
1 - Vírus Rubéola Selvagem 3 - Outros vírus _____ 2 - Vírus Rubéola Vacinal 4 - Não detectado	1 - Toxoplasmose 3 - Sífilis Congênita 2 - Citomegalovírus 4 - Outras _____	

Lesões oftalmológicas

Retinopatia “sal e pimenta”

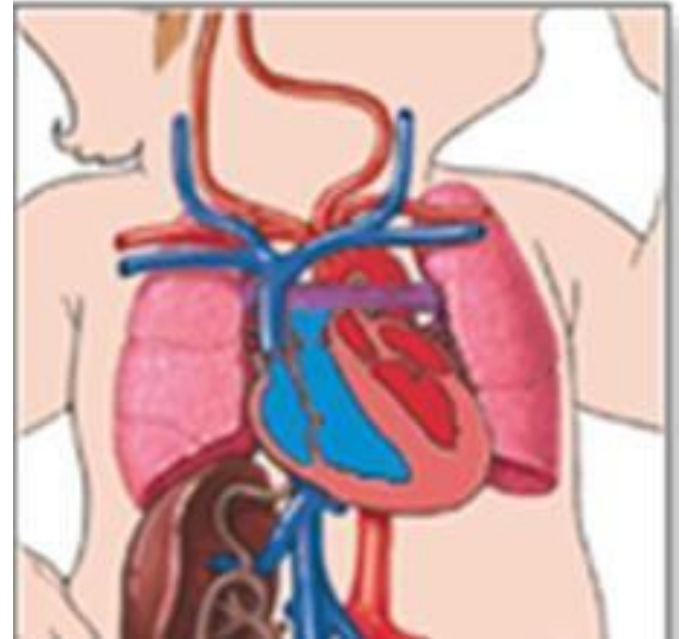


Catarata



Cardiopatias:

PCA e estenose pulmonar



Deficiência auditiva

Estreptococo grupo B

Int J Infect Diseases
 2022;
 124: 168–170



	Prenatal-Onset GBS Disease	Early-Onset GBS Disease	Late-Onset GBS Disease
Timing	Before birth	Up to 7 days after birth	7 to 90 days after birth
Transmission	<i>In utero</i> acquisition	Vertical intrapartum acquisition	Horizontal postpartum acquisition
Main Clinical manifestations	Stillbirths, Preterm birth and Miscarriage	Pneumonia	Meningitis
Prevention	No prevention guidelines	Intrapartum Antibiotic Prophylaxis	No prevention guidelines

•A carga de doença pelo estreptococo do Grupo B é elevada, relacionada a cerca de meio milhão de partos prematuros por ano, resultando em milhares de óbitos neonatais e óbitos fetais, além de sequelas de longo prazo.

Recomendação

Coleta de swab vaginal e anal da 35^a a 37^a IG



Antibioticoprofilaxia intraparto

A OMS apoia o desenvolvimento de vacinas contra GBS para gestantes, principalmente nos países de baixa e media renda. Várias vacinas estão sendo testadas.

Desafios

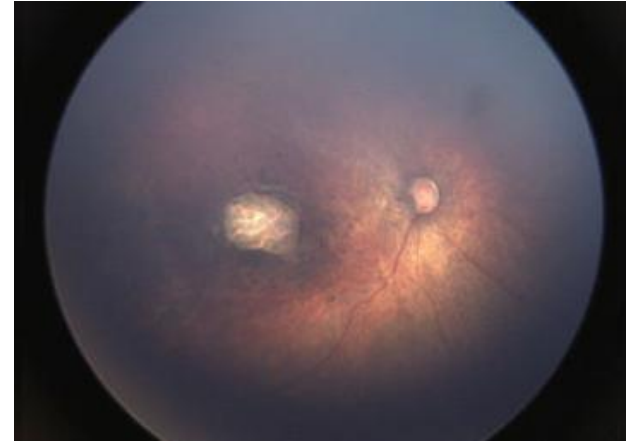
Citomegalovírus

- 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, principal causa não genética de surdez em crianças

Recomendação:

Reduzir contato com saliva e urina de crianças pequenas

Zika congênita



Microcefalia grave com colapso parcial craniano
Córtex cerebral fino / calcificações subcorticais

Máculas retinianas e Cicatriz macular

Contraturas congênicas; Hipertonia precoce



Outros vírus: rastrear?

Parvovírus: Prevalência desconhecida, mas cerca de 70% das mulheres são imunes.

Eritema infeccioso na infância, poliartralgia + rash, causa rara de anemia aplásica

No feto (nas primeiras semanas): anemia e hidropsia fetal

HTLV: Prevalência em gestantes no Brasil – 0,1 a 1%

Na vida adulta pode se manifestar como linfoma de células T ou doença neurológica.

Suspender aleitamento!

PAIVA, A. M. *et al.* Risk factors associated with HTLV-1 vertical transmission in Brazil: longer breastfeeding, higher maternal proviral load and previous HTLV-1-infected offspring. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 7742, 17 dez. 2018.

Recomendações da CONITEC

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

- ✓ **Gonorreia e infecção por clamídia:** na primeira consulta do pré-natal em gestantes com idade menor ou igual a 30 anos, quando disponível.
- ✓ **Vaginose bacteriana:** na primeira consulta do pré-natal em mulheres com alto risco de trabalho de parto pré-termo.
- ✓ **Estreptococo do grupo B:** da 35ª à 37ª semana gestacional, realizar coleta de amostra por swab vaginal e endoanal, quando disponível.
- ✓ **Hepatite C:** na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação).

Conquistas

Doenças evitáveis “verticalmente”?

- Tétano neonatal
- Coqueluche

Vacinação recomendada gestante



Vacinas	Esquemas e recomendações	
	Histórico vacinal	Conduta na gestação
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) - dTpa	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	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.
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	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.
Hepatite B	Em gestantes não vacinadas / vacinação incompleta	Três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses.
Influenza (gripe)		Dose única anual.

Vacina contra COVID-19

Vacinação materna com 2 doses vacina mRNA foi associada com risco reduzido de hospitalização em bebês até os seis meses de idade.

Halasa NB et al; Overcoming Covid-19 Investigators. Maternal Vaccination and Risk of Hospitalization for Covid-19 among Infants. N Engl J Med. 2022;387(2):109-119.

Vírus sincicial respiratório

Eficácia: 81,8%; (IC 40,6 a 96,3) para formas graves de infecção respiratória do trato inferior em lactentes

More on RSV-vaccine during pregnancy. Arch Dis Child.2023; 108(6): 426.

Kampmann B, et al; MATISSE Study Group. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. N Engl J Med. 2023;388(16):1451-1464.

Referências



PROTÓCOLO ESTADUAL DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

SUS + Secretaria de Saúde GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO

Relatório de **recomendação** outubro/2020
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Nº 568


Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais

GUIA DE MANEJO CLÍNICO DA INFECÇÃO PELO **HTLV**

Brasília - DF 2021

CURSO
Cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde

SÍFILIS NA GESTAÇÃO



IFF INSTITUTO NACIONAL DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
Ministério da Saúde
PROCEL
Fundação Oswaldo Cruz
SUS

Protocolo de notificação e investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita

MINISTÉRIO DA SAÚDE

1ª edição atualizada

GUIA PARA CERTIFICAÇÃO DA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E/OU SÍFILIS

Brasília - DF 2023



<https://www.cdc.gov/pregnancy/infections.html>