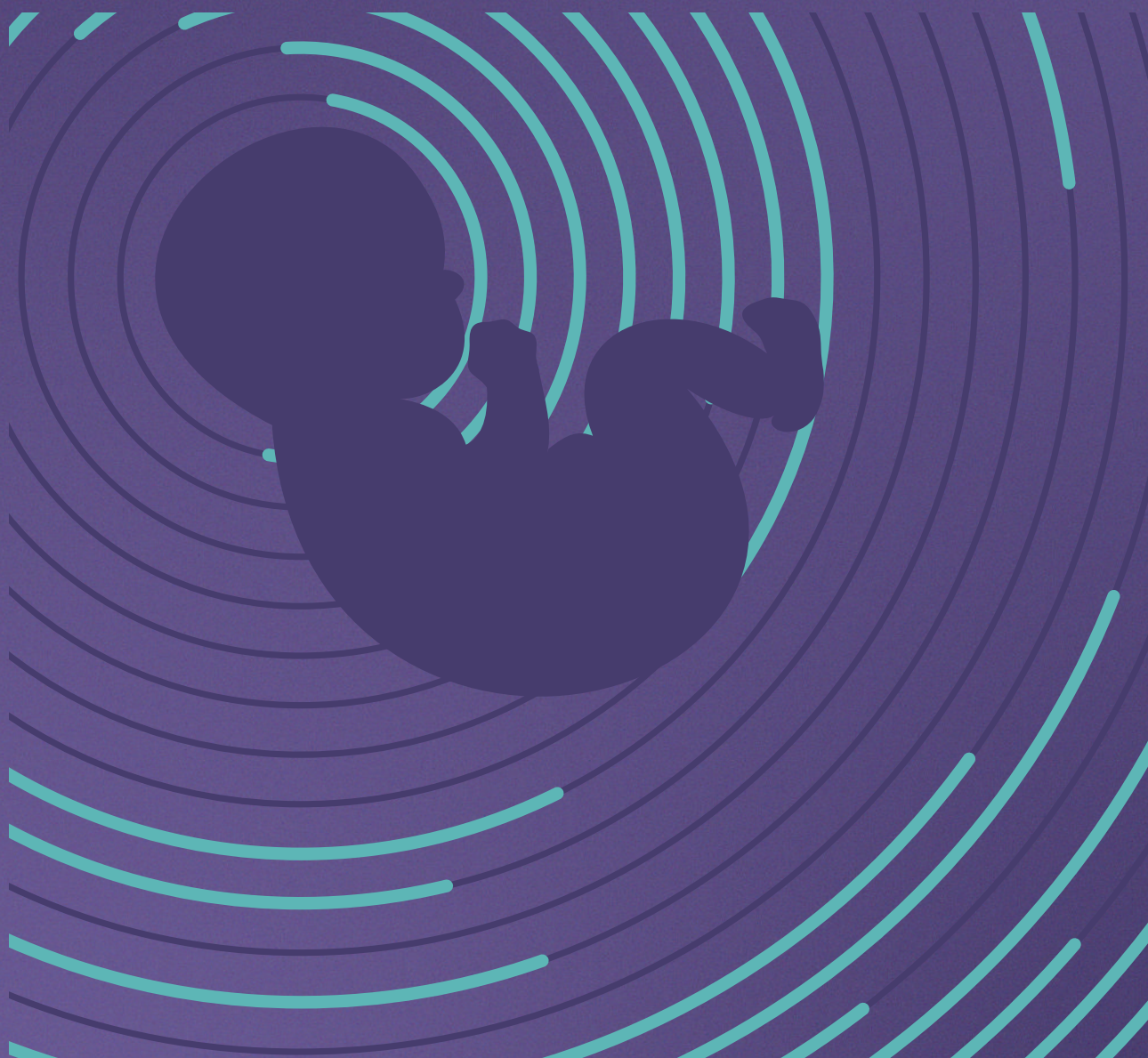


MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA DE COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C

ORIENTAÇÕES PARA INSTITUIÇÃO E ATUALIZAÇÃO DE CITV



Brasília - DF
2022





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

GUIA DE COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C

**ORIENTAÇÕES PARA INSTITUIÇÃO E
ATUALIZAÇÃO DE CITV**



Brasília - DF
2022



2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – 100 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.aids.gov.br

E-mail: cgist@aims.gov.br

Coordenação-geral:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Gerson Fernando Mendes Pereira

Organização e colaboração:

Andréa Mônica Brandão Beber

Aparecida Morais Lima

Aranaí Guarabyra

Carmen Sílvia Bruniera Domingues

Carolina Geralda Alves

Leonor Henriette de Lannoy

Lino Neves

Mayra Gonçalves Aragón

Pamela Cristina Gaspar

Rayone Moreira Costa Veloso Souto

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico/diagramação:

Kaio Oliveira

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Guia de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites B e C : orientações para instituição e atualização de CITV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

58 p. : il.

ISBN 978-65-5993-376-1

1. Transmissão vertical. 2. HIV. 3. Sífilis. 4. Hepatite. I. Título.

CDU 616.9

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0578

Título para indexação:

Review Committees of Vertical Transmission of HIV, Syphilis, HBV, and HCV: Guidance on Establishing and Updating

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Eliminação da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL	11
3.1 Implantação	11
3.2 Composição dos comitês	11
3.3 Investigação dos casos	12
4 FONTES DE DADOS PARA INVESTIGAÇÃO DOS CASOS	15
5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE CASOS PARA INVESTIGAÇÃO	17
6 PASSO A PASSO PARA A INVESTIGAÇÃO DOS CASOS NOS COMITÊS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C	19



REFERÊNCIAS 23

ANEXOS 25

Anexo A - Ficha de Investigação de Casos de Transmissão Vertical do HIV	26
Anexo B - Ficha de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce (crianças ≤ 2 anos de idade)	35
Anexo C - Ficha de Investigação de Casos de Transmissão Vertical de Hepatite B e/ou C	43
Anexo D - Ficha-Síntese de Transmissão Vertical do HIV	52
Anexo E - Ficha-Síntese de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita	54
Anexo F - Ficha-Síntese de Transmissão Vertical de HBV e HCV	56





INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica (VE) é descrita na Lei n.º 8.080¹ como o “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Tal conceito está em consonância com os princípios do SUS, que preveem a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde. A vigilância epidemiológica constitui-se, ainda, em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

O enfrentamento da problemática da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (IST), do HIV, da sífilis e das hepatites B e C durante a gestação, na ausência de tratamento oportuno e adequado, implica o envolvimento de diferentes atores sociais para o correto manejo dos agravos durante a gestação, o parto e a amamentação, a fim de evitar a infecção do concepto ou do recém-nascido. Entendendo esse desafio, o Ministério da Saúde vem adotando estratégias para a redução da transmissão vertical (TV) dessas infecções, alinhadas ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) para acelerar a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, com critérios e indicadores específicos (WHO, 2021; BRASIL, 2021).

Sendo assim, o presente Guia tem como principal função oferecer subsídios às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a criação e o funcionamento de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) locais. A atuação efetiva dos CITV tem o objetivo de auxiliar a identificação de oportunidades perdidas de prevenção da TV; contribuir para o aprimoramento da integração entre a vigilância e a atenção, fortalecendo as linhas de cuidado e o seguimento na Atenção Primária em Saúde (APS) e na rede especializada; viabilizar a integração e a discussão entre os diversos programas de saúde (IST/Aids/Hepatites Virais, Atenção Primária, Saúde da Mulher, Saúde do Homem e Saúde da Criança); e qualificar as políticas públicas voltadas à redução da transmissão vertical desses agravos, com vistas à sua eliminação.

¹ Lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990).



1.1 Eliminação da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C

A adoção de intervenções realizadas adequadamente, durante o pré-natal, o parto e a amamentação, reduzem o risco de transmissão vertical do HIV a menos de 2%. Em gestações sem o apropriado manejo e seguimento, esse risco é de 15% a 45% (BRASIL, 2022).

Todos os casos de HIV/aids devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). No caso de gestante, uma nova notificação deverá ser feita, independentemente de notificação anterior à atual gestação.



A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o conceito por via transplacentária ou, de forma menos comum, por contato direto com a lesão no momento do parto vaginal. A taxa de TV para o feto é de até 80% intraútero. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na gestante (sendo maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo de exposição fetal. Até 50% das mulheres gestantes com sífilis não tratadas apresentarão desfechos gestacionais adversos, dentre os quais abortamento, parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou morte neonatal (BRASIL, 2022).

A sífilis em gestantes e a SC são agravos de notificação compulsória.



A transmissão vertical da hepatite B para crianças nascidas de gestantes reagentes para o HBeAg ocorre em 70% a 90% dos casos, constituindo um problema de saúde pública mundial, devido à sua alta frequência e impacto na manutenção dos casos crônicos. Quanto à hepatite C, há evidências de que as gestantes portadoras de HCV estão sob risco de piores desfechos maternos e neonatais; dentre eles, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal intrauterino, hemorragias e parto prematuro (BRASIL, 2022).

As hepatites virais são agravos de notificação compulsória. Até o presente, não há ficha de notificação para gestantes com hepatites B ou C e/ou ficha específica para monitorar as crianças expostas a essas infecções. Entretanto, é imprescindível monitorar e/ou investigar toda notificação de hepatites B e C em crianças com dois anos de idade ou menos.



Várias medidas são imprescindíveis para a redução das taxas de transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C, com vistas à sua eliminação e redução de óbitos maternos e infantis evitáveis. Dentre essas medidas, destacam-se: ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das IST, como a implementação dos testes rápidos para esses agravos; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; registro e sistematização de informações sobre tratamento e manejo no âmbito da APS, com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência para maternidades e outros serviços especializados, visando orientar o cuidado e o tratamento efetivos.

Todavia, embora as medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical do HIV, da sífilis e hepatites B e C estejam disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, da puérpera e da criança, uma série de fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso dessa população a tais medidas, contribuindo para a ocorrência de casos por essa via de transmissão, em especial em populações com maior vulnerabilidade.

Diante desse contexto, estados e municípios devem observar os respectivos dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C e verificar a necessidade investigação desses casos, para conhecer suas causas e levantar possibilidades de atuação em todos os níveis de atenção e vigilância. Com isso, espera-se que todas as medidas preventivas adequadas para a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatites B e C sejam adotadas, principalmente considerando populações vulneráveis, cujos fatores de risco tendem a se sobrepor, potencializando a exposição do conceito.

O grande desafio encontra-se em promover a articulação entre os diversos programas e serviços (programas estaduais e municipais de IST/Aids, o programa materno-infantil e os serviços da APS) de modo a propiciar o planejamento e a implementação de ações conjuntas, importantes para o alcance das metas de eliminação da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais como problema de saúde pública.





OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Auxiliar/fomentar a instituição, o funcionamento e o aprimoramento de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical (CITV) e o processo de investigação de casos, visando à eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatites B e C como problema de saúde pública.

2.2 Objetivos específicos

- » Propor estratégias para a implantação, o funcionamento e o aperfeiçoamento dos CITV;
- » Propor atores relevantes na constituição e atuação dos comitês para a integração das ações de vigilância e atenção;
- » Sugerir fluxos e contrafluxos de investigação;
- » Oferecer roteiros de investigação;
- » Fomentar a elaboração de relatórios que orientem ações/medidas necessárias para implementar a linha de cuidado.







3

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DOS COMITÊS DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL

3.1 Implantação

Os Comitês de Investigação de Transmissão Vertical deverão ser implantados nas unidades federativas e municípios em que a magnitude e a transcendência do problema justifiquem sua necessidade. Para o efetivo funcionamento dos comitês, faz-se necessária a sua institucionalização e a legitimação dos seus membros por meio de publicação em diário oficial, quando necessário.

A implantação dos CITV é uma importante estratégia, tanto para o levantamento do diagnóstico local das ações de enfrentamento da transmissão vertical nos territórios, como para a construção de uma resposta rápida que possa ser pactuada por toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). O principal objetivo desses comitês é olhar para a linha de cuidado das gestantes acometidas por sífilis e/ou HIV e/ou hepatite B ou C a fim de obter informações oportunas sobre como os serviços estão produzindo o cuidado integrado, a partir da notificação e sistematização das informações que orientam o manejo adequado dos casos, de modo a prevenir a TV.

Adicionalmente, para os casos de TV confirmados, busca-se investigar e conhecer as fragilidades da gestão e do serviço, bem como as vulnerabilidades individuais, no sentido de intervir em soluções e determinantes para que o problema não se perpetue.

3.2 Composição dos comitês

A escolha dos membros dos comitês depende das características das instituições e da população de cada região. É fundamental que os CITV sejam constituídos por



representantes das diversas instituições relacionadas com a assistência clínica e que tenham capacidade técnica para desempenhar as funções concernentes.

Um Comitê de Investigação de Transmissão Vertical deve:

- » Ser composto, idealmente, por instituições governamentais, gestores e trabalhadores da saúde, conselhos de classe, academia e sociedade civil;
- » Ter um regimento interno, proveniente da discussão e pactuação dos seus membros, no qual se estabeleça sua missão, atribuições e periodicidade das reuniões;
- » Realizar uma atuação técnica, sigilosa, não coercitiva e não punitiva, mas, preferencialmente, educativa;
- » Possuir caráter propositivo: seu **principal resultado** é apontar medidas de intervenção no território.

Será facultado aos comitês o convite para a participação de membros temporários “*ad hoc*” para discussão de casos selecionados, visando enriquecer a discussão e as propostas dela advindas.

Os CITV podem ser compostos por representantes das seguintes instituições:

- » Secretarias de saúde: vigilância epidemiológica e assistência (atenção primária e hospitalar);
- » Conselho Regional de Medicina;
- » Conselho Regional de Enfermagem;
- » Sociedades científicas;
- » Conselhos de Saúde;
- » Ministério Público;
- » Movimentos sociais;
- » Convidados “*ad hoc*”.

Nas situações em que o estado e/ou município possui comitê de investigação de mortalidade materno-infantil instituído, é possível incluir, nesse comitê, a atribuição de investigar a TV do HIV, da sífilis e das hepatites B e C (BRASIL, 2009). Isso deverá ser feito por meio da avaliação da capacidade de ampliação das atividades do referido comitê, e da inclusão, no seu regimento interno, das ações de investigação da TV.

3.3 Investigação dos casos

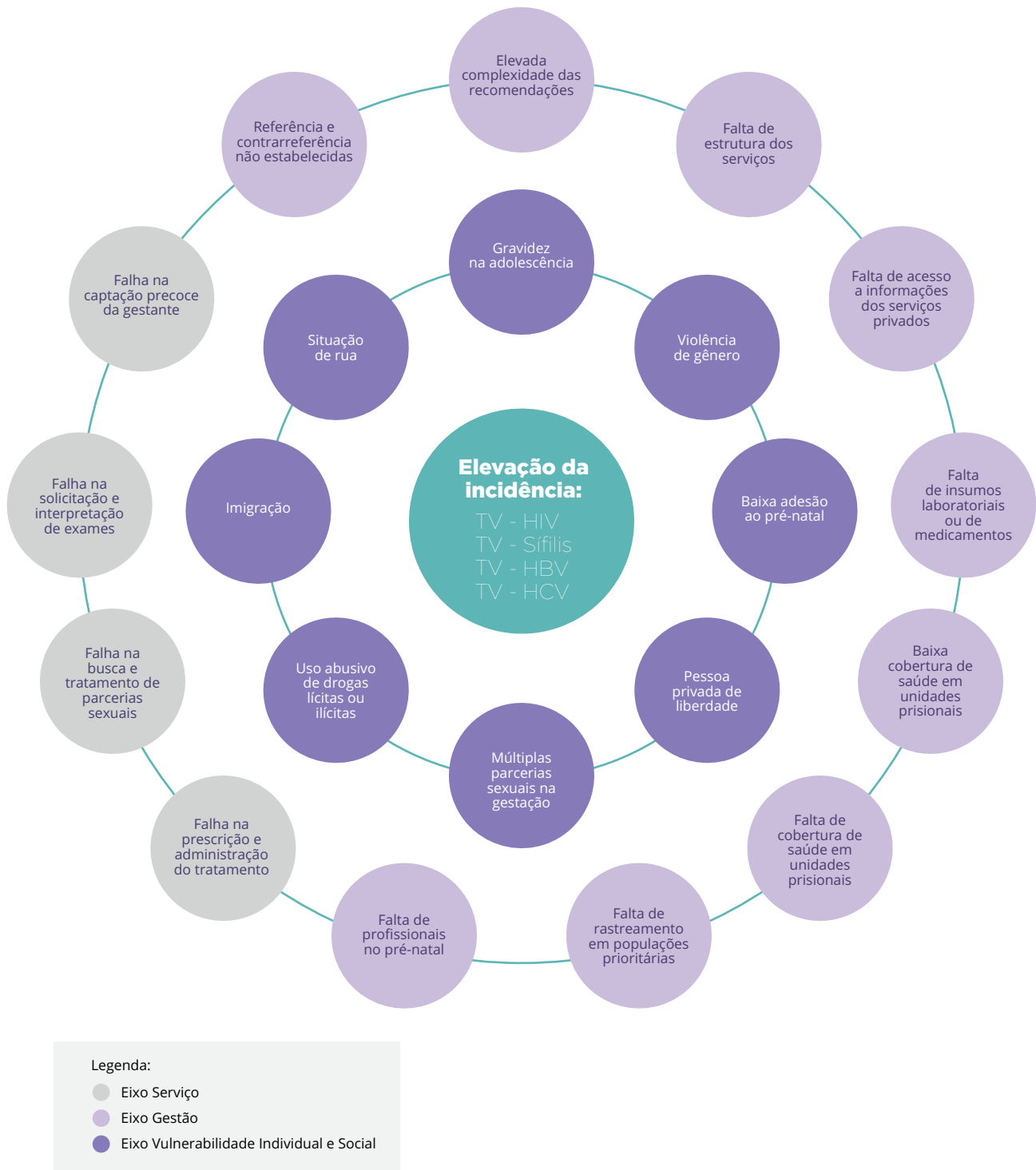
Como forma de orientar a análise dos casos, subsidiar as discussões e promover mudanças, a Ficha de Investigação deverá ser preenchida de acordo com o agravo (Anexos A, B e C). As fichas são divididas em três eixos, sendo eles: Eixo Vulnerabilidade Individual e Social, Eixo Serviço e Eixo Gestão. Esses eixos são determinantes da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C e possibilitam a identificação dos agravos no pré-natal,

parto ou puerpério. Algumas inconformidades nos processos podem estar relacionadas a mais de um eixo.

- » **Eixo Vulnerabilidade Individual e Social:** engloba gestantes em situações de maior risco ou vulnerabilidade, estando geralmente relacionado a questões ligadas ao período gestacional no momento da investigação, tais como: período avançado da gestação; gravidez na adolescência; uso de drogas lícitas/ilícitas; consumo de álcool, principalmente de forma abusiva ou regular; situação de imigração internacional, incluindo pessoas sem documentação ou clandestinas (venezuelanas, bolivianas, chinesas, coreanas, haitianas etc.); situação de migração nacional (ex.: construção civil, corte de cana, atividade portuária etc.); profissionais do sexo; presidiárias; parceiras de presidiários; pessoas em situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; indígenas; mulheres HIV+ em abandono do tratamento, dentre outras.
- » **Eixo Serviço:** abrange as questões de avaliação de fatores de risco e vulnerabilidades, diagnóstico, tratamento e seguimento na rede, bem como fragilidades nos serviços, tais como: falha na organização do processo de trabalho no pré-natal (não realização de busca para pacientes faltosas ou em abandono de tratamento, perda de exame na unidade, atrasos nos resultados dos exames, falta do registro de informações no prontuário e na caderneta da gestante, dentre outros); falha no entendimento e operacionalização dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; dificuldade na interpretação dos resultados de exames; erro na prescrição do tratamento; dificuldade de acesso, atenção e busca às parcerias sexuais; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.
- » **Eixo Gestão:** problemas relacionados à gestão e logística em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), tais como: falta ou falha na distribuição de insumos (medicamentos, testes, vacinas, imunoglobulina, fórmula infantil etc.); falta de rede/serviços de referência (assistencial e laboratorial); complexidade das recomendações; dificuldade de acesso à informação de procedimentos feitos na rede privada, por meio da Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.
- » **Outros:** outras situações que não se enquadram nos eixos acima mencionados.

Em suma, a relação dos múltiplos determinantes e fatores sociais e individuais, além das fragilidades nos serviços e na gestão, contribui para o maior risco de TV, principalmente considerando que esses fatores tendem a coexistir, potencializando assim o risco (Figura 1).

Figura 1 – Relação de determinantes envolvidos na transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites B e C (segundo o eixo de vulnerabilidade individual/social, serviço e gestão)



Fonte: MS/SVS/DCCI/CGIST, com base em Brasil, 2014.



4

FONTES DE DADOS PARA A INVESTIGAÇÃO DOS CASOS

As principais fontes de investigação dos casos de TV do HIV, da sífilis e das hepatites B e C são o Sinan, o Sistema de Internações Hospitalares – SIH-SUS (casos internados) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (natimortos e óbitos com causa primária HIV/aids ou sífilis ou hepatites B ou C em crianças na faixa etária indicada para a investigação).

Fontes de dados complementares podem ser utilizadas para a investigação dos casos, como o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom, o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV – Siscel, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, o Sis prenatal, o e-SUS e outros sistemas de prontuários dos pacientes.

Outras estratégias que podem ser adotadas para a obtenção de informações complementares são: visitas aos serviços de atenção primária (pré-natal), rede especializada (HIV/aids e hepatites) e maternidades, além de entrevistas com profissionais da assistência médica, serviço social, farmácia, enfermagem, agentes comunitários, dentre outros. **Se necessário**, realizar também entrevista com a mãe da criança, sempre com consentimento e preservando o sigilo.







CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE CASOS PARA INVESTIGAÇÃO

Os grandes centros urbanos possuem número elevado de casos de transmissão vertical e, muitas vezes, não conseguem realizar uma investigação de forma adequada e que possa contribuir para a melhoria dos processos de gestão, assistência, prevenção e vigilância.

Por isso, neste documento, no que se refere à sífilis congênita, propõe-se um **escalonamento para a investigação de casos de SC**.

Assim, os municípios poderão fazer uso dos critérios aqui estabelecidos para a seleção de casos, conforme suas necessidades e capacidades operacionais, a fim de realizar a investigação.

Listam-se a seguir os critérios para investigação de **casos de sífilis congênita precoce (crianças \leq 2 anos de idade)**:

- » Investigar **todos** os casos de abortamento causado por sífilis;
- » Investigar **todos** os natimortos por sífilis;
- » Investigar **todos** os óbitos por sífilis;
- » Investigar os casos de sífilis congênita (número de casos por ano), conforme o critério a seguir:
 - Municípios com 200 casos ou menos – investigar 100% dos casos;
 - Municípios com 201 a 500 casos – investigar 75% dos casos;
 - Municípios com 501 ou mais casos – investigar 50% dos casos.

Por sua vez, os critérios para investigação de **casos de TV do HIV e das hepatites B e C** deverão ser mantidos, como segue:

- » Investigar **todos** os casos de transmissão vertical de hepatite B ou C diagnosticados em crianças com **dois anos de idade ou menos**;

- » Investigar **todos** os casos de transmissão vertical do HIV (HIV positivo ou caso de aids) em crianças menores de **5 (cinco) anos de idade**.

Assim, sugere-se que os estados e municípios promovam estímulo à criação de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical, com sensibilização de representantes das instituições escolhidas para compô-lo (mediante seminários regionais e municipais, oficinas, reuniões), bem como capacitação permanente dos membros dos comitês.



6

PASSO A PASSO PARA A INVESTIGAÇÃO DOS CASOS NOS COMITÊS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C

Passo 1 - Recebimento dos casos notificados pelas unidades de saúde

- » O Comitê ou área responsável pela investigação, conforme pactuação local, recebe das unidades de saúde os casos notificações no Sinan para investigação da TV, segundo os critérios citados anteriormente. É fundamental o fortalecimento da notificação, o engajamento das equipes e o estabelecimento de fluxos, para que os casos de TV cheguem ao Comitê.

Passo 2 - Seleção dos casos para investigação no Comitê

- » O Comitê realiza a identificação, triagem e distribuição do caso de acordo com pactuação local para investigação da TV, segundo os critérios citados anteriormente.
- » Quando o Comitê Estadual de Investigação de TV identificar casos residentes em municípios de pequeno porte, nos quais não há Comitê de Investigação de TV, o Comitê Estadual pode orientar, conduzir e/ou integrar a investigação dos casos.

Passo 3 - Investigação dos casos (Ficha de Investigação e Ficha-Síntese)

- » Investigação dos casos de TV utilizando como instrumento o preenchimento da Ficha de Investigação de acordo com o agravo (Anexos A, B e C). O preenchimento da ficha deverá utilizar dados provenientes de sistemas nacionais (Sinan, SIH, SIM, dentre outros) e locais; além disso, quando necessário, informações complementares devem ser buscadas junto aos profissionais de saúde e pacientes.

- » Preenchimento da Ficha-Síntese (Anexos D, E e F) para orientar a discussão e encaminhamentos do caso no Comitê.

Passo 4 – Discussão do caso investigado

- » Discussão do caso no Comitê a partir do preenchimento das fichas (Ficha de Investigação do agravo e Ficha-Síntese).

Passo 5 – Diagnóstico do caso investigado e seus determinantes

- » Conclusão do caso: criança infectada por TV-HIV ou caso descartado – criança exposta.
- » Identificação de vulnerabilidades individuais/sociais e problemas nos serviços e na gestão que contribuíram para o surgimento de caso de TV.

Passo 6 – Encaminhamentos e propostas de ação

- » Apresentar os encaminhamentos e as propostas do Comitê após a investigação, visando corrigir as falhas identificadas e melhorar a **resposta para que nova situação tenha sempre um melhor desfecho**.
- » Subsidiar a interlocução e *advocacy* com gestores, visando a promoção do debate sobre a assistência prestada, os fatores evitáveis e a problemática da transmissão vertical no contexto da prevenção e atenção.
- » Encaminhar a **devolutiva aos serviços**, objetivando a identificação de problemas e a busca de soluções permanentes, sendo essa uma das etapas mais importantes do processo.
- » Encaminhar ao gestor apontamentos pertinentes à gestão, como estruturação da linha de cuidado, serviços de referência e contrarreferência, vigilância, capacitação e logística de medicamentos e insumos, com vistas à qualificação dos diversos pontos de atenção, logística e vigilância.
- » Mobilizar e articular todas as instituições pertencentes aos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de buscar a sustentabilidade da execução das medidas apontadas.
- » Produzir diagnósticos e relatórios para orientar intervenções e o aprimoramento de serviços.

A Figura 2 sintetiza o processo de seleção e investigação do agravo pelo Comitê a partir da notificação de casos de TV no Sinan, por meio do preenchimento da Ficha de Investigação (Anexos A, B e C) e da Ficha-Síntese (Anexos D, E, F). Essa última ficha traz o resumo do caso, com a conclusão da investigação, visando orientar a discussão na reunião do Comitê de Investigação. Por fim, após a discussão no Comitê, são apresentados os encaminhamentos e as propostas de ações para melhoria dos serviços e atenção integral.

Figura 2 – Esquema para investigação de casos de transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites B e C



Fonte: MS/SVS/DCCI/CGIST, com base em Brasil, 2014.





REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2009. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: MS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2021. 48 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus**. Geneva: WHO, 2021.







ANEXOS



- Sofreu outro tipo de violência durante a gestação. Qual?
- Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- Uso abusivo de drogas ilícitas. Quais?
- Usuária de álcool (qualquer dose em qualquer ocasião durante a gestação e lactação)
- Consumo abusivo de álcool (consumo de 5 ou mais doses de bebida alcoólica, tanto para os homens como para as mulheres, em uma única ocasião). *Obs.: 1 dose = 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça ou qualquer outra bebida destilada.*
- Consumo regular de álcool (consumo de bebida alcoólica 5 vezes ou mais por semana)
- Usuária de outro tipo de droga. Especificar:
 - Privada de liberdade
 - Parceira de pessoa privada de liberdade
 - Profissional do sexo
 - Múltiplas parcerias sexuais na gestação da criança em investigação
- Imigrante. De qual país? Há quanto tempo?
- Migrante. De qual estado? Há quanto tempo?
- Família de baixa renda
- Sem instrução Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto
- Outras situações de vulnerabilidade. Especificar:

EIXO SERVIÇO

Abrange as questões de avaliação de fatores de risco e vulnerabilidades, diagnóstico, tratamento e seguimento da criança na rede, bem como lacunas nos processos de trabalho nos serviços, tais como: falha na organização do processo de trabalho no pré-natal (não realização de busca para pacientes faltosos ou em abandono de tratamento, perda de exame na unidade, atrasos nos resultados dos exames; falta do registro de informações no prontuário e caderneta da gestante), dentre outros; falha no entendimento e operacionalização dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; dificuldade na interpretação dos resultados de exames; erro na prescrição do tratamento; dificuldade de acesso, atenção e busca às parcerias sexuais; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.

PRÉ-NATAL

2. Realização de pré-natal: (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)
 -
3. Pré-natal realizado em: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
 - Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
 - Serviço de referência em HIV ou unidade especializada
 - Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
 - Informar o nome do Convênio/Plano:
 - Consultório médico particular
 - Informar o nome do médico e contato:
 - a. Local de ocorrência do pré-natal:
 - UF: Município:
 - Unidade de Saúde:
 - Em caso mais de um local de pré-natal, identificar:
 - b. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): (Ign = 99)
 - c. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermeiro): (Ign = 99)
4. Se não realizou pré-natal, qual o motivo? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
 - Desconhece a importância do pré-natal
 - Muda com frequência de endereço
 - Trabalha e não teve tempo
 - Trabalha e o empregador não permitiu
 - Não achava necessário, porque já tinha experiência em gestação anterior
 - Parceiro não permitiu

- Privada de liberdade sem acesso ao serviço de pré-natal
- Mantida em cárcere privado
- Local muito distante, não tinha condições para ir ao pré-natal
- Muda com frequência de endereço
- Vive em situação de rua e não há serviço para atendê-la
- Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
- Unidade de saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos durante a gestação da criança em investigação
- Outro. Especificar:

5. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

- Se não, por quê?

6. Motivo(s) de abandono do pré-natal:

7. Momento do diagnóstico da infecção pelo HIV materno: (preencher com X apenas uma alternativa)

Data: / /

- Antes da gravidez
- Durante da gravidez
- Durante a internação para o parto
- Após alta da maternidade
- Desconhecido

8. Caso o diagnóstico materno de infecção pelo HIV tenha sido realizado após o pré-natal, qual foi o motivo? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Não fez pré-natal
- Fez pré-natal e não foi solicitado teste para HIV
- Fez pré-natal, foi solicitado teste para HIV, mas houve falha no fluxo do serviço.
Especificar:
- Fez pré-natal, foi solicitado teste para HIV, mas houve falha no fluxo do laboratório.
Especificar:
- Erro de diagnóstico (falha no entendimento do diagnóstico pelo profissional de saúde).
Especificar:
- Teste rápido e/ou teste laboratorial para HIV não disponível no serviço de pré-natal
- Unidade de saúde não realiza teste rápido
- Outro. Especificar:

9. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“pré-natal do parceiro”)? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

- Se não, por quê?

10. Estado sorológico do parceiro: (preencher com X apenas uma alternativa)

- HIV negativo
- HIV positivo
- Parceiro conhecido e não testado. Por quê?
- Parceiro sem contato com a família ou desconhecido

11. Uso de antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do HIV durante o pré-natal: (preencher com X apenas uma alternativa)

Tratamento com TARV iniciado antes da gestação

Esquema prévio:

Data de início: / /

Esquema na gestação:

Data de início: / /

Carga viral materna no início da gestação: Data do exame: / /
 Carga viral materna no final da gestação: Data do exame: / /
 Não realizou uma das cargas virais ou nenhuma? Especificar:
 Iniciou tratamento com medicamentos antirretrovirais durante a gestação da criança em investigação
 Idade gestacional de início: semanas
 Esquema: Data do início: / /
 Carga viral materna no final da gestação: Data do exame: / /
 A mãe não utilizou medicamentos antirretrovirais durante a gestação da criança em investigação

12. Se a mãe iniciou medicamentos antirretrovirais durante a gestação, fez genotipagem pré-tratamento? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Se não, por quê?

13. Nessa genotipagem, apresentou alguma resistência aos antirretrovirais? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Se sim, qual(is) antirretroviral(is)?

14. A mãe está em uso regular de antirretrovirais? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Se não, por quê?

15. Quais medidas foram adotadas para melhorar a regularidade dos antirretrovirais?

16. Se houve falta/abandono do tratamento com antirretrovirais durante a gestação, foi realizada busca ativa? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Se não, por quê?

17. Se a gestante não fez uso dos medicamentos antirretrovirais, informar o(s) motivo(s): (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Sorologia para HIV não reagente no pré-natal
- Medicamento não disponível no serviço
- Medicamento não oferecido/prescrito. Por quê?
- Em abandono/faltosa para o tratamento
- Recusa da gestante ao tratamento
- Diagnóstico materno realizado durante a internação para parto ou após a alta da maternidade
- Falta de rede de serviços especializados para acompanhamento de gestantes com HIV/aids
- Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta
- Outros motivos. Especificar:

18. Valor do primeiro CD4 no pré-natal: células/mm³

Data: / /

19. Carga viral durante a gestação: (preencher os campos abaixo com 1 – Detectável, 2 – Indetectável, 3 – Não realizada, 9 – Ignorada)

- Primeira carga viral no pré-natal. Quantificação: cópias Data: / /
- Segunda carga viral no pré-natal. Quantificação: cópias Data: / /
- Terceira carga viral no pré-natal. Quantificação: cópias Data: / /

PARTO

20. Local do parto:

UF: Município:

Unidade de Saúde:

21. Parto realizado em: (preencher com X apenas uma alternativa)

- Serviço Público (SUS)
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
- Serviço Privado Particular
- Domicílio
- Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

22. Tipo de parto: (preencher com X apenas uma alternativa):

- Vaginal
- Vaginal por fórceps ou vácuo-extrator
- Cesáreo eletivo
- Cesáreo de urgência

23. Idade gestacional da criança ao nascer: semanas**24. Foi utilizado AZT injetável durante o trabalho de parto?** (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
()**25. Motivo(s) da não utilização do AZT injetável durante o parto:** (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Não foi realizado teste rápido no momento do parto
- () Recusa da paciente em realizar testagem (teste rápido, Elisa, outros) na maternidade
- () Recusa da paciente em usar a medicação antirretroviral na maternidade
- () Falta de AZT injetável na maternidade
- () Deu entrada em período expulsivo
- () Sorologia negativa na última testagem para HIV do pré-natal
- () Sorologia negativa durante a internação para o parto (maternidade)
- () Carga viral indetectável após 34 semanas de gestação
- () Parto domiciliar ou em trânsito
- () Não foi prescrito pelo médico
- () Utilizou AZT via oral no momento do parto (em situações de indisponibilidade de AZT injetável na hora do parto)
- () Outros motivos. Especificar:

26. Foi realizada inibição da lactação por meio de: (preencher com X apenas uma alternativa)

- Medicamento inibidor de lactação (cabergolina ou outro medicamento)
- Enfaixamento das mamas
- Ambos (inibidor de lactação + enfaixamento)
- Não realizada inibição da lactação. Por quê?

27. A maternidade forneceu fórmula láctea infantil na alta da criança? (preencher com X apenas uma alternativa)

- Sim. Para quantas semanas?
- Não. Por quê?

28. Foi realizada profilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV na criança com: (preencher com X apenas uma alternativa)

- AZT solução oral
- AZT solução oral + 3TC + nevirapina
- AZT solução oral + 3TC + raltegravir
- Outro(s). Especificar:
- Não realizada

29. Foi iniciada profilaxia com antirretroviral na criança: (preencher com X apenas uma alternativa)

- Até 2 horas de vida
- Até 4 horas de vida
- Entre 5 e 23 horas de vida
- Entre 24 e 47 horas de vida
- Após 48 horas do nascimento
- Não realizada

30. Motivos da não utilização das medidas preventivas para o HIV no recém-nascido: (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Medicamento para HIV (ex.: AZT solução oral, 3TC, nevirapina) não disponível na maternidade
- Dificuldade no entendimento do uso da nevirapina (desconhecimento do protocolo vigente)
- Antirretroviral não oferecido na maternidade
- Recusa da mãe em medicar a criança
- Mãe com sorologia anti-HIV negativa no parto
- Outros motivos: Especificar:

31. Foi realizada CV nas primeiras horas de vida, ainda na maternidade? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

SEGUIMENTO DA CRIANÇA

32. Criança recebeu alta da maternidade com: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Resumo de alta preenchido adequadamente (informações do pré-natal; condições do nascimento; tempo de uso do AZT injetável na mãe; momento do início do AZT xarope, 3TC e NVP no RN e dose utilizada; periodicidade e data de término; mensurações antropométricas do RN; tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importantes relativas ao parto)
- Consulta agendada em serviço especializado para seguimento
- Medicamento antirretroviral profilático (ex.: AZT xarope, 3TC, nevirapina, RAL), até data da primeira consulta
- Em caso de alguma outra situação, descrever:

33. Local de acompanhamento da criança:

UF: Município:

Unidade de Saúde:

Em caso de mais de um local de acompanhamento da criança, identificar:

34. Data da primeira consulta da criança no serviço de seguimento/acompanhamento: / /

35. Em caso de não comparecimento no serviço de seguimento/acompanhamento ou de abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Se não, por quê?

36. A criança exposta ao HIV utilizou por quanto tempo a profilaxia antirretroviral oral após o nascimento? (preencher apenas um dos campos abaixo com X)

<28 dias

28 dias

>28 dias

Não usou

37. Motivo(s) da não utilização da profilaxia antirretroviral oral na criança: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Antirretroviral não disponível
- Criança não encaminhada para serviço de seguimento/acompanhamento
- Houve abandono de tratamento e/ou perda de seguimento
- Recusa da mãe em medicar a criança
- Outros motivos: Especificar:

38. Criança alimentada com: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Fórmula láctea infantil
- Leite materno exclusivo. Por quanto tempo? () (D – dias, M – meses, A – anos)
- Alimentação mista (leite materno + fórmula láctea). Por quanto tempo? () (D – dias, M – meses, A – anos)
- Aleitamento cruzado (por outra nutriz). Por quanto tempo? () (D – dias, M – meses, A – anos)

39. A mãe recebeu fórmula láctea infantil no serviço? (preencher apenas um dos campos abaixo com X)

Sim. Por quanto tempo? () (D – dias, M – meses, A – anos)

Não. Por quê?

- 40. Carga viral da criança:** (preencher os campos abaixo com 1 – Detectável, 2 – Indetectável, 3 – Não realizada, 9 – Ignorado)
- () Primeira carga viral. Quantificação: cópias Data: / /
- () Segunda carga viral. Quantificação: cópias Data: / /
- () Terceira carga viral. Quantificação: cópias Data: / /
- () Quarta carga viral. Quantificação: cópias Data: / /

- 41. Contagem de células T CD4+ na criança:** (preencher aos campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
- () Primeiro CD4. Quantificação: células/mm³ Data: / /
- () Segundo CD4. Quantificação: células/mm³ Data: / /

42. Criança realizou outros exames (DNA pró-viral, genotipagem)? Descrever (data/resultado):

43. Data do diagnóstico HIV na criança: / /

44. Data do diagnóstico de aids na criança: / /

45. A criança apresentou alguma anomalia congênita? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

() Se sim, qual?

46. Situação da criança: (preencher apenas um dos campos abaixo com X)

- Viva
Morta
Desconhecida

47. Data do óbito: / /

Número da Declaração de Óbito:

Local do óbito:

UF: Município:

Unidade de Saúde:

48. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

- a) CID:
- b) CID:
- c) CID:
- d) CID:

Parte II:

- a) CID:
- b) CID:

49. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

Mãe da criança:

- () Gestante/parturiente/puérpera HIV-positivo
- () Caso de aids

Criança em investigação:

- () Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
- () Caso de HIV (sem aids)
- () Caso de aids em crianças

EIXO GESTÃO

Problemas de gestão em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), como: falta ou má distribuição de insumos (medicamentos, testes etc.); falta de rede/serviços (atendimento e laboratorial); complexidade do algoritmo para diagnóstico da sífilis; rede privada – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.

- 50.** Existe estratégia, protocolo ou plano de ação municipal de prevenção da transmissão vertical do HIV? Se sim, há quanto tempo está implementado?
- 51.** Existe planejamento conjunto entre os programas de IST/HIV/Aids, Vigilância em Saúde, Atenção Primária, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Homem, entre outros?
- 52.** Os profissionais de saúde são capacitados para a prevenção da transmissão vertical do HIV? Se sim, com qual periodicidade?
- 53.** Existem serviços de referência para assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV? Quantos?
- 54.** O teste rápido (ou teste laboratorial) de HIV está disponível na Atenção Primária?
- 55.** O teste rápido de HIV está disponível nas maternidades?
- 56.** Quais serviços de saúde dispensam antirretrovirais para gestantes com HIV?
- 57.** Existem estratégias no município para o pré-natal do parceiro?
- 58.** A notificação de casos está estabelecida na rotina de todos os profissionais dos serviços de saúde?

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

- 59.** Após a investigação, o caso foi encerrado como: (preencher apenas um dos campos abaixo com X)
- Criança infectada por TV-HIV
 - Caso descartado de criança exposta
 - Se o caso foi considerado descartado, justificar:
- 60.** Durante a investigação, foi realizada alguma medida corretiva para os problemas identificados? Se sim, especificar:
- 61.** Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)
- Pré-natal:
- () Eixo Vulnerabilidade Individual e Social
 - () Eixo Serviço
 - () Eixo Gestão
 - () Outros. Especificar:

Parto:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e Social
- Eixo Serviço
- Eixo Gestão
- Outros. Especificar:

Seguimento da criança:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e Social
- Eixo Serviço
- Eixo Gestão
- Outros. Especificar:

62. Encaminhamentos/sugestões para correção de problemas identificados:

63. Observações:

RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

Nome completo:

Telefone: ()

E-mail:

Data: / /



Anexo B – Ficha de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce (crianças ≤ 2 anos de idade)

IMPORTANTE: as fichas de investigação NÃO SUBSTITUEM as fichas do Sinan. Anexar a ficha do Sinan a esta ficha, após a investigação.

A ficha de investigação é um complemento à investigação epidemiológica, que tem por objetivo avaliar outras vulnerabilidades não capturadas pela vigilância. Os critérios para investigação de casos estão descritos no Guia de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

A – REGISTRO DA NOTIFICAÇÃO

Número do Sinan: _____ Data da notificação: / /

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

B – DADOS DA CRIANÇA

Nome: _____

Data de nascimento: / / Sexo: (F – Feminino, M – Masculino)

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

Número do(s) prontuário(s): Nº: _____ Serviço: _____

Nº: _____ Serviço: _____

UF de residência: _____ Município: _____ Bairro: _____

Logradouro: _____

Número: _____ CEP: _____ - _____

C – DADOS DA MÃE

Nome: _____

Data de nascimento: / / Idade da mãe no parto: _____ anos

Antecedentes obstétricos: _____

Número de gestações anteriores: _____ Número de nascidos vivos: _____

Número de natimortos: _____ Número de abortos: _____

Antecedente de transmissão vertical – possui outros filhos com: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

() Infecção pelo HIV

() Sífilis congênita. Quantos filhos com sífilis congênita? _____

() Mãe já foi tratada para sífilis em gestações anteriores? Ano do tratamento: _____

() Hepatite B

() Hepatite C

EIXO VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL

Questões ligadas à gestação, como: gravidez na adolescência; uso abusivo de drogas lícitas/ilícitas; pessoas em situação de imigração internacional/clandestinidade (venezuelanas, bolivianas, chinesas, coreanas, haitianas etc.); situação de migração nacional (ex.: construção civil, corte de cana, atividade portuária, indígenas etc.); profissionais do sexo; pessoas privadas de liberdade; parceiras de pessoa privada de liberdade; situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; dentre outras.

1. Situações de risco e de vulnerabilidades vivenciadas durante a gestação da criança em investigação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

() Viveu/vive em situação de rua/albergues

() Viveu/vive sem moradia

() Viveu/vive em casa de familiares/amigos

() Mudou frequentemente de domicílio/não possui residência fixa/condições de moradia insalubres

() Sofreu abuso/violência sexual

() Sofreu violência doméstica física ou verbal

- () Sofreu outro tipo de violência durante a gestação. Qual?
- () Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- () Uso abusivo de drogas ilícitas. Quais?
- () Usuária de álcool (qualquer dose em qualquer ocasião durante a gestação e lactação)
- () Consumo abusivo de álcool (consumo de 5 ou mais doses de bebida alcoólica, tanto para os homens como para as mulheres, em uma única ocasião). *Obs.: 1 dose = 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça ou qualquer outra bebida destilada.*
- () Consumo regular de álcool (consumo de bebida alcoólica 5 vezes ou mais por semana)
- () Usuária de outro tipo de droga. Especificar:
- () Privada de liberdade
- () Parceira de pessoa privada de liberdade
- () Profissional do sexo
- () Múltiplas parcerias sexuais na gestação da criança em investigação
- () Imigrante. De qual país? Há quanto tempo?
- () Migrante. De qual estado? Há quanto tempo?
- () Família de baixa renda
- () Sem instrução () Ensino Fundamental incompleto
- () Ensino Fundamental completo () Ensino Médio incompleto
- () Outras situações de vulnerabilidade. Especificar:

EIXO SERVIÇO

Abrange as questões de avaliação de fatores de risco e vulnerabilidades, diagnóstico, tratamento e seguimento da criança na rede, bem como lacunas nos processos de trabalho nos serviços, tais como: falha na organização do processo de trabalho no pré-natal (não realização de busca para pacientes faltosos ou em abandono de tratamento, perda de exame na unidade, atrasos nos resultados dos exames; falta do registro de informações no prontuário e caderneta da gestante), dentre outros; falha no entendimento e operacionalização dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; dificuldade na interpretação dos resultados de exames; erro na prescrição do tratamento; dificuldade de acesso, atenção e busca às parcerias sexuais; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.

2. Momento do diagnóstico de sífilis materna: (preencher com X apenas uma alternativa)

Data: / /

- () Durante o pré-natal
- () Durante a internação para o parto
- () Durante a curetagem
- () Após o parto
- () Desconhecido

3. Caso o diagnóstico materno de sífilis tenha sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Não fez pré-natal
- () Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis
- () Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço.
Especificar:
- () Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.
Especificar:
- () Erro de diagnóstico (falha no entendimento. Ex.: profissional de saúde considerou “cicatriz sorológica”)
- () Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
- () Teste não treponêmico para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
- () Unidade de saúde não realiza teste rápido
- () Outro. Especificar:

PRÉ-NATAL

4. Realização de pré-natal: (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

- ()

5. Pré-natal realizado em: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado):

- () Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
 () Serviço de referência em SC ou unidade especializada
 () Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
 Informar o nome do Convênio/Plano:

- () Consultório médico particular
 Informar o nome do médico e contato:

a. Local de ocorrência do pré-natal:

UF: Município:

Unidade de Saúde:

b. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): (Ign = 99)

c. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermeiro): (Ign = 99)

6. Se não realizou pré-natal, qual o motivo? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Desconhece a importância do pré-natal
 () Muda com frequência de endereço
 () Trabalha e não teve tempo
 () Trabalha e o empregador não permitiu
 () Não achava necessário, porque já tinha experiência em gestação anterior
 () Parceiro não permitiu
 () Privada de liberdade sem acesso ao serviço de pré-natal
 () Mantida em cárcere privado
 () Local muito distante, não tinha condições para ir ao pré-natal
 () Muda com frequência de endereço
 () Vive em situação de rua e não há serviço para atendê-la
 () Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
 () Unidade de saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos durante a gestação da criança em investigação
 () Outro. Especificar:

7. Motivo(s) de abandono do pré-natal:

8. O parceiro foi chamado para o pré-natal ("pré-natal do parceiro")? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

- () Se não, por quê?

9. Estado sorológico e/ou clínico da parceria sexual da mãe durante a gestação da criança em investigação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Teste rápido não reagente para sífilis
 () Caso de sífilis não tratada
 Informar o(s) motivo(s):
 () Caso de sífilis tratada
 Qual droga?
 Quantas doses? Data: / / Data: / / Data: / /
 () Parceiro conhecido e não testado. Por quê?
 () Parceiro sem contato com a família ou desconhecido

10. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis materna: semanas

11. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Primária (presença de cancro duro)
 () Secundária (lesões em pele e mucosas)
 () Latente recente (assintomática, tempo de infecção < 1 ano)
 () Latente tardia (assintomática, tempo de infecção > 1 ano)
 () Latente duração indeterminada (assintomática, tempo de infecção ignorado)
 () Terciária (forma grave da doença, acometendo sistema cardiovascular, articulações etc.)

12. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

()

13. Qual esquema de tratamento utilizado para tratamento da mãe da criança em investigação? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Penicilina benzatina 2.400.000UI | Data: / / | Data: / / |
| <input type="checkbox"/> Penicilina benzatina 4.800.000UI | Data: / / | Data: / / |
| <input type="checkbox"/> Penicilina benzatina 7.200.000UI | Data: / / | Data: / / |
| <input type="checkbox"/> Outro medicamento. Por quê? | | |
| Qual droga? | | |
| Por quanto tempo: Dias: Data: / / | | |
| <input type="checkbox"/> Não se aplica (não realizado tratamento de sífilis no pré-natal) | | |

14. Durante o pré-natal, quantas vezes a gestante foi tratada com penicilina benzatina? (preencher com X apenas uma alternativa):

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| Uma vez. Qual trimestre? | Quantas doses? |
| Duas vezes. Qual trimestre? | Quantas doses? |
| Três vezes. Qual trimestre? | Quantas doses? |

15. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca ativa da gestante? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

() Se não, por quê?

16. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Testagem para sífilis não realizada
- () Atraso no resultado da testagem
- () Penicilina benzatina não disponível no serviço
- () Penicilina benzatina não prescrita
- () Penicilina benzatina prescrita não administrada, apesar da disponibilidade no serviço
- () Gestante não aderiu ao tratamento/faltosa
- () Gestante recusou tratamento
- () Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como “cicatriz sorológica”
- () Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu
- () Gestante alérgica a penicilina
- () Iniciou o pré-natal após 30 dias antes do parto
- () Outros motivos. Especificar:

PARTO

17. Local do parto:

UF: Município:
Unidade de Saúde:

18. Parto realizado em: (preencher com X apenas uma alternativa)

- Serviço Público (SUS)
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
- Serviço Privado Particular
- Domicílio
- Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

19. Peso da criança ao nascer: gramas

20. Idade gestacional da criança ao nascer: semanas

21. Resultado dos testes para sífilis (treponêmico e não treponêmico), da mãe, no momento do parto: (preencher os campos abaixo com 1 – Reagente, 2 – Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teste rápido | Data: / / | |
| <input type="checkbox"/> VDRL/RPR | Título 1: Data: / / | |

22. Resultado dos testes para sífilis (treponêmico e não treponêmico), no sangue periférico, da criança, no momento do parto: (preencher os campos abaixo com 1 – Reagente, 2 – Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teste rápido | Data: / / | |
| <input type="checkbox"/> VDRL/RPR | Título 1: Data: / / | |

23. Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e do líquido do recém-nascido (preencher os campos abaixo com 1 – Reagente, 2 – Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado):

() VDRL/RPR (sangue periférico) Título 1: Data: / /
() VDRL (líquor) Título 1: Data: / /

24. Há presença de alteração no líquido? (preencher com X apenas uma alternativa)

Sim. Celularidade: leucócitos/mm³ Proteínas: mg/dL
Não (líquor normal)
Não foi colhido líquido

25. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido? (preencher com X apenas uma alternativa)

Sim
Resultado do RX: () (1 – Alterado, 2 – Normal)
Não

26. Presença de sinais e sintomas no recém-nascido: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Icterícia
- () Anemia
- () Plaquetopenia, púrpura
- () Hepatomegalia
- () Esplenomegalia
- () Rinite muco-sanguinolenta
- () Lesões cutâneo-mucosas
- () Lesões ósseas (metáfisite, periostite, osteocondrite)
- () Pseudoparalisia de Parrot
- () Edema generalizado
- () Outros motivos. Especificar:

27. Motivos da não realização de exames complementares no recém-nascido (RX de ossos longos, VDRL/RPR no sangue periférico e VDRL em líquido, hemograma): (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação
- () Recém-nascido assintomático
- () Médico não solicitou exames
- () Não havia médico para colher líquido
- () Punção lombar mal-sucedida
- () Laboratório da maternidade não realiza VDRL/RPR
- () Maternidade não faz RX de ossos longos
- () Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos
- () Aparelho de RX quebrado
- () Recém-nascido com VDRL/RPR não reagente
- () Outros motivos. Especificar:

28. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia, durante 10 dias
- () Penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dia, durante 10 dias
- () Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única
- () Outro esquema com penicilina. Especificar:
- () Outro medicamento. Por quê?
Qual a droga e dose?
Por quanto tempo? (dias) Data: / /
- () Não realizado

SEGUIMENTO DA CRIANÇA

29. Local de acompanhamento da criança:

UF: Município:
Unidade de Saúde:

30. Data da primeira consulta da criança na unidade de acompanhamento: / /

31. Idade da criança na primeira consulta: meses/semanas

32. Em caso de não comparecimento à unidade de acompanhamento ou de abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca ativa da criança? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

() Se não, por quê?

33. Avaliações realizadas na unidade de acompanhamento: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

() Neurológica	() Alterada	() Normal	Data: / /
() Auditiva	() Alterada	() Normal	Data: / /
() Oftalmológica	() Alterada	() Normal	Data: / /
() Liquórica de seguimento*	() Alterada	() Normal	Data: / /

*Em caso de líquor alterado e/ou com VDRL reagente no nascimento.

Se não realizadas as avaliações, informar o(s) motivo(s):

34. Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: (preencher os campos abaixo com 1 – Reagente, 2 – Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado)

() VDRL/RPR com 1 mês de idade	Título 1:	Data: / /
() VDRL/RPR com 3 meses de idade	Título 1:	Data: / /
() VDRL/RPR com 6 meses de idade	Título 1:	Data: / /
() VDRL/RPR com 12 meses de idade	Título 1:	Data: / /
() VDRL/RPR com 18 meses de idade	Título 1:	Data: / /

35. Teste treponêmico (após 18 meses de idade): (preencher com X apenas uma alternativa) Data: / /

Reagente
 Não reagente
 Não realizado
 Desconhecido

36. Criança realizou seguimento nos serviços de Atenção Primária até os 18 meses de idade? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

() Se não, por quê?

37. Situação atual da criança: (preencher com X uma das alternativas abaixo)

Viva
 Morta
 Desconhecida

38. Data do óbito: / /

39. Número da Declaração de Óbito:

40. Local do óbito:

UF: Município:
 Unidade de Saúde:

41. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

a)	CID:
b)	CID:
c)	CID:
d)	CID:

Parte II:

- a)
- b)

CID:
CID:

EIXO GESTÃO

Problemas de gestão em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), como: falta ou má distribuição de insumos (medicamentos, testes etc.); falta de rede/serviços (atendimento e laboratorial); complexidade do algoritmo para diagnóstico da sífilis; rede privada – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.

42. Existe estratégia, protocolo ou plano de ação municipal de prevenção da transmissão vertical da sífilis? Se sim, há quanto tempo está implementado?

43. Existe planejamento conjunto entre Vigilância, Atenção Primária, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Homem, entre outros?

44. Os profissionais de saúde são capacitados para prevenção da transmissão vertical da sífilis? Se sim, com qual periodicidade?

45. O teste rápido (ou teste laboratorial) de sífilis está disponível na Atenção Primária?

46. A Atenção Primária tem acesso a coleta e resultado de teste não treponêmico?

47. Em média, quanto tempo se passa entre a solicitação e o resultado?

48. O teste rápido de sífilis está disponível nas maternidades?

49. Todas as UBS e/ou ESF disponibilizam e aplicam penicilina benzatina?

50. Existem estratégias no município para o pré-natal do parceiro?

51. A notificação de casos está estabelecida na rotina de todos os profissionais dos serviços da Atenção Primária?

52. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para sífilis no recém-nascido: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade
- () Falta de penicilina (cristalina e procaína)
- () Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto (criança sem diagnóstico na maternidade)
- () Recém-nascido não realizou teste não treponêmico
- () Teste não treponêmico (VDRL/RPR) do recém-nascido não reagente
- () Teste não treponêmico (VDRL/RPR) do recém-nascido com título menor do que o materno
- () Recusa da mãe em medicar a criança
- () Criança assintomática
- () Outros motivos. Especificar:

53. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

- () Sífilis adquirida
- () Sífilis em gestante
- () Sífilis congênita

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

54. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita: (preencher com X apenas uma alternativa)

Confirmada

Suspeita

Descartada – criança exposta

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justificar:

55. Durante a investigação, foi realizada alguma medida corretiva para os problemas identificados? Se sim, especificar:

56. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Pré-natal:

() Eixo Vulnerabilidade Individual e Social

() Eixo Serviço

() Eixo Gestão

() Outros. Especificar:

Parto:

() Eixo Vulnerabilidade Individual e Social

() Eixo Serviço

() Eixo Gestão

() Outros. Especificar:

Seguimento da criança:

() Eixo Vulnerabilidade Individual e Social

() Eixo Serviço

() Eixo Gestão

() Outros. Especificar:

57. Encaminhamentos/sugestões para correção de problemas identificados:

58. Observações:

RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

Nome completo:

Telefone: ()

E-mail:

Data: / /



Anexo C – Ficha de Investigação de Casos de Transmissão Vertical de Hepatite B e/ou C

IMPORTANTE: as fichas de investigação NÃO SUBSTITUEM as fichas do Sinan. Anexar a ficha do Sinan a esta ficha, após a investigação.

A ficha de investigação é um complemento à investigação epidemiológica, que tem por objetivo avaliar outras vulnerabilidades não capturadas pela vigilância. Os critérios para investigação de casos estão descritos no Guia de Comitês de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

A – REGISTRO DA NOTIFICAÇÃO

Número do Sinan: _____ Data da notificação: ____ / ____ / ____
 UF: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____

B – DADOS DA CRIANÇA

Tipo de investigação: Hepatite B _____ Hepatite C _____
 Nome: _____
 Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: (F – Feminino, M – Masculino)
 Número da Declaração de Nascido Vivo: _____
 Número do Cartão SUS: _____
 Número do(s) prontuário(s): N°: _____ Serviço: _____
 N°: _____ Serviço: _____
 UF de residência: _____ Município: _____ Bairro: _____
 Logradouro: _____
 Número: _____ CEP: _____ - _____

C – DADOS DA MÃE

Nome: _____
 Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade da mãe no parto: ____ anos
 Antecedentes obstétricos: _____
 Número de gestações anteriores: _____ Número de nascidos vivos: _____
 Número de natimortos: _____ Número de abortos: _____
 Antecedente de transmissão vertical – possui outros filhos com: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
 () Infecção pelo HIV
 () Sífilis congênita. Quantos filhos com sífilis congênita? _____
 () Hepatite B
 () Hepatite C

EIXO VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL

Questões ligadas à gestação, como: gravidez na adolescência; uso abusivo de drogas lícitas/ilícitas; pessoas em situação de imigração internacional/clandestinidade (venezuelanas, bolivianas, chinesas, coreanas, haitianas etc.); situação de migração nacional (ex.: construção civil, corte de cana, atividade portuária, indígenas etc.); profissionais do sexo; pessoas privadas de liberdade; parceiras de pessoa privada de liberdade; situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; dentre outras.

- 1.** Situações de risco e de vulnerabilidades vivenciadas durante a gestação da criança em investigação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
- () Viveu/vive em situação de rua/albergues
 - () Viveu/vive sem moradia
 - () Viveu/vive em casa de familiares/amigos
 - () Mudou frequentemente de domicílio/não possui residência fixa/condições de moradia insalubres
 - () Sofreu abuso/violência sexual
 - () Sofreu violência doméstica física ou verbal

- Sofreu outro tipo de violência durante a gestação. Qual?
- Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- Uso abusivo de drogas ilícitas. Quais?
- Usuária de álcool (qualquer dose em qualquer ocasião durante a gestação e lactação)
- Consumo abusivo de álcool (consumo de 5 ou mais doses de bebida alcoólica, tanto para os homens como para as mulheres, em uma única ocasião). *Obs.: 1 dose = 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça ou qualquer outra bebida destilada.*
- Consumo regular de álcool (consumo de bebida alcoólica 5 vezes ou mais por semana)
- Usuária de outro tipo de droga. Especificar:
- Privada de liberdade
- Parceira de pessoa privada de liberdade
- Profissional do sexo
- Múltiplas parcerias sexuais na gestação da criança em investigação
- Imigrante. De qual país? Há quanto tempo?
- Migrante. De qual estado? Há quanto tempo?
- Família de baixa renda
- Sem instrução Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto
- Outras situações de vulnerabilidade. Especificar:

2. Caso a mãe tenha tido contato sexual com portador de hepatite B durante a gestação da criança em investigação, ou acidente ocupacional com portador de hepatite B, realizou-se: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Vacinação contra hepatite B completa (3 doses)
- Vacinação contra hepatite B incompleta
- Imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B (IGHAHB)
- Vacinação contra hepatite B e IGHAHB
- Não foi realizada prevenção pós exposição para hepatite B, a mãe já era vacinada
- Não foi realizada prevenção pós exposição para hepatite B, e não se sabia o status vacinal da mãe.
Por quê?

3. Presença de infecções associadas nesta gestação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Sífilis. Se presente, foi tratada? () Data: / /
- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C
- Outra IST. Especificar:
Se presente outra IST, foi tratada? ()

EIXO SERVIÇO

Abrange as questões de avaliação de fatores de risco e vulnerabilidades, diagnóstico, tratamento e seguimento da criança na rede, bem como lacunas nos processos de trabalho nos serviços, tais como: falha na organização do processo de trabalho no pré-natal (não realização de busca para pacientes faltosas ou em abandono de tratamento, perda de exame na unidade, atrasos nos resultados dos exames; falta do registro de informações no prontuário e caderneta da gestante), dentre outros; falha no entendimento e operacionalização dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; dificuldade na interpretação dos resultados de exames; erro na prescrição do tratamento; dificuldade de acesso, atenção e busca às parcerias sexuais; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.

PRÉ-NATAL

4. Realização de pré-natal: (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

-

5. Pré-natal realizado em: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado):

- () Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
 () Serviço de referência em HIV ou unidade especializada
 () Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
 Informar o nome do Convênio/Plano:

- () Consultório médico particular
 Informar o nome do médico e contato:

a. Local de ocorrência do pré-natal:

UF: Município:

Unidade de Saúde:

Em caso de mais de um local de pré-natal, identificar:

b. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): (Ign = 99)

c. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermeiro): (Ign = 99)

6. Se não realizou pré-natal, qual o motivo? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Desconhece a importância do pré-natal
 () Trabalha e não teve tempo
 () Trabalha e o empregador não permitiu
 () Não achava necessário, porque já tinha experiência em gestação anterior
 () Parceiro não permitiu
 () Privada de liberdade sem acesso ao serviço de pré-natal
 () Mantida em cárcere privado
 () Local muito distante, não tinha condições para ir ao pré-natal
 () Muda com frequência de endereço
 () Vive em situação de rua e não há serviço para atendê-la
 () Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
 () Unidade de saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos durante a gestação da criança em investigação
 () Outro. Especificar:

7. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

- () Se não, por quê?

8. Motivo(s) de abandono do pré-natal:

9. Momento do diagnóstico de hepatite B e/ou C: (preencher com X apenas uma alternativa)

Data (HBV): / /

Data (HCV): / /

Antes da gravidez

Antes da gravidez

Durante a gravidez

Durante a gravidez

Durante a internação para o parto

Durante a internação para o parto

Após alta da maternidade

Após alta da maternidade

Desconhecido

Desconhecido

10. No caso do diagnóstico materno de hepatite B e/ou C ter sido realizado após o pré-natal, qual o motivo? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Não fez pré-natal
 () Fez pré-natal e não foram solicitados/realizados os testes para hepatite B e/ou C
 () Fez pré-natal, foram solicitados os testes para hepatite B e/ou C, mas houve falha no fluxo do serviço.
 Especificar:

- Fez pré-natal, foram solicitados os testes para Hepatite B e/ou C, mas houve falha no fluxo do laboratório.
Especificar:
- Erro de diagnóstico (falha no entendimento do diagnóstico pelo profissional de saúde).
Especificar:
- Teste rápido para hepatite B e/ou C não disponível no serviço
- Unidade de saúde não realiza teste rápido
- Outro. Especificar:
- 11.** Foi administrada a vacina contra hepatite B durante o pré-natal? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
- 1ª dose
- 2ª dose
- 3ª dose
- Outras doses. Especificar:
- Não vacinada. Por quê?
- 12.** Havia registro em cartão de vacinação de esquema para hepatite B? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)
-
- 13.** O parceiro foi chamado para o pré-natal ("pré-natal do parceiro")? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)
- Se não, por quê?
- 14.** Qual estado sorológico/virológico/clínico do parceiro? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
- Sorologia para hepatite B não reagente
- Sorologia para hepatite C não reagente
- Portador de hepatite B
- Portador de hepatite C
- Parceiro conhecido e não testado. Por quê?
- Parceiro sem contato com a família ou desconhecido
- Sem informação
- 15.** Caso o parceiro sexual da gestante com hepatite B tenha apresentado sorologia negativa, realizou-se profilaxia pós-exposição? (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)
- Vacinação contra hepatite B
- Imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B (IGHAHB)
- Vacinação contra hepatite B e IGHAB
- Não foi realizada prevenção para hepatite B no parceiro. Por quê?
- 16.** Durante o pré-natal, a mãe realizou tratamento para prevenir a transmissão vertical da hepatite B? (preencher com X apenas uma alternativa)
- Mãe da criança já estava em tratamento para hepatite B antes da gestação
- Esquema prévio: _____ Data de início: / /
- Esquema na gestação: _____ Data de início: / /
- Tratamento ou terapia profilática para hepatite B foi iniciado durante a gestação da criança em investigação
- Idade gestacional de início: semanas
- Qual esquema?
- Não foi realizado qualquer tratamento ou terapia profilática
- 17.** A mãe da criança fez uso regular de medicamentos para tratamento ou terapia profilática da hepatite B durante a gestação? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)
- Se não, por quê?
- 18.** Se houve falta/abandono do tratamento ou terapia profilática para hepatite B, foi realizada busca da gestante? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)
- Se não, por quê?

19. Se a mãe não fez tratamento ou terapia profilática para hepatite B, informar o(s) motivo(s): (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Diagnóstico materno realizado após o pré-natal
- Medicamento não disponível no serviço
- Medicamento não oferecido/prescrito. Por quê?
- Gestante em abandono/faltosa para o tratamento ou terapia profilática
- Recusa da gestante ao tratamento ou terapia profilática
- Falta de rede de serviços especializados para acompanhamento de gestantes com hepatite B
- Gestante com hepatite B não realizou exames necessários para avaliar indicação para tratamento ou terapia profilática
- O caso não preencheu critérios de indicação para tratamento ou terapia profilática
- Outro. Especificar:

20. Em caso de mãe em uso de medicamentos para hepatite C, informar a idade gestacional (em semanas) de suspensão dos antivirais após diagnóstico de gravidez:

Idade gestacional: semanas (Ign = 99)

21. Se a mãe não fez tratamento ou terapia profilática para hepatite B, informar o(s) motivo(s): (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- HbsAg teste rápido Data: / /
- HbsAg convencional Data: / /
- Anti-HCV teste rápido Data: / /
- Anti-HCV convencional Data: / /
- HbeAg Data: / /
- ALT: U/L Data: / /
- Outros exames (resultado/data):

22. Carga viral HBV-DNA durante a gestação: (preencher os campos abaixo com 1 – Detectável/Reagente, 2 – Indetectável/Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado)

- Primeira carga viral no pré-natal. Quantificação: UI/mL
Idade gestacional: Data: / /
- Segunda carga viral no pré-natal. Quantificação: UI/mL
Idade gestacional: Data: / /

23. Carga viral HCV-RNA durante a gestação: (preencher os campos abaixo com 1 – Detectável/Reagente, 2 – Indetectável/Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado)

- Primeira carga viral no pré-natal. Quantificação: UI/mL Data: / /
- Última carga viral antes do parto. Quantificação: UI/mL Data: / /

PARTO

24. Local do parto:

UF: Município:

Unidade de Saúde:

25. Parto realizado em: (preencher com X apenas uma alternativa)

- Serviço Público (SUS)
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
- Serviço Privado Particular
- Domicílio
- Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

26. Mãe sem diagnóstico prévio de hepatite B. Foi realizado teste rápido (HBsAg) no momento do parto? (preencher com X apenas uma alternativa)

- Sim
- Não. Por quê?

27. Tipo de parto: (preencher com X apenas uma alternativa)

- Vaginal
Vaginal por fórceps ou vácuo-extrator
Cesáreo
Cesáreo de urgência

28. Na maternidade, foi realizada vacinação contra hepatite B no recém-nascido? (preencher com X apenas uma alternativa)

- Até 12 horas de vida
Após 12 horas até 24 horas
Após 24 horas até 7 dias de vida
Após o 7º dia de vida
Não realizada. Por quê?

29. Na maternidade, foi aplicada imunoglobulina humana hiperimune contra hepatite B (IGHAHB) no recém-nascido? (preencher com X apenas uma alternativa)

- Até 12 horas de vida
Após 12 horas até 24 horas
Após 24 horas até 7 dias de vida
Após o 7º dia de vida
Não realizada. Por quê?

SEGUIMENTO DA CRIANÇA

30. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____
Unidade de Saúde: _____

Em caso de mais de um local de acompanhamento da criança, identificar:

31. Data da primeira consulta da criança na unidade de acompanhamento: / /

32. Idade da criança (em meses) no dia da primeira consulta:

33. Em caso de não comparecimento à unidade de acompanhamento ou de abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? (preencher o campo abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

() Se não, por quê?

34. Após o nascimento, a criança recebeu as demais doses de vacina contra hepatite B, conforme recomendado? (preencher com X apenas uma alternativa)

- Esquema completo comprovado com carteira de vacinas
Esquema completo sem comprovação em carteira de vacinas
Esquema incompleto
Não realizado. Por quê?

35. A criança nascida de mãe HbsAg reagente realizou exames após nascimento? (preencher os campos abaixo com 1 – Detectável/ Reagente, 2 – Indetectável/Não reagente, 3 – Não realizado, 9 – Ignorado)

- () HbsAg Data: / /
() Anti-HBs Data: / /
() CV-HBV-DNA. Quantificação: Data: / /
() HbeAg Data: / /
() AST/ALT Data: / /
() Outros exames (resultado/data):

36. Resultado da carga viral HCV-RNA na criança em investigação para TV-HCV, com 3-6 meses de idade: (preencher com X apenas uma alternativa)

Detectável. Quantificação: UI/mL Data: / /
 Não detectável
 Não realizado

37. Resultado do anti-HCV na criança em investigação para TV-HCV, após os 18 meses de idade: (preencher com X apenas uma alternativa)

Reagente
 Não reagente
 Não realizado

38. Resultado de CV-HCV na criança após 18 meses de idade em investigação para TV-HCV (nos casos de anti-HCV reagente após 18 meses ou CV-HCV detectável aos 3-6 meses): (preencher com X apenas uma alternativa)

Detectável. Quantificação: UI/mL Data: / /
 Não detectável
 Não realizado

39. Situação atual da criança: (preencher com X uma das alternativas abaixo)

Viva
 Morta
 Desconhecida

40. Data do óbito: / /

41. Número da Declaração de Óbito:

42. Local do óbito:

UF: Município:
 Unidade de Saúde:

43. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

a)	CID:
b)	CID:
c)	CID:
d)	CID:

Parte II:

a)	CID:
b)	CID:

44. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- () Hepatite B (mãe da criança)
 () Hepatite B (criança em investigação)
 () Hepatite C (mãe da criança)
 () Hepatite C (criança em investigação)

EIXO GESTÃO

Problemas de gestão em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), como: falta ou má distribuição de insumos (medicamentos, testes etc.); falta de rede/serviços (atendimento e laboratorial); complexidade do algoritmo para diagnóstico da sífilis; rede privada – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.

45. Existe estratégia, protocolo ou plano de ação municipal de prevenção da transmissão vertical de hepatites virais B e/ou C? Se sim, há quanto tempo está implementado?

46. Existe planejamento conjunto entre os programas de IST/HIV/Aids, Vigilância em Saúde, Atenção Primária, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Homem, entre outros?

47. Os profissionais de saúde são capacitados para a prevenção da transmissão vertical das hepatites virais B e/ou C? Se sim, com qual periodicidade?

48. Existem serviços de referência para assistência e tratamento às pessoas com hepatites virais? Quantos?

49. O teste rápido (ou teste laboratorial) de hepatites virais está disponível na Atenção Primária?

50. O teste rápido de hepatites virais B e /ou C está disponível nas maternidades?

51. Existem estratégias no município para o pré-natal do parceiro?

52. A notificação de casos está estabelecida na rotina de todos os profissionais dos serviços de saúde?

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

53. Após a investigação do caso, a criança foi considerada como: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não, 9 – Ignorado)

- Caso de hepatite B por transmissão vertical
- Caso de hepatite C por transmissão vertical
- Criança exposta a hepatite B, não infectada
- Criança exposta a hepatite C, não infectada

54. Durante a investigação, foi realizada alguma medida corretiva para os problemas identificados? Se sim, especificar:

55. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério: (preencher os campos abaixo com 1 – Sim, 2 – Não)

Pré-natal:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e Social
- Eixo Serviço
- Eixo Gestão
- Outros. Especificar:

Parto:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e Social
- Eixo Serviço
- Eixo Gestão
- Outros. Especificar:

Seguimento da criança:

- Eixo Vulnerabilidade Individual e Social
- Eixo Serviço
- Eixo Gestão
- Outros. Especificar:

56. Encaminhamentos/sugestões para correção de problemas identificados:

57. Observações:



RESPONSÁVEL PELA INVESTIGAÇÃO

Nome completo:

Telefone: ()

E-mail:

Data: / /





Anexo D - Ficha-Síntese de Transmissão Vertical do HIV

1. IDENTIFICAÇÃO

Número da notificação – Sinan Aids em menores de 13 anos:

Número da Declaração de Óbito (DO):

Não se aplica

Município de residência:

Região de Saúde:

UBS/ESF responsável pelo território:

Nome da criança investigada:

Data de Nascimento (DN): / /

Identificação da genitora (nome e DN):

2. PRÉ-NATAL

Número da notificação – Sinan Gestante HIV+:

Dados obstétricos (ex.: Gesta II, Para I, Aborto I): G P A

Realizou o pré-natal? Sim Não

Nome do(s) serviço(s):

Número de consultas:

Momento do diagnóstico de HIV:

Antes da gestação Momento prévio ao parto

Durante o pré-natal Após o parto

Tratamento realizado durante a gestação:

Início da terapia antirretroviral – TARV (antes ou durante o pré-natal), esquema terapêutico utilizado (indicar se ocorreu troca de esquema após o diagnóstico da gestação) e adesão à TARV:

Realização de genotipagem: Sim Não Não se aplica (não fez pré-natal)

Primeira carga viral no diagnóstico da gestação: Não se aplica (diagnóstico posterior à gestação)

Última carga viral antes do parto: Não se aplica (diagnóstico posterior à gestação)

Gestante em falha terapêutica? Sim Não

3. PARTO

Hospital:

Semanas de gestação: Tipo de parto: Vaginal Cesariana

Uso de AZT injetável: Sim Não

Uso de AZT cápsula (caráter excepcional): Sim Não

Droga para inibição da lactação: Sim Não

Profilaxia do RN: AZT exclusivo AZT+3TC+NVP AZT+3TC+RAL Outro:

4. SEGUIMENTO DA CRIANÇA

SAE UBS

Realização de carga viral da criança (data/valores):

Sorologia anti-HIV após os 12-18 meses de idade (data/resultado):

Finalização da profilaxia com ARV: Sim Não

Criança alimentada com:

Fórmula láctea infantil exclusiva

Leite materno exclusivo. Por quanto tempo?

Alimentação mista (leite materno + fórmula láctea). Por quanto tempo?

Em caso de criança infectada por HIV, descrever uso de TARV (esquema e data de início):

Em caso de infecção materna durante a amamentação, descrever conduta (suspensão de amamentação, uso de PEP – esquema, data de início):

5. DIAGNÓSTICO DO CASO PELO COMITÊ

Criança infectada por TV-HIV Caso descartado – criança exposta

6. DIAGNÓSTICO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E VULNERABILIDADES ENCONTRADOS APÓS A INVESTIGAÇÃO PELO COMITÊ DE TRANSMISSÃO VERTICAL

	Pré-natal	Maternidade	Seguimento após o parto	Não se aplica
Eixo Vulnerabilidade Individual e Social				
Eixo Serviço				
Eixo Gestão				

7. ENCAMINHAMENTOS E PROPOSTAS DE AÇÃO PELO COMITÊ, APÓS A INVESTIGAÇÃO

8. DATA DE ENCERRAMENTO DO CASO PELO COMITÊ

/ /

9. RESPONSÁVEIS PELA INVESTIGAÇÃO (NOME COMPLETO, MATRÍCULA, LOCAL DE TRABALHO)

10. E-MAIL DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



Anexo E - Ficha-Síntese de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita

1. IDENTIFICAÇÃO

Número da notificação – Sinan Sífilis Congênita:

Número da Declaração de Óbito (DO):

Não se aplica

Município de residência:

Região de Saúde:

UBS/ESF responsável pelo território:

Nome da criança investigada:

Data de Nascimento (DN): / /

Identificação da genitora (nome e DN):

2. PRÉ-NATAL

Número da notificação – Sinan Gestante com Sífilis:

Dados obstétricos (ex.: Gesta II, Para I, Aborto I): G P A

Realizou o pré-natal? Sim Não

Nome do(s) serviço(s):

Número de consultas:

Data de teste não treponêmico (ex.: VDRL/RPR) e resultados quantitativos (ex.: 1:8):

1º: / / Resultado quantitativo:

2º: / / Resultado quantitativo:

3º: / / Resultado quantitativo:

Outros resultados de testes (data/valores):

Tratamento adequado: Sim Não Sem informação

Parcerias tratadas: Sim Não Sem informação

Falhas no tratamento:

Descrever se houve falha no tratamento e qual foi a falha encontrada (ex.: erro na prescrição da dose, intervalo de doses inadequado, esquema incompleto por falta de insumos etc.):

3. PARTO

Hospital:

Semanas de gestação:

Teste não treponêmico (ex.: VDRL/RPR) no parto:

Da genitora: Reagente. Titulação: Não reagente

Do recém-nascido (RN): Reagente. Titulação: Não reagente

Presença de alteração clínica ao nascimento? Sim Não

Alteração laboratorial em RN? Sim Não Não realizado exame laboratorial

Alteração em RX de ossos longos em RN? Sim Não Não realizado RX

Alteração em líquido em RN? Sim Não Não realizada punção lombar

Tratamento do RN:

Evolução:

Aborto Óbito por sífilis congênita

Natimorto Nascido vivo

Óbito por outra causa:

4. SEGUIMENTO DA CRIANÇA

SAE UBS

Realização de teste não treponêmico (ex.: VDRL/RPR) da criança (data/resultados):

5. DIAGNÓSTICO DO CASO PELO COMITÊ

Sífilis congênita Caso descartado – criança exposta

6. DIAGNÓSTICO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E VULNERABILIDADES ENCONTRADOS APÓS A INVESTIGAÇÃO PELO COMITÊ DE TRANSMISSÃO VERTICAL

	Pré-natal	Maternidade	Seguimento após o parto	Não se aplica
Eixo Vulnerabilidade Individual e Social				
Eixo Serviço				
Eixo Gestão				

7. ENCAMINHAMENTOS E PROPOSTAS DE AÇÃO PELO COMITÊ, APÓS A INVESTIGAÇÃO

8. DATA DE ENCERRAMENTO DO CASO PELO COMITÊ

/ /

9. RESPONSÁVEIS PELA INVESTIGAÇÃO (NOME COMPLETO, MATRÍCULA, LOCAL DE TRABALHO)

10. E-MAIL DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



Anexo F - Ficha-Síntese de Transmissão Vertical de HBV e HCV

1. IDENTIFICAÇÃO

Número da notificação – Sinan Hepatites Virais (crianças ≤ 2 anos):

Número da Declaração de Óbito (DO):

Não se aplica

Município de residência:

Região de Saúde:

UBS/ESF responsável pelo território:

Nome da criança investigada:

Data de Nascimento (DN): / /

Identificação da genitora (nome e DN):

Número da notificação da genitora – Sinan Hepatites Virais:

2. PRÉ-NATAL

Dados obstétricos (ex.: Gesta II, Para I, Aborto I): G P A

Realizou o pré-natal? Sim Não

Nome do(s) serviço(s):

Número de consultas:

Momento do diagnóstico de hepatite:

Antes da gestação Momento prévio ao parto

Durante o pré-natal Após o parto

Desconhecido

Evolução do pré-natal:

Data (em semanas de gestação) das sorologias realizadas e resultado (em caso de diagnóstico no pré-natal): teste rápido (HBsAg) ou convencional (HBeAg, HBsAg, anti-HCV):

Carga viral HBV e/ou HCV na gestação (data e valor):

Realização de ALT (TGP)/AST (TGO) – valores e data:

Realização de tratamento iniciado na gestação ou terapia profilática para hepatite B (tenofovir 300mg) e idade gestacional de início da terapia antiviral:

Uso de terapia antiviral para hepatite B prévia ao diagnóstico da gestação. Informar qual terapia antiviral em uso, se ocorreu troca de esquema e em que idade gestacional:

Uso de terapia antiviral para hepatite C prévia ao diagnóstico da gestação. Informar qual terapia antiviral em uso, se ocorreu suspensão da medicação na gestação e em que idade gestacional:

3. PARTO

Hospital:

Semanas de gestação: Tipo de parto: Vaginal Cesariana

Realização de teste rápido no parto (sem diagnóstico no pré-natal): Sim Não

Profilaxia da hepatite B para RN no parto:

Vacina de hepatite B – sala de parto ou até 12 horas de vida: Sim Não

Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) nas primeiras 12-24 horas de vida: Sim Não

4. SEGUIMENTO DA CRIANÇA

SAE UBS
Administração de vacina de hepatite B: 0 2 4 6 15 meses

Em caso de criança sem profilaxia ou profilaxia incompleta para HBV no parto, descrever exames realizados (HBsAg, HbeAg, AST/ALT, outros – datas e resultados):

Criança exposta à hepatite C materna:

Realização de CV-HCV em 3-6 meses de idade: Sim. Resultado: Não

Realização de exame após 18 meses de idade (descrever data/resultado):

Anti-HCV:

CV-HCV:

5. DIAGNÓSTICO DO CASO PELO COMITÊ

Caso de TV-HBV

Criança exposta à hepatite B, não infectada

Caso de TV-HCV

Criança exposta à hepatite C, não infectada

6. DIAGNÓSTICO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS E VULNERABILIDADES ENCONTRADOS APÓS A INVESTIGAÇÃO PELO COMITÊ DE TRANSMISSÃO VERTICAL

	Pré-natal	Maternidade	Seguimento após o parto	Não se aplica
Eixo Vulnerabilidade Individual e Social				
Eixo Serviço				
Eixo Gestão				

7. ENCAMINHAMENTOS E PROPOSTAS DE AÇÃO PELO COMITÊ, APÓS A INVESTIGAÇÃO

8. DATA DE ENCERRAMENTO DO CASO PELO COMITÊ

/ /

9. RESPONSÁVEIS PELA INVESTIGAÇÃO (NOME COMPLETO, MATRÍCULA, LOCAL DE TRABALHO)

10. E-MAIL DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code abaixo:







DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal