

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL

BRASIL 2014



Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical

1. Introdução

A sífilis congênita, apesar de ser um agravo evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam aplicadas, ainda permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias, são medidas simples e efetivas na sua prevenção.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada (síndrome da imunodeficiência adquirida), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico. Além da transmissão por via sexual e sanguínea, o vírus também pode ser transmitido durante a gestação, o parto e o puerpério.

O Brasil é signatário junto à OPAS/OMS para a eliminação da sífilis congênita nas Américas, cuja meta é atingir 0,5 caso/1000 nascidos vivos até 2015, sendo assim, em 2007, o país lançou o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Em 2011, o Brasil incorporou o “Plano Global para Eliminar Novas Infecções por HIV em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas”. A transmissão vertical do HIV será considerada eliminada quando atingir uma taxa de 2 crianças HIV+ para cada 100 mães soropositivas. Diante disso, o Ministério da Saúde, no âmbito das ações da “Rede Cegonha”, promove a ampliação da detecção precoce e tratamento do HIV e da sífilis em gestantes, para que essas metas sejam atingidas.

A “Rede Cegonha”, estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011, a qual tem mobilizado gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde, visa assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das ações objetivadas pela referida estratégia é a implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis, no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades dos três níveis de gestão do SUS. Portanto, a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, na Atenção Básica, se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e da sífilis, promovendo um diagnóstico precoce dos agravos nas gestantes e um início oportuno das ações de prevenção, com vistas na redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como redução de óbitos materno e infantis evitáveis.

Todavia, apesar das medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical do HIV e da Sífilis estarem 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 desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência de casos por esta via de transmissão em populações com maior vulnerabilidade.



A transmissão vertical da hepatite B para crianças filhas de gestantes HBeAg-reagentes ocorre em 70 a 90% dos casos. Estima-se que o risco de desenvolvimento do carcinoma hepatocelular nas crianças infectadas por transmissão vertical pelo vírus da Hepatite B seja cerca de 200 vezes maior que o da população geral, ressaltando a importância do diagnóstico durante o pré-natal.

A transmissão vertical do vírus da hepatite C ocorre em cerca de 5% a 6% das crianças nascidas de gestantes portadoras de HCV, essencialmente aquelas com alta carga viral de HCV no momento do parto, sendo mais frequente em gestantes com coinfeção com o HIV. Atualmente, devido à indisponibilidade de medidas profiláticas e terapêuticas que evitam a transmissão vertical do HCV durante a gestação, a prevenção deve ser realizada através do tratamento prévio de mulheres em idade fértil, portadoras do HCV, associado ao planejamento reprodutivo.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, vem adotando estratégias para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis desde 2000, como a notificação da gestante com HIV (Portaria nº 993/GM – 04/09/00) e da gestante com sífilis (Portaria nº 33 – 14/07/05). Essas ações possibilitam a captação e notificação das gestantes com sorologias reagentes para a sífilis e/ou HIV.

Diante desse contexto, estados e municípios devem observar dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C e verificar a necessidade de sua investigação, para identificar as causas e possibilidade de atuação em todos os níveis do Sistema.

A criação de Comitês estaduais e municipais permite mapear os problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido.

Os comitês são organismos de natureza intrainstitucional, interinstitucional, multiprofissional, que visam analisar eventos relacionados a agravos evitáveis, e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Têm atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função educativa, e representam um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde. Os comitês também contribuem para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada à gestante no pré natal, parto e puerpério.

No caso da Transmissão Vertical do HIV, da Sífilis Congênita e das Hepatites Virais B e C, os comitês de investigação deverão reunir instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada. Seu objetivo é propor medidas para redução dos casos de Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C, visando a melhoria da qualidade da vigilância, assistência e da gestão.

Para viabilizar a atuação dos comitês, um instrumento de investigação será disponibilizado. O protocolo que permitirá identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical poderá contribuir no aprimoramento das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica e permitir a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da Transmissão Vertical, visando sua eliminação.



2. Objetivos:

2.1. Objetivo geral

- Investigar os casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública.

2.2. Objetivos específicos

Identificar os determinantes da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C.

- Propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B e C no pré natal, parto e puerpério.
- Contribuir para o monitoramento das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C.
- Elaborar e divulgar relatórios.

3. Estratégia de implantação dos Comitês

3.1. Implantação

Os comitês de investigação de transmissão vertical deverão ser implantados nas Unidades Federativas e municípios cuja magnitude e transcendência do problema justifique sua necessidade. Para o efetivo funcionamento dos comitês faz-se necessária a legitimação dos seus membros por meio de publicação em diário oficial.

3.2. Composição

A escolha dos membros dos comitês depende das características das instituições e da população de cada região. É fundamental que sejam constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas com o atendimento aos pacientes e, que tenham capacidade técnica para desempenhar a referida função.

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 comitês de investigação de Transmissão Vertical podem ser compostos por representantes das seguintes instituições:

- Secretarias de Saúde: Vigilância Epidemiológica e Assistência (Atenção Básica e Hospitalar);
- Conselho Regional de Medicina;
- Conselho Regional de Enfermagem;
- Sociedades científicas;
- Conselhos de Saúde;
- Ministério Público;
- Movimentos Sociais;
- Convidados “ad hoc”.



3.3. Organização

Os Comitês deverão ter um regimento interno proveniente da discussão dos seus membros, onde se estabeleça sua missão, periodicidade das reuniões, fluxograma para investigação dos casos de transmissão vertical, e os critérios de seleção dos casos a serem investigados.

4. Método de investigação

Como estratégia principal da investigação de Transmissão Vertical, será disponibilizado um documento que subsidiará as ações dos referidos comitês. Este documento apresentará um Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical de HIV/Aids, Sífilis e Hepatites Virais B e C para ser utilizado como instrumento de coleta de dados e diagnóstico.

5. Critérios de seleção dos casos a serem investigados

Casos de transmissão vertical do HIV

- Todos os casos de HIV/aids em menores de 5 anos.

Casos de sífilis congênita

- Todos os casos de aborto por sífilis
- Todos os natimortos por sífilis
- Todos os óbitos por sífilis
- Casos de sífilis congênita precoce (≤ 2 anos de idade)

Casos de transmissão vertical da hepatite B e C (≤ 2 anos de idade)

- Todos os casos de transmissão vertical de hepatite B ou C diagnosticados com dois anos de idade ou menos.

Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical do HIV

**Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical do HIV****Registro da Notificação**

Número do Sinan: _____

Notificação: _____

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____ Data da notificação: ____/____/____

Dados de Identificação 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: _____

Residência: _____

UF: _____ Município: _____

Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ ou Idade da mãe no parto: ____ anos

3. Estado civil/conjugal:

(1) Solteira

(2) Casada/união estável/amasiada

(3) Divorciada/separada

(4) Viúva

(9) Ignorado



4. Escolaridade:

- (0) Analfabeta
- (1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- (2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- (3) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (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 ou mais
- (9) Ignorado

ou Anos completos de estudos: _____ anos

5. Ocupação: _____

6. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

7. Raça/cor:

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (9) ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- () Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- () Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
- () Mudança frequente de domicílio/residência
- () Sofreu abuso/violência sexual
- () Sofreu violência doméstica física ou verbal
- () Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- () Usuária de “crack”



- Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose/dia)
- Usuária de outro tipo de droga. Especifique: _____
- Privada de liberdade (presidiária)
- Parceira de presidiário
- Profissional do sexo
- Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
- Imigrante. De qual país? _____ Há quanto tempo? _____
- Imigrante. De qual estado? _____ Há quanto tempo? _____
- Família de baixa renda
- Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

9. Categoria de Exposição da mãe para a infecção pelo HIV: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Transmissão Vertical
- Sexual
- Uso de Droga Injetável
- Transfusão de sangue/hemoderivados
- Acidente com material biológico
- Outra. Especificar: _____

10. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Sífilis. Se presente, foi tratada? (___) Data: ___/___/_____
- Hepatite B
- Hepatite C
- Outras DST, especifique: _____
Se presente, foi tratada? (___)

11. Antecedentes obstétricos:

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



12. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Infecção pelo HIV
- Sífilis congênita
- Hepatite B
- Hepatite C

13. Momento do diagnóstico da infecção pelo HIV: Data: ___/___/_____

- (1) Antes do pré-natal
- (2) Durante o pré-natal
- (3) Durante o parto
- (4) Após o parto
- (9) Desconhecido

14. No caso de o diagnóstico materno de infecção pelo HIV ter sido realizado após o pré-natal, qual foi o motivo? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Não fez pré-natal
- Fez pré-natal e não foi solicitado o teste anti-HIV
- Fez pré-natal, foi solicitado o teste anti-HIV, mas houve falha no fluxo do serviço.

Especifique: _____

- Fez pré-natal, foi solicitado o teste anti-HIV, mas houve falha no fluxo do laboratório.

Especifique: _____

- Erro de diagnóstico (falha no entendimento do diagnóstico pelo profissional de saúde).

Especifique: _____

- Teste rápido anti-HIV não disponível no serviço

- Outro. Especifique: _____

PRÉ-NATAL

15. Realização de pré-natal: () (1 - Sim, 2 - Não)

16. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (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 deixou



- Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
- Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
- Mantida em cárcere privado
- Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
- Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
- Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez
- 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. Especifique: _____

17. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
- Serviço de referência para HIV
- Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:
Nome do Convênio/Plano: _____
Nome do Médico do convênio: _____
CRM do médico: _____
- Consultório Médico Particular. Informar:
Nome do médico: _____
CRM do médico: _____

18. Local do pré-natal:

UF: _____ Município: _____
Unidade de Saúde: _____

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

20. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem): _____ (Ign - 99)

21. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante?

- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____



22. Motivo(s) do abandono do pré-natal:

23. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Auxílio transporte

() Enxoval

() Cesta básica

() Não recebeu qualquer auxílio

() Outros. Especifique: _____

24. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

25. Estado sorológico do parceiro¹ :

(1) HIV negativo

(2) HIV positivo

(3) Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____

(9) Parceiro sem contato com a família ou desconhecido

26. Durante o pré-natal, a mãe utilizou antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do HIV?

(1) Mãe da criança em tratamento com antirretrovirais, antes da gestação

Qual esquema: _____ Data de início: ____/____/____

(2) Mãe iniciou antirretrovirais durante a gestação da criança em investigação

Idade gestacional de início: _____ semanas

Qual esquema: _____ Por quanto tempo? ____ semanas

(3) Mãe não utilizou antirretrovirais durante a gestação da criança em investigação (vá para a pergunta 31)

27. Se a mãe iniciou antirretrovirais durante a gestação, fez genotipagem pré-tratamento?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

1 - Parceiro – companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação.



28. A mãe está em uso regular de antirretrovirais?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

29. Que medidas foram adotadas para melhorar a regularidade aos antirretrovirais?

30. Se houve falta/abandono da terapia antirretroviral, foi realizada busca da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

31. Se a mãe não fez uso de terapia antirretroviral para o HIV, informar o(s) motivo(s):

(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Sorologia anti-HIV negativa/não reagente no pré-natal

() Diagnóstico materno realizado no parto ou após o parto

() Medicamento não disponível no serviço

() Medicamento não oferecido/prescrito. Por quê? _____

() Gestante em abandono/faltosa para o tratamento

() Recusa da gestante ao tratamento

() Falta 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. Especifique: _____

32. Valor do primeiro CD4 no pré-natal: _____ células/mm³ Data: ___/___/___

33. Carga Viral durante a gestação: (1 - Detectável, 2 - Indetectável, 3 - Não realizada, 9 - Ign)

() Primeira Carga Viral no pré-natal. Quantificação: _____ cópias. Data: ___/___/___

() Segunda Carga Viral no pré-natal. Quantificação: _____ cópias. Data: ___/___/___

() Última Carga Viral antes do parto. Quantificação: _____ cópias. Data: ___/___/___



PARTO

34. Local do parto:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

35. Parto realizado em:

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

36. Tipo de parto:

- (1) Vaginal
- (2) Vaginal por fórceps ou vácuo-extrator
- (3) Cesáreo eletivo
- (4) Cesáreo de urgência

37. Ocorreu ruptura de membranas (bolsa rota)?

- (1) Sim, por quanto tempo? |_____|_____| horas
- (2) Não

38. Gestação múltipla: () (1 - Sim, 2 - Não)

39. Peso da criança ao nascer: _____gramas

40. Idade gestacional da criança ao nascer: _____semanas

41. Foi feito uso de antirretroviral (AZT injetável) durante o parto? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)



42. Motivo(s) da não utilização de antirretroviral durante o parto: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Não foi realizado teste rápido no momento do parto
- () Recusa da paciente em realizar o teste na maternidade
- () Recusa da paciente em usar o antirretroviral
- () Falta de AZT injetável na maternidade
- () Deu entrada em período expulsivo
- () Sorologia negativa no pré-natal (último teste antes do parto)
- () Sorologia negativa na maternidade
- () Parto domiciliar ou em trânsito
- () Não foi prescrito pelo médico
- () Outros motivos. Especifique: _____

43. Inibição da lactação por meio de:

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

44. A maternidade forneceu fórmula láctea (fórmula infantil) para duas semanas?

- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____

45. Profilaxia utilizada para prevenção da transmissão vertical do HIV na criança:

- (1) AZT solução oral
- (2) AZT solução oral + nevirapina
- (3) Outra(s). Especifique: _____
- (4) Não realizada



46. Início da profilaxia com antirretroviral na criança (horas):

- (1) Até 2 horas de vida
- (2) Entre 3 e 6 horas de vida
- (3) Entre 7 e 24 horas de vida
- (4) Entre 24 e 48 horas de vida
- (5) Após 48 horas do nascimento
- (6) Não realizada

47. Motivos da não utilização das medidas preventivas para o HIV no recém-nascido:

(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Medicamento para HIV (AZT oral, nevirapina) não disponível na maternidade
- () Dificuldade no entendimento do uso da nevirapina (não conhece protocolo vigente)
- () Antirretroviral não oferecido na maternidade
- () Recusa da mãe em medicar a criança
- () Outros motivos. Especifique: _____

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

48. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

49. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/____

50. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou de abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____



51. Tempo de uso de profilaxia com antirretroviral oral – AZT solução oral (semanas):

- (1) menos de 4 semanas
- (2) por 4 semanas
- (3) por 5 semanas
- (4) por 6 semanas
- (5) Não usou

52. Uso de nevirapina: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () 1ª dose: nas primeiras 48 horas
- () 2ª dose: 48 horas após a 1ª dose
- () 3ª dose: 96 horas após a 2ª dose
- () Uso diferente do recomendado. Especifique: _____
- () Não usou

53. Motivo(s) da não utilização do antirretroviral oral: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Antirretroviral não disponível
- () Criança não encaminhada para seguimento ambulatorial
- () Abandono de tratamento/perda de seguimento
- () Recusa da mãe em medicar a criança
- () Outros motivos. Especifique: _____

54. Criança alimentada com:

- (1) Fórmula láctea (fórmula infantil)
- (2) Leite materno exclusivo. Por quanto tempo? ____ () (D - dias, M - meses, A - ano)
- (3) Alimentação mista (leite materno + fórmula láctea). Por quanto tempo? ____ ()
(D - dias, M - meses, A - ano)

55. Foi realizado aleitamento cruzado?

- (1) Sim. Por quanto tempo? _____ () (D - dias, M - meses, A - ano)
- (2) Não

56. Foi obtida, regularmente, fórmula láctea no serviço, no período de 6 meses?

- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____



57. Data do diagnóstico de infecção pelo HIV da criança: ____/____/____

58. Data do diagnóstico de aids da criança: ____/____/____

59. Situação da criança:

- (1) Viva
- (2) Morta
- (3) Desconhecida

60. Data do óbito: ____/____/____

61. Número da Declaração de Óbito: _____

62. Local do Óbito:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

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

Parte I:

a) _____ CID: _____

b) _____ CID: _____

c) _____ CID: _____

d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____

_____ CID: _____

64. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (1 - Sim, 2 - Não)

Mãe da criança:

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

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

65. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

66. 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 (vide instrução de preenchimento): (1 - Sim, 2 - Não)

Pré-natal:

- Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Outros. Especifique: _____

Parto:

- Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- Outros. Especifique: _____



Puerpério:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

67. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

Responsável pela investigação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Fone para contato: _____



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV CRIANÇAS MENORES DE 05 (CINCO) ANOS DE IDADE

A investigação de transmissão vertical do HIV deverá ser realizada em todas as crianças menores de 05 (cinco) anos de idade.

Para responder às perguntas do questionário, o investigador deverá utilizar várias fontes de informação, como: prontuário do paciente, Siscel, Siclom, Sinasc, SIM. Poderá, ainda, ser necessária a participação de agentes comunitários, assistente social do serviço ou entrevista com a mãe da criança em investigação. Em caso de dúvida no preenchimento, ou se as opções de respostas não forem suficientes para descrever os dados encontrados nos prontuários/serviços, colocar no quadro correspondente à questão uma observação explicativa, com letra legível, para análise dos Grupos Técnicos/Comitês.

Registro da Notificação

Número do SINAN: Anotar o número da notificação atribuído para o caso.

Notificação: Informar os dados da notificação da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Data da notificação:** Anotar a data da notificação - data de preenchimento da ficha de notificação.

Dados de Identificação da Criança

Nome: Preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: “**Filho de + nome da mãe**” (Ex.: Filho de Sofia Augusta Brasil).

Data de nascimento: Deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) de nascimento da criança.

Sexo: Informar o sexo da criança (M - masculino, F - feminino)

Número da Declaração de Nascido Vivo: Preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo.

Número do Cartão SUS: Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

Número do(s) Prontuário(s): Preencher com o(s) número(s) do(s) prontuário(s) e o(s) nome(s) do(s) serviço(s). No caso de crianças com mais de um prontuário (acompanhamento em mais de um serviço), anotar todos.



Residência: Informar os dados de residência da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da criança.
- **Município:** Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência da criança.
- **Endereço:** Anotar o nome da rua/avenida/travessa/etc., o número e o complemento (casa/apartamento/quadra/lote/bloco/etc.) da residência da criança.

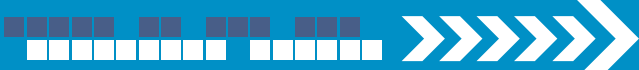
Dados da Mãe

Observação: Nem sempre será possível obtermos os dados maternos, especialmente no caso de crianças com aids. Procurar no prontuário da criança os dados disponíveis, questionar no(s) serviço(s) ou na maternidade se existe outra forma de conseguir as informações.

1. **Nome:** Preencher com o nome completo da mãe da criança (sem abreviações).
2. **Data de nascimento:** Deverá ser anotada a data de nascimento da mãe da criança em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Na falta dessa informação, preencher a **Idade da mãe no parto (em anos)**.
3. **Estado civil/conjugal:** Preencher o estado civil ou conjugal da mãe da criança (idealmente durante a gestação da criança em investigação).
4. **Escolaridade:** Preencher com a série correspondente ao nível de ensino (fundamental, médio superior) que a mãe da criança frequentou, considerando o último ano concluído com aprovação, durante a gestação da criança em investigação. Na falta dessa informação, preencher com o número de anos de estudo concluído, por exemplo: Cursou até o Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio) = 08 anos.
5. **Ocupação:** Informar a atividade exercida pela mãe da criança no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida durante a gestação da criança em investigação. Colocar a ocupação da mãe o mais detalhada possível, evitar termos como aposentada, funcionária pública, afastada, na Caixa ou “encostada”, que não especificam a ocupação das pessoas.
6. **A ocupação é sazonal?** Informar se a atividade exercida pela mãe da criança durante a gestação era sazonal, ou seja, um trabalho que ocorre em determinada época do ano (por exemplo: agricultura – corte de cana-de-açúcar, milho; construção civil etc.).
7. **Raça/cor:** Assinalar a raça ou cor declarada pela mãe: Branca; Preta; Amarela; Parda (incluindo-se nessa categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra raça ou cor); Indígena (considerando-se nessa categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). No caso de mães provenientes de outros países que se autodenominarem indígenas, especificar na frente desse campo o país de origem (por exemplo: (x) Indígena - mãe boliviana).

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. **Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação:** Informar todos os comportamentos de risco/situações de vulnerabilidade da mãe da criança durante a gestação:



- No caso de **imigrante**, informar qual a procedência (país ou estado) e há quanto tempo está morando no local informado como residência, durante a gestação da criança em investigação.
- **Mudança frequente de endereço**, ausência de endereço fixo ou migração materna são fatores que podem contribuir para a não realização ou não fidelização ao pré-natal ou tratamento.
- Será considerada “**Família de baixa renda**” aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos, conforme **DECRETO Nº 6.135, DE 26 DE JUNHO DE 2007** da Presidência da República - Casa Civil.
- No caso de as opções do questionário não contemplarem a situação de vulnerabilidade identificada, utilizar a opção “Outras situações de vulnerabilidade” e especificar.

9. Categoria de Exposição da mãe para a infecção pelo HIV: Assinalar a forma de exposição ao HIV da mãe e não a da criança. Aqui, a opção “Transmissão Vertical” deverá ser aplicada se a mãe da criança adquiriu o HIV por essa forma de transmissão. Caso as opções do questionário não contemplem a categoria de exposição materna, utilizar a opção “Outra” e especificar.

10. Presença de infecções associadas nesta gestação: Informar as infecções associadas que a mãe da criança apresentou durante a gestação. No caso de sífilis, informar se foi tratada (preencher 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado) e a data do tratamento. Na ocorrência de outras DST durante a gestação da criança em investigação, especificar quais infecções e se foram tratadas.

11. Antecedentes obstétricos: Informar os antecedentes obstétricos da mãe, antes da gestação da criança em investigação.

- **Número de gestações anteriores:** Anotar o número de gestações anteriores (Ex.: 03 gestações).
- **Número de nascidos vivos:** Anotar o número de crianças que nasceram vivas (Ex.: 01 Nascido vivo).
- **Número de natimortos:** Anotar o número de crianças que nasceram mortas (Ex.: 01 natimorto).
- **Número de abortos:** Anotar o número de abortos (Ex.: 01 aborto).

12. Antecedente de transmissão vertical: Informar se a mãe possui outros filhos com HIV, sífilis congênita, Hepatite B e Hepatite C.

13. Momento do diagnóstico da infecção pelo HIV: Informar a data e o momento do diagnóstico da infecção pelo HIV. Esses dados são referentes aos testes (anti-HIV, carga viral, teste rápido) que demonstram a soropositividade da mãe para o HIV. Observar, em relação ao pré-natal ou parto da criança em investigação, a época em que o diagnóstico do HIV materno foi realizado, mediante a data da coleta dos exames ou citação no prontuário. Por exemplo, se o diagnóstico foi feito em um pré-natal de uma gestação anterior da mulher, a opção correta, aqui, seria “Antes do pré-natal” (da criança em investigação). Colocar “Desconhecido” se não for possível obter essa informação no prontuário da criança ou no serviço.

14. No caso de o diagnóstico materno de infecção pelo HIV ter sido realizado após o pré-natal, qual foi o motivo? Informar o(s) motivo(s) de o diagnóstico ter sido realizado após o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar. Lembramos que essas informações são importantes para a identificação e correção de falhas nos processos/fluxos da assistência/serviço e da gestão.



PRÉ-NATAL

15. Realização de pré-natal: Informar se a mãe realizou pré-natal, durante a gestação da criança em investigação.

16. Motivo(s) da não realização do pré-natal: Informar o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) a mãe da criança não realizou o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar.

17. Pré-natal realizado em: Informar o local de realização do pré-natal. É possível que a mãe tenha realizado o pré-natal em mais de um serviço. Se realizado em serviço de Saúde Suplementar, informar o nome do Convênio/Plano de Saúde, o nome e o CRM do médico que acompanhou a gestante (por exemplo: Pré-natal na Unimed Belém, Dr. Vital Brasil, CRM 00001 e no serviço de referência para HIV/aids do município de Belém).

18. Local do pré-natal:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou o pré-natal.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo o cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.

19. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal: Informar a idade gestacional na primeira consulta no pré-natal (em semanas). Na ausência dessa informação, colocar “99”.

20. Número total de consultas no pré-natal: Informar o número total de consultas, de enfermagem e médicas, inclusive com o infectologista, realizadas durante o pré-natal. Na ausência dessa informação, colocar “99”.

21. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? Informar se foi realizada busca da mãe da criança em investigação, se a mesma faltou ao serviço de pré-natal ou no ambulatório de especialidade, local de acompanhamento da gestação. Se não realizado o contato/busca ativa, informar os motivos.

22. Motivo(s) do abandono do pré-natal: Descrever os motivos que levaram a mãe da criança a abandonar o pré-natal.

23. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? Informar se a mãe recebeu algum incentivo durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os auxílios/incentivos, utilizar a opção “Outros” e especificar.

24. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)? Informar se o parceiro foi chamado para o pré-natal para ser cuidado (realização de consultas, exames e acesso a informações). Se parceiro não realizou o “Pré-natal do parceiro” informar os motivos.



25. Estado sorológico do parceiro: Informar o estado sorológico do parceiro (considerar como parceiro o companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação). Se o parceiro não foi testado, apesar de conhecido, informar os motivos.

26. Durante o pré-natal, a mãe utilizou antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical do HIV? Informar os antirretrovirais utilizados pela mãe da criança, durante o pré-natal. Se a mãe estava em tratamento antes da gestação da criança em investigação, informar o esquema e a data de início (essa informação pode ser obtida no prontuário da mãe no Serviço de Referência para DST/Aids ou no Siscel). No caso de a mãe ter iniciado os antirretrovirais durante a gestação da criança, informar a idade gestacional de início (em semanas) e por quanto tempo os utilizou (em semanas) antes do parto (por exemplo: Idade gestacional de início: 28ª semana, usou ARV por: 04 semanas).

27. Se a mãe iniciou antirretrovirais durante a gestação, fez genotipagem pré-tratamento? Caso a mãe tenha iniciado os antirretrovirais durante a gestação da criança em investigação, informar se a mesma realizou genotipagem. Se não realizada a genotipagem, informar os motivos.

28. A mãe em está uso regular de antirretrovirais? Caso a mãe não tenha utilizado antirretrovirais de forma regular durante a gestação da criança, informar os motivos.

29. Que medidas foram adotadas para melhorar a regularidade aos antirretrovirais? Descrever as medidas adotadas pelo serviço para melhorar a regularidade ao tratamento.

30. Se houve falta/abandono da terapia antirretroviral, foi realizada busca da gestante? Informar se foi realizada busca da mãe, no caso de abandono aos antirretrovirais, durante a gestação da criança em investigação. Se não realizada busca, descrever os motivos.

31. Se a mãe não fez uso de terapia antirretroviral para o HIV, informar o(s) motivo(s): Informar os motivos da não utilização dos antirretrovirais durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.

32. Valor do primeiro CD4 no pré-natal: Informar o valor do primeiro CD4 no pré-natal ou o mais próximo do início do pré-natal e a data de coleta do exame (essa informação pode ser obtida no prontuário ou no Siscel).

33. Carga Viral durante a gestação: Informar os resultados, os números de cópias e as datas de coleta das cargas virais: primeira, segunda (se houver) e última antes do parto, realizadas durante o pré-natal da criança em investigação (essa informação pode ser obtida no prontuário ou no Siscel).

PARTO

34. Local do parto:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do parto.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do parto.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do parto.



- 35. Parto realizado em:** Informar local de realização do parto.
- 36. Tipo de parto:** Informar o tipo de parto da criança em investigação.
- 37. Ocorreu ruptura de membranas (bolsa rota)?** Informar se houve ruptura de membranas. Em caso de bolsa rota, informar o tempo em horas.
- 38. Gestação múltipla:** Informar se a gestação da criança em investigação foi múltipla ou não. Em caso de gestação múltipla, com mais de um conceito infectado, deverá ser preenchido um questionário de investigação para cada criança.
- 39. Peso da criança ao nascer:** Informar o peso da criança no nascimento (esta informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).
- 40. Idade gestacional da criança ao nascer:** Informar a idade gestacional da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).
- 41. Foi feito uso de antirretroviral (AZT injetável) durante o parto?** Informar se a mãe da criança utilizou AZT injetável no momento do parto da criança em investigação.
- 42. Motivo(s) da não utilização de antirretroviral durante o parto:** Assinalar o(s) motivo(s) da não utilização de AZT injetável no momento do parto. Caso as opções do questionário não contemplem o(s) motivo(s), utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.
- 43. Inibição da lactação por meio de:** Informar o(s) método(s) utilizado(s) para inibir a lactação da mãe da criança em investigação. Caso não tenha sido realizada a inibição, descrever os motivos.
- 44. A maternidade forneceu fórmula láctea (fórmula infantil) para duas semanas?** Informar se a maternidade forneceu leite artificial (fórmula láctea) por duas semanas, no momento da alta hospitalar da criança. Se não, descrever os motivos.
- 45. Profilaxia utilizada para prevenção da transmissão vertical do HIV na criança:** Informar se a criança recebeu antirretroviral na maternidade. Caso as opções do questionário não contemplem os esquemas, utilizar a opção “Outra(s)” profilaxias e especificar.
- 46. Início da profilaxia com antirretroviral na criança (horas):** Assinalar o momento de início do antirretroviral na criança (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade; deve-se verificar se a medicação foi checada pela enfermagem).
- 47. Motivo(s) da não utilização das medidas preventivas para o HIV no recém-nascido:** Informar o(s) motivo(s) da não utilização de antirretrovirais na criança. Caso as opções não contemplem os motivos identificados durante a investigação, utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.



PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

48. Local de acompanhamento da criança:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de acompanhamento da criança.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de acompanhamento da criança.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde de acompanhamento da criança.

49. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: Preencher a data da primeira consulta da criança na Unidade de Saúde de acompanhamento.

50. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou de abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? Informar se foi realizada busca da criança no caso de abandono ou falta. Se não, descrever os motivos.

51. Tempo de uso de profilaxia com antirretroviral oral – AZT solução oral (semanas): Informar por quanto tempo a criança recebeu o AZT oral.

52. Uso de nevirapina: Informar o tempo de uso da nevirapina. No caso de uso diferente do protocolo vigente, especificar.

53. Motivo(s) da não utilização do antirretroviral oral: Informar o(s) motivo(s) da não utilização do antirretroviral na criança. Caso as opções não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.

54. Criança alimentada com: Informar o tipo de alimentação utilizada pela criança. No caso de aleitamento materno (exclusivo ou misto), informar por quanto tempo.

55. Foi realizado aleitamento cruzado? Informar se a criança foi amamentada por outra mulher que não a mãe biológica, e por quanto tempo.

56. Foi obtida, regularmente, fórmula láctea no serviço, no período de 6 meses? Informar se a mãe da criança pegou a fórmula láctea no serviço de saúde, de forma regular, durante o período oferecido. Se não, descrever os motivos.

57. Data do diagnóstico de infecção pelo HIV da criança: Informar a data do teste que definiu o diagnóstico de infecção pelo HIV na criança (em criança com idade inferior a 18 meses, será a data da segunda carga viral detectável; e em criança com idade maior ou igual a 18 meses, a data da coleta da sorologia anti-HIV com resultado positivo).



58. Data do diagnóstico de aids da criança: Informar a data em que a criança foi definida como caso de aids, segundo os critérios brasileiros de definição de aids pediátrica.

59. Situação da criança: Informar a situação atual (status vital) da criança em investigação.

60. Data do óbito: No caso de a criança ter evoluído para o óbito, informar a data.

61. Número da Declaração de Óbito: Anotar o número da Declaração de Óbito.

62. Local do Óbito:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do óbito.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do óbito.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do óbito.

63. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito): Informar as causas que levaram a criança ao óbito. Descrever todas as causas relacionadas ao óbito, encontradas na Declaração de Óbito.

64. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: Informar todas as notificações realizadas no Sinan, para a mãe e para a criança em investigação.

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

65. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

Durante a investigação do caso, diversos problemas passíveis de ações imediatas podem ter sido identificados, geralmente os que permitem atuação nos processos de trabalho/fluxos dos serviços. Descrever ações/medidas educativas que foram realizadas durante a investigação.

66. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s): Durante a investigação do caso, problemas relacionados a vários eixos determinantes da transmissão vertical do HIV podem ter sido identificados. Algumas inconformidades nos processos podem estar relacionadas a mais de um eixo. Os principais eixos selecionados neste Protocolo de Investigação estão abaixo mencionados:

- **Eixo Vulnerabilidade individual e social** - geralmente relacionado a questões ligadas à mãe da criança como: gravidez na adolescência; uso de drogas lícitas/ilícitas; situação de imigração internacional sem documentação – clandestino (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; situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; dentre outras.



- **Eixo Serviço – vulnerabilidade programática** (durante o pré-natal, o parto e o puerpério) - esse eixo abrange as questões de diagnóstico, tratamento e processos nos serviços (falhas, problemas nos fluxos/demora etc.), como: falha na organização do processo de trabalho do pré-natal (não realização de busca para pacientes faltosos/abandono, perda de exame na unidade); falha no entendimento dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; falha no tratamento prescrito ou erro de prescrição; problema com parceiro – busca/identificação do parceiro; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.
- **Eixo Gestão – vulnerabilidade programática:** problemas relacionados à gestão em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), como: falta ou má distribuição de insumos (medicamentos, testes, fórmula infantil etc.); falta de rede/serviços de referência (atendimento e laboratorial); complexidade das recomendações; rede privada – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.
- **Eixo Outros:** Outras situações que não se enquadram nos eixos acima mencionados.

67. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados durante a investigação: Descrever os encaminhamentos/recomendações propostos para correção dos problemas identificados, durante a investigação do caso.

Responsável pela investigação: Preencher o nome do profissional que realizou a investigação e o telefone para contato e a data.

**Protocolo de
Investigação
de Casos de
Sífilis Congênita
Precoce**



Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Registro da Notificação

Número do Sinan: _____

Notificação: _____

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____ Data da notificação: ____/____/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: () Aborto () Natimorto () Nascido vivo

Nome: _____

Data de nascimento/aborto/natimorto: ____/____/____

Sexo: () (F - Feminino, M - Masculino, I – Ignorado)

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

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

Nº: _____ Serviço: _____

Residência: _____

UF: _____ Município: _____

Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ ou Idade da mãe no parto: ____ anos

3. Estado civil/conjugal:

- (1) Solteira
- (2) Casada/união estável/amasiada
- (3) Divorciada/separada
- (4) Viúva
- (9) Ignorado



4. Escolaridade:

- (0) Analfabeta
 - (1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 - (3) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (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 ou mais
 - (9) Ignorado
- ou Anos completos de estudos: _____ anos

5. Ocupação: _____

6. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

7. Raça/cor da mãe:

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (9) ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- () Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- () Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
- () Mudança frequente de domicílio/residência
- () Sofreu abuso/violência sexual
- () Sofreu violência doméstica física ou verbal
- () Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- () Usuária de “crack”



- () Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose/dia)
- () Usuária de outro tipo de droga. Especifique: _____
- () Privada de liberdade (presidiária)
- () Parceira de presidiário
- () Profissional do sexo
- () Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
- () Imigrante. De qual país? _____ Há quanto tempo? _____
- () Imigrante. De qual estado? _____ Há quanto tempo? _____
- () Família de baixa renda
- () Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

9. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () HIV
- () Hepatite B
- () Hepatite C
- () Outras DST. Especifique: _____
Se presente, foi tratada? ()

10. Antecedentes obstétricos:

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

11. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Infecção pelo HIV
- () Sífilis congênita
- () Hepatite B
- () Hepatite C

12. Momento do diagnóstico de sífilis materna:

- (1) Durante o pré-natal
- (2) Durante o parto
- (3) Durante curetagem
- (4) Após o parto
- (5) Desconhecido



13. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? (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.
Especifique: _____
 - Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.
Especifique: _____
 - Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou “cicatriz sorológica”).
 - Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
 - Outro. Especifique: _____

PRÉ-NATAL

14. Realização de pré-natal: () (1 - Sim, 2 - Não)
15. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (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 deixou
 - Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
 - Parceiro não deixou
 - Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
 - Mantida em cárcere privado
 - Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
 - Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
 - Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez
 - 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. Especifique: _____
16. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
 - Serviço de referência
 - Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:
Nome do Convênio/Plano: _____
Nome do Médico do convênio: _____
CRM do médico: _____



() Consultório Médico Particular. Informar:

Nome do médico: _____

CRM do médico: _____

17. Local do pré-natal:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

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

19. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem): _____ (Ign - 99)

20. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

21. Motivo(s) do abandono do pré-natal:

22. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Auxílio transporte

() Enxoval

() Cesta básica

() Não recebeu qualquer auxílio

() Outros. Especifique: _____

23. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

24. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro¹ durante a gestação da criança em investigação:

(1) Sorologia não reagente para sífilis

(2) Caso de sífilis não tratada.

Informar o(s) motivo(s): _____

1 - Parceiro – companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação.



(3) Caso de sífilis tratada

Qual droga? _____

Quantas doses? _____ Data: __/__/____ Data: __/__/____ Data: __/__/____

(4) Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____

(9) Parceiro sem contato com a família/desconhecido

25. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação?

- (1) Primária
- (2) Secundária
- (3) Latente precoce
- (4) Latente tardia
- (5) Latente duração indeterminada
- (6) Terciária

26. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

27. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?

(1) Penicilina benzatina 2.400.000UI Data: __/__/____

(2) Penicilina benzatina 4.800.000UI Data: __/__/____ Data: __/__/____

(3) Penicilina benzatina 7.200.000UI Data: __/__/____ Data: __/__/____ Data: __/__/____

(4) Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

Por quanto tempo: _____(dias) Data: __/__/____

28. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

29. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado):

- () Sorologias para sífilis não realizadas
- () Atraso nos resultados das sorologias
- () Medicamento não disponível no serviço



- Medicamento não prescrito
- Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço
- Gestante não aderente ao tratamento/faltosa
- Recusa da gestante ao tratamento
- Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como “cicatriz sorológica”
- Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina
- Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu
- Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência)
- Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta
- Outros motivos. Especifique: _____

30. Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1- Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

- 1º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__
- 2º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__
- 1º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__
- 2º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__
- 1º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1: _____ Data: __/__/__
- 2º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1: _____ Data: __/__/__
- 3º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR)² Título 1: _____ Data: __/__/__
- 4º Teste não Treponêmico² (VDRL, RPR)² Título 1: _____ Data: __/__/__
- Último teste não Treponêmico antes do parto Título 1: _____ Data: __/__/__

PARTO

31. Local do parto:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

32. Parto realizado em:

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

2 - No caso de gestante com sífilis tratada em seguimento sorológico.



33. Peso da criança ao nascer: _____gramas

34. Idade gestacional da criança ao nascer: _____semanas

35. Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto:

(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

() VDRL/RPR

Título 1: _____ Data: __/__/__

36. Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquido do recém-nascido:

(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

() VDRL/RPR(sangue periférico)

Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR (líquor)

Título 1: _____ Data: __/__/__

37. Há presença de alteração no líquido?

(1) Sim. Celularidade: _____leucócitos/mm³ Proteínas: _____mg/dL

(2) Não

38. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido?

(1) Sim. Resultado do RX: (1) Alterado (2) Normal

(2) Não

39. Presença de sinais e sintomas: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Icterícia

() Anemia

() Plaquetopenia, púrpura

() Hepatomegalia

() Esplenomegalia

() Rinite muco-sanguinolenta

() Lesões cutâneo-mucosas

() Lesões ósseas (metafisite, periostite, osteocondrite)

() Pseudoparalisia de Parrot

() Edema generalizado

() Outros. Especifique: _____



40. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquido) no recém-nascido: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- Não havia médico para colher líquido
 - Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL
 - Maternidade não faz RX de ossos longos
 - Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos
 - Aparelho de RX quebrado
 - Médico não solicitou o exame
 - Mãe não fez diagnóstico de sífilis
 - Recém-nascido com VDRL não reagente
 - Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação
 - Outro(s). Especifique: _____
41. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido?
- (1) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
 - (2) Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias
 - (3) Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única
 - (4) Outro esquema com penicilina.
- Especifique: _____
- _____
- (5) Outro medicamento. Por quê? _____
- Qual droga? _____
- Por quanto tempo? _____ (dias) Data: __/__/____
- (6) Não realizado
42. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade
 - Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto
 - Recém-nascido não realizou teste não treponêmico
 - Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente
 - Recusa da mãe em medicar a criança
 - Outros motivos. Especifique: _____

PUERPÉRIO**(seguimento da criança após o parto)**

43. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

44. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/____

45. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

46. Avaliações realizadas: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Neurológica () Alterada () Normal Data: ____/____/____

() Auditiva () Alterada () Normal Data: ____/____/____

() Oftalmológica () Alterada () Normal Data: ____/____/____

() Líquórica de seguimento, no caso de líquido alterado e/ou com VDRL reagente na maternidade.

Data: ____/____/____ Data: ____/____/____

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

47. Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: (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: ____/____/____

48. Teste treponêmico: (após 18 meses de idade) Data da coleta: ____/____/____

(1) Reagente

(2) Não reagente

(3) Não realizado

(9) Desconhecido

Se não realizado, informar o(s) motivo(s): _____



49. Situação da criança:

- (1) Viva
- (2) Morta
- (3) Desconhecida

50. Data do óbito: ____/____/____

51. Número da Declaração de Óbito: _____

52. Local do Óbito:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

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

Parte I:

a) _____ CID: _____

b) _____ CID: _____

c) _____ CID: _____

d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____

_____ CID: _____

54. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (1 - Sim, 2 - Não)

- () Sífilis adquirida
- () Gestante com sífilis
- () Sífilis congênita

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

55. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita:

- (1) Confirmada
- (2) Suspeita
- (3) Descartada

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justifique: _____



56. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

57. 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 (vide instrução de preenchimento):
(1 - Sim, 2 - Não)

Pré-natal:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

Parto:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

Puerpério:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____



58. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

Responsável pela investigação: _____ Data: ____/____/____

Fone para contato: _____





INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE CRIANÇAS COM 02 (DOIS) ANOS DE IDADE OU MENOS

A investigação de casos de sífilis congênita precoce deverá ser realizada em todas as crianças com 02 (dois) anos de idade ou menos, todos os casos de aborto, natimorto ou óbito por sífilis.

Para responder às perguntas do questionário, o investigador deverá utilizar várias fontes de informação, como: prontuário do paciente, Sinasc e SIM. Poderá, ainda, ser necessária a participação de agentes comunitários, assistente social do serviço ou entrevista com a mãe da criança em investigação. Em caso de dúvida no preenchimento, ou se as opções de respostas não forem suficientes para descrever os dados encontrados nos prontuários/serviços, colocar no quadro correspondente à questão uma observação explicativa, com letra legível, para análise dos Grupos Técnicos/Comitês.

Registro da Notificação

Número do Sinan: Anotar o número da notificação atribuído para o caso.

Notificação: Informar os dados da notificação da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Data da notificação:** Anotar a data da notificação - data de preenchimento da ficha de notificação.

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: Assinalar se o caso em investigação corresponde a uma criança nascida viva ou trata-se de aborto ou natimorto.

Nome: Preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: “**Filho de + nome da mãe**” (Ex.: Filho de Sofia Augusta Brasil) ou, nos casos de aborto e natimorto, preencher como: “**Aborto de + nome da mãe**” ou “**Natimorto de + nome da mãe**”.

Data de nascimento/aborto/natimorto: Deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) de nascimento da criança. No caso de aborto ou natimorto, preencher com a data de ocorrência do evento.

Sexo: Informar o sexo da criança (M - masculino, F - feminino). I - Ignorado no caso de aborto e, eventualmente, natimorto.



Número da Declaração de Nascido Vivo: Preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo.

Número do Cartão SUS: Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

Número do(s) Prontuário(s): Preencher com o(s) número(s) do(s) prontuário(s) e o(s) nome(s) do(s) serviço(s). No caso de crianças com mais de um prontuário (acompanhamento em mais de um serviço), anotar todos.

Residência: Informar os dados de residência da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da criança.
- **Município:** Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência da criança.
- **Endereço:** Anotar o nome da rua/avenida/travessa/etc., o número e o complemento (casa/apartamento/quadra/lote/bloco/etc.) da residência da criança.

Dados da Mãe

Observação: Nem sempre será possível obter os dados maternos. Procurar no prontuário da criança os dados disponíveis, questionar no(s) serviço(s) ou na maternidade se existe outra forma de conseguir as informações.

1. Nome: Preencher com o nome completo da mãe da criança (sem abreviações).

2. Data de nascimento: Deverá ser anotada a data de nascimento da mãe da criança em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Na falta dessa informação, preencher a **Idade da mãe no parto (em anos)**.

3. Estado civil/conjugal: Preencher o estado civil ou conjugal da mãe da criança (idealmente, durante a gestação da criança em investigação).

4. Escolaridade: Preencher com a série correspondente ao nível de ensino (fundamental, médio, superior) que a mãe da criança frequentou, considerando o último ano concluído com aprovação, durante a gestação da criança em investigação. Na falta dessa informação, preencher com o número de anos de estudo concluído, por exemplo: cursou até o Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio) = 08 anos.

5. Ocupação: Informar a atividade exercida pela mãe da criança no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida durante a gestação da criança em investigação. Colocar a ocupação da mãe o mais detalhada possível, evitando termos como aposentada, funcionária pública, afastada, na Caixa ou “encostada”, que não especificam a ocupação das pessoas.

6. A ocupação é sazonal? Informar se a atividade exercida pela mãe da criança durante a gestação era sazonal, ou seja, um trabalho que ocorre em determinada época do ano (por exemplo: agricultura – corte de cana-de-açúcar, milho; construção civil etc.).

7. Raça/cor da mãe: Assinalar a raça ou cor declarada pela mãe: Branca; Preta; Amarela; Parda (incluindo-se nessa categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto



com pessoa de outra raça ou cor); Indígena (considerando-se nessa categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). No caso de mães provenientes de outros países que se autodenominarem indígenas, especificar na frente desse campo o país de origem (por exemplo: (x) Indígena - mãe boliviana).

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: Informar todos os comportamentos de risco/situações de vulnerabilidade da mãe da criança durante a gestação:

- No caso de **imigrante**, informar qual a procedência (país ou estado) e há quanto tempo está morando no local informado como residência, durante a gestação da criança em investigação.
- **Mudança frequente de endereço**, ausência de endereço fixo ou migração materna são fatores que podem contribuir para a não realização ou não fidelização ao pré-natal ou tratamento.
- Será considerada **“Família de baixa renda”** aquela com renda familiar mensal **per capita** de até meio salário mínimo ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos, conforme DECRETO Nº 6.135, DE 26 DE JUNHO DE 2007 da **Presidência da República - Casa Civil**.
- No caso de as opções do questionário não contemplarem a situação de vulnerabilidade identificada, utilizar a opção “Outras situações de vulnerabilidade” e especificar.

9. Presença de infecções associadas nesta gestação: Informar as infecções associadas que a mãe da criança apresentou durante a gestação. Na ocorrência de outras DST durante a gestação da criança em investigação, especificar quais infecções e se foram tratadas (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado).

10. Antecedentes obstétricos: Informar os antecedentes obstétricos da mãe, antes da gestação da criança em investigação.

- Número de gestações anteriores: Anotar o número de gestações anteriores (Ex.: 03 gestações).
- Número de nascidos vivos: Anotar o número de crianças que nasceram vivas (Ex.: 01 Nascido vivo).
- Número de natimortos: Anotar o número de crianças que nasceram mortas (Ex.: 01 natimorto).
- Número de abortos: Anotar o número de abortos (Ex.: 01 aborto).

11. Antecedente de transmissão vertical: Informar se a mãe possui outros filhos com HIV, sífilis congênita, Hepatite B e Hepatite C.

12. Momento do diagnóstico de sífilis materna: Informar a data e o momento do diagnóstico da sífilis materna, na gestação da criança em investigação. Esses dados são referentes aos testes treponêmico (metodologia rápida ou tradicional) e não treponêmico (com qualquer titulação) reagentes, que demonstram a presença de sífilis materna. Observar, em relação ao pré-natal ou parto da criança em investigação, a época em que o diagnóstico da sífilis materna foi realizado, mediante a data da coleta dos exames ou citação no prontuário. Por exemplo, se o diagnóstico foi feito no momento do parto, a opção correta, aqui, seria “Durante o parto” (da criança em investigação). Colocar “Desconhecido” se não for possível obter essa informação no prontuário da criança ou no serviço.

13. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? Informar o(s) motivo(s) de o diagnóstico ter sido realizado após o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar. Lembramos que essas informações são importantes para a identificação e correção de falhas nos processos/fluxos da assistência/serviço e da gestão.



PRÉ-NATAL

14. Realização de pré-natal: Informar se a mãe realizou pré-natal durante a gestação da criança em investigação.

15. Motivo(s) da não realização do pré-natal: Informar o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) a mãe da criança não realizou o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar.

16. Pré-natal realizado em: Informar o local de realização do pré-natal. É possível que a mãe tenha realizado o pré-natal em mais de um serviço. Se realizado em serviço de Saúde Suplementar, informar o nome do Convênio/Plano de Saúde, o nome e o CRM do médico que acompanhou a gestante (Por exemplo: Pré-natal na Unimed Curitiba, Dr. Emílio Ribas, CRM 00003).

17. Local do pré-natal:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou o pré-natal.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo o cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.

18. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal: Informar a idade gestacional na primeira consulta no pré-natal (em semanas). Na ausência dessa informação, colocar “99”.

19. Número total de consultas no pré-natal: Informar o número total de consultas, de enfermagem e médicas, realizadas durante o pré-natal. Na ausência dessa informação, colocar “99”.

20. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? Informar se foi feita busca da mãe da criança em investigação, se a mesma faltou ao serviço de pré-natal ou no ambulatório de especialidade, local de acompanhamento da gestação. Se não realizado o contato/busca ativa, informar os motivos.

21. Motivo(s) do abandono do pré-natal: Descrever os motivos que levaram a mãe da criança a abandonar o pré-natal.

22. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? Informar se a mãe recebeu algum incentivo durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os auxílios/incentivos, utilizar a opção “Outros” e especificar.

23. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)? Informar se o parceiro foi chamado ao pré-natal para ser cuidado (realização de consultas, exames e acesso a informações). Se o parceiro não realizou o “Pré-natal do parceiro”, informar os motivos.

24. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro: Informar o estado sorológico e/ou clínico do parceiro (considerar como parceiro o companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação). No caso de parceiro com sífilis não tratada, informar os motivos da falta de tratamento. Se o parceiro tiver sido tratado, descrever a droga utilizada, a dose e as datas. Se o parceiro não foi testado, apesar de conhecido, informar os motivos.



25. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação? Assinalar a classificação clínica da sífilis materna durante a gestação da criança em investigação: 1) sífilis primária (presença de cancro duro); 2) sífilis secundária (lesões cutâneo-mucosas: roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3) sífilis latente: fase assintomática; o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas (latente precoce até um ano a partir do contato, latente tardia mais de um ano a partir do contato); 4) sífilis terciária: lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot).

26. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? Informar se a mãe realizou tratamento para sífilis durante a gestação da criança em investigação.

27. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação? Informar o esquema terapêutico utilizado pela mãe da criança, durante a gestação. Indicar a droga usada e preencher as datas em que a medicação foi efetivamente aplicada (idealmente, verificar a checagem da enfermagem). Se a mãe utilizou outra droga que não a penicilina, descrever os motivos, a droga, a data de início do tratamento e por quanto tempo (em dias) utilizou a medicação. Lembramos as seguintes recomendações:

- **Sífilis primária:** Penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (01 ampola de 1.200.000 UI em cada glúteo);
- **Sífilis secundária ou latente precoce** (menos de 1 ano de evolução): Penicilina benzatina 4.800.000 UI, intramuscular, em duas doses semanais de 2.400.000 UI;
- **Sífilis terciária, latente tardia** (mais de 1 ano de evolução) ou **latente com duração indeterminada:** Penicilina benzatina 7.200.000 UI, intramuscular, em três doses semanais de 2.400.000 UI.

28. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante? Informar se foi realizada busca da mãe, no caso de abandono ao tratamento, durante a gestação da criança em investigação. Se não realizada a busca, descrever os motivos.

29. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): Informar os motivos de a mãe não ter realizado o tratamento para sífilis, durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.

30. Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação: Informar os resultados dos exames realizados (testes treponêmicos e não treponêmicos) e as respectivas datas. No caso de testes não treponêmicos reagentes, informar a titulação e as datas. Em caso de gestante com sífilis tratada, em seguimento sorológico, será necessário informar os títulos dos testes não treponêmicos de acompanhamento. Informar o resultado, a data da coleta e a titulação do último teste não treponêmico antes do parto.

PARTO

31. Local do parto:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do parto.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do parto.



- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do parto.

32. Parto realizado em: Informar local de realização do parto.

33. Peso da criança ao nascer: Informar o peso da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).

34. Idade gestacional da criança ao nascer: Informar a idade gestacional da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).

35. Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto: Informar o resultado do teste não treponêmico da mãe realizado na maternidade (momento do parto), o título e a data da coleta.

36. Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquido do recém-nascido. Informar o resultado do teste não treponêmico realizado em sangue periférico do recém-nascido e no líquido (se realizado), o título e a data da coleta.

37. Há presença de alteração no líquido? Se o líquido do recém-nascido apresentou alteração, informar o número de leucócitos por mm^3 e a quantidade de proteínas.

38. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido? Se realizado RX de ossos longos, informar o resultado (alterado ou normal).

39. Presença de sinais e sintomas: Se presentes, informar quais sinais e sintomas o recém-nascido apresentou. Pseudoparalisia de Parrot é a perda da movimentação dos membros, mais frequente nos superiores, devido à dor na movimentação ativa ou passiva, ocasionada pela osteocondrite. Caso as opções do questionário não contemplem os sinais e sintomas, utilizar a opção “Outros” e especificar.

40. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquido) no recém-nascido: Informar os motivos da não realização dos exames complementares no recém-nascido. No caso de mãe tratada adequadamente, considerar os critérios definidos pelo Ministério da Saúde (Guia de Vigilância Epidemiológica, 2014). Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outros” e especificar.

41. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido? Indicar o esquema terapêutico utilizado pelo recém-nascido (verificar a checagem da enfermagem no prontuário). Se o recém-nascido utilizou outro esquema com penicilina, especificar a dose, a via de administração e o tempo de utilização. No caso de o recém-nascido ter recebido outra droga que não a penicilina, especificar a droga, a quantidade, a via de administração (oral, intramuscular, endovenosa), a data de início do tratamento, por quanto tempo utilizou a medicação e os motivos.

42. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido: Informar o(s) motivo(s) do não tratamento da criança. Caso as opções não contemplem os motivos identificados durante a investigação, utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.



PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

43. Local de acompanhamento da criança:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de acompanhamento da criança.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de acompanhamento da criança.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde de acompanhamento da criança.

44. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: Preencher a data da primeira consulta da criança na Unidade de Saúde de acompanhamento.

45. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? Informar se foi realizada busca da criança no caso de abandono ou falta. Se não, descrever os motivos.

46. Avaliações realizadas: Informar se foram realizadas as avaliações (neurológica, auditiva, oftalmológica e líquórica), o resultado e a data, durante o seguimento da criança. Se não realizadas, relatar os motivos.

47. Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: Informar o resultado dos testes não treponêmicos, os títulos e as datas de coleta, durante o seguimento da criança.

48. Teste treponêmico (após 18 meses de idade): Os testes treponêmicos só poderão ser realizados na criança após os 18 meses de idade, devido à possibilidade de resultado falso-positivo, pela passagem de anticorpos maternos. Informar a data da coleta e o resultado do teste treponêmico realizado na criança após os 18 meses de idade. Se o teste não foi realizado, relatar os motivos.

49. Situação da criança: Informar a situação atual (status vital) da criança em investigação.

50. Data do óbito: No caso de a criança ter evoluído para o óbito, informar a data.

51. Número da Declaração de Óbito: Anotar o número da Declaração de Óbito.

52. Local do Óbito:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do óbito.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do óbito.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do óbito.

53. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito): Informar as causas que levaram a criança ao óbito. Descrever todas as causas relacionadas ao óbito, encontradas na Declaração de Óbito.



54. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: Informar todas as notificações realizadas no Sinan, para a mãe e para a criança em investigação.

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

55. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita (confirmada, suspeita ou descartada): Informar o desfecho do caso após aplicação do protocolo para investigação. Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justificar quais foram os critérios utilizados.

56. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados? Durante a investigação do caso, diversos problemas passíveis de ações imediatas podem ter sido identificados, geralmente os que permitem atuação nos processos de trabalho/fluxos dos serviços. Descrever ações/medidas educativas que foram realizadas durante a investigação.

57. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s): Durante a investigação do caso, problemas relacionados a vários eixos determinantes da transmissão vertical da sífilis podem ter sido identificados. Algumas inconformidades nos processos podem estar relacionadas a mais de um eixo. Os principais eixos selecionados neste Protocolo de Investigação estão abaixo mencionados:

- **Eixo Vulnerabilidade individual e social:** geralmente relacionado a questões ligadas à mãe da criança, como: gravidez na adolescência; uso de drogas lícitas/ilícitas; situação de imigração internacional sem documentação – clandestinidade (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; situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; dentre outras.
- **Eixo Serviço – vulnerabilidade programática** (durante o pré-natal, o parto e o puerpério): esse eixo abrange as questões de diagnóstico, tratamento e processos nos serviços (falhas, problemas nos fluxos/demora etc.), como: falha na organização do processo de trabalho do pré-natal (não realização de busca de pacientes faltosos/abandono, perda de exame na unidade); falha no entendimento dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; falha no entendimento dos resultados dos exames (“cicatriz sorológica”); falha no tratamento prescrito ou erro de prescrição (medicação com dose não apropriada para a forma clínica da sífilis materna); problema com parceiro – busca/identificação do parceiro; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.



- **Eixo Gestão – vulnerabilidade programática:** problemas relacionados à 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.
- **Eixo Outros:** Outras situações que não se enquadram nos eixos acima mencionados.

58. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados: Descrever os encaminhamentos/recomendações propostos para correção dos problemas identificados, durante a investigação do caso.

Responsável pela investigação: Preencher o nome do profissional que realizou a investigação, o telefone para contato e a data.





Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical de Hepatite B e/ou C

Registro da Notificação

Número do Sinan: _____

Notificação: _____

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____ Data da notificação: ____/____/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: () Hepatite B () Hepatite C

Nome: _____

Data de nascimento/aborto/natimorto: ____/____/____

Sexo: () (F - Feminino, M - Masculino)

Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

Número do Cartão SUS: _____

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

Nº: _____ Serviço: _____

Residência: _____

UF: _____ Município: _____

Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ ou Idade da mãe no parto: ____ anos

3. Estado civil/conjugal:

(1) Solteira

(2) Casada/união estável/amasiada

(3) Divorciada/separada

(4) Viúva

(9) Ignorado



4. Escolaridade:

- (0) Analfabeta
- (1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- (2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- (3) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (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 ou mais
- (9) Ignorado

ou Anos completos de estudos: _____ anos

5. Ocupação: _____

6. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

7. Raça/cor da mãe:

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (9) ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- () Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- () Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
- () Mudança frequente de domicílio/residência
- () Sofreu abuso/violência sexual
- () Sofreu violência doméstica física ou verbal
- () Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- () Usuária de "crack"



- () Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose/dia)
- () Usuária de outro tipo de droga. Especifique: _____
- () Privada de liberdade (presidiária)
- () Parceira de presidiário
- () Profissional do sexo
- () Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
- () Imigrante. De qual país? _____ Há quanto tempo? _____
- () Imigrante. De qual estado? _____ Há quanto tempo? _____
- () Família de baixa renda
- () Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

9. Categoria de Exposição da mãe para a infecção pela Hepatite B e/ou C: (1 - Sim, 2 - Não, 9 -Ignorado)

- () Transmissão Vertical
- () Relação sexual desprotegida
- () Contato domiciliar (não sexual) com caso/portador de HBV ou HCV
- () Contato intrainstitucional com caso de Hepatite B e/ou C
- () Compartilhamento de objetos de uso pessoal
- () Compartilhamento de objetos para uso de drogas inaláveis ou “crack”
- () Compartilhamento de objetos para uso de drogas injetáveis
- () Uso de material não esterilizado
- () Tratamento dentário
- () Transplante
- () Transfusão de sangue/hemoderivados
- () Hemodiálise
- () Outro procedimento médico invasivo
- () Acidente com material biológico. Se sim, foi feita profilaxia pós-exposição? (___)
Qual? _____
- () Outra. Especifique: _____

10. Ano do último evento acidente/transfusão/transplante/hemodiálise: _____



11. No caso de a mãe da criança ter tido contato sexual com portador de Hepatite B durante a gestação da criança em investigação, realizou-se:

- (1) Vacinação contra Hepatite B completa (3 doses)
- (2) Vacinação contra Hepatite B incompleta
- (3) Imunoglobulina humana hiperimune
- (4) Vacinação contra Hepatite B e Imunoglobulina
- (5) Não foi realizada prevenção para Hepatite B

Por quê? _____

12. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Sífilis. Se presente, foi tratada? () Data: ___/___/___

() HIV

() Hepatite B

() Hepatite C

() Outras DST; especifique: _____

Se presente, foi tratada? ()

13. Antecedentes obstétricos:

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

Número de natimortos: _____ Número de abortos: _____

14. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Infecção pelo HIV

() Sífilis congênita

() Hepatite B

() Hepatite C

15. Momento do diagnóstico de Hepatite B e/ou C: Data (HBV): ___/___/___ Data (HCV): ___/___/___

(1) Antes do pré-natal

(2) Durante o pré-natal

(3) Durante o parto

(4) Após o parto

(9) Desconhecido



16. No caso de o diagnóstico materno de Hepatite B e/ou C ter sido realizado após o pré-natal, qual o motivo? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- Não fez pré-natal
- Fez pré-natal e não foram solicitados 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. Especifique: _____
- Fez pré-natal, foram solicitados os testes para Hepatite B e/ou C, mas houve falha no fluxo do laboratório. Especifique: _____
- Erro de diagnóstico (falha no entendimento do diagnóstico pelo profissional de saúde). Especifique: _____
- Teste rápido para Hepatite B e/ou C não disponível no serviço
- Outro. Especifique: _____

17. Estado sorológico/viológico/clínico da mãe da criança: (1 - Sim/Positivo/Reagente/Detectável, 2 - Não/Negativo/Não reagente/Indetectável, 3 - Inconclusivo/Indeterminado, 4 - Não realizado, 9 - Ignorado)

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HBsAg | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> HBeAg | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgG | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBc total | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBe | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBs | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> HBV-DNA | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anti-HCV | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> HCV-RNA | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Genótipo do HCV: (1) (2) (3) (4) (5) (6) | Data da coleta: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Hepatite C aguda ¹ | Data do diagnóstico: ___/___/___ |

18. Outras pessoas da família são portadoras de Hepatite? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- B
- C

Se sim, especifique: _____



PRÉ-NATAL

19. Realização de pré-natal: () (1 - Sim, 2 - Não)

20. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (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 deixou
- () Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
- () Parceiro não deixou
- () Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
- () Mantida em cárcere privado
- () Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
- () Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
- () Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez
- () 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. Especifique: _____

21. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
- () Serviço de referência para Hepatite B e/ou C
- () Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:
 Nome do Convênio/Plano: _____
 Nome do médico do convênio: _____
 CRM do médico: _____
- () Consultório Médico Particular. Informar:
 Nome do médico: _____
 CRM do médico: _____

22. Local do pré-natal:

UF: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____

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

24. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem): _____ (Ign - 99)



25. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

26. Motivo(s) do abandono do pré-natal:

27. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Auxílio-transporte

() Enxoval

() Cesta básica

() Não recebeu qualquer auxílio

() Outros. Especifique: _____

28. A mãe da criança tomou vacina contra Hepatite B durante o pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() 1ª dose

() 2ª dose

() 3ª dose

() Outras doses. Especifique: _____

() Não vacinada. Por quê? _____

29. O esquema vacinal contra Hepatite B foi confirmado com Carteira? () (1 - Sim, 2 - Não)

30. O parceiro foi chamado para o pré-natal ("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

31. Estado sorológico/viológico/clínico do parceiro²: (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



32. No caso de o parceiro sexual da gestante com Hepatite B ter apresentado sorologia negativa, realizou-se profilaxia pós-exposição?
- (1) Vacinação contra Hepatite B
 - (2) Imunoglobulina humana hiperimune
 - (3) Vacinação contra Hepatite B e Imunoglobulina
 - (4) Não foi realizada prevenção para Hepatite B no parceiro. Por quê? _____
33. Durante o pré-natal, a mãe realizou tratamento para prevenir a transmissão vertical da Hepatite B?
- (1) Mãe da criança em tratamento para Hepatite B, antes da gestação.
Qual esquema? _____ Data de início: ___/___/_____
 - (2) Tratamento para Hepatite B iniciado durante a gestação da criança em investigação.
Idade gestacional de início: _____ semanas
Qual esquema? _____ Por quanto tempo? _____ semanas
 - (3) Não foi realizado qualquer tratamento
34. A mãe está em uso regular de medicamentos para tratamento da Hepatite B?
- (1) Sim
 - (2) Não. Por quê? _____
35. Que medidas foram adotadas para melhorar a regularidade ao tratamento?
- _____
- _____
36. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?
- (1) Sim
 - (2) Não. Por quê? _____
37. Se a mãe não fez tratamento para Hepatite B, informar o(s) motivo(s): (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
 - () Recusa da gestante ao tratamento
 - () Falta rede de serviços especializados para acompanhamento de gestantes com Hepatite B
 - () Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta
 - () Outros motivos. Especifique: _____



38. Carga Viral (**HBV-DNA**) durante a gestação: (1 - Detectável, 2 - Indetectável, 3 - Não realizada, 9 - Ignorada)

() Primeira Carga Viral no pré-natal . Quantificação: _____ cópias. Data: __/__/____

() Última Carga Viral antes do parto. Quantificação: _____ cópias. Data: __/__/____

39. Carga Viral (**HCV-RNA**) durante a gestação: (1 - Detectável, 2 - Indetectável, 3 - Não realizada, 9 - Ignorada)

() Primeira Carga Viral no pré-natal . Quantificação: _____ cópias. Data: __/__/____

() Última Carga Viral antes do parto. Quantificação: _____ cópias. Data: __/__/____

PARTO

40. Local do parto:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

41. Parto realizado em:

(1) Serviço Público (SUS)

(2) Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)

(3) Serviço Privado Particular

(4) Domicílio

(5) Trânsito/Percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

42. Tipo de parto:

(1) Vaginal

(2) Vaginal por fórceps ou vácuo-extrator

(3) Cesáreo

43. Ocorreu ruptura de membranas (bolsa rota)?

(1) Sim, por quanto tempo? |__|__|horas

(2) Não

44. Gestação múltipla: () (1 - Sim, 2 - Não)

45. Peso da criança ao nascer: _____gramas

46. Idade gestacional da criança ao nascer: _____semanas



47. Na maternidade, foi realizada vacinação contra Hepatite B no recém-nascido?

(1) Até 12 horas de vida

(2) Após 12 horas até 24 horas

(3) Após 24 horas até 7º dia de vida

(4) Após 7º dia de vida

(5) Não realizada. Por quê? _____

48. Na maternidade, foi realizada imunoglobulina humana hiperimune contra Hepatite B (IGHAHB) no recém-nascido?

(1) Até 12 horas de vida

(2) Após 12 horas até 24 horas de vida

(3) Após 24 horas de vida

(4) Criança encaminhada para receber em outro serviço (CRIE)

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

49. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

50. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/____

51. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

52. Após o nascimento, a criança recebeu as demais doses de vacina contra Hepatite B, conforme recomendado?

(1) Esquema completo comprovado com carteira de vacinas

(2) Esquema completo sem comprovação em carteira de vacinas

(3) Esquema incompleto

(4) Não realizado. Por quê? _____



53. Criança alimentada com:

- (1) Fórmula láctea
- (2) Leite materno exclusivo, por quanto tempo: _____() (D - dias, M - meses, A - ano)
- (3) Alimentação Mista (leite materno + fórmula láctea), por quanto tempo: _____()
(D - dias, M - meses, A - ano)
- (4) Leite materno de outra lactante (aleitamento cruzado), por quanto tempo: _____()
(D - dias, M - meses, A - ano)

54. Se a criança foi alimentada com leite materno, a mãe ou outra lactante apresentou fissura/sangramento mamilar? () (1 - Sim, 2 - Não)

55. Situação da criança:

- (1) Viva
- (2) Morta
- (3) Desconhecida

56. Data do óbito: ____/____/____

57. Número da Declaração de Óbito: _____

58. Local do Óbito:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

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

Parte I:

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

Parte II:

_____ CID: _____
_____ CID: _____



60. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (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)

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

61. Durante a investigação foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

62. 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 (vide instrução de preenchimento): (1 - Sim, 2 - Não)

Pré-natal:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

Parto:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

Puerpério:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____



63. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

Responsável pela investigação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Fone para contato: _____





INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HEPATITE B e/ou C CRIANÇAS COM 02 (DOIS) ANOS DE IDADE OU MENOS

A investigação de casos de transmissão vertical de Hepatite B e/ou C deverá ser realizada em todas as crianças com 02 (dois) anos de idade ou menos.

Para responder às perguntas do questionário, o investigador deverá utilizar várias fontes de informação, como: prontuário do paciente, Sinasc e SIM. Poderá, ainda, ser necessária a participação de agentes comunitários, assistente social do serviço ou entrevista com a mãe da criança em investigação. Em caso de dúvida no preenchimento, ou se as opções de respostas não forem suficientes para descrever os dados encontrados nos prontuários/serviços, colocar no quadro correspondente à questão uma observação explicativa, com letra legível, para análise dos Grupos Técnicos/Comitês.

Registro da Notificação

Número do Sinan: Anotar o número da notificação atribuído para o caso.

Notificação: Informar os dados da notificação da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Data da notificação:** Anotar a data da notificação - data de preenchimento da ficha de notificação.

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: Assinalar se o caso em investigação corresponde a uma criança com transmissão vertical de Hepatite B ou C ou ambas.

Nome: Preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: “Filho de + nome da mãe” (Ex.: Filho de Sofia Augusta Brasil).

Data de nascimento: Deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) de nascimento da criança.

Sexo: Informar o sexo da criança (M - masculino, F - feminino).

Número da Declaração de Nascido Vivo: Preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo.

Nº do Cartão SUS: Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.



Número do(s) Prontuário(s): Preencher com o(s) número(s) do(s) prontuário(s) e o(s) nome(s) do(s) serviço(s). No caso de crianças com mais de um prontuário (acompanhamento em mais de um serviço), anotar todos.

Residência: Informar os dados de residência da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da criança.
- **Município:** Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência da criança.
- **Endereço:** Anotar o nome da rua/avenida/travessa/etc., o número e o complemento (casa/apartamento/quadra/lote/bloco/etc.) da residência da criança.

Dados da Mãe

Observação: Nem sempre será possível obter os dados maternos, especialmente no caso de crianças com Hepatite B e/ou C. Procurar no prontuário da criança os dados disponíveis, questionar no(s) serviço(s) ou na maternidade se existe outra forma de conseguir as informações.

1. Nome: Preencher com o nome completo da mãe da criança (sem abreviações).

2. Data de nascimento: Deverá ser anotada a data de nascimento da mãe da criança em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Na falta dessa informação, preencher a idade da mãe no parto (em anos).

3. Estado civil/conjugal: Preencher o estado civil ou conjugal da mãe da criança (idealmente, durante a gestação da criança em investigação).

4. Escolaridade: Preencher com a série correspondente ao nível de ensino (fundamental, médio superior) que a mãe da criança frequentou, considerando o último ano concluído com aprovação, durante a gestação da criança em investigação. Na falta dessa informação, preencher com o número de anos de estudo concluído, como por exemplo: cursou até o Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio) = 08 anos.

5. Ocupação: Informar a atividade exercida pela mãe da criança no setor formal, informal ou autônomo, ou sua última atividade exercida durante a gestação da criança em investigação. Colocar a ocupação da mãe o mais detalhada possível, evitando termos como aposentada, funcionária pública, afastada, na Caixa ou “encostada”, que não especificam a ocupação das pessoas.

6. A ocupação é sazonal? Informar se a atividade exercida pela mãe da criança durante a gestação era sazonal, ou seja, um trabalho que ocorre em determinada época do ano (por exemplo: agricultura - corte de cana-de-açúcar, milho; construção civil etc.).

7. Raça/cor: Assinalar a raça ou cor declarada pela mãe: Branca; Preta; Amarela; Parda (incluindo-se nessa categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra raça ou cor); Indígena (considerando-se nessa categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). No caso de mães provenientes de outros países que se autodenominarem indígenas, especificar na frente desse campo o país de origem (Por exemplo: (x) Indígena - mãe boliviana).



Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: Informar todos os comportamentos de risco/situações de vulnerabilidade da mãe da criança durante a gestação:

- No caso de **imigrante**, informar qual a procedência (país ou estado) e há quanto tempo está morando no local informado como residência, durante a gestação da criança em investigação.
- **Mudança frequente de endereço**, ausência de endereço fixo ou migração materna são fatores que podem contribuir para a não realização ou não fidelização ao pré-natal ou tratamento.
- Será considerada **“Família de baixa renda”** aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos, conforme DECRETO Nº 6.135, DE 26 DE JUNHO DE 2007 da Presidência da República - Casa Civil.
- No caso de as opções do questionário não contemplarem a situação de vulnerabilidade identificada, utilizar a opção “Outras situações de vulnerabilidade” e especificar.

9. Categoria de Exposição da mãe para a infecção pela Hepatite B e/ou C: Assinalar a forma de exposição à Hepatite B e/ou C da mãe e não a da criança. Aqui, a opção “Transmissão Vertical” deverá ser aplicada se a mãe da criança adquiriu a Hepatite B e/ou C por essa forma de transmissão. **Relação sexual desprotegida:** considerar a oral, anal, vaginal e o uso de objetos diversos. **Contato domiciliar (não sexual) com caso/portador de HBV ou HCV:** exposição com possibilidade de contato por meio de solução de continuidade ou compartilhamento de objetos de uso pessoal que contenham sangue ou outros fluidos corporais. **Contato intrainstitucional com caso de hepatite B e/ou C (considerar: ambientes fechados, privados de liberdade, etc.):** exposição com possibilidade de contato por meio de solução de continuidade ou compartilhamento de objetos de uso pessoal que contenham sangue ou outros fluidos corporais. **Compartilhamento de objetos de uso pessoal:** escovas de dente, aparelhos de barbear, tesouras, alicates, pinças, pelo menos uma vez. **Compartilhamento de objetos para uso de drogas inaláveis ou crack:** uso compartilhado de acessórios (canudo, cachimbo, etc.) para consumo de drogas inaláveis/aspiráveis, pelo menos uma vez. **Compartilhamento de objetos para uso de drogas injetáveis:** uso compartilhado de acessórios (seringa, agulha, etc.) para consumo de drogas injetáveis, pelo menos uma vez. **Uso de material não esterilizado ou descartável compartilhado:** agulhas, seringas, lancetas, material para tatuagem e piercing, material de manicure, navalha, lâminas de barbear, estilete, etc. **Tratamento dentário:** com material não esterilizado ou descartável compartilhado. Outro procedimento médico invasivo: exceto parto, qualquer cirurgias, endoscopia, pequenos procedimentos, laparoscopias, colonoscopias, etc. **Acidente com Material Biológico:** exposição acidental a material biológico potencialmente infectado. No caso de acidente com material biológico, informar se foi realizada profilaxia pós-exposição (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado) e qual foi o tipo de exposição. No caso de as opções do questionário não contemplarem a categoria de exposição, utilizar a opção “Outra” e especificar.

10. Ano do último evento acidente/transfusão/transplante/hemodiálise: Informar o ano (aaaa) de ocorrência do último acidente com material biológico ou transfusão de sangue/hemoderivados ou transplante ou hemodiálise.

11. No caso de a mãe da criança ter tido contato sexual com portador de Hepatite B durante a gestação da criança em investigação: Informar se a mãe realizou alguma profilaxia pós-exposição, durante a gestação da criança em investigação, devido a contato sexual com portador conhecido de Hepatite B. Se não realizado, relatar os motivos.



12. Presença de infecções associadas nesta gestação: Informar as infecções associadas que a mãe da criança apresentou durante a gestação. No caso de sífilis, informar se foi tratada (preencher 1 - Sim, 2 - Não) e a data do tratamento. Na ocorrência de outras DST durante a gestação da criança em investigação, especificar quais infecções e se foram tratadas.

13. Antecedentes obstétricos: Informar os antecedentes obstétricos da mãe, antes da gestação da criança em investigação.

- Número de gestações anteriores: Anotar o número de gestações anteriores (Ex.: 03 gestações).
- Número de nascidos vivos: Anotar o número de crianças que nasceram vivas (Ex.: 01 nascido vivo).
- Número de natimortos: Anotar o número de crianças que nasceram mortas (Ex.: 01 natimorto).
- Número de abortos: Anotar o número de abortos (Ex.: 01 aborto).

14. Antecedente de transmissão vertical: Informar se a mãe possui outros filhos com HIV, sífilis congênita, Hepatite B e Hepatite C.

15. Momento do diagnóstico de Hepatite B e/ou C: Informar a data e o momento do diagnóstico de Hepatite B e/ou C. Esses dados são referentes aos testes (marcadores sorológicos ou virais) que demonstram a presença de Hepatite B e/ou C. Observar, em relação ao pré-natal ou parto da criança em investigação, a época em que o diagnóstico da Hepatite B e/ou C materna foi realizado, mediante a data da coleta dos exames ou citação no prontuário. Por exemplo, se o diagnóstico foi feito em um pré-natal de uma gestação anterior da mulher, a opção correta, aqui, seria “Antes do pré-natal” (da criança em investigação). Colocar “Desconhecido” se não for possível obter essa informação no prontuário da criança ou no serviço.

16. No caso de o diagnóstico materno de Hepatite B e/ou C ter sido realizado após o pré-natal, qual o motivo? Informar o(s) motivo(s) de o diagnóstico ter sido realizado após o pré-natal. Se as opções do questionário não contemplarem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar. Lembramos que essas informações são importantes para a identificação e correção de falhas nos processos/fluxos da assistência/serviço e da gestão.

17. Estado sorológico/viológico/clínico da mãe da criança: Informar o resultado dos marcadores sorológicos ou virais da mãe e a data da coleta: 1) Positivo/Reagente/Detectado: para resultado sorológico, considerar positivo/reagente. Para resultado virológico, considerar detectado quando o valor for igual ou acima do limite inferior de detecção, de acordo com a metodologia utilizada; 2) Negativo/Não Reagente/Não detectado: para resultado sorológico, considerar negativo/não reagente. Para resultado virológico, considerar não detectado quando o valor for abaixo do limite inferior de detecção, de acordo com a metodologia utilizada; 3) Inconclusivo/Indeterminado: quando o laudo laboratorial apresentou o resultado inconclusivo/indeterminado. Se a mãe for portadora de Hepatite C, assinalar com um “X” o genótipo do HCV (se genótipo 1, 2, 3, 4, 5 ou 6). **Hepatite C aguda:** caso em que tenha sido comprovada a soroconversão de anti-HCV não reagente para anti-HCV reagente em até 6 meses ou segundo critérios clínico, laboratorial e antecedentes epidemiológicos compatíveis, excluindo outros diagnósticos, durante a gestação da criança em investigação.

18. Outras pessoas da família são portadoras de Hepatite? Informar a presença de outros membros da família com Hepatite B e/ou C. Se presente, especificar o parentesco (Ex.: parceiro da mãe da criança, avó da criança, tia materna etc.).



PRÉ-NATAL

19. Realização de pré-natal: Informar se a mãe realizou pré-natal durante a gestação da criança em investigação.

20. Motivo(s) da não realização do pré-natal: Informar o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) a mãe da criança não realizou o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar.

21. Pré-natal realizado em: Informar o local de realização do pré-natal. É possível que a mãe tenha realizado o pré-natal em mais de um serviço. Se realizado em serviço de Saúde Suplementar, informar o nome do Convênio/Plano de Saúde, o nome e o CRM do médico que acompanhou a gestante (por exemplo: pré-natal na Unimed Porto Alegre, Dr. Osvaldo Cruz, CRM 00002 e no serviço de referência para Hepatite do município de Porto Alegre).

22. Local do pré-natal:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou o pré-natal.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo o cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.

23. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal: Informar a idade gestacional na primeira consulta no pré-natal (em semanas). Na ausência dessa informação, colocar “99”.

24. Número total de consultas no pré-natal: Informar o número total de consultas, de enfermagem e médicas, inclusive com o infectologista, realizadas durante o pré-natal. Na ausência dessa informação, colocar “99”.

25. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? Informar se foi feita busca da mãe da criança em investigação, se a mesma faltou ao serviço de pré-natal ou ao ambulatório de especialidade, local de acompanhamento da gestação. Se não realizado o contato/busca ativa, informar os motivos.

26. Motivo(s) do abandono do pré-natal: Descrever os motivos que levaram a mãe da criança a abandonar o pré-natal.

27. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? Informar se a mãe recebeu algum incentivo durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os auxílios/incentivos, utilizar a opção “Outros” e especificar.

28. A mãe da criança tomou vacina contra Hepatite B durante o pré-natal? Informar se a mãe recebeu vacina contra Hepatite B e quantas doses, durante a gestação da criança em investigação. Se não foi vacinada, relatar os motivos.

29. O esquema vacinal contra Hepatite B foi confirmado com carteira? Se a mãe recebeu vacina contra Hepatite B durante a gestação, informar se o esquema vacinal foi confirmado com a carteira de vacinas.



30. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)? Informar se o parceiro foi chamado ao pré-natal para ser cuidado (realização de consultas, exames e acesso a informações). Se o parceiro não realizou o “Pré-natal do parceiro”, informar os motivos.

31. Estado sorológico/viológico/clínico do parceiro: Informar o estado sorológico ou clínico do parceiro (considerar como parceiro o companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação). Se o parceiro não foi testado, apesar de conhecido, informar os motivos.

32. No caso de o parceiro sexual da gestante com Hepatite B ter apresentado sorologia negativa, realizou-se profilaxia pós-exposição? Considerar o parceiro sexual da mãe durante a gestação da criança em investigação. Informar se o parceiro sexual (com sorologia negativa para Hepatite B) da mãe da criança realizou alguma profilaxia pós-exposição. Se não realizada, relatar os motivos.

33. Durante o pré-natal, a mãe realizou tratamento para prevenir a transmissão vertical da Hepatite B? Informar o(s) antiviral(is) utilizado(s) pela mãe da criança para tratamento. Se a mãe estava em tratamento antes da gestação da criança em investigação, informar o esquema e a data de início. No caso de a mãe ter iniciado o(s) antiviral(is) durante a gestação da criança, informar a idade gestacional de início (em semanas) e por quanto tempo os utilizou (em semanas) antes do parto (por exemplo, idade gestacional de início: 28ª semana, usou antiviral(is) por: 04 semanas).

34. A mãe está em uso regular de medicamentos para tratamento da Hepatite B? Caso a mãe não tenha utilizado antiviral(is) de forma regular durante a gestação da criança, informar os motivos.

35. Que medidas foram adotadas para melhorar a regularidade ao tratamento? Descrever as medidas adotadas pelo serviço para melhorar a regularidade ao tratamento.

36. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante? Informar se foi realizada busca da mãe, no caso de abandono ao tratamento, durante a gestação da criança em investigação. Se não realizada a busca, descrever os motivos.

37. Se a mãe não fez tratamento para Hepatite B, informar o(s) motivo(s): Informar os motivos da não utilização do(s) antiviral(is) durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outros motivos” e especificar.

38. Carga Viral (HBV-DNA) durante a gestação: Informar os resultados, os números de cópias e as datas de coleta das cargas virais para Hepatite B: primeira e última antes do parto, realizadas durante o pré-natal da criança em investigação.

39. Carga Viral (HCV-RNA) durante a gestação: Informar os resultados, os números de cópias e as datas de coleta das cargas virais para Hepatite C: primeira e última antes do parto, realizadas durante o pré-natal da criança em investigação.



PARTO

40. Local do parto:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do parto.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do parto.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do parto.

41. Parto realizado em: Informar local de realização do parto.

42. Tipo de parto: Informar o tipo de parto da criança em investigação.

43. Ocorreu ruptura de membranas (bolsa rota)? Informar se houve ruptura de membranas. Em caso de bolsa rota, informar o tempo em horas.

44. Gestação múltipla: Informar se a gestação da criança em investigação foi múltipla ou não. Em caso de gestação múltipla, com mais de um conceito infectado, deverá ser preenchido um questionário de investigação para cada criança.

45. Peso da criança ao nascer: Informar o peso da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).

46. Idade gestacional da criança ao nascer: Informar a idade gestacional da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).

47. Na maternidade, foi realizada vacinação contra Hepatite B no recém-nascido? Assinalar o momento da primeira dose de vacina contra Hepatite B (Monovalente) do recém-nascido, na maternidade (verificar a checagem/anotação da enfermagem no prontuário). Se o recém-nascido não foi vacinado, relatar o(s) motivo(s).

48. Na maternidade, foi realizada imunoglobulina humana hiperimune contra Hepatite B (IGHAHB) no recém-nascido? Assinalar o momento da aplicação da imunoglobulina humana hiperimune contra Hepatite B no recém-nascido (verificar a checagem/anotação da enfermagem no prontuário). Se não realizada, relatar o(s) motivo(s).

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

49. Local de acompanhamento da criança:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de acompanhamento da criança.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de acompanhamento da criança.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde de acompanhamento da criança.



50. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: Preencher a data da primeira consulta da criança na Unidade de Saúde de acompanhamento.

51. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? Informar se foi realizada busca da criança no caso de abandono ou falta. Se não, descrever os motivos.

52. Após o nascimento, a criança recebeu as demais doses de vacina contra Hepatite B, conforme recomendado? Informar se, após a alta da maternidade, a criança recebeu todas as doses ou algumas doses (esquema completo ou esquema incompleto) de vacina contra Hepatite B (Pentavalente). Checar o Cartão de Vacinas da criança para comprovação do esquema utilizado. No caso de a criança ter recebido a primeira dose de vacina contra Hepatite B (Monovalente) na maternidade, são recomendadas mais 03 doses de vacina (Pentavalente) nas idades: 2, 4 e 6 meses. Se não realizada vacinação contra Hepatite B, relatar o(s) motivo(s).

53. Criança alimentada com: Informar o tipo de alimentação utilizada pela criança. No caso de aleitamento materno (exclusivo, misto ou de outra lactante), informar por quanto tempo.

54. Se a criança foi alimentada com leite materno, a mãe ou outra lactante apresentou fissura/sangramento mamilar? Informar a presença ou ausência de fissura/sangramento mamilar, se criança em aleitamento materno.

55. Situação da criança: Informar a situação atual (status vital) da criança em investigação.

56. Data do óbito: No caso de a criança ter evoluído para o óbito, informar a data.

57. Número da Declaração de Óbito: Anotar o número da Declaração de Óbito.

58. Local do Óbito:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do óbito.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do óbito.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do óbito.

59. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito): Informar as causas que levaram a criança ao óbito. Descrever todas as causas relacionadas ao óbito, encontradas na Declaração de Óbito.

60. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: Informar todas as notificações realizadas no Sinan para a mãe e para a criança em investigação.

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

61. Durante a investigação, realizou-se alguma ação educativa para os problemas identificados? Durante a investigação do caso, diversos problemas passíveis de ações imediatas podem ter sido identificados, geralmente os que permitem atuação nos processos de trabalho/fluxos dos serviços. Descrever ações/medidas educativas que foram realizadas durante a investigação.



62. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s): Durante a investigação do caso, problemas relacionados a vários eixos determinantes da transmissão vertical da Hepatite B e/ou C podem ter sido identificados. Algumas inconformidades nos processos podem estar relacionadas a mais de um eixo. Os principais eixos selecionados neste Protocolo de Investigação estão abaixo mencionados:

- **Eixo Vulnerabilidade individual e social:** geralmente relacionado a questões ligadas à mãe da criança, como: gravidez na adolescência; uso de drogas lícitas/ilícitas; situação de imigração internacional sem documentação – clandestinidade (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; situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; dentre outras.
- **Eixo Serviço – vulnerabilidade programática** (durante o pré-natal, o parto e o puerpério): esse eixo abrange as questões de diagnóstico, tratamento e processos nos serviços (falhas, problemas nos fluxos/demora etc.), como: falha na organização do processo de trabalho do pré-natal (não realização de busca de pacientes faltosos/abandono, perda de exame na unidade); falha no entendimento dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; falha no tratamento prescrito ou erro de prescrição; problema com parceiro – busca/identificação do parceiro; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.
- **Eixo Gestão – vulnerabilidade programática:** problemas relacionados à gestão em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), como: falta ou má distribuição de insumos (medicamentos, testes etc.); falta de rede/serviços de referência (atendimento e laboratorial); complexidade das recomendações; rede privada – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.
- **Eixo Outros:** Outras situações que não se enquadram nos eixos acima mencionados.

63. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados durante a investigação: Descrever os encaminhamentos/recomendações propostos para correção dos problemas identificados, durante a investigação do caso.

Responsável pela investigação: Preencher o nome do profissional que realizou a investigação, o telefone para contato e a data.



