

CBVE

Curso
Vigilância
Epidemiológica

Sífilis Congênita,
Sífilis em Gestantes,
Infecção pelo HIV
em Gestantes e
Crianças Expostas

Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

Sífilis Congênita,
Sífilis em Gestantes,
Infecção pelo HIV
em Gestantes
e Crianças Expostas

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento Nacional de DST e Aids

Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

Sífilis Congênita,
Sífilis em Gestantes,
Infecção pelo HIV
em Gestantes
e Crianças Expostas

Série Manuais nº 78

Brasília - DF
2009

© 2009. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.

PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST e Aids

SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, Torre 1, Auditório
CEP: 70.070-600, Brasília-DF
Telefones: (61) 3306-7004
E-mail: aids@aids.gov.br Home page: <http://www.aids.gov.br>

Série Manuais nº 78 – Departamento de DST/AIDS

ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO/PN-DST/AIDS

Myllene Priscila Müller Nunes

EDITOR

Telma Tavares Richa e Souza

PROJETO GRÁFICO, CAPA

Marcos Cleuton de Oliveira

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

xxx p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1264-9

1. Sífilis congênita. 2. HIV. 3. Gestantes. 4. Vigilância epidemiológica. I. Título. II. Série. III. Título. IV. Série.

NLM WC 161

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação –
Editora MS – OS 2006/1109

Sumário

Apresentação	9
Metodologia	11
Cronograma de Atividades.....	17
Unidade Didática A	33
Modulo 1 - Infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> : Aspectos Gerais	35
Módulo 2 - Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gestação e da Sífilis Congênita	63
Unidade Didática B	93
Módulo 3 –Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Expostas.....	93
Considerações Finais.....	119
Anexos	121
Anexo I – Ficha de notificação/investigação da sífilis congênita e dicionário de dados	123
Anexo II – Ficha de notificação/investigação da sífilis em gestante	147
Anexo III – Ficha de notificação e investigação da gestante infectada pelo HIV, crianças expostas, instruções para o preenchimento da ficha e dicionário de dados	149
Anexo IV – Sistema de Notificação e fluxo da informação	171
Anexo V – Tabela de Sífilis congênita do boletim epidemiológico de DST/Aids	175

Anexo VI – Portaria nº 766, de 21 de dezembro de 2004	181
Anexo VII – Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006	183
Anexo VIII – Portaria nº 156 de 19 de janeiro de 2006	189
Anexo IX – Portaria nº 34 de 28 de julho de 2005	195
Avaliação final do curso	199
Glossário	201
Referências Bibliográficas	207
Agradecimentos	211
Equipe de elaboração da 1ª edição	213
Organizadores da edição de 2006	214
Revisores Pedagógicos/2006	214
Relação de Siglas	215

Apresentação

A transmissão vertical da sífilis e do HIV é um problema de saúde pública que há muito se vem tentando controlar, portanto continua sendo uma prioridade de governo. Diante dessa situação, o Departamento de DST e Aids, apresenta a III edição do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica da Sífilis em Gestantes, Sífilis Congênita e Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Exposta. Esse documento tem como objetivo capacitar profissionais que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica e de assistência das DST.

O documento está organizado em três módulos. O primeiro contempla informações sobre a história natural pelo *Treponema pallidum*, aspectos gerais e laboratoriais e modalidades de transmissão, prevenção e tratamento da infecção pelo *Treponema pallidum*.

No módulo 2, discute-se os objetivos e significados da VE da sífilis em gestantes e da sífilis congênita; fonte de dados: definição de casos de sífilis em gestantes e caso de sífilis congênita; notificação, investigação e fluxo de informação; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN; consolidação e análise de dados: tabelas/gráficos; análise nacional e local, retroalimentação (informes e boletins epidemiológicos, internet); objetivos e significados da vigilância epidemiológica (VE) da sífilis em gestantes e da sífilis congênita.

O módulo 3 apresenta os mecanismos de transmissão vertical do HIV; ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV; princípios básicos do diagnóstico sorológico e laboratorial da infecção pelo HIV em gestantes e recém-nascidos; objetivos e significados da VE de gestante HIV+ e da criança exposta; definição de caso em gestante HIV+ e de criança exposta; notificação, investigação e fluxo de informação; SINAN; consolidação e análise dos dados: tabelas/gráficos; análise nacional e local; retroalimentação (informes e boletins epidemiológicos, internet).

Acreditamos que este curso possa atuar como facilitador da melhoria da vigilância epidemiológica das DST, assim como dos cuidados prestados aos portadores desses agravos.

Mariângela Simão
Diretora do Programa Nacional DST e Aids

PROPÓSITO

Ao final do curso os profissionais estarão aptos a realizar vigilância epidemiológica da Sífilis em Gestantes, Sífilis Congênita, Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Expostas.

OBJETIVOS

1. Compreender a importância da Vigilância Epidemiológica.
2. Compreender a importância da definição de caso das DST de notificação compulsória para a Vigilância Epidemiológica
3. Identificar as diferentes fontes de dados para notificação de casos.
4. Exercitar as atividades relacionadas ao processo de notificação.
5. Avaliar a qualidade de dados obtidos a partir do sistema de informação utilizado.
6. Realizar a consolidação, análise e retroalimentação dos dados.

METODOLOGIA

O curso tem como metodologia o Estudo Dirigido. Seu desenvolvimento será por meio de leitura de textos, estudos de casos, trabalhos de grupo e discussões em sala de aula e está estruturado para 32 (trinta e duas) horas-aula.

A avaliação será formativa e por meio da auto-regulação, o que significa que o grupo estará todo o período do curso em processo de avaliação e mudanças.

Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades

1º DIA: 8:30hs		
Unidade Didática A		
Módulo 1: Sífilis em Gestantes e sífilis congênita		
Tempo	Atividades do participante	Atividades do Mediador
10'	1 - Recebimento do material	1 - Entrega do material
20'	2 - Abertura oficial	2 - É importante que este momento seja com todo o grupo. Recomenda-se convidar o coordenador estadual ou municipal de DST/Aids e o interlocutor do SINAN
30'	3 – Participar de dinâmica de apresentação do grupo	3 - Realize uma dinâmica que auxilie o grupo a se conhecer e se integrar e apresente o curso - Sugestão de dinâmica para apresentação do grupo: Técnica dos cartões cara-metade - Apresentação dos objetivos, propósito e conteúdos do curso.
15'	4 – Elaborar com o grupo um cartaz listando as regras mínimas para o bom convívio ao longo dos trabalhos quanto ao horário, frequência, respeito à opinião dos outros, cigarro, sigilo por parte dos integrantes nos casos que serão relatados ou compartilhados ao longo da capacitação, conversas paralelas e celulares “educados”	4 - Pactue com o grupo regras mínimas para um acordo de convívio durante o curso (contrato de trabalho) O cartaz deverá permanecer à vista dos participantes, como um quadro de referência constante da capacitação, estabelecido por eles mesmos.
60'	5 – Nos grupos, analisar e discutir as perguntas fornecidas pelo instrutor e elabore resposta para apresentação e discussão	5- Oriente atividade distribuindo as perguntas estimulando os participantes, contextualizando as discussões sobre a sífilis como problema de saúde pública. (4 grupos) . Perguntas 1. Como se dá o processo de transmissão da sífilis? 2. Qual a situação epidemiológica da sífilis no seu município, estado e país? Quais as medidas de controle adotadas?
15'	Intervalo	
40'	6 – Iniciar o estudo dirigido com a leitura do texto: Transmissão vertical da sífilis	6 - Oriente o debate do texto enfocando: - A meta de eliminação da sífilis congênita, - A importância desse agravamento enquanto indicador de qualidade da assistência pré-natal, - A triagem laboratorial para sífilis durante a gestação e na admissão para o parto ou após curetagem, - A inclusão das maternidades privadas e a implementação da vigilância epidemiológica por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. - A introdução do tratamento quimioterápico Destaque as formas de transmissão da sífilis e as taxas de transmissão vertical da mesma.

90'	Almoço 12:00 às 13:30hs	
60'	7 - Questões 1 e 2	7 – Discuta com o grupo as questões para concluir uma resposta adequada.
45'	8 – Questão 3: Solicitar a um componente do grupo que descreva a Figura 1 do módulo I – Sífilis em gestante e sífilis congênita	<p>8 - Discuta a história natural da sífilis adquirida e "risco" ou "chance" de transmissão vertical.</p> <p>Siga a descrição da Figura 1 para a complementação da discussão em grupo: A sífilis primária manifesta-se após um período de incubação variável de 10 a 90 dias, com uma média de 21 dias após o contato. Até este período inicial o indivíduo permanece assintomático, quando aparece o chamado "cancro duro". O cancro é uma pequena ferida ou ulceração firme e dura que ocorre no ponto exposto inicialmente ao treponema, geralmente o pênis, a vagina, o reto ou a boca. O diagnóstico no homem é muito mais fácil, pois a lesão no pênis chama a atenção, enquanto que a lesão na vagina pode ser interna e somente vista através de exame com um especulo ginecológico. Pode ocorrer linfonodomegalia satélite não dolorosa. Esta lesão permanece por 4 a 6 semanas, desaparecendo espontaneamente. A sífilis primária pode durar de 6 semanas a 6 meses. A chance transmissão vertical varia de 70 a 100% nessa fase.</p> <p>A sífilis secundária é caracterizada por uma erupção cutânea que aparece de 1 a 6 meses (geralmente 6 a 8 semanas) após a lesão primária ter desaparecido. Esta erupção é vermelha rosácea e aparece simetricamente no tronco e membros, e ao contrário de outras doenças que cursam com erupções, como o sarampo, a rubéola e a catapora, as lesões atingem também as palmas das mãos e as solas dos pés. O risco de transmissão vertical fica em torno dos 90%.</p> <p>A sífilis latente é a fase da doença sem demonstrações clínicas, se divide em precoce e tardia e, portanto, tem o seu diagnóstico feito por meio de testes sorológicos. Sua duração é variável, e seu curso poderá ser interrompido com sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.</p> <p>A sífilis terciária pode levar de 2 a 40 anos para se manifestar e já foram informados casos</p>

		na pele e nas membranas mucosas, mas que podem acontecer em quase qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo. Outras características da sífilis não tratada incluem as juntas de Charcot (deformidade articular), e as juntas de Clutton (efusões bilaterais do joelho). As manifestações mais graves incluem neurosífilis e a sífilis cardiovascular. A chance de transmissão vertical é estimada em 30% na fase latente da doença assim como na sífilis terciária.
15'	Intervalo	
30'	9 - Questão 04.	9 – Destaque o alto percentual de crianças infectadas assintomáticas ao nascimento. Para apoiar a compreensão da sintomatologia da sífilis congênita estimule a consulta do glossário.
120'	10 - Questões 05 (80') e 06 (30')	10 - Enfatize a diferença entre testes não treponêmicos e testes treponêmicos e a interpretação dos resultados. - Destaque a importância dos três testes de triagem para a sífilis durante a gestação e na admissão para o parto e curetagem pós-aborto. - Ressalte que o sangue do cordão umbilical não deve ser utilizado para fins de diagnóstico sorológico devido à presença de sangue materno e ocorrência de atividade hemolítica, o que pode determinar resultados falsos.

2º DIA 8:30hs

Atividades do Participante		Atividades do Mediador
20'	11 - Questão 07.	11 - Destaque o manejo adequado do recém nascido estimulando a consulta da publicação "Diretrizes para o controle da sífilis congênita".
40'	12 - Questões 08 (20') e 09 (20')	12 - Discuta o tratamento da sífilis em gestantes e em crianças com sífilis congênita. Complemente a discussão, estimulando a consulta da publicação "Diretrizes para o controle da sífilis congênita", página 29, 30 e 31.
20'	13 - Questão 10	13 - Distribua a Portaria 156 de 19 de janeiro de 2006: Administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde.
20'	14 – Questão 11	14 - Discuta o fluxo dos resultados dos exames para o diagnóstico da sífilis na gestação. Estimule um dos participantes do grupo a descrever como esse fluxo acontece no seu local de trabalho e/ou município. Ressalte a importância de priorizar a realização dos exames e agilidade na entrega dos resultados dos testes das gestantes.

15'	Intervalo	
90'	15 – Questões 12 (60') e 13 (30')	<p>15 – Discuta a organização da rede e o plano de ação para o controle da sífilis congênita.</p> <p>Utilizando a adaptação do Diagrama de Piot, estimule uma reflexão sobre o controle da transmissão da sífilis durante a gestação, comparando com a prática cotidiana dos participantes. Auxilie o grupo na identificação dos fatores determinantes em cada uma das etapas do diagrama. Discuta de que forma os participantes podem alterar a realidade a partir desse diagnóstico situacional. Estimule os participantes do grupo a reverem seus processos de trabalho e em que momento a organização do serviço pode influenciar no controle dessa doença no seu município e/ou estado.</p> <p>A partir das falas dos participantes o facilitador destaca a importância do envolvimento da equipe multidisciplinar na qualidade da assistência pré-natal</p>
90'	Almoço 12:00 às 13:30hs	
Unidade Didática A		
Módulo 2: Vigilância Epidemiológica da sífilis em gestantes e sífilis congênita		
30'	16 – Questões 1 (15') e 2 (15')	<p>16 - Destaque que ao estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica, o primeiro passo é determinar claramente os objetivos do sistema. Segundo, é necessário que se especifique claramente a definição de caso da doença ou condição que será monitorada (lembrar que a definição do caso depende do objetivo estabelecido, podendo a mesma ser mais ampla – erradicação – ou mais restrita – monitorar tendências). Terceiro, deve-se estabelecer os procedimentos de coleta de dados, análise e interpretação e, mais importante a divulgação da informação.</p>
40'	17 – Questão 3	<p>17 - Solicite aos participantes do grupo a definição do caso de sífilis congênita, em seguida, solicite a um deles a apresentação do mesmo.</p>
15'	18 – Questão 04	<p>18 - Destaque a importância da investigação epidemiológica como um método de trabalho que consiste em um estudo a partir de casos, clinicamente declarados ou suspeitos, e de portadores. Tem por objetivo avaliar o evento do ponto de vista de suas implicações para a saúde pública. Sempre que possível deve conduzir a uma confirmação do diagnóstico, à determinação das características epidemiológicas da doença, à identificação das causas do fenômeno e à orientação quanto às medidas de controle.</p>

90'	19 – Questão 5	19 – Apóie a leitura dos casos clínicos e detalhe o preenchimento da ficha. Material necessário para esse momento: 03 fichas de notificação e investigação da sífilis congênita para cada participante.
15'	Intervalo	
20'	20 - Questão 6	20 - Acompanhe a análise do Sistema de notificação e fluxo da informação(em anexo).
60'	21 – Questões 7 (30'), 8 (15') e 9 (15')	21 – Informe sobre a responsabilidade da notificação compulsória, seguindo a orientação geral. Analisar o Sistema de notificação e fluxo da informação (em anexo).
3º DIA 8:30hs		
Atividades do Participante		Atividades do Mediador
35'	22 - Questões 10 (15') e 11 (20')	22 – Destaque a importância do conhecimento das circunstâncias nas quais se desenvolve o processo saúde-doença na população estudada.
90'	23 – Questões 12 (30') e 13 (60')	23 – Pontue as informações importantes para a análise dos dados e como elas podem ajudar no planejamento das ações.
15'	Intervalo	
70'	24 – Questões 14 (40') e 15 (30')	24 – Ressalte as diversas formas de organizar e apresentar os dados, utilizando tabelas, gráficos, histogramas etc...
90'	Almoço 12:00 às 13:30hs	
60'	25 – Questões 16 (30') e 17 (30')	25 - Destaque a importância da análise e avaliação dos indicadores para o gerenciamento dos serviços de saúde. Importante: não calcular a taxa de incidência de sífilis congênita para o ano de 2004, pois os dados de sífilis congênita disponibilizados para esse ano foram coletados até junho de 2004.
60'	26 – Questões 18 (30') e 19 (30')	26 – Apóie a discussão, destacando as informações para a construção de um plano de VE e a importância de se realizar a vigilância em sífilis em gestantes.
15'	Intervalo	
30'	27 – Questões 20.	27 – Analise com o grupo as informações necessárias para uma rede de VE. Discutir a realidade dos participantes em relação à implantação à vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes no seu estado e/ou município.

90'	28 – Questão 21	28 – Apóie o grupo na leitura dos casos clínicos e detalhe o preenchimento da ficha da sífilis em gestantes. Distribua o material necessário para esse momento: 03 fichas de notificação e investigação da sífilis congênita para cada participante.
30'	29 – Questão 22	29 – Coordene os exercícios.
4º DIA 8:30hs		
Unidade Didática B		
Módulo 3: Vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas.		
Atividades do Participante		Atividades do Mediador
20'	30 - Questão 1: Leitura do texto de introdução do material instrucional: "Transmissão vertical do HIV"	30 - Coordene a leitura e a discussão do texto.
60'	31 – Questões 2 (30') e 3 (30')	31 – Discuta as ações de controle da transmissão vertical do HIV. As referências dos estudos que estimam a taxa de transmissão vertical estão disponíveis na seguinte publicação: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e aids, Ministério da Saúde, 2004. É recomendável que o facilitador/instrutor faça uma leitura dessa publicação antes do curso de capacitação.
15'	Intervalo	
100'	32 – Questões 4 (60') e 5 (40')	32 – Siga orientação geral para o diagnóstico sorológico do HIV. Enfatize que o aconselhamento e consentimento são componentes fundamentais para a realização do teste anti-HIV para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, durante o período gestacional ou na admissão para o parto.
90'	Almoço 12:00 às 13:30hs	
30'	33 - Questão 6	33 – Discuta o procedimento do teste rápido na parturiente quando admitida na maternidade.

30'	34 – Questão 7: Discutir a notificação da gestante HIV reagente	<p>34 - A Portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006 define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional e dentre elas a sífilis congênita, infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) em gestantes e crianças exposta ao risco de transmissão vertical e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Recomenda-se ter uma cópia da portaria para consulta.</p> <p>O facilitador/instrutor deve aproveitar esse momento para discutir o conceito da confidencialidade e sigilo das informações.</p>
30'	35 – Questão 8	35 – Auxilie os participantes na discussão.
15'	Intervalo	
90'	36 - Questão 9: Preenchimento das fichas de notificação	<p>36 – Auxiliar os participantes quanto ao preenchimento das fichas de notificação e investigação da gestante infectada pelo HIV, crianças expostas.</p> <p>Durante o preenchimento das fichas de notificação/investigação o facilitador/instrutor deve estimular que os participantes leiam os instrucionais e consultem as publicações disponíveis como material de apoio.</p> <p>Estimule para que todos os participantes preencham as fichas. É recomendável que o facilitador/instrutor solicite um participante para apresentar o caso e os demais agreguem sugestões durante o debate. Se possível utilizar o recurso multimídia e utilização de retroprojeto, sendo assim as informações devem ser transcritas para as fichas reproduzidas em transparências.</p>
20'	37 – Questão 10	37 - Auxilie os participantes na discussão
20'	38 – Questão 11	38 – Auxilie os participantes na discussão
15'	Avaliação final escrita	Entregue o questionário de avaliação.

**UNIDADE
DIDÁTICA**

A

**Módulo 1 - Infecção pelo *Treponema
Pallidum*: Aspectos Gerais**

**Módulo 2 - Vigilância Epidemiológica
da Sífilis em Gestante e da Sífilis
Congênita**

MÓDULO

1

Infeção pelo *Treponema pallidum*: Aspectos Gerais

Transmissão Vertical da Sífilis

A sífilis é uma doença secular. Foi a partir da segunda metade do século passado que, na maioria dos países ocidentais, a sífilis e outras doenças venéreas emergiram como problema de saúde pública de grande magnitude. O aumento dos índices de sífilis na Europa coincidiu com o descobrimento da América, por isso muitos pensavam que essa doença era procedente do “Novo Mundo”. Mas é bem aceito que não se tratava de uma doença nova, que já existia a pelo menos quatro séculos. Durante o século XIX, a doença renasceu, passando a vigilância epidemiológica a ter uma importância fundamental para o controle dessas doenças^{1,2}.

Em meados do século XVIII, Philippe Ricord diferencia a sífilis da gonorréia e estabelece os três estágios da doença e em 1876 a sífilis cardiovascular é documentada. Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como o agente causador da sífilis. Erich e Hata descobrem a primeira medicação ativa no tratamento da doença, são os derivados arsenicais trivalentes (606 ou Salvarsan). O Salvarsan, na época, foi a droga mais importante no combate à sífilis. A cura só foi possível com a descoberta da penicilina, em 1928, pelo bacteriólogo britânico Alexander Fleming e em 1943 John Mahoney demonstrou a eficácia da penicilina no tratamento da sífilis^{1,2}.

Após a II Guerra Mundial, com o uso da penicilina houve um imenso declínio da sífilis no Brasil e no mundo. No entanto, o controle da doença nunca foi conseguida e a sífilis continua atingindo milhões de pessoas. Segundo estimativa da OMS, em 1999 o número de casos novos de sífilis no mundo foi de 12 milhões. Na América Latina e Caribe estimou-se um total de três milhões de casos novos, desses, 937.000 casos foram estimados para o Brasil³.

¹ CARRARA, S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

² PASSOS, M. R. L. Dersetologia, DST - 5ªed Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005 1104p.; il.

³ World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: Overview and estimates. Geneva: WHO; 2001. (WHO/CDS/CSR/EDC/2001.10). Acessado em: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/>; Data: 16 de outubro de 2005.

Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil propôs um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (SC) como um problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial e Pan-americana de Saúde, definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso / 1.000 nascidos vivos.

Dentre as principais atividades desse projeto, visando o controle da sífilis congênita, destacam-se: (I) normatização de condutas, capacitação de profissionais de saúde, produção e veiculação de campanhas de prevenção das DST, (II) implementação de triagem sorológica para sífilis nas mulheres admitidas para parto ou curetagem, e a (III) implementação da vigilância epidemiológica da sífilis congênita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Em 2005, em que pese os esforços para controle desse agravo, a meta do projeto de eliminação não foi alcançada e a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública no país. No estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (e de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Esses dados demonstram ainda um insuficiente controle do agravo em todo o território nacional.

Embora seja doença de notificação compulsória desde 1986, foram notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1998 a 2008, apenas 46.530 casos de sífilis congênita, demonstrando assim o grande sub-registro e subnotificação desse agravo, com uma incidência (surgimento de novos casos) mediana de 1,8 por 1.000 nascidos vivos, bem abaixo do esperado. Entre os casos notificados em neste período, 16,8 % das mães não realizaram pré-natal, 32,8% não tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 55,2% não tiveram os seus parceiros tratados. Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no país.

O coeficiente de mortalidade por sífilis congênita, no Brasil, em menores de 1 ano, manteve-se estável em cerca de 4 óbitos por 100.000, entre 1991 a 1999, quando apresentou tendência decrescente, chegando, em 2003, a 2,2 óbitos por 100.000 menores de 1 ano. Em 2007, o coeficiente de mortalidade por sífilis congênita no Brasil passou para 2,4 por 100.000 habitantes. Em menores de 27 dias de vida ocorreram 76% dos óbitos, entre 1996 e 2003.

Esses indicadores apontam para um problema de grande magnitude e para a necessidade de implementação de ações direcionadas à eliminação da sífilis congênita no país. Neste contexto, em outubro de 2007, o Ministério da Saúde lança oficialmente o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da sífilis e do HIV⁴. Esse plano, pactuado com os estados e municípios, define metas para redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho da sífilis e do HIV até 2011. Com este plano pretende-se aumentar a cobertura de testagem para sífilis e HIV no pré-natal, aumentar a cobertura do tratamento adequado das gestantes com sífilis e seus parceiros e ampliar as ações de profilaxia.

⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional: Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília, 2007.

Os exercícios desenvolvidos neste módulo serão realizados no Município fictício de Lua Azul na Secretaria Municipal de Saúde, no Ambulatório Municipal, na Unidade Básica de Saúde e no Laboratório. Os personagens são os seguintes:

Alberto	residente de pediatria
Ana	chefe de gabinete da secretaria de saúde do município de Lua Azul
Ângela	residente de pediatria
Carlos	médico da equipe da saúde da família do município de Lua Azul
Jorge	enfermeiro da equipe da saúde da família do município de Lua Azul
Josué	farmacêutico do município de Lua Azul.
Laura	assistente social do Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Lua Azul
Lúcia	auxiliar de enfermagem da equipe da saúde da família do município de Lua Azul
Mariana	enfermeira do núcleo de vigilância da maternidade Clara Nunes de Lua Azul
Mario de Andrade	secretário de saúde do município de Lua Azul
Pedro	agente de Saúde do município de Lua Azul
Sandra	chefe do Laboratório de Bioquímica do município de Lua Azul
Vânia	médica da unidade de saúde do município de Lua Azul

No dia 1º de dezembro, uma nova campanha de prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, voltada para mulheres grávidas, profissionais de saúde e gestores, foi lançada no Município de Lua Azul, seguindo uma orientação nacional. O lançamento dessa campanha iniciou as atividades que marcam o Dia Mundial de Luta Contra a Aids, que esse ano terá como tema “Mulheres, Meninas, Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV”.

O objetivo é promover a melhoria da qualidade do pré-natal, incentivando profissionais de saúde a oferecerem os testes para diagnosticar e, nos casos positivos, tratar a gestante e o parceiro, evitando a infecção do bebê. Os testes diagnósticos anti-HIV e VDRL são gratuitos e disponíveis na rede pública de saúde.

Na unidade básica de saúde Três Marias, o médico Carlos, membro da equipe de saúde da família da zona urbana do município de Lua Azul, questiona, durante a reunião de sua equipe, a recomendação da Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver uma campanha local.

– O nosso secretário municipal de saúde acabou de nos encaminhar um ofício sobre a Campanha do dia 1º de Dezembro... Aqui diz que temos que trabalhar a transmissão de mães para crianças tanto de HIV quanto de sífilis.

Mas para que vamos fazer esse movimento todo no município? Tudo bem para o HIV... Mas sífilis congênita?!?!? Nós ainda temos casos em Lua Azul? Na minha experiência, temos que colocar todos os nossos esforços para o HIV. Muitas crianças estão se infectando com o HIV a partir de suas mães! Todo dia é uma notícia nos jornais. No treinamento que fiz aqui no município isso ficou claro...

Questão 1

Como você poderia esclarecer essa questão para o Dr. Carlos?

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estimou-se para 2003 um total de 930.000 brasileiros portadores de sífilis. Estudo realizado pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, em 2004, em parturientes revelou uma estimativa de prevalência de infecção pelo *Treponema pallidum* de 1,6% para o Brasil, variando de 1,3% na região Centro-Oeste até 1,9% na região Nordeste. Nesse mesmo estudo, para a infecção pelo HIV essa estimativa foi de 0,43% para o Brasil.

A taxa de Transmissão Vertical (TV) do HIV no Brasil vem apresentando queda progressiva ao longo dos anos: 12,8% no ano de 2000 e de 7,7% no ano de 2003 (SUCCI, 2004) decorrente do estabelecimento das estratégias de intervenção, no Brasil, a partir de 1997, com base na publicação dos resultados do protocolo PACTG 076 (1994).

Em relação à sífilis congênita, constatou-se um acréscimo no número de casos notificados de 2.840 em 1998, para 5301 em 2007.

Em 2008, das gestantes que tiveram bebês com sífilis congênita e foram notificadas, 79,8% realizaram pré-natal. Além disso, a análise dos dados mostrou que 52,9% das gestantes foram diagnosticadas durante o pré-natal e que 23,7% dos parceiros foram tratados.

Tanto para a sífilis quanto para o HIV, a distribuição dos casos é desigual nas regiões brasileiras, refletindo níveis diferenciados de diagnóstico e de manejo das gestantes, bem como de vigilância.

Sabe-se que a redução do número de casos de HIV e de sífilis por transmissão vertical pode ser alcançada se estes agravos forem diagnosticados e prevenidos e/ou tratados durante o pré-natal. A taxa de transmissão vertical do HIV pode diminuir para menos de 2% (BRASIL, 2004). A sífilis congênita é uma doença que pode ser totalmente evitada se a mãe e o(s) seu(s) parceiro(s) forem diagnosticados e tratados adequadamente durante o pré-natal.

Apesar das estratégias, tanto para a redução da transmissão vertical do HIV como para a eliminação da sífilis congênita, estarem centradas na assistência pré-natal, observa-se que os resultados esperados não são os mesmos para esses dois agravos. É necessário e urgente, portanto, a idêntica priorização política das ações de controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV na gestação.

O médico Carlos comenta:

Nossa... Não imaginei que a situação estivesse desse jeito no Brasil. Como iremos trabalhar então? Eu tenho pouca experiência com sífilis...

O enfermeiro Jorge, membro da equipe, se mostra preocupado com a questão da sífilis e complementa:

Devemos fazer uma atualização de nossos conhecimentos de sífilis em adultos e crianças e discutir de uma forma mais simples com os agentes comunitários de saúde... Não vai ser fácil...

A auxiliar de enfermagem Lúcia, muito entusiasmada, sugere:

Que tal começarmos com uma dúvida que tenho: como é a transmissão da sífilis? Pelo que sei, é sexual... Existem outras formas?

Questão 2

Como responder essa questão?

A descoberta do microorganismo responsável pela sífilis, o *Treponema pallidum*, em 1905, possibilitou importantes avanços no campo do diagnóstico e do tratamento desse processo infeccioso.

As possíveis vias de transmissão são:

- **Sexual** – por meio do contato com lesões de pele e membranas mucosas, inclusive vagina, pênis e ânus.
- **Vertical** - intra-útero por disseminação hematogênica ao feto ou por contato direto durante o parto a partir de uma gestante infectada.
- **Sangüínea** - por meio do sangue e de seus hemocomponentes durante transfusões não triadas adequadamente.

A transmissão por contato com lesões infectadas (por exemplo: recém nascido com pênfigo) e acidentes com materiais biológicos contaminados com o *T. pallidum* representam formas excepcionais de transmissão.

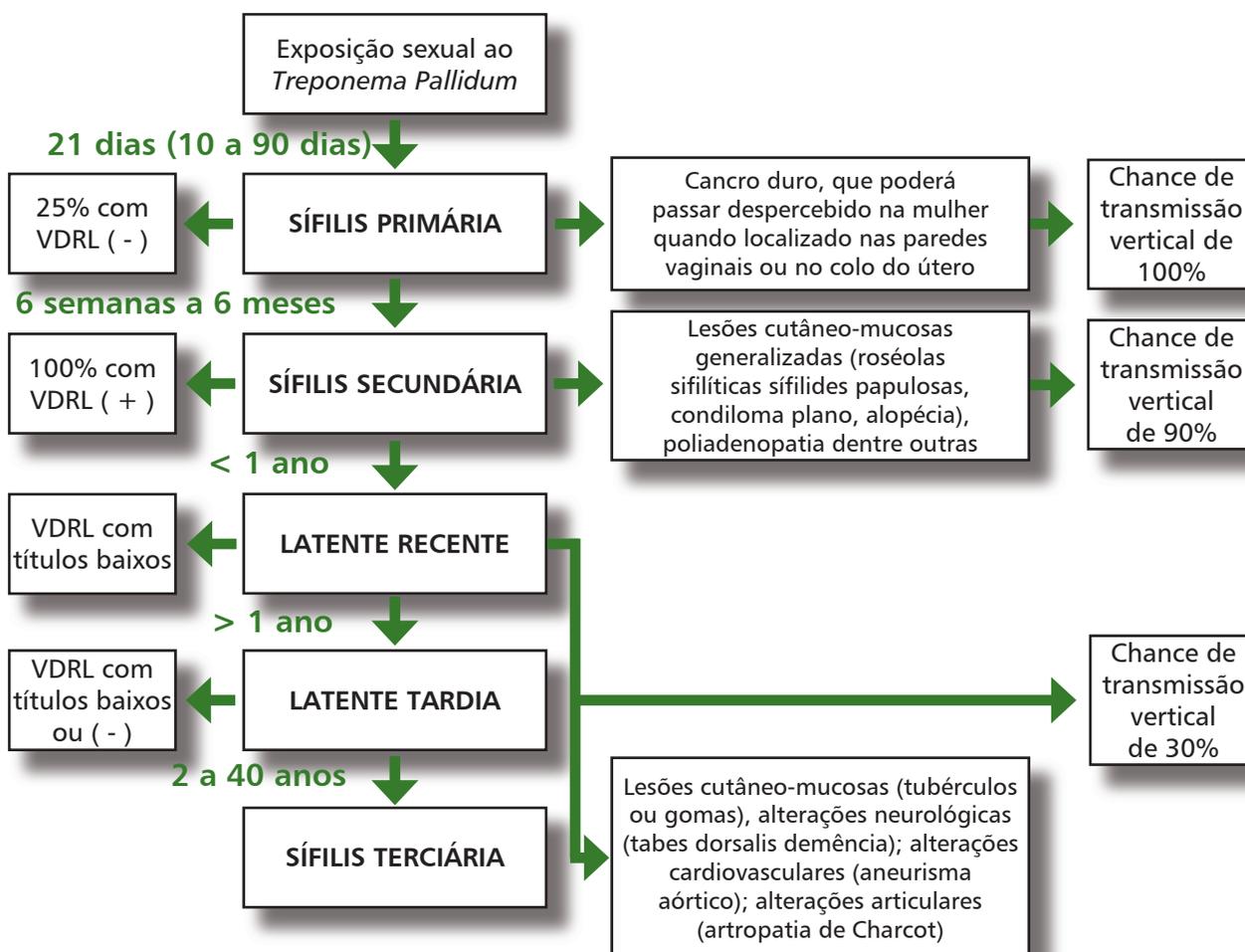
O Dr. Carlos fica surpreso e diz:

*Parece que não mudou muita coisa desde que eu saí da Faculdade há 25 anos...
Impressionante como essa doença ainda está por aí. Só me recordo um pouco das manifestações clínicas da doença nos adultos...*

Questão 3

Tomando como base o “modelo da história natural da sífilis adquirida”, ajude Dr. Carlos nessa recordação.

Figura 1 - História natural da sífilis adquirida e "risco" ou "chance" de transmissão vertical



Fonte: Adaptado de Gutman, 1998 & CDC, 2003.

A auxiliar de enfermagem Lúcia questiona:

E na criança que pegou a doença de sua mãe? Como é a manifestação da doença?

Carlos e Jorge não sabem responder...

Questão 4

Ajude a equipe a compreender as manifestações clínicas da sífilis congênita.

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabe-se que:

- A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.
- Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.
- A taxa de transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).
- Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança com o canal de parto, se houver lesões genitais maternas (cancro duro). Durante o aleitamento ocorrerá a transmissão apenas se houver lesão mamária por sífilis (cancro duro).
- Ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% dos conceitos infectados a partir de mães com sífilis precoce não tratadas.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade.

Acreditava-se que a infecção do feto não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto, já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos a partir da 9ª semana de gestação.

A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: recente e tardia.

Sífilis congênita recente: é aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros 2 anos. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida. Assume diversos graus de gravidade, sendo sua forma mais grave a sepsse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Apresenta lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais; lesões ósseas manifestadas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudo-paralisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite.

Sífilis congênita tardia: é a denominação reservada para a sífilis que é identificada após o segundo ano de vida. Corresponde, em linhas gerais, à sífilis terciária do adulto, por se caracterizar por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson + ceratite intersticial + lesão do VIII par de nervo craniano), nariz em sela e tibia em lâmina de sabre.

Dr. Carlos rapidamente comenta:

Temos de diagnosticar todo mundo e tratar o mais rápido possível! Vou conversar com a equipe do laboratório para saber como fazer isso.

Sandra, chefe do laboratório de bioquímica do município, recebe o Dr. Carlos e o enfermeiro Jorge:

Muito prazer Carlos e Jorge. Eu os conhecia apenas pelas solicitações de exames... Fico muito feliz que a equipe de vocês esteja mobilizada para o controle da sífilis!

Nós recebemos ainda poucas solicitações pelo que seria de se esperar pelos dados do nosso estado e do Brasil.

Em que posso ajudá-los?

Dr Carlos:

Como dizer que uma pessoa tem sífilis pelos testes de laboratório? Eu me lembro do VDRL...

Questão 5

Ajude a bioquímica Sandra a responder essa dúvida.

O diagnóstico da sífilis em qualquer de suas fases é baseado na história clínica e epidemiológica sugestiva (sífilis ou outras doenças sexualmente transmissíveis e situação da parceria sexual) e, a partir desse ponto, da avaliação clínica com a identificação de sinais e/ou sintomas característicos da doença.

A partir da suspeita clínica e epidemiológica são solicitados exames complementares, de acordo com a fase da doença.

Como testes a serem utilizados para o diagnóstico da sífilis, incluem-se:

- 1- Pesquisa do *T. pallidum*
- 2- Pesquisa de anticorpos
 - testes sorológicos não treponêmicos e testes sorológicos treponêmicos

1 - Pesquisa do *T. pallidum*

É realizada em material das lesões primárias e secundárias suspeitas: microscopia de campo escuro e outras técnicas (*Imunofluorescência* direta; *Polymerase Chain Reaction* – Reação em Cadeia da Polimerase [PCR]; coloração pela prata).

A identificação do *T. pallidum* por meio de pesquisa direta não é um método de rotina, considerando-se que a maioria das pessoas com sífilis não apresenta sinais ou sintomas.

Mais recentemente, testes para amplificação de ácidos nucleicos, como a reação em cadeia da polimerase (PCR), vêm sendo desenvolvidos e avaliados, com resultados que indicam um aumento da sensibilidade (91%) para o diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum*. Entretanto, esses testes, além do elevado custo e da complexidade de realização, ainda não estão disponíveis comercialmente, estando limitados a centros de pesquisa.

2 - Pesquisa de anticorpos

De uma forma geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. São divididos em testes não treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). O ideal para melhorar a qualidade dos serviços e a eficácia dos testes é que seja realizado de rotina o teste confirmatório treponêmico, a partir de todo teste não treponêmico reagente.

2.1- Sorologia não Treponêmica

O VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) são os testes utilizados para a triagem sorológica da sífilis, tendo em vista a sua elevada sensibilidade⁵ (RPR – 86 a 100% e VDRL – 78 a 100%) e a possibilidade de titulação, o que permite a avaliação da resposta ao tratamento. Além da elevada sensibilidade, esses testes são de realização técnica simples, rápida e de baixo custo. A principal desvantagem se refere aos resultados falso-positivos e falso-negativos, que podem ser explicados, respectivamente, pela ocorrência de reações cruzadas com outras doenças (tuberculose, hanseníase, lúpus) e pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito prozona⁶. No Brasil, o VDRL é o teste mais utilizado. O resultado é descrito qualitativamente (“reagente”, “não reagente”) e, se “reagente”, deve ser acompanhado do quantitativo (titulações tais como 1:2, 1:32 etc.), para efeito de diagnóstico e controle de cura. Mesmo sem tratamento o teste apresenta queda progressiva dos títulos ao longo de vários anos; com a instituição do tratamento há queda tendendo à negatificação, podendo porém, se manter reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, fenômeno conhecido como memória imunológica ou cicatriz sorológica.

⁵ Sensibilidade: entende-se a capacidade de um teste detectar os indivíduos realmente portadores da doença, condição ou agravo. Representa a probabilidade dos indivíduos com a doença terem um teste positivo para essa doença, condição ou agravo. Um teste é tanto mais sensível quanto menor for o número de exames falso-negativos que ele produz. Sendo assim, um teste sensível raramente deixa de reagir quando amostras de indivíduos com a infecção / doença são testadas.

⁶ Efeito prozona: reação imunológica devida a uma quantidade excessiva de anticorpos anti-cardiolipina em soro não diluído, levando a resultados falso negativos por inibição da floculação. O fenômeno pode ocorrer em 1 a 2% dos pacientes, especialmente no estágio secundário e durante a gravidez. Para evitar a ocorrência do evento, deve-se solicitar sempre a diluição do soro quando da realização do exame.

Na sífilis recente ou tardia o tempo para negatificação dos testes não treponêmicos, após o tratamento eficaz, é tanto mais demorado quanto maior a duração da infecção ou mais elevados forem os títulos no início do tratamento.

Na sífilis primária ou secundária os títulos caem de forma exponencial, entre quatro a dois títulos ao fim dos primeiros três meses, e de oito a quatro títulos ao fim de seis meses, negativando-se em cerca de um ano para sífilis primária tratada e em dois anos para a secundária. Títulos persistentemente positivos, mesmo após tratamento, podem, no entanto, significar nova infecção ou falha no tratamento, especialmente se os títulos forem superiores a 1:4.

2.2 - Sorologia Treponêmica

TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*); **FTA-Abs** (*Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption*), e **ELISA** (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*): são testes utilizados para a confirmação da infecção pelo *T. pallidum*, permitindo a exclusão dos resultados falso-positivos dos testes não treponêmicos tendo em vista a sua elevada especificidade⁷ (TPHA – 98 a 100%; FTA-Abs – 94 a 100%; ELISA – 97 a 100%). Em populações com baixa prevalência da sífilis, uma proporção considerável dos casos identificados como positivos seria na realidade de resultados falso-positivos. Considerando-se a persistência de anticorpos treponêmicos em um indivíduo infectado, mesmo após o tratamento específico, esses não são úteis para o monitoramento, uma vez que não permitem diferenciar infecção recente de infecção passada.

Diagnóstico de Sífilis Congênita

Na sífilis congênita, considerando que a maioria das crianças apresenta-se assintomática ao nascimento, a aplicação de testes sorológicos para o diagnóstico deve ser avaliada cuidadosamente, tendo em vista que o diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum*, por meio da presença de anticorpos na criança, pode ser confundida com a passagem passiva, por via transplacentária, de anticorpos IgG maternos. Portanto, indica-se a comparação dos títulos da sorologia não treponêmica na criança com a da mãe, preferencialmente, de um mesmo teste realizado em um mesmo laboratório. Títulos da criança maiores do que os da mãe indicariam suspeita de sífilis congênita. Não é recomendada a utilização de testes treponêmicos em recém-nascidos.

⁷ Especificidade – é a capacidade de um teste definir se os indivíduos realmente não portadores. Representa a probabilidade dos indivíduos sem a doença terem um teste negativo para essa doença, condição ou agravamento. Um teste específico raramente classificará erroneamente pessoas saudáveis em doentes, daí a sua importância no processo de confirmação. A especificidade de um teste será tanto melhor quanto maior for a sua capacidade de não produzir resultados falso-positivos..

Para crianças menores de seis meses o diagnóstico de sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe (incluindo avaliação de adequação ou não de tratamento específico) e de exames complementares (laboratoriais e de imagem) na criança, que possibilitam a classificação final do caso (com a finalidade de diagnóstico e estadiamento) e a instituição adequada da antibioticoterapia. Nas situações em que a avaliação complementar da criança não for possível, essa criança deve necessariamente ser tratada e acompanhada clinicamente, baseado na história clínico epidemiológica da mãe e no diagnóstico clínico presuntivo quando a criança apresentar sinais e/ou sintomas.

De uma forma geral, aplicando-se testes não treponêmicos, os títulos de anticorpos começam a declinar a partir dos três meses de idade, negatizando-se aos seis meses de idade. Após os seis meses de vida, a criança com VDRL reagente deve ser investigada, exceto naquelas situações em que a criança está em seguimento. A partir de 18 meses de idade, quando os anticorpos adquiridos passivamente da mãe não são mais detectáveis, uma sorologia treponêmica reagente define o diagnóstico de sífilis congênita.

O diagnóstico definitivo de sífilis congênita pode ser estabelecido por meio da aplicação da pesquisa direta do *T. pallidum* em lesões de pele e secreção nasal (microscopia de campo escuro ou imunofluorescência direta) além de estudos histopatológicos de placenta e cordão umbilical. Ressalta-se que esses testes, devido ao elevado custo e complexidade de realização, nem sempre estão disponíveis.

Em resumo:

Na sífilis na gestação, a utilidade do VDRL é:

- a) Realizar triagem das gestantes na primeira consulta do pré-natal, e no início do terceiro trimestre.
- b) Realizar triagem na admissão para parto ou curetagem por abortamento, independentemente do resultado do VDRL realizado no pré-natal.
- c) Permitir o seguimento mensal da gestante tratada.

Na sífilis congênita, a utilidade do VDRL é:

- a) Realizar triagem dos recém-nascidos, filhos de mães com teste não treponêmico reagente na gravidez ou parto, para que sejam investigados com exames complementares.
- b) Comparar os títulos com o da mãe (se o título for maior do que o da mãe é uma forte evidência de infecção congênita por sífilis).
- c) Seguimento de recém-nascido tratado. Os títulos deverão diminuir até a negativação, que pode ocorrer até o fim do segundo ano.

A seguir, quadro comparando os testes para o diagnóstico da sífilis:

Quadro 1 - Testes diagnósticos para sífilis⁸

MATERIAL PARA TESTAGEM	TÉCNICA	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE	CUSTO/TESTE PAGO PELO SUS (R\$)*
Úlcera ou lesão	Microscopia de campo escuro	74-86%	85-97%	-
	Pesquisa de antígenos (fluorescência direta)	73-100%	89-100%	5,04
	Detecção de DNA (PCR)	91%	99%	-
Soro	RPR	86-100%	93-98%	
	VDRL	78-100%	98%	2,83
	Teste Rápido	84-98%	94-98%	10,00
	EIA	82-100%	97-100%	
	TPHA	85-100%	98-100%	4,10
	FTA-Abs	70-100%	94-100%	10,00

*Custeados pelo Sistema Único de Saúde (Tabela SIA/SUS - março de 2005)

No quadro abaixo, são resumidos os valores da sensibilidade dos principais testes em indivíduos com sífilis adquirida sem tratamento, em diferentes fases da doença.

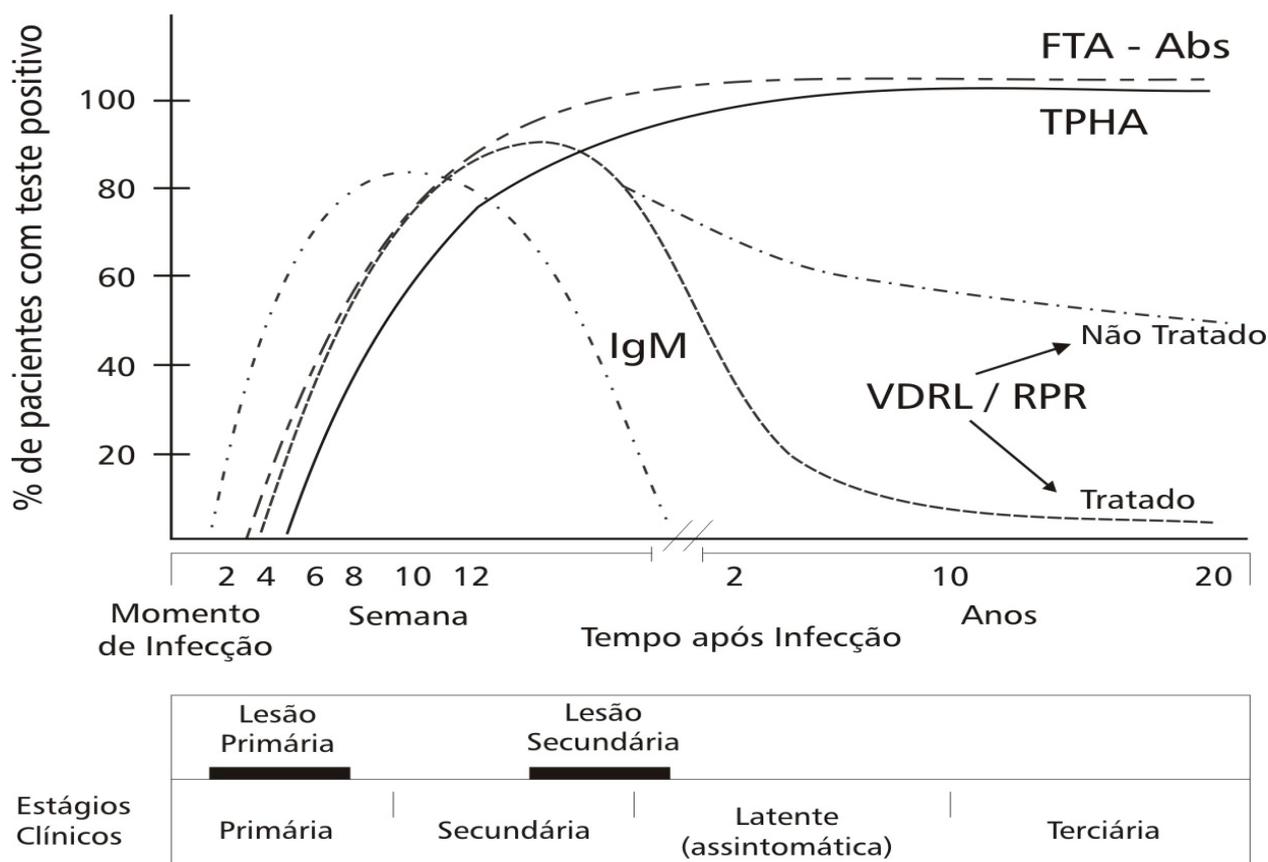
Quadro 2 - Estágios da doença e percentual de positividade.

TESTE	PRIMÁRIA	SECUNDÁRIA	LATENTE	TERCIÁRIA
VDRL/RPR	78% (74-87%)	100%	95% (88-100%)	71% (37-94%)
FTA-Abs	84% (70-100%)	100%	100%	96%
Aglutinação Treponêmica TPHA	84% (84-100%)	100%	100%	TPHA provavelmente tem um desempenho semelhante ao do FTA-Abs

No gráfico a seguir apresentam-se os padrões comuns da reatividade sorológica em pacientes com sífilis.

⁸ Fonte: Adaptado de PEELING, R.W.; YE, H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bulletin of Pan-American Health Organization 2004, 82(6): 439-446.

Gráfico 1 – Reações sorológicas na sífilis de acordo com a fase clínica da doença e o teste sorológico aplicado⁹.



a - IgM por Elisa ou FTA-Abs 19S ou imunoblot

Testagem sorológica para sífilis em serviços de hemoterapia:

De forma específica, desde 1969 é obrigatória a triagem sorológica para a sífilis em candidatos à doação de sangue. Do ponto de vista dos serviços de hemoterapia e de acordo com a legislação vigente (RESOLUÇÃO ANVISA - RDC N° 153, de 14 de junho de 2004), deverá ser realizado um teste treponêmico ou não-treponêmico. Ressalta-se que não existe a obrigatoriedade de confirmação dos resultados de testes de triagem reagentes da sífilis na rotina de serviços de hemoterapia. No entanto, é de responsabilidade do serviço de hemoterapia a convocação e orientação do doador com resultados de exames reagentes, encaminhando-o a serviços assistenciais para confirmação do diagnóstico ou, no caso de os exames confirmatórios terem sido realizados pelo serviço de hemoterapia, encaminhá-lo para acompanhamento e tratamento. Os candidatos a doação que tiveram alguma doença sexualmente transmissível (DST) estarão inabilitados à doação por 12 meses após a cura.

⁹ Fonte: PEELING, R.W.; YE, H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bulletin of Pan-American Health Organization 2004, 82(6): 439-446.

Nesse momento, entra no laboratório a Dra. Vânia, ginecologista do município, em busca dos exames de suas gestantes, como faz de rotina toda a semana:

Olha Dr. Carlos, trabalhar com sífilis é um desafio... No meu ambulatório estou acompanhando algumas mulheres que iniciaram muito tarde o pré-natal ou que estão fazendo o pré-natal, mas não foram testadas para a sífilis de forma adequada...

Dr. Carlos pergunta:

Nós, na unidade básica de saúde, estamos interessados em melhorar as nossas ações de controle. Como poderíamos garantir o diagnóstico sorológico e as condutas adequadas preconizadas para as gestantes?

Questão 6

Discuta essas dúvidas:

Recomendações:

- No pré-natal, após o aconselhamento solicitar: o VDRL na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação; oferecer teste anti-HIV;
- Realizar o tratamento da gestante e do parceiro concomitantemente, mesmo que este último não tenha a confirmação do seu diagnóstico por meio de teste sorológico;
- Orientar quanto aos cuidados para o sexo seguro, com o uso de preservativo, durante e após tratamento, para evitar reinfeção;
- Considerar e avaliar a possibilidade de outras infecções sexualmente transmissíveis.
- Realizar o seguimento laboratorial mensal das gestantes tratadas, por meio de testes sorológicos não treponêmicos **quantitativos** durante a gestação. As gestantes devem ser novamente tratadas se não houver resposta clínica ou se houver aumento de titulação de pelo menos duas diluições em relação ao último exame de VDRL (por exemplo: de 1:2 para 1:8);
- Considerar a paciente tratada quando houver manutenção de títulos de anticorpos em baixos níveis (por exemplo: 1:2 ou 1:4), ou se houver declínio dos títulos;
- Considerar como tratamento inadequado da sífilis materna, visando o tratamento do conceito, a aplicação de qualquer terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta e/ou finalizado pelo menos 30 dias antes do parto ou parceiro não tratado ou quando não se dispõe desta informação sobre o parceiro;

- Em situações de gestantes com hipersensibilidade comprovada à penicilina, estas deverão ser encaminhadas para o serviço de referência para dessensibilização ou, na impossibilidade, recomenda-se o uso de estearato de eritromicina. Ressalta-se que no caso da gestante não tratada com penicilina considerar tratamento inadequado e proceder ao tratamento da criança.

Anotar no cartão da gestante os resultados dos exames, o tratamento realizado (incluindo parceiro) bem como orientar para que o tenha em seu poder no momento do parto.

O enfermeiro Jorge, após as discussões no laboratório, ainda permanece com algumas dúvidas...

Além da clínica e da sorologia, existem outros exames para fazer o diagnóstico da sífilis congênita?

Questão 7

Ajude a resolver essa questão.

Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, é necessário realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar e outros exames, quando clinicamente indicados.

Avaliação da criança com sífilis congênita:

Estudo do Líquido Cefalorraquidiano (LCR / líquido)

A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças sintomáticas do que nas assintomáticas. A sensibilidade da avaliação do LCR é menor em crianças assintomáticas.

Deve-se ressaltar a necessidade de uma avaliação cuidadosa dos parâmetros de referência para análise dos resultados, considerando-se a dificuldade de interpretação por fatores como prematuridade e outras causas para as alterações encontradas.

Apesar das considerações acima, a avaliação líquórica é consenso na rotina dos serviços, tomando-se como base a frequência de 15% de alterações neurológicas encontradas em estudos anteriores à disponibilidade da terapia com a penicilina. Caso não haja contra-indicações, recomenda-se realizar punção lombar para a coleta de LCR com o objetivo de avaliar a celularidade, o perfil protéico e o VDRL, em todos os casos de sífilis em crianças de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, para a exclusão do diagnóstico de neurosífilis. Não se recomenda o uso do RPR (sorologia não treponêmica) líquido.

A presença de leucorraquia (mais de 25 leucócitos/mm³) e a elevada concentração de proteínas (mais de 150 mg/dl) no LCR, em um recém-nascido com suspeita de sífilis congênita, devem ser consideradas como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no líquido deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou na concentração de proteínas.

Se a criança for identificada após o período neonatal (acima de 28 dias de vida), as alterações no LCR incluem: VDRL positivo e/ou concentração de proteínas de 40 mg/dl ou mais e/ou contagem de leucócitos de 5 células/mm³ ou mais.

Estudos de Imagem: Radiografia de Ossos Longos

Tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce das alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos apresenta grande importância diagnóstica. As alterações radiológicas indicativas de envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero) são encontradas em 75 a 100% das crianças que apresentam evidências clínicas de sífilis congênita recente (incluindo osteocondrite, osteíte e periostite). Justifica-se a realização dessa avaliação por imagem nos casos suspeitos de sífilis congênita tendo em vista que, entre 4% e 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, as imagens radiológicas representam a única alteração.

Jorge e Carlos telefonam para a Secretaria Municipal de Saúde à procura de informações a respeito do tratamento da sífilis no município.

A chefe de gabinete Ana informa que todos na secretaria estão em reunião preparativa para a bipartite e recomenda que eles procurem o farmacêutico do município, Josué, para saberem maiores detalhes sobre o tratamento dos casos diagnosticados.

Na farmácia central do município, Dr. Carlos pergunta:

Josué, nós temos o tratamento aqui no município?

Questão 8

Explique o tratamento da sífilis em adultos.

Quadro 03 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestante ou não nutriz e controle de cura.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA IMPOSSIBILIDADE DE USO DA PENICILINA:	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série* Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), ou tetraciclina 500mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500mg, 6/6h (VO), 15 dias.	Exame sorológico não treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), ou tetraciclina 500mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500mg, 6/6h (VO), 15 dias	Exame sorológico não treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), ou tetraciclina 500mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500mg, 6/6h (VO), 30 dias	Exame sorológico não treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia IV. 10 a 14 dias	4/4 h diariamente	-	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização da celularidade

* 1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo.

Um dos grandes desafios para o controle desse agravo é a baixa captação e conseqüente tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas na rede. Este problema ocorre não apenas com a sífilis, mas também com as demais Doenças Sexualmente Transmissíveis e está relacionado a vários fatores socioculturais. Entre esses fatores inserem-se o preconceito, a falta de educação sexual, a dificuldade de avisar o parceiro para também procurar o auxílio médico, além da dificuldade de percepção da doença, muitas vezes assintomática.

É necessário aumentar o investimento na formação dos profissionais e na estruturação dos serviços de atenção básica que atuam na assistência pré-natal para a realização do aconselhamento e a devida abordagem dos parceiros.

Jorge lembra-se das gestantes e das crianças com sífilis congênita.

E como fazer o tratamento das gestantes e das crianças com sífilis congênita?

Questão 9

Discuta o tratamento da sífilis em gestantes e crianças com sífilis congênita.

O tratamento da gestante infectada pelo o *T. pallidum* deve ser realizado com penicilina G benzantina, pois essa droga é capaz de atingir níveis séricos bactericidas no feto e eficaz nos casos de transmissão transplacentária (Quadro 4).

Quadro 04 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura.

ESTADIAMENTO	PENICILINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal

*1 série de penicilina benzantina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

Observações:

Tratamento adequado da sífilis na gestante:

- é todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente

Tratamento inadequado para sífilis na gestante:

- é todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- tratamento concluído até 30 dias antes do parto; ou
- ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou
- parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita – Diretrizes para o Controle, 2005.

De volta à Unidade Básica de Saúde Três Marias, mais seguros em relação às questões de manejo da sífilis congênita, Lúcia, Jorge e Carlos convocam uma reunião para envolverem os agentes comunitários de saúde nessas ações. O agente de saúde Pedro fica preocupado principalmente com o tratamento:

Não é perigoso dar a penicilina na nossa unidade? E o problema da alergia? Conversei com amigos de outros municípios e eles não aplicam. As pessoas podem morrer na nossa frente! O povo vai chiar...

Questão 10

Discuta a questão colocada acima:

As penicilinas representam um grupo de antibióticos de baixíssimo custo e elevada eficácia e, portanto, importante no tratamento e prevenção de doenças infecciosas e suas complicações. São antibióticos de primeira escolha nas infecções por agentes encapsulados sensíveis a estes antibióticos (pneumonia pneumocócica, abscesso cerebral, meningite bacteriana), na sífilis (neurosífilis, sífilis congênita, sífilis em gestantes), na profilaxia primária e secundária da febre reumática e na glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Apesar disso, esse medicamento referendado pela Organização Mundial da Saúde como essencial e de incontestável utilidade, tornou-se estigmatizado pelos profissionais de saúde principalmente pelas deficiências de informação no que se refere às reações alérgicas.

Muitas vezes, o relato de reações refere-se a distúrbios neuro-vegetativos ou reações vasovagais, caracterizados por ansiedade, medo, sudorese, associados à dor ou à possibilidade de sensação dolorosa frente à administração de quaisquer medicamentos parenterais ou outros procedimentos médicos. Estes episódios são corriqueiros e erroneamente interpretados como reações alérgicas. Nestas situações há agitação e ansiedade excessivas, que em poucos minutos cessam apenas com a manutenção do paciente na posição deitada, sem necessidade de qualquer tipo de tratamento específico.

Anafilaxia é uma reação alérgica rara, mas grave, decorrente da manifestação imunológica de uma reação de hipersensibilidade tipo I, mediada por IgE ou IgG. Envolve uma ou ambas das seguintes manifestações: dificuldade respiratória (que pode ser devida a edema laríngeo ou asma) e hipotensão (que pode ser acompanhada de desmaio ou perda da consciência). Outros sinais e sintomas podem estar presentes.

Anafilaxia é uma condição facilmente tratável e os pacientes podem se recuperar completamente.

Deve-se lembrar que os alimentos são a maior causa de anafilaxia, com evidências de que este seja um problema crescente. A segunda maior causa é devida à picada de abelha ou vespa.

Portanto, reações de hipersensibilidade podem ocorrer com qualquer tipo de droga, e até mesmo alimentos, fazendo com que a atenção e cuidados requeridos para as penicilinas sejam os mesmos dedicados aos demais agentes. Dentro da estratégia da farmácia básica no programa de saúde da família, existem medicamentos e imunobiológicos que apresentam uma frequência de eventos adversos comparável ou superior à da penicilina.

O fato é que o manejo de reações de hipersensibilidade incluindo a anafilaxia de qualquer produto/medicamento deve, necessariamente, ocorrer em qualquer unidade de saúde com profissionais habilitados e recursos materiais necessários. **(Portaria Nº. 156, de 19 de janeiro de 2006 (Anexo I)).**

Vale a pena ressaltar mais uma vez que **o melhor tratamento para a sífilis, em todos os seus estágios, ainda é a penicilina**, sendo a única terapêutica com eficácia documentada para a sífilis durante a gestação e para a neurosífilis. Não se constatou, até hoje, resistência à penicilina pelo *T. pallidum*.

Ainda na equipe, o agente de saúde Pedro levanta uma outra preocupação com relação ao controle da sífilis em gestantes e congênita: se é um problema tão sério, como ainda não se oferece o exame para todas as gestantes no pré-natal? A minha prima Júlia, que está grávida, foi à US e não soube nada sobre sífilis, apenas fez “exames de sangue”... *Será que o VDRL foi pedido? E se a criança nascer com sífilis congênita?*

Questão 11

Discuta o fluxo dos resultados dos exames para o diagnóstico da sífilis em gestantes em seu local de trabalho.

IMPORTANTE: em relação ao fluxo dos resultados laboratoriais é fundamental pactuar a priorização da realização do exame para a gestante e agilizar a coleta e entrega dos resultados dos testes para assegurar o diagnóstico oportuno desse agravo e prevenção da sífilis congênita.

Dr. Carlos fica preocupado:

Mas não é tudo muito difícil para fazermos no nosso município? Como fazer tudo isso na atenção básica? Como sensibilizar os nossos gestores da saúde?

Jorge e Carlos decidem:

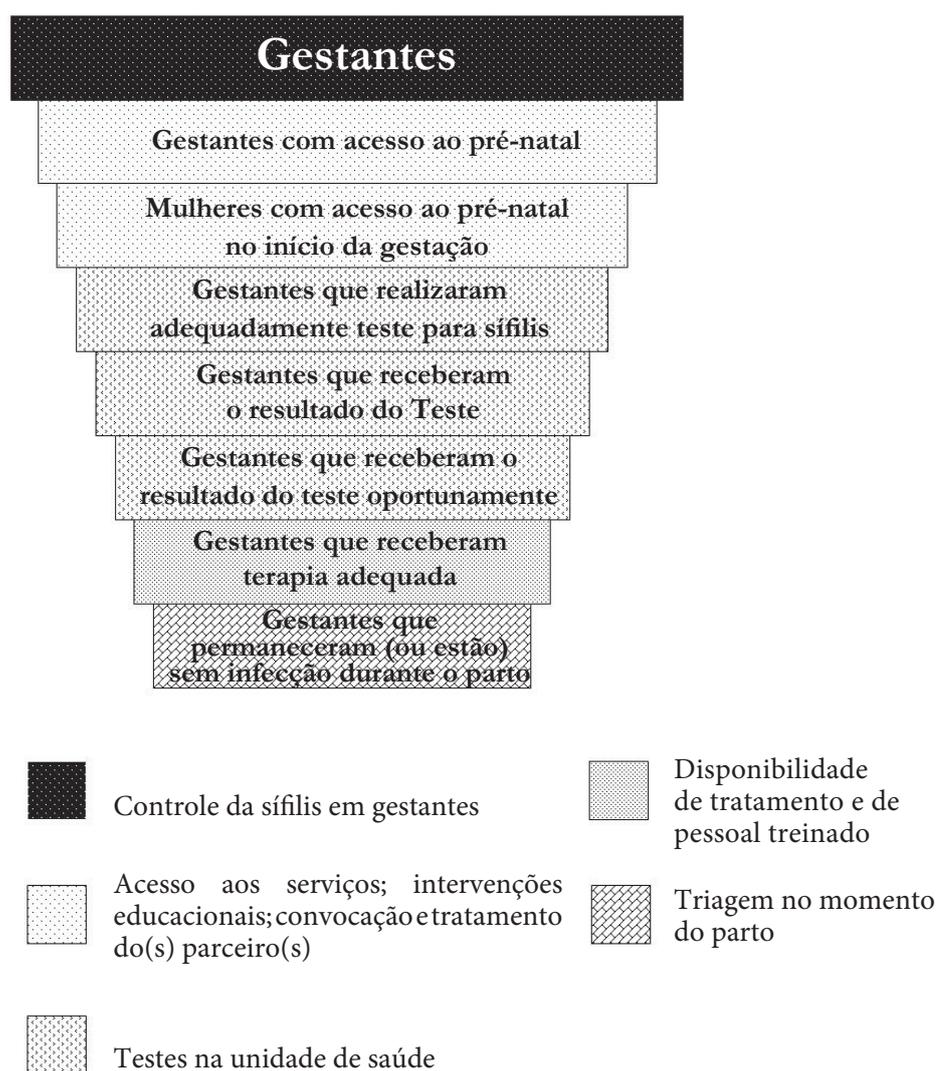
Temos que conversar mais a respeito das nossas grávidas com a Dra. Vânia...

Questão 12

No seu Município/Região/Estado, como estão as ações para o controle da sífilis em gestantes e congênita e como podem ser estruturadas?

Essas ações devem ser estruturadas a partir de um diagnóstico situacional da atenção no pré-natal, no momento do parto, no puerpério e no período neonatal. Para o conhecimento de situações que contribuem para a ocorrência de casos de sífilis congênita sugere-se a utilização do diagrama a seguir.

Cada barra representa um subconjunto de mulheres da barra imediatamente acima, sinalizando-se para a presença de um obstáculo entre os contextos de cada barra consecutiva que necessariamente deve ser superado. O tamanho de cada barra variará de acordo com os diferentes municípios e a estrutura do sistema de saúde local. As opções de intervenção para cada um dos obstáculos identificados para o controle da sífilis congênita deverão fazer parte do seu plano de ação:



Fonte: Diagrama de Piot - Adaptado de Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. Boletim OMS . 2004; 82(6): 402-409.

As estratégias de controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita a serem aplicadas têm como referências os seguintes princípios que norteiam as ações de prevenção:

- a) captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana, com ações direcionadas para a busca ativa a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimento);
- d) instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na cartão da gestante;
- f) notificação dos casos de sífilis na gestação e congênita.

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada.

Além disso, as medidas de controle, envolvendo a realização do VDRL, devem abranger também outros momentos: antes da gravidez (exemplo: consultas ginecológicas e exames pré-nupciais) e na admissão na maternidade, seja para a realização do parto ou para curetagem pós-aborto ou por qualquer outra intercorrência durante a gravidez.

Finalmente, há necessidade de estudos que possam orientar sobre a vulnerabilidade¹⁰ individual, coletiva e institucional das populações específicas, já que muitos estudos comprovam uma tendência do crescimento da frequência de infecção pelo *T. pallidum* em populações socialmente excluídas.

Em relação ao financiamento das ações de controle da transmissão vertical da sífilis podemos citar algumas estratégias que buscam incentivar financeiramente a qualidade do pré-natal:

- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: instituído pelo Ministério da Saúde, pela Portaria/GM no 569, de 01 de junho de 2000, representa um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Tem como objetivo concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante (Brasil 2000, Serruya 2004).
- Metas no Programa de Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde do ano 2005: realização de VDRL durante o pré-natal/parto, com base na

⁹ **Vulnerabilidade:** pouca (ou nenhuma) capacidade do indivíduo, ou do grupo social, de decidir sobre sua situação de risco. Em relação às pessoas já infectadas, refere-se à restrição de acesso aos serviços e recursos terapêuticos. A vulnerabilidade está diretamente associada a fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.

informação do sistema de informação hospitalar (SIH-SUS) e vinculado ao pagamento da Autorização de Internação Hospitalar do parto (AIH-parto), publicado na portaria ministerial 766 de 21 dezembro de 2004 (Anexo II).

Após todos os esclarecimentos, os profissionais envolvidos decidiram pela elaboração de um plano municipal de controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita, tomando como referência a integralidade na rede de serviços.

Questão 13

Ajude a equipe a definir as estratégias a serem incluídas no plano.

Quando se pensa em controle da sífilis em gestante e congênita, ou de qualquer doença/agravo, deve-se necessariamente pensar em uma rede de serviços e em uma forma de gestão compatíveis com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A integralidade, como modo de organizar as práticas, indica a necessidade de superação dos programas verticais que limitam as possibilidades de atuação, desvalorizando as especificidades locais. Os princípios dessa nova ordem passam, necessariamente, pela gestão democrática e por um serviço público de saúde voltado para a defesa da vida do indivíduo e da coletividade.

Considerando-se que: (i) a história natural da sífilis é conhecida em todas as suas expressões clínicas, (ii) que a avaliação complementar diagnóstica é disponível, simples, com elevada sensibilidade e com custos relativamente baixos; (iii) que o tratamento encontra-se disponível a custos baixos e com grande experiência de uso; (iv) que, no caso da sífilis congênita, a população alvo das intervenções frequenta os serviços de saúde em diferentes momentos de sua vida, a doença representa ainda hoje um grande desafio para a saúde pública. Nesse último aspecto, o **desenvolvimento de ações integrais e com qualidade no pré-natal** é reconhecida como **estratégia-chave** para o controle da sífilis congênita.

No caso da sífilis adquirida, as ações de abordagem sindrômica na rede de serviços representam uma estratégia importante para a cobertura da atenção às DST de uma forma em geral, incluindo a sífilis.

Com o objetivo de tornar possível as ações, a equipe da unidade básica de saúde decide encaminhar as suas propostas para o Secretário Municipal de Saúde, o ortopedista Mário de Andrade. Eles se dirigem até o prédio da Secretaria onde encontram com o Secretário que acabou de sair da reunião preparatória para a bipartite.

Secretário, gostaríamos de apresentar um plano para controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no nosso município...

O Secretário Mário de Andrade pede a eles que deixem o plano para que possa fazer uma análise mais aprofundada, mas já comenta:

Não sei se sífilis é prioridade para discutirmos na bipartite, mas pelo sumário do documento, não vi nada a respeito da vigilância epidemiológica. Sem números não existem problemas...

Além dos conhecimentos relacionados aos aspectos biológicos da infecção pelo *T. pallidum* e às ações para o adequado manejo e prevenção da sífilis em adultos, gestantes e em crianças, uma ação estratégica fundamental é a vigilância epidemiológica...

MÓDULO

2

**Vigilância Epidemiológica da
Sífilis em Gestante e da Sífilis
Congênita**

Vigilância Epidemiológica da Sífilis em Gestante e da Sífilis Congênita

A Maternidade Pública do município de Lua Azul faz triagem para sífilis em todas as parturientes. Na sala três da maternidade, os residentes estão reunidos para discussão e apresentação de casos clínicos. Alberto, residente de pediatria, relatou que atendeu dois bebês, cujas mães, Kelly e Adrienne, apresentaram sorologia reagente para sífilis.

Nesse momento o preceptor recomenda aos residentes o contato com a equipe do núcleo de vigilância do hospital.

Alberto, indignado, pergunta: Mas além de fazer o diagnóstico e instituir o tratamento, ainda tenho de resolver burocracias?

Questão 1

Ajude o preceptor a discutir sua recomendação:

A vigilância é hoje a ferramenta metodológica mais importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. Em 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (criado pela Constituição Federal de 1988), o termo vigilância epidemiológica é definido como “... um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Lei 8.080/90)

Segundo a portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 em seu 3º Art. os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas no anexo III. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas punitivas cabíveis.

Alberto pergunta a seu preceptor: *então, temos de notificar as duas crianças?*

Questão 2

Ajude o preceptor de Alberto a responder essa pergunta.

Desde 1986, todo caso definido como sífilis congênita, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica (Portaria n.º 542, de 22/12/1986 publicada no D.O.U. de 24/12/1986).

A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações:

- toda criança, ou natimorto, ou aborto de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, o parto ou o puerpério;
- todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

A vigilância da sífilis congênita tem como objetivos desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade e conhecer o perfil epidemiológico desse agravo no Brasil e suas tendências, visando às ações de prevenção e controle.

O preceptor pergunta à turma se eles conhecem a definição de caso vigente da sífilis congênita.

Questão 3

Ajude o preceptor a explicar a definição de caso da sífilis congênita à turma:

Quatro critérios específicos compõem a definição de caso de sífilis congênita:

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto¹¹, ou natimorto¹² de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (Fluxograma 1).

Fluxograma 1



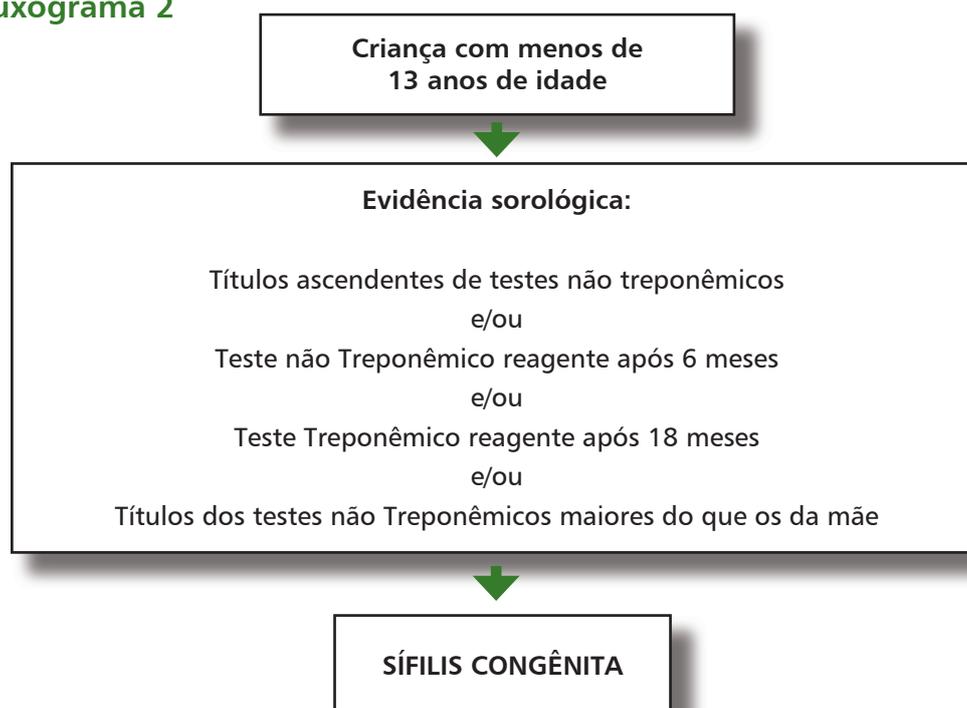
¹¹ Aborto: toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

¹² Natimorto: todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após 06 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe (Fluxograma 2).

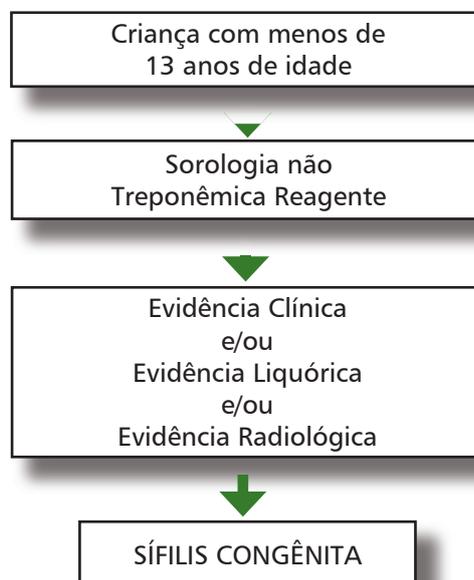
Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Fluxograma 2



Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica e/ou líquórica e/ou radiológica de sífilis congênita (Fluxograma 3).

Fluxograma 3



Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.



SÍFILIS CONGÊNITA

Alberto fala a seu preceptor: Entendi a definição de caso, mas não estão claros pra mim os passos dessa investigação.

Questão 4

Quais são os passos da investigação de um caso suspeito de sífilis congênita?

O primeiro passo é identificar a gestante e/ou puérpera portadora de sífilis.

Os passos seguintes visam a investigação completa e necessitam de informações do pré-natal, tratamento anterior da mãe e do(s) parceiro(s), exames físico, laboratoriais e radiológicos da criança.

As principais fontes notificadoras de sífilis congênita são as maternidades (onde se realiza a triagem para sífilis na admissão para o parto ou curetagem), unidades básicas de saúde e ambulatórios pediátricos, principalmente para crianças que nasceram de parto domiciliar ou não foram diagnosticadas na maternidade.

Mariana convida o grupo para discutir alguns casos clínicos que ela tem no núcleo de vigilância e também preencher a ficha de notificação e investigação.

Questão 5

Faça o exercício de preenchimento das fichas de investigação junto com os residentes (Anexo IV).

Casos Clínicos

Caso 1 (nº da notificação 0273050)

Maria Assunção Lima, branca, 26 anos (data de nascimento: 06/06/1978), recepcionista, residente na Rua Castro Alves, nº 123, bairro São José, município de Céu Claro, estudou até a 4ª série do primeiro grau. Chega à maternidade Clara Nunes, localizada no município Lua Azul no dia 14/03/2005, em trabalho de parto com dilatação de 3 cm, bolsa íntegra e níveis pressóricos de 120/75mmHg. Triagem para sífilis reagente (VDRL=1:16, data da coleta 14/03/2005). Não foi realizado exame confirmatório.

Segundo dados do cartão da gestante, Maria Assunção realizou 4 consultas de pré-natal no posto de saúde do município de Lua Azul. Durante o pré-natal foi diagnosticada sífilis, VDRL=1:32, amostra coletada em 05/10/2004 (na primeira consulta). No cartão da gestante não há registro da realização de outro teste, mas há registro de tratamento com penicilina benzatina 2.4 milhões UI, IM, iniciado no dia 26/11/2004. Refere que não tomou a segunda dose do medicamento e que seu parceiro não pôde comparecer ao Posto de Saúde para tratamento. Recém-nascido (Maria de Fátima Lima) nasceu no dia 14/03/2005, a termo, assintomático, com 38 semanas de gestação, pesando 3.380g. Sorologia de sangue periférico reagente (VDRL=1:8, data da coleta 15/03/2005), VDRL do líquido não reagente (data da coleta: 15/03/2005) e avaliação radiológica e líquórica sem alterações. Não foi realizado sorologia treponêmica no sangue periférico.

Caso 2 (nº da notificação 0273051)

Priscila dos Santos, 27 anos, cor parda, do lar, residente na rua Alecrim, bairro Cidreira, nº 10, município de Lua Azul, casada, 1º grau completo, parceiro fixo, com história de três gestações prévias, com três partos transpélvicos, nenhum aborto (G3:P3:A0), deu entrada na maternidade municipal de Lua Azul, na 20ª semana de gestação, com quadro de sangramento vaginal e dores em baixo ventre. Evoluiu com contrações intensas. A ultra-sonografia obstétrica revelou feto sem sinais vitais, pesando aproximadamente 750 g. A paciente permaneceu internada durante 4 dias para realização de curetagem (data do procedimento: 23/04/2005). Dois dias após a alta, retornou ao hospital com quadro de febre, estado geral comprometido, evoluindo para óbito no terceiro dia de internação. Não foi realizado testagem para sífilis na maternidade em nenhuma das ocasiões.

No prontuário médico consta que a paciente realizou o pré-natal na unidade básica de saúde próxima de sua residência, a partir da 8ª semana de gestação. Foi coletado sangue para realização de exames na 1ª consulta. Porém, no cartão de consultas e exames não havia registro do resultado do VDRL. Não foi encontrado no prontuário o registro da realização de outro teste para triagem sorológica da sífilis.

O caso foi relatado para o Comitê Municipal de Mortalidade Infantil de Riachinho, que localizou os exames da paciente no Laboratório Regional: VDRL 1:64 (data da coleta: 23/12/04); tipo sanguíneo B, Rh +; anti-HIV não reagente. A coordenadora municipal responsável pelo laboratório justificou que, “por problemas técnicos” não pode enviar o exame da paciente para a unidade básica.

Caso 3 (nº da notificação 0273052)

A pediatra Luciana da Unidade Básica de Saúde de Lua Azul, começou a trabalhar visitando o Orfanato Pinheiro do Sol, na rua Ernesto Che Guevara, no município de Lua Azul, em 10/01/2005. Observou que Raí Pereira Barbosa, branco, sete anos, nascido em 01/05/1998, filho de Rita Pereira Barbosa falecida aos 18 anos de idade, morador do orfanato desde outubro de 2003, apresenta nariz em sela e lesões gomosas. A pediatra solicitou investigação sorológica para sífilis, cujo resultado foi: VDRL=1:8 (data da coleta: 11/02/2005). Não fez avaliação líquórica ou radiológica. O orfanato não possui nenhuma informação sobre a mãe ou outro familiar.

Ângela, colega de turma de Alberto, pergunta a Mariana: *E de quem é a responsabilidade de preenchimento e envio da ficha de notificação/investigação?*

Questão 6

Ajude Mariana a responder a pergunta.

A notificação é feita pelo preenchimento e envio da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de Caso de Sífilis Congênita, e deve ser preenchida **corretamente**, evitando inconsistências¹³ e/ou não completitude¹⁴ dos **dados na ficha** por todo profissional de saúde no exercício de sua função..

Leis, decretos e portarias:

1. **Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975** – dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e regula ações de VE (Decreto 78231 de 12 de agosto de 1976 a regulamenta).

Em seu Título III - da Notificação Compulsória de Doenças - Art. 8º - dispõe:

É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde e

¹³ Inconsistência - falta coerência no preenchimento dos dados da notificação /investigação dos casos.

¹⁴ Completitude – levantamento da proporção de preenchimento dos campos na análise de uma base de dados. Ex.: Proporção do preenchimento do campo sexo, escolaridade, ocupação, raça, etc...

ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

2. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986** – inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional (Portaria Ministerial nº 608, de 28 de outubro de 1979) a sífilis congênita e a aids.
3. **Código de Ética Médica** – Resolução CFM nº 1246 de 1988 - enuncia os princípios éticos dos médicos para o Mercosul – pág. 94 – item 9 – Os médicos devem respeitar a legislação do País onde exercem a profissão, devendo colaborar com as autoridades sanitárias e assumir parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
4. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990** – dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo no artigo 6º, a vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos e ressalta a notificação compulsória de doenças como um de seus principais instrumentos.
5. **Código de Ética Médica** – 1996, nos seus artigos 1; 14; 44; 102; 107 e 108, dispõe sobre a obrigatoriedade de sigilo médico e da possibilidade de quebra desse sigilo nas situações em que se deve proteger a saúde e mesmo a vida de outras pessoas (tendo aqui em vista o conceito de legítima defesa) e quando houver obrigatoriedade de notificação do caso (observe-se que nesta última situação há obrigatoriedade de sigilo para os profissionais que trabalham com dados de notificação).
6. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998** – determina diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Anexo 3, item 11: “notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva”.
7. **Portaria nº 993/GM de 04 de setembro de 2000** – altera a relação de doenças de notificação compulsória incluindo a infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco.
8. **Portaria nº 1943, de 18 de outubro de 2001, revogando a portaria nº 993/GM, de 4 de Setembro de 2000** – redefine a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional.
9. **Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) – Capítulo III, artigo 269** – Dos crimes contra a saúde pública – Art. 269 – omissão de notificação de doença – Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena – detenção, de 6 meses a 2 anos, e multa.
10. **Portaria Nº 156, de 19 de janeiro de 2006** - Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).
11. **Portaria Nº5, de 21 de fevereiro de 2006** - Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

Questão 7

Discuta o fluxo de informação da VE da sua unidade de saúde, município ou estado.

Sistema Nacional de Vigilância e Fluxo de informação (Anexo V).

Alberto preencheu as fichas de notificação e anexou aos respectivos prontuários.

Questão 8

Avalie no seu grupo se a atitude de Alberto está de acordo com o fluxo de informação da vigilância epidemiológica (VE).

Questão 9

Qual o sistema de informação que se utiliza no Brasil para a notificação da sífilis congênita e outros agravos?

O sistema de informação utilizado para o registro das notificações de agravos e doenças no Brasil é o SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Para a maioria dos agravos agudos, notifica-se o caso suspeito na Ficha de Notificação porque quase sempre há que se desencadear as medidas de prevenção e controle imediatas. A partir dessa notificação, o caso é investigado, com o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação, sendo então confirmado ou descartado. A sífilis congênita encontra-se no grupo de agravos crônicos, que necessitam de investigação e notifica-se **somente os casos confirmados**, conforme recomendações descritas anteriormente.

Enquanto isso o enfermeiro Jorge e o médico Carlos estão relendo o plano de controle da sífilis que entregaram ao Secretário Mario de Andrade. Constataram que o secretário tinha razão: o plano não tinha dados epidemiológicos sobre a sífilis em gestantes e congênita.

Questão 10

Como você explicaria a importância da análise dos dados e a sua função?

A análise dos dados é fundamental para se conhecer o comportamento de uma doença, propor e avaliar as medidas de prevenção e controle e, assim, subsidiar as políticas públicas.

Realizar a análise periódica dos dados fortalece a VE e proporciona a detecção de inconsistências no sistema de vigilância, como a identificação dos casos sem investigação ou o monitoramento dos casos sem encerramento.

Jorge sugeriu que poderiam pedir ajuda ao Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Lua Azul para analisar os dados.

Chegando lá conheceram a assistente social Laura que é a profissional responsável pela vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis no município.

Laura explica a Carlos e Jorge que antes da digitação a ficha deve ser criticamente revisada, para evitar possíveis distorções. Além disso, antes do início da análise dos dados é necessário realizar a identificação de possíveis inconsistências e/ou não completitude dos dados no sistema de informação.

Laura acrescenta que em relação à sífilis congênita os principais problemas identificados são: *casos notificados sem a respectiva ficha de investigação e casos notificados com 13 anos ou mais de idade (erro de codificação da doença na CID-10 ou preenchimento da data de nascimento da mãe no lugar da data da criança).*

Recomenda-se a realização da análise e listagem desses casos para inclusão das investigações. Ressalta-se que todas as correções no sistema deverão ser realizadas no primeiro nível informatizado, onde o caso foi notificado.

Carlos indagou: *quais as informações mais importantes da ficha da sífilis congênita que poderemos utilizar para colocar no plano para o controle da transmissão vertical da sífilis?*

Questão 11

Ajude Laura a responder a pergunta de Carlos. Quais as informações que você acha importante analisar na ficha da sífilis congênita que vão ajudar no planejamento das ações?

Variáveis que ajudam a entender a transmissão vertical da sífilis no instrumento de notificação e investigação são: acesso ao pré-natal, diagnóstico de sífilis durante a gravidez, tratamento da gestante e do parceiro, dentre outras.

Jorge e Carlos precisam de informações que permitam conhecer a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo as características de tempo, lugar e pessoa.

Tempo: geralmente se refere ao período de ocorrência ou notificação desses casos.

Lugar: pode se referir tanto ao local da residência do caso ou ocorrência ou ainda notificação, quanto à localização geográfica ou à cidade ou ao distrito, e se os casos são urbanos ou rurais.

Pessoa pode representar “quem” ou “o porquê” (**quem** se refere à faixa etária, sexo e raça e **porquê** se refere ao motivo da exposição e às práticas de risco).

O estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função das variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilita o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde e é denominado epidemiologia descritiva.

Laura apresenta o número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, notificados no SINAN do município segundo o ano de diagnóstico, de 1998 até 30/06/2004. Solicita a Jorge e Carlos que preparem uma apresentação destes dados.

1998 - 17
1999 - 30
2000 - 30
2001 - 41
2002 - 29
2003 - 19
2004 - 29

Questão 12

Ajude Jorge e Carlos a organizar os dados apresentados acima de forma didática e tecnicamente correta.

A organização dos dados epidemiológicos é um passo importante para a análise e interpretação dos resultados encontrados. Essa organização pode-se dar por tabelas, quadros, gráficos e mapas. Tais maneiras de apresentar os dados têm o objetivo de auxiliar o leitor na identificação da frequência da ocorrência e na distribuição dos casos geralmente considerando as variáveis relacionadas ao tempo, ao lugar e às pessoas.

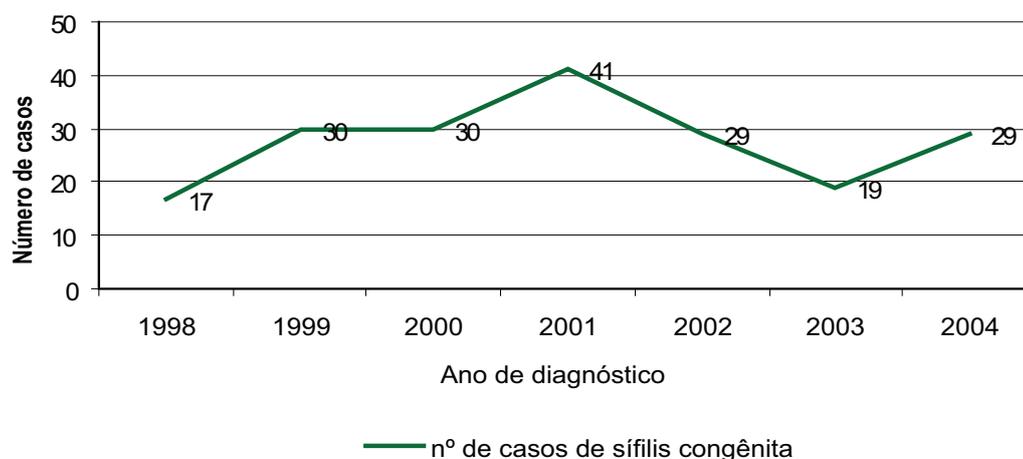
Tabela I - Casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade notificados segundo o ano de diagnóstico. Lua Azul, 1998-2004*

Ano de diagnóstico	Nº
1998	17
1999	30
2000	30
2001	41
2002	29
2003	19
2004	29
Total	195

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN – Lua Azul

*Casos notificados até 30/06/2004

Gráfico 1 - Casos de sífilis congênita notificados segundo ano de diagnóstico. Lua Azul, 1998-2004*.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN – Lua Azul

*Casos notificados até 30/06/2004

Questão 13

Segundo as informações contidas no gráfico: a) é possível fazer alguma afirmação sobre a variação da incidência de sífilis congênita em Lua Azul? b) Por quê? c) Que outros dados seriam necessários para o cálculo do coeficiente de incidência?

A análise dos dados inclui, necessariamente, a construção de indicadores que podem ser de natureza qualitativa ou quantitativa, e definidos como:

Os indicadores de saúde são medidas (índices, proporções, taxas, razões) que procuram sintetizar o efeito de determinantes de natureza variada (sociais, econômicos, ambientais, biológicos, etc.), sobre o estado de saúde de uma determinada população.

Carlos e Jorge não podem fazer nenhuma afirmação sobre a variação do coeficiente de incidência da sífilis congênita porque no gráfico só estão contidos valores absolutos referentes aos dados que se restringem aos eventos (número de casos), localizados no tempo e no espaço, não possibilitando comparações temporais ou geográficas. Esses são dados úteis no planejamento e na administração da saúde, como, por exemplo, para a estimativa de medicamentos e insumos em geral.

Para ser possível comparar as freqüências de morbidade ou mortalidade, torna-se necessário transformá-las em valores relativos, isto é, em numeradores de frações, tendo denominadores fidedignos. Os dados são relativos quando mostram alguma relação com outros, podendo ser expressos por coeficientes, taxas, proporções, índices ou razões.

Morbidade representa o comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta num dado intervalo de tempo.

Incidência representa a freqüência de casos novos de uma determinada doença, ou problema de saúde, em uma população de um determinado local e em um determinado período de tempo.

Prevalência é a freqüência de casos novos e antigos de uma determinada doença ou problema de saúde, existente num determinado local e período.

Taxa ou Coeficiente é uma medida do tipo proporção, que incorpora a relação entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer, sendo uma medida que informa quanto ao “risco” de ocorrência de um evento. Os eventos contidos no numerador representam um risco de ocorrência em relação ao denominador.

A magnitude da sífilis congênita sobre a população em termos de morbidade e mortalidade pode ser expressa, respectivamente, pela *taxa de incidência* e pela taxa de *mortalidade*. Estes indicadores representam a intensidade com que os casos ou as mortes por sífilis congênita ocorrem.

Para facilitar e permitir a comparação entre taxas, utiliza-se sempre uma base comum (100, 1.000, 10.000, 100.000) que representa uma potência de 10 (10^n). Essa potência de 10 é escolhida de forma a tornar os números obtidos o mais próximo possível do inteiro, procurando aumentar as frações obtidas pela divisão, e, conseqüentemente, diminuindo o número de zeros dessas frações decimais. No caso da sífilis congênita, tem-se utilizado como base padrão nessas taxas 10^3 (1.000).

$$\text{Taxa de incidência da sífilis congênita em menores de 01 ano} = \frac{\text{Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade de um determinado local e ano}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e no ano considerado}} \times 1.000$$

A prevalência é mais utilizada para doenças crônicas. Casos prevalentes são aqueles que estão sendo tratados (casos antigos), mais aqueles que foram descobertos ou diagnosticados (casos novos). Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença, novos e antigos, existentes, excluindo as curas, os óbitos e os doentes emigrados num determinado local e período.

$$\text{Coeficiente de mortalidade específica por sífilis congênita} = \frac{\text{Número de óbitos por sífilis congênita em um determinado ano e local de residência}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes de um determinado local e ano}} \times 100.000$$

Além da prevalência, das taxas de incidência e de mortalidade, existe um tipo “especial” de taxa de incidência denominado **taxa de letalidade**, representando a probabilidade de um indivíduo ir a óbito por uma determinada causa, considerando que essa pessoa tem a doença.

Além dos coeficientes, existem outras medidas do tipo proporção. Dentre elas, tem-se a **mortalidade proporcional**, que pode ser calculada para diferentes doenças ou agravos, faixas etárias, etc.

$$\text{Mortalidade Proporcional sífilis congênita} = \frac{\text{Número de óbitos por sífilis congênita de um determinado local e ano}}{\text{Número de óbitos neste mesmo local e ano}} \times 100$$

Pela história natural da sífilis congênita a melhor maneira de avaliar a mortalidade é por meio do estudo da mortalidade perinatal.

$$\text{Mortalidade Perinatal sífilis congênita} = \frac{\text{Número de natimortos somados aos óbitos neonatais}^{15} \text{ precoces por sífilis congênita de um determinado local e ano}}{\text{Total de natimortos mais o total de óbitos neonatais precoces neste mesmo local e ano}} \times 100$$

Laura resolve preparar uma apresentação dos dados de sífilis congênita do município e convida Carlos e Jorge para participarem da preparação do informe epidemiológico.

Dr. Carlos após o cálculo dos indicadores propostos sugeriu que utilizassem a taxa de incidência de sífilis congênita e a mortalidade perinatal por sífilis congênita, já que esses demonstram melhor a magnitude do problema no município.

Questão 14

- a) Calcule a taxa de incidência de sífilis congênita, utilizando os dados populacionais nos respectivos anos

Número de nascidos vivos dos anos de 1998 a 2003.

Ano	Nº
1998	7.375
1999	7.595
2000	7.100
2001	6.633
2002	6.331
2003	6.458

Fonte: Sistema Nacional de Nascidos Vivos – Ministério da Saúde

¹⁵ Óbitos neonatais: O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida.

b) Construa uma tabela e um gráfico com a distribuição anual das taxas de incidência da sífilis congênita no município de Lua Azul.

Questão 15

Avalie os dados do boletim epidemiológico do PN de DST/Aids (www.aids.gov.br – na área técnica - Epidemiologia) na tabela “**Casos de sífilis congênita** (dados absolutos) e **taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos)** (dados relativos), **segundo ano de diagnóstico por local de residência**”.

Um dos objetivos da vigilância epidemiológica da sífilis congênita é a redução da morbimortalidade. No período de 1998 a 1999, aproximadamente 50% dos casos de sífilis congênita no país foram diagnosticados até os sete dias de vida. Ao longo da série histórica, observa-se o aumento da proporção de casos diagnosticados nessa faixa etária, chegando a mais de 90% nos últimos anos. Esse aumento dos casos diagnosticados até 7 dias de vida é um reflexo da implantação da triagem para sífilis nas maternidades. Quanto mais precocemente essas crianças são diagnosticadas e tratadas, melhor é o seu prognóstico.

Carlos perguntou a Laura se era importante incluir no boletim os dados sobre o diagnóstico clínico da sífilis congênita.

Questão 16

Como você analisa a distribuição dos casos de sífilis congênita quanto ao diagnóstico? (tabela do boletim epidemiológico: *Casos notificados e investigados de sífilis congênita, segundo características dos casos por ano do diagnóstico*, do PN de DST/AIDS.

Laura sugere a Jorge e Carlos que coloquem no plano de controle da sífilis congênita a análise dos dados sobre o acesso ao pré-natal e ao diagnóstico de sífilis durante a gestação, além do tratamento do parceiro.

Questão 17

Observando as tabelas do Boletim Epidemiológico do PN de DST/AIDS discuta com o grupo a importância da vigilância epidemiológica da sífilis congênita enquanto indicador da qualidade da assistência pré-natal?

A sífilis congênita é reconhecidamente um indicador da qualidade da assistência pré-natal, pois é um agravo de saúde passível de prevenção, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* seja identificada e tratada antes ou durante a gestação. Observando os casos de sífilis congênita diagnosticados em 2008 no Brasil, 79,8% das mães realizaram pré-natal, destas, 52,9% tiveram o diagnóstico

de sífilis durante a gravidez e apenas 23,7% tiveram os seus parceiros tratados. Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou os diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.

A constatação da elevada incidência de sífilis congênita no país, apesar de suas mães terem relatado acompanhamento pré-natal, reflete a necessidade de se rever ou mesmo reformular a assistência pré-natal de qualidade ofertada às mulheres, a fim de se reduzir a transmissão vertical da doença.

Laura conversa com Carlos e Jorge sobre o conteúdo técnico do Plano de Controle da Sífilis Congênita

Questão 18

Quais as informações relevantes para a construção do Plano de Controle da Sífilis Congênita?

As informações a serem apresentadas num relatório varia de acordo com o objetivo do documento e/ou da área de abrangência da instituição (unidade de saúde, maternidade, regional de saúde, município ou estado etc.). É importante que a análise contemple a avaliação da qualidade das ações preventivas da transmissão vertical nos serviços de saúde tais como: realização do pré-natal, diagnóstico de sífilis durante a gestação e o tratamento do parceiro. A escolaridade da gestante também gera uma informação valiosa, pois é um indicador indireto da situação socioeconômica.

Após a divulgação do plano municipal de controle da sífilis congênita, o Diretor da Atenção Básica de Saúde de Lua Azul, preocupado com o número de caso de sífilis congênita no município e empenhado em eliminar essa doença, reuniu as equipes de serviço para discutir estratégias de melhoria da qualidade da atenção pré-natal naquelas unidades. Ele explicou aos técnicos que está muito preocupado com o

aparecimento de alguns casos de sífilis em crianças de mães residentes naquela regional de saúde. Além das equipes das unidades, o diretor convidou técnicos dos programas municipais de DST/Aids, da saúde da mulher e da saúde da criança para ajudarem nas propostas de melhoria do plano.

Uma Técnica do programa de DST/Aids apresentou para o grupo a portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 que institui a notificação compulsória da sífilis em gestantes.

Questão 19

Já que a sífilis congênita é de notificação compulsória por que realizar a vigilância da sífilis em gestantes?

A gestação é o momento importante para a prevenção da sífilis congênita. A notificação compulsória aumenta a visibilidade do agravo, desencadeando medidas de controle que possibilitarão a eliminação da sífilis congênita.

A proposta de vigilância da sífilis em gestantes inicia-se num momento em que o Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios, está reforçando as ações de controle da transmissão vertical da doença.

No Brasil, os estudos de sífilis em parturientes encontraram uma prevalência de 1,6% em 2004. A partir dessa prevalência estimou-se 52.000 casos de sífilis em gestantes para 2005.

Como elemento fundamental no enfrentamento da sífilis congênita, as ações de prevenção precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, sejam elas realizadas em unidades básicas de saúde ou em serviços de referência. O País está priorizando e investindo nas políticas de incentivo à qualificação do pré-natal, com disponibilização de testes diagnósticos e tratamento para os agravos identificados e a sífilis é um dos agravos prioritários.

Todas essas iniciativas demandam um aprimoramento da vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes.

Questão 20

Como organizar a rede de vigilância epidemiológica nacional/estadual/regional/municipal para a sífilis em gestantes?

Vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes**Objetivos**

Controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*.

Acompanhar o comportamento da infecção entre gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle.

Definição de caso para fins de vigilância epidemiológica (VE)

Para fins de VE, deve ser notificada:

Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Instrumento de notificação/investigação

Ficha de notificação/investigação.

Locais de notificação/investigação

Fonte de dados: serviços de pré-natal, unidades básicas de saúde, maternidades e ambulatórios materno-infantis, laboratórios, dentre outros.

Fluxo da informação

O fluxo de informação é o mesmo estabelecido para os demais agravos de notificação compulsória no país, ou seja, as unidades de saúde deverão notificar semanalmente as gestantes com sífilis após investigação, ao nível municipal. Das secretarias municipais, a informação segue para as respectivas secretarias regionais/estaduais, e dessas para o nível nacional.

Sistema de informação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) a partir da versão 5.2 Windows permitiu a digitação das notificações de gestantes com sífilis com código O98.1 na Ficha de Notificação (FIN)

A inclusão das informações da Ficha de Notificação/Investigação no sistema informatizado foi possível após a disponibilização do SINAN-NET, em janeiro de 2007.

Consolidação dos dados e análise:

A análise e consolidação dos dados serão feitas pelos diversos níveis da sua área de abrangência.

Após a apresentação da proposta de implantação da vigilância epidemiológica da gestante com sífilis, a enfermeira Ana Maria apresentou os seguintes casos clínicos para discussão com a equipe:

Caso 1 (nº da notificação 0273053)

Maria Antônia dos Santos, filha de Maria dos Anjos Santos, branca, (data de nascimento: 02/02/1984), do lar, natural e residente do município de Lua Azul, rua 07, casa 43. Estudou até a 3ª série do ensino fundamental. No dia 02/05/2005 chega ao posto de saúde de Lua Azul trazendo para a consulta seu filho de 2 anos e 3 meses que apresenta, há 24 horas, dor de ouvido e febre. Refere que está com atraso menstrual há 3 meses (última menstruação foi +/- em 1º/02/2005) e enjoos matinais, que pensa estar associado à gravidez (o "teste de farmácia" foi "positivo"). Ainda não iniciou acompanhamento pré-natal por falta de tempo e também porque essa é a sua 3ª gestação e, por isso, "tem experiência". As 2 gestações anteriores transcorreram normalmente. A idade gestacional hoje é de 15 semanas e 4 dias.

Aproveitando a consulta de seu filho, Maria Antônia foi acolhida, sendo solicitados e colhidos os exames de rotina e marcada consulta na agenda de pré-natal para 09/05/2005. História clínica sem particularidades. História obstétrica revela duas gestações anteriores com acompanhamento pré-natal, exames de rotina sem alterações, e anti-HIV não reagente no primeiro pré-natal e sem informação do segundo. Os bebês nasceram a termo, por via vaginal, com peso adequado para a idade gestacional (AIG) e tiveram alta sem intercorrências.

Exames solicitados: sorologias para sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B e HIV, além de glicemia de jejum, tipagem sanguínea, hemograma, urina I e urinocultura.

Data da coleta: 03/05/2005

Resultados:

EXAMES	RESULTADO
Toxoplasmose	IgM (-), IgG (+)
Rubéola	IgM (-), IgG (+)
VDRL	Reagente (1:16)
Anti-HIV	Não reagente
Hepatite B	HBsAg (-)
Glicemia	82 mg/dl
Tipagem sanguínea	O ⁺
Hemograma	Hemoglobina 14,4
Urina I (EAS)	Sem anormalidades
Urinocultura	Ausência de crescimento bacteriano

Maria Antônia dos Santos compareceu no dia 09/05/2005 para consulta pré-natal, conforme agendado no cartão. Ao exame físico sem sinais clínicos compatíveis com sífilis. Realizado tratamento para sífilis (Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI/IM, em 3 aplicações de 2.400.000) para a gestante e para seu parceiro.

Caso 2 (nº da notificação 0273054)

Claudete Floral, 17 anos, filha de Eduarda Floral, negra, desempregada, moradora da favela da Caixa D'água, conheceu seu namorado há 10 meses. No início eles transavam com camisinha, mas um mês depois já haviam abandonado esta prática. Foi com surpresa, no entanto, que Claudete descobriu algum tempo depois que estava grávida. A notícia da gravidez abalou o núcleo familiar e Claudete foi morar com parentes em Lua Azul, uma cidade do interior.

Em Lua Azul, Claudete recebeu a visita do agente comunitário de saúde (Rua Avenca, nº6), porém escondeu a gravidez.

Um mês depois de chegar a Lua Azul, Claudete conheceu Valdemir por quem se apaixonou, iniciaram o namoro e relações sexuais sem preservativo. Nesse momento, ela se encontrava na 20ª semana de gestação. Poucos dias depois, ela revelou sua condição de grávida ao seu novo companheiro.

Seguindo os conselhos do seu companheiro, foi ao Posto de Saúde de Lua Azul para uma consulta médica, em 06/04/2005. Foi observado, durante a consulta, que em sua genitália também havia lesões, tipo placas, úmidas e com certo odor.

Foi realizado aconselhamento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, solicitado os exames de rotina e agendado consulta de pré-natal.

Exames solicitados: sorologias para sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B e HIV, além de glicemia de jejum, tipagem sanguínea, hemograma, urina I e urinocultura.

Data da coleta: 06/04/2005

Resultados:

EXAMES	RESULTADO
Toxoplasmose	IgM (-), IgG (+)
Rubéola	IgM (-), IgG (-)
VDRL	Reagente (1:256)
Anti-HIV	Não reagente
Hepatite B	HBsAg (-)
Glicemia	80 mg/dl
Tipagem sanguínea	A-
Hemograma	Hemoglobina: 15,4
Urina I (EAS)	Sem anormalidades
Urinocultura	Ausência de crescimento bacteriano

No dia 13/04/2005, Claudete e seu companheiro, Valdemir Milhão, compareceram à consulta de pré-natal. Tratamento realizado para sífilis para Claudete (Penicilina G Benzatina – Duas doses: 2.400.00 UI/IM com intervalo de 7 dias) e Valdemir (Penicilina G Benzatina – Duas doses: 2.400.00 UI/IM com intervalo de 7 dias).

Caso 3 (nº da notificação 0273055)

Maria Assunção Lima, branca, 26 anos (data de nascimento: 06/06/1978), recepcionista, residente na Rua Castro Alves, nº 123, bairro São José, município de Céu Claro, estudou até a 4ª série do primeiro grau. faz o pré-natal no posto de saúde do município de Lua Azul. Durante a primeira consulta foram solicitados os exames de rotina do pré-natal (amostra coletada em 05/10/2004). A maioria dos exames estavam normais, porém foi diagnosticado sífilis, VDRL=1:32. Paciente iniciou tratamento com Penicilina Benzatina 2.4 milhões UI, IM, no dia 26/11/2004 (registro no cartão pré-natal). Refere que não tomou a segunda dose do medicamento e que seu parceiro não pôde comparecer ao Posto de Saúde para o tratamento.

No dia 14/03/2005, Maria Assunção chegou à maternidade Clara Nunes, localizada no município Lua Azul, em trabalho de parto com dilatação de 3 cm, bolsa íntegra e níveis pressóricos de 120/75 mmHg. Feito a testagem anti-HIV e VDRL no parto, sendo reagente o VDRL = 1:16, data da coleta 14/03/2005). Não foi realizado exame confirmatório.

O Recém-nascido (Maria de Fátima Lima) nasceu no dia 14/03/2005, a termo, assintomático, com 38 semanas de gestação, pesando 3.380g. Sorologia de sangue periférico reagente (VDRL=1:8, data da coleta 15/03/2005), VDRL do líquido não reagente (data da coleta: 15/03/2005) e avaliação radiológica e líquórica sem alterações. Não foi realizado sorologia treponêmica no sangue periférico.

Questão 21

Com base nas informações apresentadas, preencha o instrumento de notificação e investigação da sífilis em gestantes junto com a equipe da unidade básica de Lua Azul (Anexo VI).

Uma Técnica do Programa de DST/Aids explicou que é necessária uma avaliação constante das ações preventivas da transmissão vertical da sífilis e propôs um exercício para a equipe técnica da unidade de saúde: a partir dos indicadores propostos nas tabelas a seguir preencha as lacunas.

Questão 22

Faça o exercício proposto com a equipe da unidade de saúde de Lua Azul. A seguir são apresentados alguns indicadores para avaliação das ações de controle da transmissão vertical da sífilis:

Preencha as lacunas:

Vigilância da Sífilis em Gestantes - Indicador Epidemiológico			
Indicador	Cálculo	Uso/Justificativa	Fontes
Coefficiente de detecção de sífilis em gestantes X		

Vigilância da Sífilis em Gestantes - Indicador Operacional			
Indicador	Cálculo	Uso/Justificativa	Fontes
Proporção de gestantes com sífilis diagnosticadas até o segundo trimestre de gestação X		
Obs. Categorias sugeridas para análise: municípios.			

Vigilância da Sífilis em Gestantes - Indicador Operacional

Indicador	Cálculo	Uso/Justificativa	Fontes
Proporção de gestantes com sífilis com prescrição adequada	----- X		
Obs. Categorias sugeridas para análise: municípios.			

Vigilância da Sífilis em Gestantes - Indicador Epidemiológico

Indicador	Cálculo	Uso/Justificativa	Fontes
Coefficiente de detecção de sífilis em gestantes	$\frac{\text{Número de casos novos de sífilis em gestantes notificadas em determinado local de residência e ano de diagnóstico}}{\text{Número de nascidos vivos, residentes, no ano de notificação}} \times 1000$	Avaliar a magnitude e a tendência da infecção pelo <i>T. pallidum</i> em gestantes em determinado ano e local. Indica a frequência anual de casos de sífilis em gestantes.	Sinan Sinasc

Vigilância da Sífilis em Gestantes - Indicador Operacional

Indicador	Cálculo	Uso/Justificativa	Fontes
Proporção de gestantes com sífilis diagnosticadas até o segundo trimestre de gestação	$\frac{\text{Número de gestantes com sífilis que realizaram o diagnóstico da infecção pelo Treponema pallidum até o segundo trimestre da gestação em um determinado ano de notificação e local de residência}}{\text{Número total de gestantes com sífilis, residentes, no ano de notificação}} \times 100$	Avaliar a oportunidade do diagnóstico da sífilis em gestantes.	Sinan
Obs. Categorias sugeridas para análise: municípios.			

Vigilância da Sífilis em Gestantes - Indicador Operacional

Indicador	Cálculo	Uso/Justificativa	Fontes
Proporção de gestantes com sífilis com prescrição adequada	$\frac{\text{Número de gestantes, residentes, com prescrição adequada para sífilis em um determinado ano e local}}{\text{Número total de gestantes com sífilis, residentes, no ano de notificação}} \times 100$	Avaliar a adequação da prescrição do tratamento da infecção pelo <i>Treponema pallidum</i>	Sinan
Obs. Categorias sugeridas para análise: municípios.			

**UNIDADE
DIDÁTICA**

B

**Módulo 3 - Vigilância Epidemiológica
da Infecção pelo HIV em Gestantes e
Criança Exposta**

MÓDULO

3

**Vigilância Epidemiológica
da Infecção pelo HIV em
Gestantes e Criança Exposta**

Questão 1

Leia e discuta o texto:

Transmissão vertical do HIV

No início da década de 80, a eclosão de uma nova doença – que inicialmente foi identificada como uma síndrome, conhecida mundialmente pela sigla AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), sendo posteriormente reconhecida como entidade clínica, de etiologia viral, e denominada aids – foi responsável por mudanças significativas não somente no campo da saúde, mas também em outras áreas por combinar comportamento e doença. A aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, sobretudo, conferiu maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade. Igualmente importantes são os mecanismos locais, nacionais e globais de elaboração, apropriação e disseminação de conhecimentos relacionados à aids, facilitados – principalmente, mas não só – pelas conquistas tecnológicas.

Logo após a publicação dos resultados do protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076) e considerando o crescimento da epidemia na população feminina, a prevenção da transmissão vertical do HIV foi estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil como uma das prioridades para o Programa Nacional de DST e Aids. Data de 1995 a primeira publicação específica sobre prevenção da Transmissão Materno Infantil (TMI) do HIV. As recomendações contidas nessa publicação foram atualizadas em 1997 e publicadas em Diário Oficial da União (Portaria Técnica Ministerial n.º 874/97 de 03 de julho de 1997, publicada no D.O.U. de 04/07/97), incluídas nos manuais de condutas para o tratamento de adultos e crianças infectadas pelo HIV e outros informes técnicos, contemplando ações de aconselhamento e testagem para o HIV durante a gestação (pré-natal, parto e puerpério); a administração de anti-retrovirais para as gestantes HIV + e seus recém-nascidos; e a contra indicação do aleitamento materno.

Embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas pelo HIV e seus filhos, estima-se que somente cerca de 50% das mulheres infectadas recebem AZT injetável durante o parto. As dificuldades da rede de serviços de saúde em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis ao HIV e a deficiência na assistência pré-natal contribuem para este cenário. No entanto, apesar de todas essas dificuldades, nos últimos anos, o número de casos de aids em crianças vem decrescendo progressivamente em nosso País.

Em 2003, o Ministério da Saúde implantou o “Projeto Nascer – Maternidades” (PNM) com o objetivo de reduzir a taxa de transmissão vertical (TV) do HIV de 16% para 8%, quando as mães fossem identificadas com teste rápido no momento do parto e de 16% para menos de 3% quando as mães tivessem diagnóstico e tratamento adequado durante o pré-natal. É objetivo intermediário do programa testar, no momento do parto, 100% das parturientes atendidas pelo SUS não testadas ou sem registro do resultado das sorologias para HIV, garantindo cobertura completa das medidas terapêuticas e profiláticas para o binômio mãe-filho.

O PNM foi implantado inicialmente em maternidades próprias e contratadas do SUS, localizadas nos municípios considerados prioritários para o programa segundo critérios epidemiológicos da transmissão vertical, sendo atualmente extensível a todos os municípios e serviços por eles cadastrados. Esta atividade implica em capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, acompanhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico das parturientes HIV positivas e crianças expostas, orientação quanto a alimentação da criança e vigilância epidemiológica.

A evolução da epidemia de aids no mundo e no Brasil pode ser caracterizada pelos seguintes períodos:

1980 – 1985: surgem os primeiros casos da doença nos EUA, Haiti e África Central; no Brasil o primeiro caso foi descoberto em 1980. Esses casos foram definidos como aids em 1982, quando se classificou como uma nova síndrome. Nesse mesmo ano reforça o conhecimento do fator de possível transmissão por contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e derivados. Em 1983, surgem as primeiras críticas ao termo grupos de risco (grupos mais vulneráveis à infecção). No Brasil é diagnosticado o primeiro caso de aids no sexo feminino. Em 1984 a equipe de Luc Montagner, do Instituto Pasteur, na França, isola e caracteriza um retrovírus como causador da aids. Estruturação do primeiro programa de controle da aids no Brasil - o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Em 1985, criada a primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a aids, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids – GAPA. O primeiro teste anti-HIV é disponibilizado para diagnóstico. Caracterização dos comportamentos de risco no lugar de grupo de risco. A aids é a fase final da doença, causada por um retrovírus, agora denominado HIV - Human Immunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana).

1986 – 1990: O Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) foi criado com a Portaria nº 236, em maio de 1985. Em 1987 foi criado o primeiro Centro de Orientação Sorológica - COAS, em Porto Alegre/RS. Início da utilização do AZT, primeiro medicamento que reduz a multiplicação do HIV. A Assembléia Mundial de Saúde, com apoio da ONU (Organização das Nações Unidas), decide transformar o dia 1º de dezembro em Dia Mundial de Luta Contra a Aids, para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV. A escolha dessa data seguiu critérios próprios das Nações Unidas. Em 1986 a aids e a sífilis congênita foram incluídas como agravos de notificação compulsória (Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986). A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, implantou-se o Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde passa a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a Aids e inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas. Em 1989 novo Critério de Definição para a classificação de Casos de Aids após o Congresso em Caracas, Venezuela.

1991 – 1995: O AZT passa a ser produzido no Brasil e estudos mostram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho. Definidos critérios para diagnosticar casos de aids em crianças. No Brasil organizam-se serviços, leis, estruturam-se Organizações Não-Governamentais (ONG). Acordo com o Banco Mundial dá impulso às ações de controle e prevenção às DST e à aids previstas pelo Ministério da Saúde.

1996-2000: no mundo aumentam as possibilidades terapêuticas e a epidemia avança, principalmente nos países africanos. No Brasil, o Governo Federal aprova a Lei nº 9.313/96, que garante o acesso aos medicamentos anti-retrovirais pelo SUS para todas as pessoas acometidas pela doença. O Programa Nacional publica o primeiro consenso em terapia anti-retroviral (regulamentação da prescrição de medicações para combater o HIV). Em 2000, implanta-se a notificação universal e obrigatória das gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV com inclusão desses agravos entre as doenças de notificação compulsória do País (Portaria nº 993/GM de 04 de setembro de 2000), com elaboração da ficha de notificação/investigação da gestante HIV + e crianças expostas.

2001-2004: continua chamando a atenção o aumento da epidemia de aids, principalmente nos países africanos e asiáticos. Cria-se o Fundo Global para Combate à Aids, Tuberculose e Malária. O Brasil assume posição de liderança na luta contra os preços elevados dos medicamentos anti-retrovirais.

2005 – 2007: implantação da notificação compulsória da sífilis em gestante por meio da Portaria 33, de 14 de julho de 2005. O Ministério da Saúde lança o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil, que propõe melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho, durante a gestação e o puerpério

As diferentes dimensões da epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus - HIV*) e da aids – cultural, social, política, médica e econômica – não podem ser consideradas de forma isolada ou definitiva.

Uma das marcas da aids é a necessidade de uma abordagem inter e multidisciplinar. Além disso, a transitoriedade dos conceitos teóricos tem marcado as certezas e verdades sobre o HIV. A complexidade e fragmentação das respostas frente à epidemia, torna, cada vez mais, qualquer análise sobre as diferentes dimensões da aids uma tarefa difícil de ser realizada de forma abrangente e, de alguma maneira inovadora.

No Brasil, como resultado de grandes desigualdades sociais, a propagação da infecção pelo HIV/Aids revela aspectos de dimensões múltiplas e acarreta transformações epidemiológicas significativas.

Inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e predominantemente masculina, hoje a epidemia caracteriza-se pelo aumento dos casos em mulheres e expansão para municípios do interior do país.

A principal forma de transmissão do HIV é a via sexual e observa-se um aumento no registro de casos de aids em indivíduos com menor escolaridade e em residentes nas regiões periféricas das cidades.

Uma das conseqüências da participação feminina na epidemia de aids é a transmissão vertical do vírus. No Brasil, essa forma de transmissão corresponde à quase totalidade dos casos de aids em menores de 13 anos.

Os exercícios desenvolvidos neste módulo serão realizados no Município fictício de Lua Azul na Secretaria Municipal de Saúde, no Ambulatório Municipal, na Unidade Básica de Saúde e no Laboratório. Os personagens são os seguintes:

Maria José	Gestante em consulta de pré-natal – Unidade Básica de Saúde de Lua Azul
Camila	Médica do pré-natal – Unidade Básica de Saúde de Lua Azul
Clarice	Estagiária de medicina
Jonas	Chefe do Laboratório Municipal de Lua Azul
Emília	Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia do município de Lua Azul

Aproxima-se o dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids. No município de Lua Azul está ocorrendo uma grande mobilização dos profissionais da área da saúde e da imprensa, bem como da comunidade em geral. Uma grande campanha de prevenção da transmissão vertical do HIV voltada para mulheres grávidas, profissionais de saúde e gestores no Município de Lua Azul será lançada, seguindo uma orientação nacional. Essa campanha iniciará as atividades do Dia Mundial de Luta Contra a Aids, cujo tema será: “Mulheres, Meninas, HIV e aids”.

O objetivo é promover a melhoria da qualidade do pré-natal, incentivando profissionais de saúde a oferecerem os testes para diagnosticar e, nos casos positivos, instituir a profilaxia para a mãe, com o objetivo de evitar a infecção do bebê. Os exames e a profilaxia são gratuitos e disponíveis na rede pública de saúde.

Enquanto isso, numa Unidade Básica de Saúde...

Maria José, moradora do município de Lua Azul, está grávida e recebeu na consulta de pré-natal o resultado positivo para o HIV. Embora tenha ficado muito transtornada, Maria José aguardava apreensiva por esse exame, pois seu parceiro recebera um resultado de teste anti-HIV positivo, na semana anterior. Hoje, Maria José retorna à Unidade de Saúde para consulta de seguimento.

A estagiária de medicina, Clarice, responsável pelo atendimento a Maria José, após leitura do prontuário, procura a Dra. Camila e indaga sobre as possibilidades da transmissão da infecção pelo HIV para o bebê.

Questão 2

Ajude Dra. Camila a responder a indagação de Clarice:

A transmissão da infecção pelo HIV da mãe para o concepto, denominada transmissão vertical (TV), é decorrente da exposição da criança à infecção pelo HIV, durante a gestação, parto e/ou aleitamento materno/aleitamento cruzado¹⁶.

A transmissão vertical do HIV, na ausência de qualquer intervenção médica, situa-se em torno de 25,5%, variando entre 15% a 40% em diferentes partes do mundo. Os maiores percentuais foram encontrados na África (30 a 40%), enquanto na América do Norte e Europa, ficavam em torno de 15 a 29%. Dois estudos no Brasil em gestantes infectadas pelo HIV, em São Paulo e Rio de Janeiro, mostraram percentuais de transmissão de 16% e 39,8%, respectivamente. Em ambos estudos a transmissão foi alta devido à doença avançada da mãe e pelo fato de as crianças terem sido amamentadas¹⁷.

A transmissão intra-uterina, responsável por 35 % dos casos, é possível em qualquer fase da gravidez, sendo menos freqüente no primeiro trimestre. A maior parte dos casos de transmissão vertical (65 %) acontece próxima ao parto ou durante o mesmo. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão que pode variar de 7% a 22%. Esse risco eleva-se aproximadamente para 30 % quando a infecção da mãe ocorre durante o período de amamentação. Por esse motivo o aleitamento materno e o aleitamento cruzado estão contra indicados. A transmissão do HIV pelo leite materno é evitada com o uso de leite artificial ou de leite humano processado em bancos de leite (leite pasteurizado).

Estudos demonstram que são vários os fatores associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho, sendo os principais a carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas.

Após esses esclarecimentos, Clarice pergunta: Existe alguma coisa que podemos fazer para que o bebê da dona Maria José não seja infectado pelo vírus?

¹⁶ A amamentação cruzada é quando a criança é amamentada por outra mulher que não sua mãe (conhecida também como “mãe de leite”).

¹⁷ Tess et al, AIDS; 12:513-520,1998/Rubini et al, 1996.

Questão 3

Ajude Dra. Camila a responder a pergunta de Clarice:

A possibilidade de reduzir significativamente a transmissão vertical do HIV com o uso da zidovudina (AZT), demonstrada pelo protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (ACTG 076), foi um dos mais relevantes avanços na prevenção da transmissão do HIV. Os resultados deste estudo clínico, publicado em 1994, demonstraram uma redução de 2/3 na transmissão vertical do HIV com a administração do AZT para a mulher durante a gestação e parto, e para o recém nascido, nas primeiras semanas de vida. Desde então, vários outros ensaios clínicos e observacionais, utilizando esquemas mais curtos com AZT e com outros anti-retrovirais vêm comprovando a eficácia das intervenções, mesmo que realizadas tardiamente.

Um grande esforço vem sendo feito em todo o mundo para a divulgação dessas informações e para a implementação de ações voltadas para a prevenção da transmissão do HIV da mãe infectada para seu filho. Entre elas: aconselhamento e testagem para o HIV no pré-natal; administração de anti-retrovirais para as gestantes/parturientes HIV+ e seus recém-nascidos; contra indicação do aleitamento materno e instituição do leite artificial. Estas intervenções vem sendo amplamente implementadas nos países desenvolvidos e por alguns países em desenvolvimento, como o Brasil e Tailândia, resultando na redução significativa do número de casos de aids em crianças.

O Brasil, a partir de 1995, iniciou a implantação de medidas de controle para prevenção da transmissão vertical, com ampliação para todos os estados a partir de 1996, resumidas no quadro 1.

Quadro 1 – Ações de controle da transmissão vertical do HIV.

AÇÕES	NO PRÉ-NATAL	DURANTE O PARTO	RECÉM-NASCIDO
ACONSELHAMENTO E TRIAGEM SOROLÓGICA	Aconselhamento e testagem para o HIV.	Para as parturientes que não realizaram o teste anti-HIV durante o pré-natal: aconselhamento e testagem rápida para o HIV.	Quimioprofilaxia com AZT – solução oral - de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde*.
AValiação CLÍNICO - LABORATORIAL	Avaliação clínica (sintomática ou assintomática) e laboratorial (CD4 e carga viral) das gestantes HIV ⁺ .	-	
PROFILAXIA E TERAPIA	Instituição de terapia anti-retroviral (TARV) de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde* .	Administrar zidovudina (AZT) por via intravenosa de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde*.	Alimentação com a fórmula infantil ou leite humano pasteurizado.

* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Serie Manuais; nº 46. Brasília, 2004.

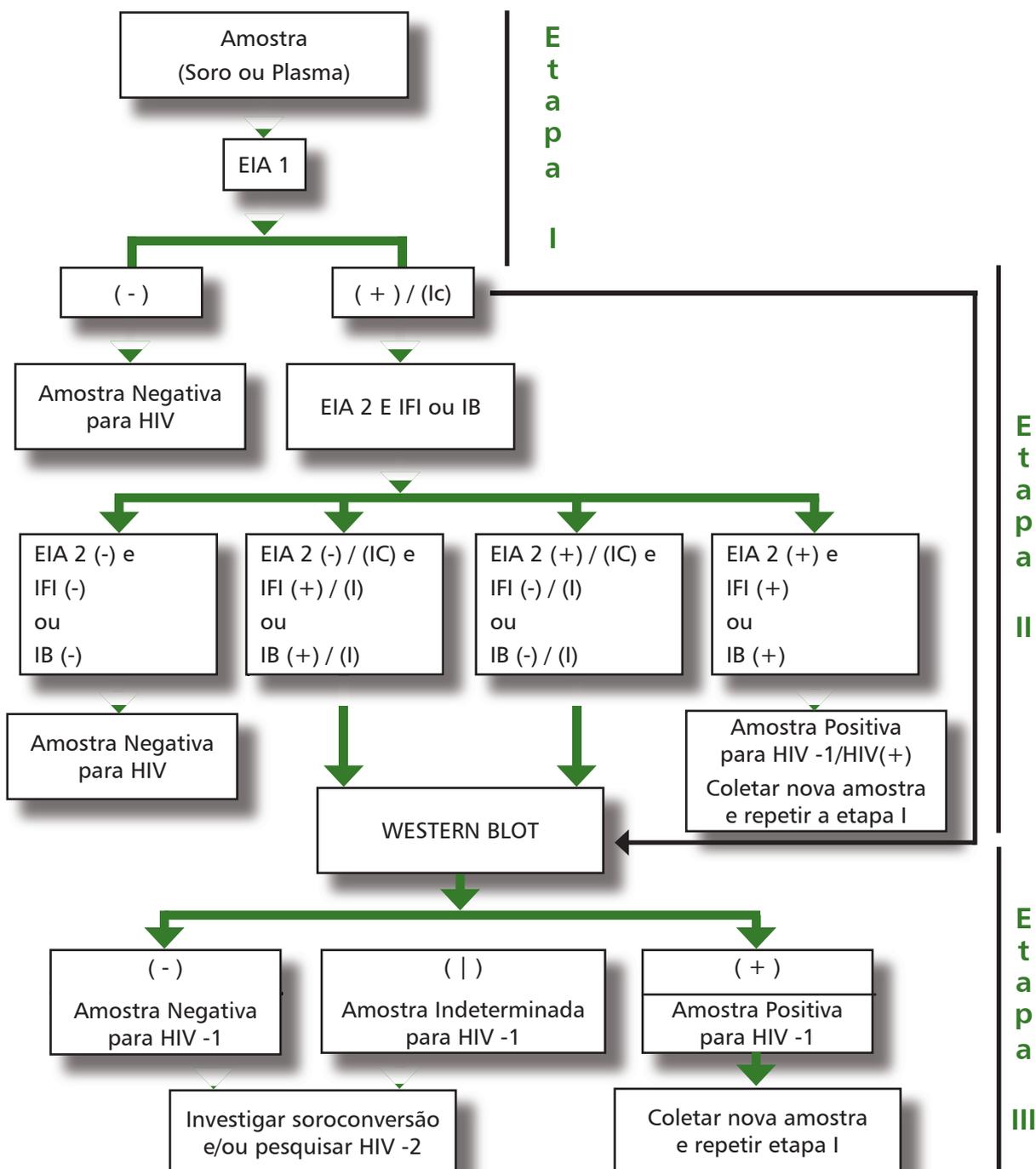
Clarice, após a saída de Maria José, dirige-se a Dra. Camila, ainda surpresa com o fato de que a gestante, aparentemente tão bem, esteja infectada pelo HIV. Questiona a confiabilidade do teste, ao que Dra. Camila sugere que ela procure Jonas, o chefe do laboratório, para que obtenha as informações necessárias.

Questão 4

Como Jonas pode explicar os passos para se chegar a um resultado positivo ou negativo de um teste anti-HIV, valendo-se do fluxograma afixado na parede do laboratório?

O diagnóstico da infecção pelo HIV, em indivíduos acima de 18 meses, é baseado em testes sorológicos que não detectam diretamente o vírus, mas os anticorpos específicos para o HIV. Em geral, o processo de produção de anticorpos inicia-se com 2 a 3 semanas após o momento da infecção e pode se estender até 3 ou 6 meses, sem que esses anticorpos sejam detectáveis. Este período é denominado faixa de soroconversão ou “janela imunológica”, que é o tempo necessário para que o organismo produza anticorpos em quantidade suficiente para ser detectado pelo teste. Embora esse período seja na grande maioria dos casos (mais de 95% deles) de três meses, um indivíduo não infectado pelo HIV, que se expôs a uma situação de risco, deve repetir o teste após 6 meses da exposição, para definir a sua situação sorológica. O diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em maiores de 18 meses de idade deverá seguir o Algoritmo 1

Figura 1: Algoritmo para a detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses. Portaria de N° 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003.



LEGENDA:

EIA ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO (ELISA; EIA; MEIA)

IFI IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA

IB IMUNOBLOT

IC INCONCLUSIVO

I INDETERMINADO

(-) NÃO REAGENTE

(+) REAGENTE

(*) De acordo com o ensaio realizado (IFI ou IB)

Para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, por meio da detecção de anticorpos anti-HIV, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos seqüenciados, agrupados em três etapas, como observado no fluxograma acima. Essas etapas são: triagem sorológica; confirmação sorológica por meio da realização de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de imunofluorescência indireta para o HIV-1 (IFI/HIV-1) ou ao teste de Imunoblot para HIV; e confirmação sorológica por meio da realização do teste de *Western blot* para HIV-1 (WB/HIV-1).

Todos os laboratórios que realizam testes sorológicos para HIV deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de um imunoensaio, na primeira etapa de testes em amostra de soro ou plasma. O imunoensaio utilizado não poderá ser o de avaliação rápida (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2 (Portaria Nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003), exceto em serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso, conforme Portaria n.34, de 28 de julho de 2005.

O resultado do teste será considerado negativo para o HIV quando as amostras forem não-reagentes, na primeira etapa, encerrando a investigação.

No caso das amostras serem reagentes ou inconclusivas, na triagem sorológica, para se proceder a confirmação diagnóstica as mesmas devem ser submetidas a um segundo teste de imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta ou ao teste de Imunoblot para HIV - o segundo imunoensaio deverá ter princípio metodológico e/ou antígenos distintos do primeiro imunoensaio utilizado - ou serem testadas diretamente pelo *Western blot* (etapa II), podendo serem obtidas as seguintes situações:

- As amostras não-reagentes no segundo imunoensaio e negativas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot serão consideradas como “Amostra Negativa para HIV”, encerrando a investigação;
- As amostras reagentes no segundo imunoensaio e positivas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV”. É OBRIGATÓRIA a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmação da positividade da primeira amostra;
- As amostras não-reagentes ou inconclusivas no segundo imunoensaio e positivas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot deverão ser submetidas ao teste *Western blot* (etapa III);
- As amostras reagentes ou inconclusivas no segundo imunoensaio e negativas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot, deverão ser submetidas ao teste *Western blot* (etapa III).

Em relação à confirmação sorológica pelo teste *Western blot*, observa-se:

- As amostras negativas terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1” e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou à pesquisa de anticorpos anti-HIV-2;
- Amostras positivas no teste *Western blot* terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1”. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando confirmar a positividade da primeira amostra;

- As amostras inconclusivas ou indeterminadas terão seu resultado definido como “Amostra Indeterminada para HIV-1” e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou à pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

Observações

- Para amostras com resultado definido como positivo será obrigatório proceder à coleta de uma segunda amostra e repetir a etapa de triagem sorológica descrita acima, para confirmar a positividade da primeira, preferencialmente em um intervalo de até 30 dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra. Caso o resultado do teste dessa segunda amostra seja não-reagente ou inconclusivo, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados. Em caso de resultados conclusivos discordantes na primeira e segunda amostra, deverá ser coletada uma terceira amostra e realizados todos os testes para a conclusão do diagnóstico.
- Sempre que os resultados da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra, será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostras ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes.

Clarice questiona: como fazer o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses?

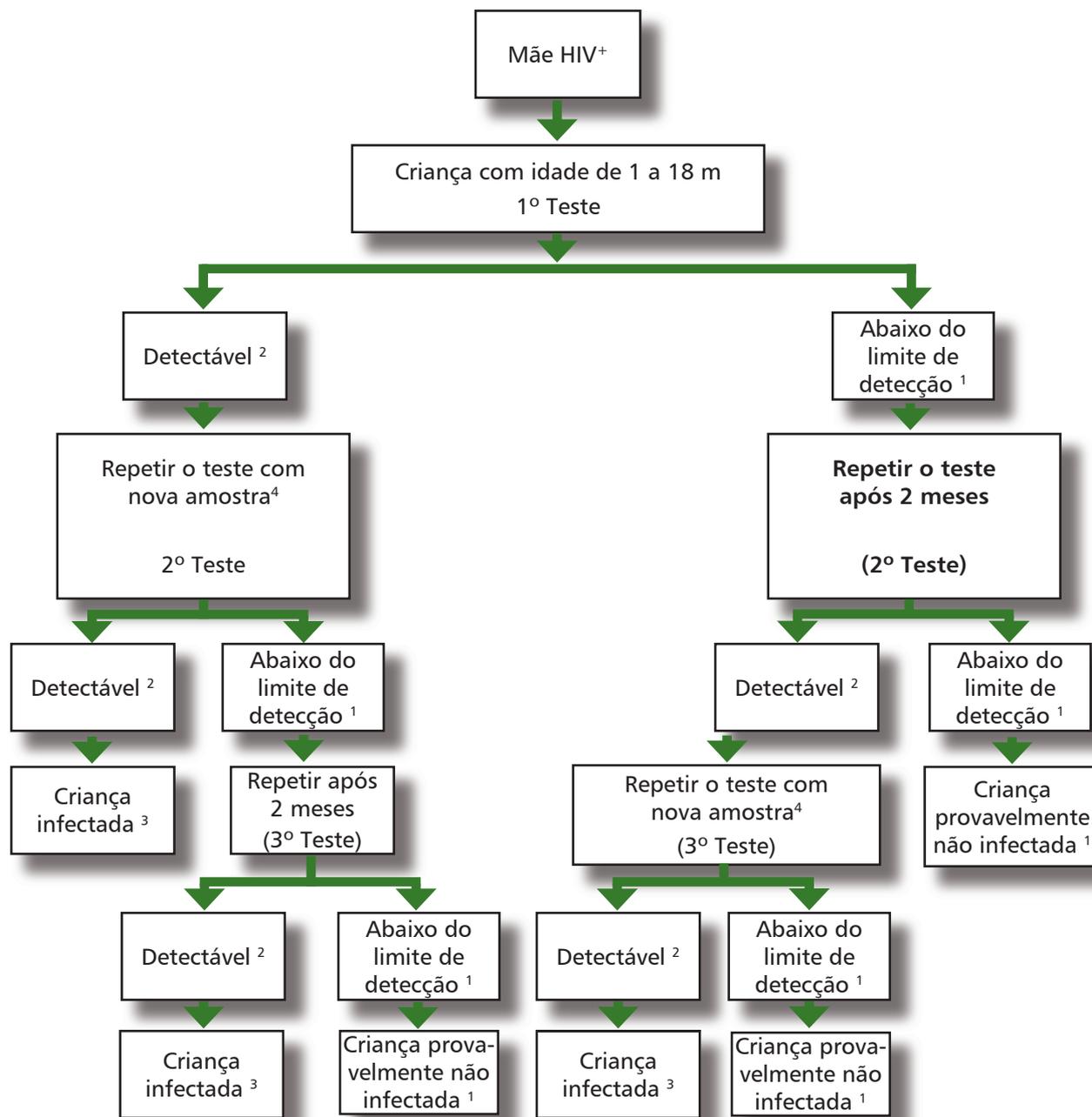
Questão 5

Ajude Jonas a responder a Clarice:

A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses, expostas ao HIV por transmissão vertical, não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta. Por esse motivo se o exame for realizado nos primeiros meses de vida será positivo, sem significar infecção da criança.

Com a realização da carga viral PCR, RNA ou DNA e o acompanhamento regular ambulatorial no SAE, pode-se definir precocemente se ocorreu ou não a infecção da criança, instituindo conduta específica em cada caso. Para isso, a realização do PCR é recomendado, iniciando-se no 2º mês de vida e repetindo esse exame segundo o resultado obtido. Desta forma, para caracterizar a infecção pelo HIV nesta população, deve-se seguir o algoritmo na página seguinte (Figura 2).

Figura 2 - Algoritmo para utilização de testes de quantificação de RNA viral – carga viral, visando à detecção da infecção pelo HIV em crianças com idade entre 1 e 18 meses, nascidas de mães infectadas pelo HIV



A interpretação dos resultados dos exames em crianças entre dois e dezoito meses, de acordo com o fluxograma 2, deve seguir as observações abaixo:

1. Manter o acompanhamento clínico nas crianças consideradas como provavelmente não infectadas, de acordo com as recomendações estabelecidas, e fazer sorologia anti-HIV a partir de 18 meses de idade. Caso a criança tenha sido amamentada, o presente algoritmo deve ser iniciado 2 meses após a suspensão do aleitamento materno, visando minimizar a ocorrência de resultados falso-negativos.

2. Este fluxograma foi elaborado para o uso de testes de detecção quantitativa de RNA e o resultado do exame deve expressar o valor de carga viral encontrado na amostra. Valores até 10.000 cópias/ml sugerem resultados falso-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação em um intervalo de 4 semanas.
3. Iniciar o tratamento, considerando os parâmetros clínicos e laboratoriais, de acordo com as recomendações estabelecidas.
4. Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.

Para fins de vigilância epidemiológica, de acordo a Nota Técnica N ° 116 de 2006 , considera-se:

Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças.

- 1 - Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).
- 2 - Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.
- 3 - Em crianças de qualquer idade, cuja exposição ao HIV tenha sido outra forma de transmissão que não a vertical, o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV será confirmado quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.
- 4 - Critérios para encerramento de caso em criança exposta ao HIV menores de 18 meses:
 - 4.1 – Criança infectada:
 - a) resultado positivo em duas amostras em momentos diferentes, testadas pelos seguintes métodos:
 - i – quantificação de RNA viral plasmático (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência), ou;
 - ii – detecção do DNA pró-viral.
 - 4.2 - Criança não infectada:

Duas amostras que apresentam resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4º mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.

Clarice, ainda não muito familiarizada com o fluxograma, achou tudo um pouco complicado, mas o técnico tranqüilizou-a afirmando que, com auxílio da visualização do fluxo, tudo fica mais fácil.

- *Mas essas etapas não demoram demais, principalmente se o resultado for reagente?*

Jonas concordou principalmente em uma situação especial:

- *Exatamente, Clarice. No caso das gestantes, por exemplo, quanto mais cedo iniciarmos a profilaxia, mais chances o bebê tem de nascer sem a infecção pelo HIV. Assim, para efeito de início da profilaxia, com esclarecimento da mãe sobre a provisoriedade do resultado, que não é diagnóstico e com o seu consentimento, podemos iniciar a profilaxia em caso de resultado positivo na etapa I, ou seja, do teste de triagem, ou no caso do teste rápido, no momento do parto.*

Clarice ainda tem dúvidas e pede para Jonas explicar o que é o teste rápido e quando utilizar...

Questão 6

O que você entende por teste rápido?

O teste rápido utilizado para a detecção de anticorpos anti-HIV produzem resultados em, no máximo, 30 minutos. Geralmente os testes rápidos apresentam metodologia simples, utilizando antígenos virais fixados em um suporte sólido (membranas de celulose ou nylon, látex, micropartículas ou cartelas plásticas) e são acondicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual das amostras (Anexo VII).

Teste Rápido em Parturientes

Como se trata de uma situação de emergência com risco de vida para terceiros (no caso, o recém-nascido) e a eficácia da quimioprofilaxia é bastante elevada, recomenda-se a realização dos testes rápidos nas parturientes não testadas anteriormente, mediante seu consentimento verbal. As mulheres que apresentarem resultados reagentes em dois testes rápidos têm diagnóstico positivo para o HIV (fluxograma da Portaria de N° 34/SVS/MS de 28 de julho de 2005).

Esse grupo de mulheres deve receber a quimioprofilaxia com AZT injetável e seu recém-nascido deve receber o AZT em solução oral. Esse grupo deve ainda, ser aconselhado para não amamentar, estando indicada a inibição da lactação logo após o parto. Isso pode ser conseguido pelo enfaixamento das mamas com atadura, tendo-se o cuidado para não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. Essa medida isoladamente, por período de 10 dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas, já alcança sucesso em 80% dos casos. É recomendável que seja realizada conjuntamente a supressão farmacológica da lactação. Para isso, a critério do obstetra e respeitando-se as contra-indicações de uso, poderão ser utilizados a cabergolina 0,5 mg, 2 comprimidos em dose única, ou o hexahidro-benzoato de estradiol, 1 ampola de 5 mg (1 ml), IM, de 12/12 horas*. Frente à ocorrência de lactação rebote, fenômeno presente em mais de 10% das mulheres, pode-se realizar uma nova dose do inibidor. Essas medidas são bastante eficazes em alcançar a supressão total da produção láctea. Orientar essas mães quanto ao preparo da fórmula infantil (consultar o “Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas”) e encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/laboratorial e terapêutico, em um serviço especializado para portadoras do HIV. Encaminhar o recém-nascido, igualmente, para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado de pediatria para acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

O algoritmo para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos foi desenvolvido a partir de uma avaliação do desempenho de diferentes marcas desses insumos. Nesse estudo, onde foram utilizadas amostras de gestantes, não foi observada a ocorrência de resultados falso-positivos quando da utilização de dois testes rápidos, apesar de saber-se que essa população tem uma baixa prevalência para a infecção pelo HIV. Nessa avaliação, os resultados dos testes rápidos foram comparados com os Elisa (EIA) e *western blot* (WB). Os testes rápidos selecionados para a composição do algoritmo para o diagnóstico apresentaram desempenho equivalente ao EIA e WB, razão pela qual não há necessidade de se fazer qualquer teste confirmatório após a realização dos testes rápidos propostos no algoritmo, disposto na Portaria N° 34, de 28 de julho de 2005.

- Por esse motivo Jonas, é importante a realização de um bom aconselhamento, visando esclarecer a mãe sobre a provisoriedade do resultado do teste rápido com relação ao diagnóstico.

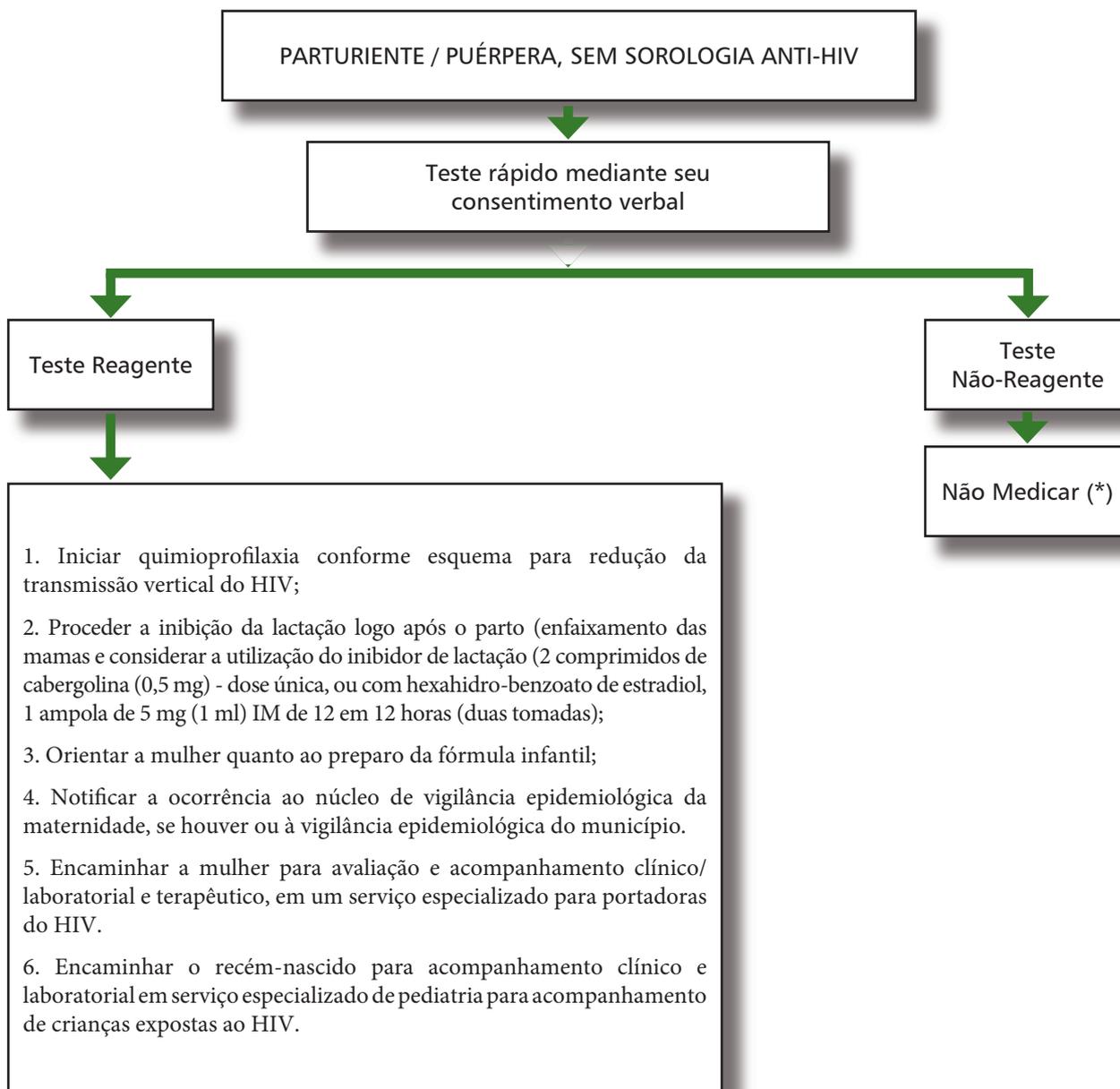
- Isso mesmo Clarice. Vamos dar uma olhada no algoritmo que resume a conduta recomendada para uso do teste rápido em parturientes e indicação da profilaxia para redução da TV do HIV. Isso nos ajudará a entender melhor.

* Alguns autores recomendam a aplicação de 3 (três) ampolas de 12/12h, podendo essa posologia ser considerada pelo médico que assiste à paciente

Questão 7

Discuta e analise o fluxograma e a notificação da gestante HIV reagente

FIGURA 3 - Algoritmo para uso de teste rápido de triagem para HIV em parturientes e puérperas.



(*) Investigar a condição clínico - epidemiológica e, se necessário (quando as evidências apontam para a possibilidade de vir a ser esse um resultado falso-negativo), encaminhar a mulher para em ocasião posterior repetir o teste anti-hiv com sorologia convencional (conforme determina a portaria de n.º 59/gm/ms).

Observação: se o teste for realizado imediatamente após o parto (na puérpera), e seu resultado for reagente, administrar AZT xarope para o recém-nascido o mais rápido possível (nas primeiras 2 (duas) horas após o nascimento) e, observar as demais recomendações desse fluxograma.

Diagnóstico da Infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria de No 34, de 28 de julho de 2005, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados que tem por objetivo a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de dezoito meses.

A amostra de sangue coletada para a realização do teste rápido deve ser preferencialmente por punção digital, podendo também ser coletada por meio de punção venosa. Essa amostra deve inicialmente ser utilizada para a realização de dois testes rápidos em paralelo. Esses testes rápidos serão distribuídos exclusivamente pelo Ministério da Saúde.

Após a realização dos dois testes rápidos podemos observar os seguintes resultados:

- a) as amostras que apresentarem resultados negativos nos dois testes rápidos, terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV”;
- b) as amostras que apresentarem resultados positivos nos dois testes rápidos, terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV”. Nesse caso, não é necessária a coleta de uma nova amostra para a realização dos testes confirmatórios anti-HIV (imunofluorescência indireta, imunoblot ou western blot);
- c) as amostras que apresentarem resultados discordantes nos dois testes rápidos, deverão ser submetidas a um terceiro teste rápido denominado de tiebreaker.
 - c.1.) se o terceiro teste rápido apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “Negativa para HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder a coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir o conjunto de procedimentos seqüenciados, para investigação de soroconversão.
 - c.2) quando o terceiro teste apresentar resultado positivo, a amostra será considerada “Positiva para HIV”.

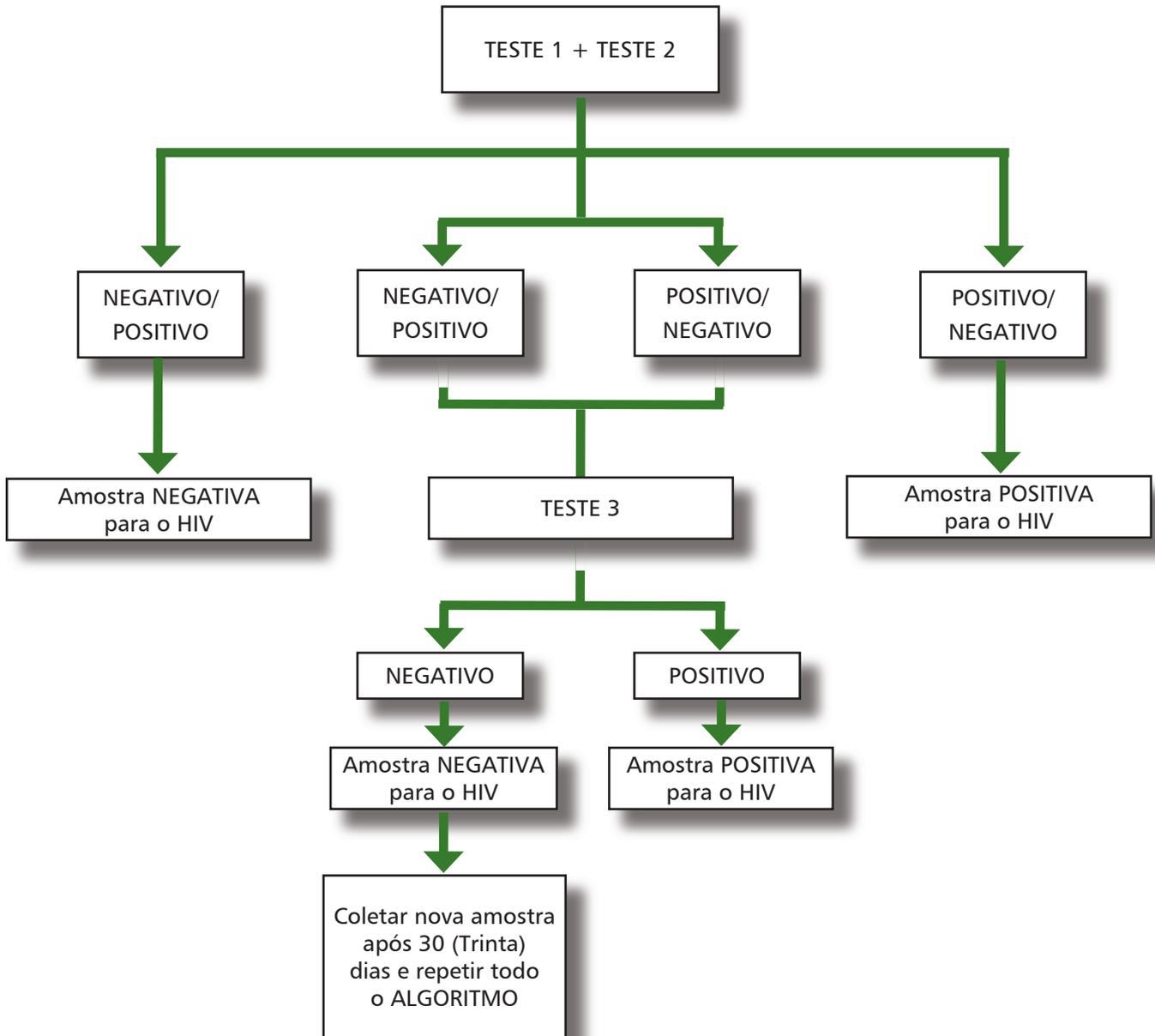
A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

A definição da utilização dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV somente foi possível após uma avaliação do desempenho desses insumos promovida pelo Ministério da Saúde., razão pela qual somente poderão ser utilizadas as marcas de produtos definidas por esse órgão governamental.

Os resultados dessa avaliação permitiram a elaboração de um algoritmo utilizando-se somente os testes rápidos, sem que haja necessidade de coletar-se uma nova amostra para a realização dos testes Elisa e confirmatórios, uma vez que os insumos utilizados já foram avaliados frente aos testes convencionais realizados em laboratórios. Por isso é importante pontuar que toda estratégia de realização dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em serviços de saúde será totalmente coordenada pelo Ministério da Saúde, cabendo a este a aquisição e distribuição dos insumos, a seleção dos serviços e a capacitação dos profissionais de saúde.

Finalizando, é importante ressaltar que todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente o disposto na Portaria Nº 59, de 28 de janeiro de 2003.

FIGURA 4. Algoritmo de testes rápidos para detecção de anticorpos anti-hiv em indivíduos com idade acima de 18 meses



De volta ao ambulatório Dra. Camila discute com Clarice sobre o acompanhamento de Maria José.

- Precisamos conhecer os resultados dos exames de carga viral e de contagem de linfócitos T CD4+.
- Se a gestante está assintomática, por que a indicação para a realização desses exames, questiona Clarice.

Questão 8

Como você prestaria esse esclarecimento a Clarice? Considere as bases teóricas desses testes e a sua utilização.

Contagem de linfócitos T CD4⁺ em sangue periférico

A contagem de linfócitos T CD4⁺ em sangue periférico representa uma medida da imunidade do indivíduo e tem sua utilização indicada nos seguintes casos:

1. Como principal parâmetro para a instituição de tratamento anti-retroviral e de profilaxia das doenças oportunistas;
2. Para acompanhamento de indivíduos infectados pelo HIV ou com aids, permitindo avaliar a adesão à terapia anti-retroviral ou o desenvolvimento de falência terapêutica.

O monitoramento da contagem de linfócitos T CD4⁺ em sangue periférico dependerá da situação clínica do paciente e de outros parâmetros laboratoriais. No caso dos adultos, os valores normais desses linfócitos têm uma mediana de 880 células/mm³, variando de 507 a 1.496 células/mm³.

Em crianças, a contagem de linfócitos T CD4⁺ tem diferentes níveis de interpretação, de acordo com a idade, como mostra o quadro 2:

Quadro 2 - Contagem de linfócitos TCD4⁺ definidora de imunodeficiência em crianças de acordo com a idade.

Idade da Criança		
< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
Contagem de linfócitos T CD4 ⁺		
< 1.500 células/mm ³ (< 25,0%)	< 1.000 células/mm ³ (< 25,0%)	< 500 células/mm ³ (< 25,0%)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Brasília, 2003.

Carga Viral

A quantificação da carga viral, que mede a concentração de RNA do HIV no plasma, tornou-se disponível para a prática clínica, em todo o mundo, a partir de 1996.

A carga viral é inversamente proporcional ao número de linfócitos T CD4⁺ infectados, presentes na corrente sanguínea, e guarda relação com o número de células infectadas nos linfonodos e tecidos; aproximadamente 2% dos linfócitos encontram-se na circulação e 98% nos linfonodos e tecidos. É um exame importante nas seguintes situações:

1. Composto os critérios laboratoriais para definição de infecção pelo HIV em crianças com idade entre 2 e 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical;
2. Para acompanhamento de pacientes infectados pelo HIV ou com aids, sendo um importante indicador da probabilidade e da velocidade da progressão da imunodeficiência em um determinado período de tempo, permitindo ainda, avaliar a adesão à terapia anti-retroviral ou o desenvolvimento de falência terapêutica.

A mensuração da concentração plasmática do RNA do HIV pode ser feita com grande precisão e reprodutibilidade por meio de técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucleicos, tais como a reação em cadeia da polimerase quantitativa (PCR); a amplificação de DNA em cadeia ramificada (bdNA) e a amplificação seqüencial de ácidos nucleicos (NASBA).

Embora cada uma das técnicas forneça resultados comparáveis e reprodutíveis, comparações diretas entre os valores obtidos devem ser avaliadas com cautela, tendo em vista a ausência de padrões de referência. Desta forma, no acompanhamento de um paciente, os exames devem ser preferencialmente realizados pela mesma técnica e pelo mesmo laboratório no sentido de se permitir uma avaliação virológica do indivíduo infectado pelo HIV.

Sugere-se que este exame não deva ser realizado nos 30 dias após qualquer infecção aguda ou vacinação, uma vez que a ativação do sistema imune pode aumentar transitoriamente a carga viral. O esquema de avaliação inicial (estabelecimento da situação de base do paciente) e de monitoramento da carga viral do HIV (após o tratamento ou não) dependerá da situação clínica do paciente e de outros parâmetros laboratoriais.

Clarice suspirou.

- *É muita coisa para aprender e só tenho mais um pouco de tempo de treinamento para praticar aqui no pré-natal...*
- *Não seja por isso. Você vai utilizar muitos desses conhecimentos quando for realizar as ações para a vigilância da aids e da infecção pelo HIV durante o estágio no Núcleo de Epidemiologia. A propósito, vamos notificar os casos identificados no nosso serviço?*

Questão 9

Com base nos dados dos casos de 1 a 4, preencha a ficha de notificação/investigação (Anexos VIII e IX).

Caso 1 (nº da notificação 0273053)

Maria José da Silva tem 26 anos. Mora no bairro da Boa Vista, em Lua Azul, e trabalha como passadeira em uma malharia no município vizinho, Estrela Dalva. Estudou até a 8ª série do ensino fundamental. Em julho de 2002, descobriu-se grávida de oito semanas. Iniciou o pré-natal com 12 semanas de gravidez, em uma unidade pública de saúde, próxima à sua residência.

Com 16 semanas de gravidez, realizou o teste anti-HIV (coleta em 14/09/2002). O resultado, positivo, ela recebeu quando já estava na 24ª semana. Maria sofreu um grande choque, mas não pôde negar que sempre temera por isso: seu namorado era muito “mulherengo”, utilizava drogas injetáveis de vez em quando e havia realizado o teste há 1 mês, cujo resultado foi positivo.

Ao receber o resultado, iniciou a utilização de AZT oral e, no final da gestação, na sexta consulta do pré-natal, foi informada que deveria procurar uma das maternidades de referência quando entrasse em trabalho de parto, onde receberia AZT venoso; e sua criança, ao nascer, AZT xarope. Foi recomendado, ainda, que não deveria amamentar o seu bebê para não aumentar o risco de lhe transmitir o vírus.

No dia 31/01/2003, Maria José às 10 horas da manhã, auxiliada por colegas de trabalho, foi conduzida à Maternidade de Estrela Dalva e, no caminho, ocorreu o rompimento da bolsa d'água. Lá, foi examinada e a seguir internada. Entregou o papel do pré-natal, explicando à enfermeira que sua sorologia para o HIV era positiva. Após coletar o material para exames de sangue, a paciente recebeu uma dose de AZT venoso, aproximadamente às 12 horas. Minutos antes do parto, que ocorreu por via vaginal, próximo às 16 horas, Maria recebeu a segunda dose de AZT. O recém nascido, do sexo masculino, iniciou AZT xarope às 19:30 horas.

Um mês após o parto, Maria José iniciou as consultas de seu filho, Júlio César, no Hospital Criança Querida, em Lua Azul. Apesar de não ser amamentado por Maria José, o menino apresentava bom crescimento e desenvolvimento para a sua idade. Utilizou por mais duas semanas o AZT xarope. Realizou a primeira carga viral aos 2 meses (coleta- 04/04/2003) com resultado indetectável. Aos cinco meses de idade fez a segunda carga viral (coleta- 03/07/2003) com resultado também indetectável. Retornou para a realização da sorologia anti-HIV aos 18 meses (coleta em 07/07/2004) com resultado não reagente.

Maria José da Silva – cor branca – data de nascimento: 04/04/1975

Endereço: Rua das Flores, nº 25, Boa Vista – Lua Azul

Mãe: Maria Francisca da Silva

Caso 2 (nº da notificação 0273054)

Em 21/10/2002, Dra Conceição atendia no ambulatório, quando recebeu Rosimere Teixeira, 32 anos, trocadora de ônibus, com escolaridade de terceira série do ensino fundamental, e seu filho de 3 semanas, Eduardo Teixeira, moradores em Cruzeiro, bairro de Lua Azul.

Rosimere havia dado à luz ao filho na sua própria casa, em uma noite de domingo, com a ajuda de vizinhos e de sua filha Bárbara, de 13 anos. Engravidara 40 semanas antes, mas não tinha certeza de quem era o pai: à época, tinha dois parceiros, um dos quais falecido um mês antes, com pneumonia.

Com 28 anos, Rosimere perdera um bebê aos quatro meses de gestação, época em que foi diagnosticada sífilis e realizado tratamento com Benzetacil. Argumentou que na primeira gestação, sem realização de pré-natal, havia “tido mais sorte”. Com esse argumento, não realizou pré-natal na terceira gestação, pois achou que “poderia se cuidar sozinha”.

Na noite do parto, foi levada a uma maternidade de Lua Azul para que o recém-nascido recebesse os primeiros cuidados. Lá, ofereceram-lhe teste rápido para HIV, que ela aceitou fazer. O resultado foi positivo e disseram-lhe que, por isso, seu filho tomaria um xarope de AZT. Foi informada, também, de que aquele teste não era um diagnóstico definitivo e que ela deveria continuar os exames para ter certeza de que estava infectada pelo HIV; e levar o seu filho àquele hospital, para acompanhamento.

Apesar do aconselhamento, a criança estava sendo amamentada exclusivamente no peito, desde o nascimento; e havia utilizado o xarope apenas nas duas primeiras semanas, quando o conteúdo do frasco terminou.

Nesta consulta, Conceição informou Rosimere de que permaneceria acompanhando a criança e que seria importante continuar se submetendo a alguns exames e utilizando medicamentos, até que se tivesse o diagnóstico final sobre a transmissão do vírus.

Rosimere Teixeira – cor negra – data de nascimento: 11/11/1968

Rua Silva Teles, nº 91, casa 1, Cruzeiro – Lua Azul

Mãe: Adalgiza Silva Teixeira

Caso 3 (nº da notificação 0273055)

Silvana Maria, 18 anos, estava com a menstruação atrasada há 15 dias e sentia enjoos. No Ginásio Municipal de Lua Azul, onde cursa a 8ª série do turno da noite, as amigas desconfiaram que era gravidez, já que ela costumava se vangloriar de conseguir todos os “gatos” da escola.

Assustada com a possibilidade, não disse nada a sua mãe, dona Elizete, e no dia 18/05/2002 procurou o posto da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) de Santo Amaro, comunidade onde mora.

Durante a consulta, disse à médica que a atendia, Dra. Alda, a sua desconfiança.

Após essa conversa e os exames iniciais, a médica orientou Silvana da necessidade de coletar exames laboratoriais, tanto para confirmação da gravidez, como para pesquisa de sífilis e da infecção pelo HIV. Silvana, mesmo assustada, pensou nas vezes que transou sem camisinha e decidiu se submeter ao teste anti-HIV. Os exames foram coletados nesse mesmo dia e ela retornou a sua residência, preocupada com o que estava por vir.

Em 20/06/2002, Silvana retorna ao PSF, agora acompanhada de sua mãe e ambas são recebidas por Dra Alda, que confirma a gravidez mediante resultado positivo do beta-hcg. O teste para sífilis foi negativo, porém o HIV foi reagente.

Dra Alda encaminha Silvana ao centro de referência para acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV onde foi matriculada. Realizou avaliação clínica e exames de contagem de CD4 e carga viral. O resultado do exame de CD4 foi de 340 céls/mm3 (coleta- 15/08/2002).

Silvana Maria da Silva – cor parda – data de nascimento: 14/02/1984

Rua Beco dos Casados, 35, Santo Amaro – Lua Azul.

Mãe: Elizete Maria da Silva

Caso 4 (nº da notificação 0273056)

Em 22 de janeiro de 2003, às 10:30 horas, Silvana Maria chegou a Maternidade de Lua Azul sentindo as primeiras contrações do parto. A caminho da maternidade ocorreu o rompimento da bolsa d'água, por volta das 10:00h. Estava, então, com 38 semanas de gestação.

Bastante estressada e um pouco deprimida, não informou a equipe sua condição de infectada pelo HIV. Após os primeiros exames, foi encaminhada para a sala de pré-parto, onde foi coletado sangue para VDRL e teste rápido anti HIV.

Antes que saíssem os resultados do laboratório, Silvana é encaminhada para a sala de parto, com 10 centímetros de dilatação do colo uterino. João Paulo nasceu às 13:00 horas, de parto normal, em condições vitais satisfatórias. Por problemas no laboratório, o resultado do teste rápido só chegou 30 minutos após o parto, com resultado positivo. Às 14:30 horas foi iniciado o AZT xarope para a criança. Enquanto esteve na maternidade, o bebê não foi amamentado. Silvana recebeu alta no dia seguinte, levando as orientações para administração do AZT xarope, fórmula infantil (leite artificial) para alimentação do bebê e o encaminhamento para acompanhamento no ambulatório do Hospital Criança Querida.

Silvana Maria da Silva – cor parda – data de nascimento: 14/02/1984.

Rua Beco dos Casados, 35, Santo Amaro – Lua Azul.

Mãe: Elizete Maria da Silva.

A vigilância da infecção pelo HIV na gestante/parturiente/puérpera tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção entre gestantes e crianças expostas, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle.

A notificação de gestante/parturiente/puérpera HIV+ e criança exposta tornou-se obrigatória a partir de setembro de 2000, portaria ministerial Nº 993/GM/MS.

Definição de caso de Gestante HIV+:

Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da saúde (www.aids.gov.br).

Quando se utilizar apenas um teste rápido para a testagem, não será preciso esperar a realização de testes confirmatórios para instituir as medidas profiláticas.

Vigilância Epidemiológica da Criança exposta

A vigilância da criança exposta ao HIV por transmissão vertical (TV) é importante para o planejamento e monitoramento das ações de prevenção da TV do HIV no país. Dentre seus objetivos, destaca-se a oportunidade de:

- ter um “proxy” da transmissão vertical do HIV;
- monitorar os fatores de risco para a transmissão vertical do HIV;
- subsidiar as ações de controle da transmissão vertical do HIV e
- reduzir a morbimortalidade por aids.

Definição de caso

Criança exposta ao HIV por transmissão vertical é aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV.

Roteiro de Investigação Epidemiológica

Identificação do caso: chama-se a atenção para o correto preenchimento de todos os campos da Ficha de Investigação do SINAN.

Antecedentes epidemiológicos da mãe/nutriz: por se tratar de um evento de transmissão perinatal é fundamental que os campos relacionados à mãe ou nutriz, sejam devidamente preenchidos.

Investigação da criança exposta ao HIV: um dos itens da investigação refere-se ao preenchimento do número da declaração de nascido vivo que permitirá completar informações relacionadas à atenção pré-natal, características do recém-nato e demais informações disponíveis no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). Além disso, informações relativas ao aleitamento, tipos de parto e profilaxia com anti-retrovirais permitirão um monitoramento da realização das medidas recomendadas para a prevenção da TV do HIV. Para caracterizar a infecção pelo HIV são necessários o preenchimento dos dados laboratoriais da criança. O prazo de encerramento da investigação é de no máximo 26 após a data de nascimento. Após esse período o sistema informatizado classificará automaticamente os casos registrados e com evolução igual a “em andamento” ou com essa variável em branco, como “perda de seguimento”.

Operacionalização da vigilância epidemiológica de gestantes/parturientes/puérperas HIV positivas e crianças expostas:

Fonte de dados: serviços de saúde (unidades básicas de saúde, clínica de pré-natal, maternidades, clínica pediátrica, laboratórios, serviços de referência para DST/aids) por meio da notificação compulsória e investigação de todas as gestantes/parturientes/puérperas infectadas pelo HIV cuja evidência laboratorial esteja em conformidade com as normas e os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e notificação compulsória de todas as crianças de mães soropositivas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV. Nesse último caso, a investigação deverá conter os dados da nutriz (“mãe de leite”).

Instrumento de notificação/investigação: Ficha de notificação/investigação padronizada.

Fluxo de informação: A ficha de notificação/investigação deverá ser encaminhada para o nível hierarquicamente superior, em cada etapa prevista: pré-natal, parto e criança, conforme fluxo apresentado em anexo.

Sistema de Informação: A digitação dos dados da ficha de notificação/investigação deverá ser feita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Consolidação e Análise dos dados: Deverá ser feita nos diferentes níveis (local, distrital, municipal, regional, estadual e federal) de acordo com a área de abrangência.

Após conhecer a operacionalização do sistema de vigilância da gestantes/parturientes/puérperas HIV + e criança exposta, Clarice se interessa pela análise dos dados.

Neste momento, Emilia, coordenadora do Núcleo de Vigilância, aborda os diferentes aspectos do sistema de informação que devem ser observados para se proceder a análise adequada dos dados.

Questão 10

Relacione os itens que devem ser observados para o adequado funcionamento de um sistema de vigilância epidemiológica:

Para gerar informação para a ação, objeto final da vigilância, é importante a notificação de todos os casos. Para tanto, é indispensável:

- A disponibilidade de ficha de notificação/investigação em todos os serviços de saúde;
- Que a notificação seja feita em tempo real, ou seja, no momento do diagnóstico do agravo ou doença, evitando atraso de notificação;
- O adequado preenchimento de todos os campos da Ficha de Notificação/Investigação para garantir a qualidade e a completitude das informações, de acordo com o momento (pré-natal, parto e criança);
- Observar o fluxo do sistema de informação, de acordo com os diferentes níveis;
- A digitação dos casos deve ser precedida de uma análise crítica de todos os campos da ficha;
- Que o banco de dados seja periodicamente revisado no sentido de verificar as possibilidades de inconsistências e não completitudes.

Um dos maiores problemas para análise de dados, além do atraso da notificação, é a ausência de informações e a inconsistência de alguns dados. Como exemplos das inconsistências e não completitudes encontradas no banco de dados, observe o quadro a seguir:

Não preenchimento dos seguintes campos:

- carga viral e ou sorologia anti-HIV aos 18 meses;
- encerramento;
- três cargas virais;
- categoria de exposição ignorada;
- evolução da gravidez;
- evidência laboratorial.

Dados identificados como ignorados

- encerramento;
- escolaridade.

Inconsistências

- data de notificação anterior a 2000;
- idade da gestante inferior ou superior à faixa etária provável para a gravidez;
- categoria de exposição da gestante por transmissão vertical (idade inconsistente);
- nome da gestante igual ao da criança.

A atuação integrada da área de Assistência com os Programas da Saúde da Mulher e da Criança, de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros, contribui para uma maior efetividade das ações de prevenção e de assistência, além de contribuir para a melhoria da qualidade do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação, facilitando a obtenção dos dados que costumam ficar em branco, ignorados ou preenchidos de forma incorreta nas fichas.

A avaliação constante da qualidade das ações preventivas da transmissão vertical nos serviços de saúde, desde a cobertura do rastreamento da infecção no pré-natal até a prevalência da infecção infantil, produto final e indicador de impacto das ações profiláticas desenvolvidas, depende da qualidade da notificação/investigação realizada.

Emilia orienta Clarice sobre indicadores de saúde. Esses indicadores são a forma de tradução da realidade. Para cada agravo ou doença existe um conjunto de medidas que podem ser construídas.

Questão 11

Quais os indicadores de saúde que você conhece para a vigilância epidemiológica da gestante HIV+ e crianças expostas?

A seguir, alguns indicadores propostos para a vigilância desse agravo tendo como base o registro de casos do SINAN:

Proporção de crianças infectadas por transmissão vertical do HIV em crianças expostas na gestação/parto/amamentação

$$\frac{\text{Número de crianças infectadas pelo HIV devido à exposição vertical}}{\text{Número de crianças expostas ao HIV na gestação/parto/amamentação}} \times 100$$

Proporção de crianças infectadas pelo HIV de gestantes diagnosticadas durante o pré-natal

$$\frac{\text{Número de crianças infectadas pelo HIV em que a sorologia reagente da mãe foi conhecida no pré natal}}{\text{Número de crianças expostas em que a sorologia reagente da mãe foi conhecida no pré natal}} \times 100$$

Proporção de crianças infectadas pelo HIV de gestantes diagnosticadas durante o trabalho de parto

$$\frac{\text{Nº de crianças infectadas pelo HIV que a sorologia reagente da mãe foi conhecida no momento do parto}}{\text{Número de crianças expostas em que a sorologia reagente da mãe foi conhecida no momento do parto}} \times 100$$

Proporção de parturientes infectadas pelo HIV que receberam AZT injetável durante o trabalho de parto

$$\frac{\text{Número de parturientes infectadas pelo HIV que receberam AZT injetável durante o trabalho de parto}}{\text{Número de parturientes infectadas pelo HIV no município}} \times 100$$

Proporção de crianças infectadas pelo HIV que receberam a profilaxia com anti-retroviral oral

$$\frac{\text{Número de crianças infectadas pelo HIV que receberam profilaxia com anti-retroviral oral}}{\text{Número de crianças expostas ao HIV na gestação/parto/amamentação}} \times 100$$

Para a construção dos indicadores epidemiológicos ressalta-se a necessidade do conhecimento de todos os casos do agravo ou doença a ser analisado e o adequado preenchimento dos instrumentos de coleta. Assim, as principais limitações dos indicadores de gestante HIV⁺ e crianças expostas estão relacionadas à não completude dos dados do SINAN e ao não conhecimento de todos os casos de gestantes HIV⁺, em consequência, de crianças expostas. Pois, a despeito da existência de uma legislação específica para a oferta universal da testagem para o HIV nesta situação, ainda há uma significativa proporção de gestantes que não realizam o teste anti-HIV.

Os indicadores acima propostos também não permitem estimar riscos de transmissão vertical. Em complementação à vigilância desse agravo, propõe-se a realização de estudos com base populacional para o cálculo de estimativas de transmissão vertical.

Uma outra dificuldade encontrada no sistema de vigilância de gestante HIV⁺ e criança exposta é a possibilidade de duplicidade de registro de casos. Por exemplo, o mesmo caso ser notificado pelo município do atendimento e pelo município de residência do caso. Nesta situação adotar os procedimentos recomendados para tratar as duplicidades, de acordo com as normas do SINAN.

Relação de filmes sugeridos

Cobaias

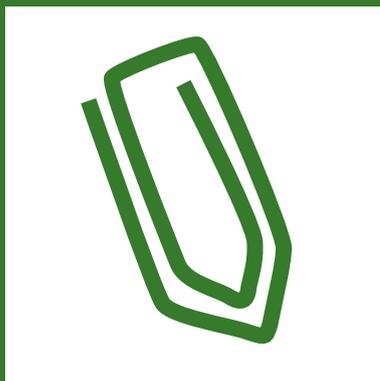
E a vida continua

Filadélfia

Paciente zero

Maiores informações

Sites Nacionais	Sites Internacionais
http://www.saude.gov.br	http://www.unaids.org
	http://www.who.int
http://www.aids.gov.br	http://www.cdc.gov
http://www.aids.gov.br/monitoraids/	http://www.fda.gov
http://www.riscobiologico.org.br	http://www.aidsinfo.nih.gov
http://www.vivacazuza.org.br	http://www.hopkins-aids.edu
http://www.abiaids.org.br	http://www.eurohiv.org
http://www.pelavidda.org.br	http://www.paho.org
http://www.gapabahia.org.br	http://www.unesco.org
	http://www.aidsmap.com



Anexos

Anexo I

- *Portaria nº 156 de 19 de janeiro de 2006*

Anexo II

- *Portaria nº 766 de 21 de dezembro de 2004*

Anexo III

- *Portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006*

Anexo IV

- *Ficha de notificação e investigação da Sífilis Congênita*

Anexo V

- *Sistema de notificação e fluxo da informação*

Anexo VI

- *Ficha de notificação e investigação da Sífilis em Gestante*

Anexo VII

- *Portaria nº 34 de 28 de julho de 2005*

Anexo VIII

- *Ficha de notificação e investigação de gestantes infectadas pelo HIV*

Anexo IX

- *Ficha de notificação e investigação de Crianças Expostas ao HIV*

Anexo I – Portaria nº- 156, de 19 de Janeiro de 2006

Dispõe sobre o uso da penicilina da atenção básica à saúde e nas demais unidades do sistema único de saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando que, no Brasil, a sífilis congênita ainda se constitui grave problema de saúde pública em todas as regiões do País, com um diagnóstico esperado de aproximadamente 13.000 casos novos a cada ano; considerando a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% de crianças infectadas a partir de mães não tratadas; considerando que o País é signatário da resolução CE 116.R3, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de junho de 1995, que recomenda a eliminação da sífilis congênita nas Américas; considerando que a droga recomendada para o tratamento da sífilis é a penicilina, sendo a única droga capaz de atravessar a barreira placentária e, conseqüentemente, beneficiar o feto protegendo da sífilis congênita; e considerando que as reações anafiláticas graves após o uso da penicilina são raras, ocorrendo entre 0,5 a 1/100.000, resolve:

- Art. 1º Determinar a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde, e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para situações em que seu uso se impõe, segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a norma referente aos esquemas terapêuticos para situações em que o uso da penicilina se impõe, os procedimentos a serem tomados, materiais necessários e os sinais e sintomas de anafilaxia.
- Art. 3º Determinar que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adotar de medidas técnicas e administrativas necessárias ao fiel cumprimento desta Portaria.
- Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Saraiva Felipe

Anexo

O Uso da Penicilina na Atenção Básica a Saúde e Demais Unidades do Sistema Único de Saúde

1. Patologias com esquemas terapêuticos padronizados para o uso da penicilina.

a) Sífilis:

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 Série* Dose Total: 2.400.000 UI IM	Dose única
Sífilis secundária ou latente om menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 Séries Dose Total: 4.800.000 UI IM	1 semana
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com uração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 Séries Dose Total: 7.200.000 UI IM	1 semana
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia	4/4h diariamente por 10 dias

b) Sífilis Congênita: se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas: penicilina G cristalina - 50.000 UI/kg/dose, EV, 12/12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM durante 10 dias; se houver alterações líquóricas: penicilina G cristalina - 50.000 UI/Kg/dose, EV, 12/12 horas (nos primeiro 7 dias de vida) e 8/8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; se não houver alterações clínicas, radiológicas hematológicas e/ou líquóricas e a sorologia for negativa: penicilina G benzatina - 50.000 UI/Kg IM dose única.

c) Febre Reumática - a dose recomendada de penicilina G benzatina é de 600.000 UI para crianças com menos de 25 Kg e 1.200.000 para os pacientes com 25Kg ou mais. Para profilaxia primária (erradicação do estreptococo) recomenda-se uma única aplicação e para a profilaxia secundária (para evitar novos surtos de febre reumática), uma aplicação a cada 21 dias;

d) São ainda indicações para o uso isolado da penicilina:

- I. Infecções do trato respiratório superior (amidalites, faringites, otites etc.);
- II. infecções de tecidos moles (erisipela, impetigo);
- III. pneumonias por *Streptococcus pneumoniae* sensíveis;
- IV. endocardite bacteriana por *Strptococcus viridians*;
- V. gangrena gasosa;

VI. difteria;

VII. actinomicose e antraz;

VIII. pós esplenectomia (por 3 anos).

2. Reações de Hipersensibilidade ao uso da Penicilina: em geral essas reações dependem do uso prévio (sensibilização) da medicação. As reações de hipersensibilidade às penicilinas podem ser divididas em:

- a) reações imediatas: ocorrem em até 20 minutos após a administração de penicilina por via parenteral e, em até 1 hora, quando por via oral. Os sinais e sintomas traduzem-se por urticária, prurido difuso, rubor cutâneo e, em menor frequência, as mais graves como, edema laríngeo, arritmia cardíaca e choque. São reações mediadas por IgE e, em cerca de 95% dos casos, dirigidas contra os determinantes antigênicos principais da penicilina.
- b) reações tardias: são as mais comuns, ocorrem após 72 horas e observam-se erupções cutâneas benignas, mobiliformes e de boa evolução, menos frequentes são as reações não cutâneas como febre, doença do soro-símile, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade.
- c) após a dose terapêutica inicial da penicilina, na sífilis recente, poderá surgir a reação febril de Jarisch-Herxheimer, com exacerbação das lesões cutâneas e evolução espontânea em 12 a 48 horas. Geralmente exige apenas cuidado sintomático e não se justifica a interrupção do esquema terapêutico. Essa reação não significa hipersensibilidade à droga, todo paciente com sífilis submetido à terapêutica penicilínica deve ser alertado quanto à possibilidade de desenvolver tal reação.

3. Tratamento das Reações de Hipersensibilidade à Penicilina:

- a) anafilaxia é uma emergência médica aguda que requer a instituição de um tratamento adequado. O sucesso do tratamento, bem como a prevenção de complicações mais graves, depende fundamentalmente do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas que caracterizam o quadro clínico e da rápida implementação e execução de medidas terapêuticas apropriadas. Após a injeção de penicilina, o paciente deve permanecer sob observação por pelo menos trinta minutos. Os portadores de doença cardíaca congestiva e os portadores de doença arterioesclerótica coronariana apresentam risco de reações anafiláticas mais graves (disritmias, diminuição das forças de contração ventricular e infarto agudo do miocárdio) e para utilizar penicilinas injetáveis devem ser encaminhados para serviços de referências.

4. Aspectos Gerais do Tratamento da Anafilaxia o tratamento é direcionado para três importantes manifestações:

- a) manifestações cutâneas (angioedema, urticárias);
- b) dificuldades respiratórias (estridor, laringoedema, laringoespasmos e broncoespasmo); e
- c) hipotensão.

A epinefrina (adrenalina) é a droga mais importante para o manejo da anafilaxia e deve ser administrada por via intramuscular. A droga deve ser administrada para todos os pacientes com manifestações sistêmicas de anafilaxia, tais como dificuldade respiratória e hipotensão.

4.1 Tratamento principal:

- a) a solução de epinefrina (adrenalina) 1: 1.000 deve ser administrada na dose de 0,3 a 0,5 ml (adultos) e 0,01 ml/Kg até no máximo 0,3 ml (crianças), via intramuscular, com intervalo de 15 a 20 minutos entre as doses (máximo de 3 doses)
 - b) prometazina injetável: 0,25 a 1,00 mg/Kg a cada 12 horas, IM ou EV (diluir a 25 mg/min). Os anti-histamínicos, antagonistas H1 e H2 têm papel adjuvante no tratamento da anafilaxia, especialmente quando estão presentes: hipotensão, distúrbios cardíacos, obstrução de vias aéreas superiores, urticária, angioedema e hipersecreção brônquica. Os corticosteróides podem produzir o risco de recorrência ou de prolongamento da anafilaxia. Suprimem a progressão da urticária e do angioedema associados à anafilaxia, mas o estabelecimento da ação se dá após 4 a 6 horas da primeira dose; e
 - c) Utiliza-se a hidrocortisona 5 a 10 mg/Kg/dose IM ou EV (infusão), preferencialmente de 30 segundos (100mg) a 10 minutos (500 mg) a cada 6 horas. A dose média para adulto é de 500 mg. Outra opção é o succinato de metilprednisolona IM ou EV (dose de ataque de 2mg/Kg IM ou EV e manutenção 0,8 a 1,0 mg/Kg/dia IM ou VE a cada 6 horas). É fundamental monitorar os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, pulso e frequência respiratória) e manter o paciente aquecido.
- 4.2. Tratamento de Suporte - se o paciente apresentar hipotensão deve ser colocado em posição deitada com as pernas elevadas. Caso o problema dominante seja dificuldade respiratória, deve ser assegurada uma adequada oxigenação mantendo o paciente em decúbito dorsal, com o pescoço em extensão. Deve ser administrado oxigênio úmido por máscara (100% - 4 a 6 L/min), com a finalidade de manter boa oxigenação tissular, prevenindo assim a fibrilação ventricular e o sofrimento cerebral, se houver sintomas de asma, deve ser utilizada solução de Cloreto de Sódio 0,9% (3ml) e Fenoterol (solução para inalação 0,5 - 1 gota/5Kg de peso, máximo de 8 gotas), repetir até duas vezes, com intervalo de 20 a 30 minutos. A epinefrina por nebulização (epinefrina - 1:1000, 2,5 a 5ml em adulto ou 0,1mg/Kg em crianças diluídos para nebulização) é uma alternativa à epinefrina intramuscular em edema laríngeo leve a moderado. Se os medicamentos da terapêutica inicial não forem efetivos para o choque, fluidos intravenosos devem ser utilizados para restaurar a perda de líquido para o espaço extra vascular: Cloreto de Sódio 0,9% ou Ringer Lactato IV 1000 - 2000ml.

5. Materiais para atendimento à anafilaxia: toda Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá contar com os seguintes materiais/equipamentos e medicamentos para o atendimento à anafilaxia:

- a) pessoal/materiais/equipamentos:
 - a.1) equipo para administração de soluções parenterais;
 - a.2) agulhas hipodérmicas e descartáveis;
 - a.3) seringas;
 - a.4) máscara plástica para a administração de oxigênio úmido; e
 - a.5) cilindro de oxigênio, com válvula e manômetro em local de fácil visualização com saída para fluxômetro e umidificador.
- b) medicamentos:
 - b.1) solução de epinefrina aquosa 1:1000 (ampola = 1ml = 1mg);
 - b.2) prometazina (ampola = 2ml = 50mg);
 - b.3) oxigênio;
 - b.4) fenoterol solução 0,5%;
 - b.5) solução de cloreto de sódio 0,9% (solução salina fisiológica, soro fisiológico - frasco de 250 e 500ml);

6. Medidas Gerais:

- a) toda reação leve à penicilina deve ser manejada pelos serviços de atenção básica que devem dispor de pessoal capacitado para o diagnóstico, tratamento, bem como de material necessário a sua abordagem. Os casos mais graves de anafilaxia à penicilina deverão ser diagnosticados pelas unidades de saúde da Atenção Básica, que após as medidas iniciais, deverão ser encaminhados para os serviços de referência estabelecidos.

Anexo II - Portaria nº 766 de 21 de Dezembro de 2004.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando que o risco de acometimento fetal pela sífilis varia de 70% a 100%, dependendo da fase da infecção na gestante e do trimestre da gestação;

Considerando a alta incidência ainda de sífilis congênita, e

Considerando a necessidade de constante adequação e atualização na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIA/SIH/SUS), resolve:

Art. 1º - Expandir para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, a realização do exame VDRL (código 17.034.02-7) para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH de partos.

Parágrafo Único – O resultado do exame de VDRL deverá ser anexado no prontuário da paciente.

Art. 2º - Determinar que caberá ao Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS/MS disponibilizar aos gestores estaduais/municipais, relatório que permita identificar a realização do exame VDRL.

Art. 3º - Excluir o procedimento de código 07.051.02-6 - TESTES RÁPIDOS PARA TRIAGEM DE SÍFILIS E/OU HIV (por teste) constante da Tabela do SIA/SUS.

Art. 4º - Incluir, na tabela do SIA/SUS, os procedimentos na forma a seguir descrita:

07.051.05 – 0 – Teste Rápido para triagem de Infecção pelo HIV.

Consiste em teste cuja realização não necessita de infra-estrutura laboratorial, sua utilização é dirigida para serviços de atendimento a gestante, recém-nato e profissionais da área de saúde com exposição ocupacional ao HIV.

Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 05, 06, 07, 08.
Serviço/Classificação	000/000
Atividade Profissional	01, 15, 22, 29, 36, 59, 60, 63, 66, 69, 73, 90, 91, 92, 93.
Tipo de Prestador	30, 40, 50.
Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72.
Grupo de Atendimento	02, 12, 18, 27, 28, 29, 99.
Complexidade	Média Complexidade – M2
Tipo de Financiamento	Teto Financeiro da Assistência
Valor Total	R\$10,00

07.051.06-9 – Teste Rápido para diagnóstico da Sífilis.

Consiste em teste cuja realização não necessita de infra-estrutura laboratorial, sua utilização é dirigida para serviços de atendimento a gestante.

Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 05, 06, 07, 08.
Serviço/Classificação	000/000
Atividade Profissional	01, 15, 22, 29, 36, 59, 60, 63, 66, 69, 73, 90, 91, 92, 93.
Tipo de Prestador	30, 40, 50.
Faixa Etária	60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69.
Grupo de Atendimento	02, 11, 27, 28, 29, 99.
Complexidade	Média Complexidade – M2
Tipo de Financiamento	Teto Financeiro da Assistência
Valor Total	R\$10,00

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência janeiro de 2005.

Jorge Solla
Secretário

Anexo III - Portaria nº 5 de 21 de Fevereiro de 2006.

Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no Art. 4º da Portaria nº. 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

- Art. 1º Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.
- Art. 2º A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.
- Art. 3º As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo Único: A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

- I. Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gov.br ou, diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço www.saude.gov.br/svs;
- II. Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, sendo este

serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4º Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 5º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº. 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos anexo I, II e III desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6º. Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3º desta Portaria.

Art. 7º A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8º É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Fica revogada a Portaria nº. 33/SVS, de 14 de julho de 2005, publicada no DOU nº. 135, Seção 1, pág. 111, de 15 de julho de 2005.

Anexo I

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo
- II. Carbúnculo ou Antraz
- III. Cólera
- IV. Coqueluche
- V. Dengue
- VI. Difteria
- VII. Doença de Creutzfeldt Jacob
- VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
- IX. Doença Meningocócica e outras Meningites
- X. Esquistossomose (em área não endêmica)
- XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
- XII. Febre Amarela
- XIII. Febre do Nilo Ocidental
- XIV. Febre Maculosa
- XV. Febre Tifóide
- XVI. Hanseníase
- XVII. Hantavirose
- XVIII. Hepatites Virais
- XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana
- XXII. Leishmaniose Visceral
- XXIII. Leptospirose
- XXIV. Malária
- XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
- XXVI. Peste
- XXVII. Poliomielite
- XXVIII. Paralisia Flácida Aguda
- XXIX. Raiva Humana
- XXX. Rubéola
- XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita
- XXXII. Sarampo
- XXXIII. Sífilis Congênita
- XXXIV. Sífilis em gestante
- XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
- XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave
- XXXVIII. Tétano
- XXXIX. Tularemia
- XL. Tuberculose
- XLI. Varíola

Anexo II

Doenças e Agravos de notificação imediata

I. Caso suspeito ou confirmado de:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior
- m) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- n) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- o) Varíola
- p) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Tétano Neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- a) Agravos inusitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- a) Epizootias em primatas não humanos
- b) Outras epizootias de importância epidemiológica

Anexo III

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional.

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo
- m) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- n) Varíola
- o) Tularemia

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos inusitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

Anexo IV – Ficha de notificação e investigação da sífilis congênita

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS CONGÊNITA**

Definição de caso:

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9			
	4 UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14	Escolaridade		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17 UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24	Geo campo 1		25 Geo campo 2		
	26	Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares					
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	31	Idade da mãe		32	Raça/cor da mãe	
	Anos		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	33 Ocupação da mãe		
	34	Escolaridade				
	35	Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF	37	Município de Realização do Pré-Natal
Dados do Lab. da gestante / mãe	38	Unidade de Saúde de realização do pré-natal		Código (IBGE)		
	39	Diagnóstico de sífilis materna				
	1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado	40		41 Título		
Trat. da gestante / mãe	42	Data		43		
	1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	44		45		
44	Esquema de tratamento		45		46	
1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado	Data do Início do Tratamento		46		Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante	
Sífilis Congênita		Sinan NET		SVS 04/08/2008		

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			51 Título 1:	52 Data
	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				54 Data
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			56 Título 1:	57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia		
Tratamento	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____ <input type="checkbox"/> 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura		

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

* É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou: elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou: quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

SÍFILIS CONGÊNITA

Instruções para o Preenchimento

Ficha de Notificação/investigação – SINAN_NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
- 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 5 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 6 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: Filho de: (nome da mãe). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dd/mm/aaaa) de forma completa.
- 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 12 – Campo não indicado para preenchimento.
- 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça observada: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 14 – Campo não indicado para preenchimento.
- 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 16 - Preencher com o nome completo da mãe da criança (sem abreviações).
- 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente.
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
- 24 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
- 25 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João).
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

Dados complementares do caso: preencher com os dados da Mãe e da Criança

Antecedentes epidemiológicos da gestante/mãe:

- 31 - Informar a idade da mãe em anos.
- 32 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela mãe: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 33 - Informar a atividade exercida pela mãe do paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando a mãe for desempregada. O ramo de atividade econômica da mãe refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- 34 - Preencher com a série e grau que a mãe do paciente está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução da mãe do paciente por ocasião da notificação.
- 35 - Informar se a gestante fez o pré-natal nesta gestação.
- 36 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do município de realização do pré-natal.
- 37 - Informar o nome do município de localização da unidade de saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).
- 38 - Preencher com o nome da unidade de saúde onde a gestante realizou o pré-natal ou código correspondente.
- 39 - Informar se o diagnóstico da sífilis na mãe foi estabelecido durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto, não foi realizado ou ignorado.

Dados laboratoriais da gestante/mãe:

- 40 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico realizado no momento do parto ou curetagem.
- 41 - Informar a titulação do VDRL/RPR.
- 42 - Informar a data de realização do teste.
- 43 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico confirmatório, no parto/curetagem.

Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

Tratamento da gestante/mãe:

- 44 - Informar o esquema de tratamento da mãe.

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento com penicilina completo, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado simultaneamente à gestante, de acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

Esquema de Tratamento Inadequado:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
- a finalização do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

45 - Anotar a data do início do tratamento materno. Ex: 06/06/2007

46 - Informar se o tratamento do(s) parceiro(s) foi (ram) realizado(s) no mesmo período que o tratamento da gestante.

Antecedentes epidemiológicos da criança:

47 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do nascimento, aborto ou óbito da criança.

48 - Informar o nome do município de nascimento, aborto ou óbito da criança (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).

49 - Informar o nome da Instituição de saúde onde a criança nasceu, ou ocorreu o aborto ou o óbito (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN).

Dados do laboratório da criança:

50 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico realizado no sangue periférico da criança.

51 - Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32).

52 - Informar a data da realização do teste.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica – quando a idade da criança for menor que 18 meses.

Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: *FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption)*, *MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay)*, *TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay)*, *ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)*.

54 - Informar a data da realização do teste.

55 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico realizado no Líquor da criança.

56 - Informar a titulação do VDRL/RPR (ex. - 1: 32).

57 - Informar a data da realização do teste.

58 - Refere-se a titulação da sorologia não treponêmica da criança em comparação com a titulação da mãe, preferencialmente, de um mesmo teste realizado em um mesmo laboratório.

59 - Informar se houve a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica do campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

- 60 - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido do crânio.
- 61 - Informar se houve alteração de ossos longos na criança compatível com sífilis congênita.

Dados clínicos da criança:

- 62 - Refere-se ao diagnóstico clínico da criança. Informar - Não se aplica - por ex. quando aborto ou natimorto.
- 63 - Informar em cada casela o código da presença ou não ("1" ou "2" respectivamente) dos sinais e sintomas referidos. Se a informação for ignorada, assinalar "9", e Não se aplica - por ex. quando aborto ou natimorto. Sinais ou sintomas não listados podem ser anotados no espaço indicado.

Tratamento da criança:

- 64 - Informar o esquema de tratamento prescrito para a sífilis congênita instituído ao paciente. Caso o tratamento prescrito seja diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde, seja em relação a droga utilizada ou posologia, anotar no espaço indicado.

Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005. Home page: www.aids.gov.br. Série Manuais nº 62 - PN-DST/AIDS

Evolução

- 65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita.

Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

- 66 - Preencher com a data de ocorrência do óbito. Ex. 06/08/2007.

Anexo V – Sistema de Notificação e Fluxo da Informação

Essencialmente os dados produzidos pela vigilância epidemiológica devem ser utilizados para nortear as ações de prevenção e controle da mesma, além de subsidiar as ações programáticas da assistência ao paciente, como a logística de medicamentos, número de leitos etc.

A retroalimentação do sistema de informação é fundamental para manter a motivação e sensibilização das unidades notificantes.

A seguir, apresenta-se o fluxo de informações no Brasil:

Fluxo Da Informação

NÍVEL LOCAL

(UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTROS DE REFERÊNCIA, HOSPITAIS ETC.)

Consolidar, analisar e divulgar os dados.



**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA MUNICIPAL
(SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE)**

Consolidar, analisar e divulgar os dados.



**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA REGIONAL
(DIRETORIAS REGIONAIS DE SAÚDE)**

Consolidar, analisar e divulgar os dados.



**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ESTADUAL
(SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE)**

Consolidar, analisar e divulgar os dados.

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL
(SVS- SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE)**

Consolidar, analisar e divulgar os dados.

Anexo VI – Ficha de notificação e investigação da sífilis em gestantes

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO		SÍFILIS EM GESTANTE
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2	Agravo/doença SÍFILIS EM GESTANTE	Código (CID10) O98.1	3 Data da Notificação
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10	(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9-Ignorado
Dados de Residência	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		
	15	Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados Complementares do Caso	20	Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25	Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Ant. epid. gestante	28	(DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31	Ocupação		
	32	UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
Dados laboratoriais	34	Unidade de realização do pré-natal:	Código	
	35	Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado	
	37	Resultado dos Exames Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado	38 Título 1:	39 Data
Tratamento gestante	40	Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
	41	Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado		
	42	Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado		

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro <input type="checkbox"/>
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS 29/09/2008

SÍFILIS EM GESTANTE

Instruções para Preenchimento Ficha de Investigação – SINAN NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
 - 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 5 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 6 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 - 9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
 - 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente
- OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
- 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
- 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
- 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
- 24 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
- 25 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

Dados Complementares do Caso: preencher com os dados da gestante ou da parturiente.

- 31 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- 32 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do local de realização do pré-natal.
- 33 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) do local de realização do pré-natal.
- 34 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) em que a gestante realizou o pré-natal.
- 35 - Informar o número do cadastro da gestante no SISPRENATAL.
- 36 - Registrar a classificação clínica para sífilis na gestação: 1 - sífilis primária - cancro duro; 2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot); 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.
- 37 - Refere-se ao resultado do teste não treponêmico preconizado para a primeira consulta de pré-natal. Entende-se como teste não treponêmicos o VDRL e o RPR;
- 38 - Informe a titulação do VDRL/RPR (ex.- 1: 32).
- 39 - Informe a data da realização do teste.
- 40 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado no pré-natal. Os testes confirmatórios treponêmicos são indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. São classificados como testes treponêmicos: FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay).

- 41 - Informe o esquema de tratamento prescrito à gestante.
- 42 - Informe se o parceiro foi tratado concomitantemente à gestante.
- 43 - Informe o esquema de tratamento prescrito ao parceiro.
- 44 - Informe o motivo pelo qual o parceiro não foi tratado (caso não tenha sido tratado)

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

OBSERVAÇÕES:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento com penicilina completo, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado simultaneamente à gestante, de acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou

- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
- a finalização do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

Anexo VII - Portaria nº- 34 de 28 de julho de 2005.

Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art.36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando

Que o conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível à adoção de medidas que possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada para os indivíduos infectados;

Que, em alguns locais do país, há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente;

Que o Ministério da Saúde promoveu uma avaliação do uso dos testes rápidos, que validou o seu uso para o diagnóstico da infecção do HIV; e

A necessidade de buscar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Regular a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 2º O diagnóstico da infecção pelo HIV poderá ser realizado em serviços de saúde localizados em áreas de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal.

Parágrafo único. Nos demais casos em que haja necessidade da implantação dessa estratégia, de acordo com a definição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, utilizar-se-á os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV.

Art. 3º O procedimento de realização dos testes rápidos somente poderá ser feito de acordo com normatização definida pela SVS/MS, a partir do resultado do estudo de avaliação dos referidos testes, conforme disposto no Anexo desta portaria.

Parágrafo único. Os procedimentos seqüenciados de que trata o Anexo desta Portaria, somente poderão ser aplicados em serviços de saúde e de acordo com cronograma de implantação estabelecido pela SVS/MS.

Art. 4º Os testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV serão realizado exclusivamente por profissionais de saúde capacitados, segundo programa de treinamento a ser definido pela SVS/MS.

Art. 5º O diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos somente poderá ser utilizado em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses.

Art. 6º Todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente, o disposto na Portaria nº. 59/GM, de 28 de janeiro de 2003.

Art. 7º As instituições privadas poderão realizar os testes rápidos com recursos próprios, desde que:

I. Adquiram os testes definidos pela SVS/MS;

II. Desenvolvam programa de treinamento para a realização dos testes rápidos, que deverá ser submetido para apreciação e aprovação da SVS/MS; e

III. Atendam ao disposto no Anexo desta Portaria.

Art. 8º O Ministério da Saúde, por meio da SVS, responsabilizar-se-á pela aquisição e distribuição dos testes rápidos aos serviços de saúde e maternidades públicas, onde achar pertinente a aplicação destes.

§ 1º Os testes rápidos deverão ser submetidos a uma análise de controle no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS/FIOCRUZ, antes da conclusão do processo licitatório para a sua aquisição.

§ 2º A aquisição será efetivada após atender:

a) aprovação do INCQS/FIOCRUZ; e

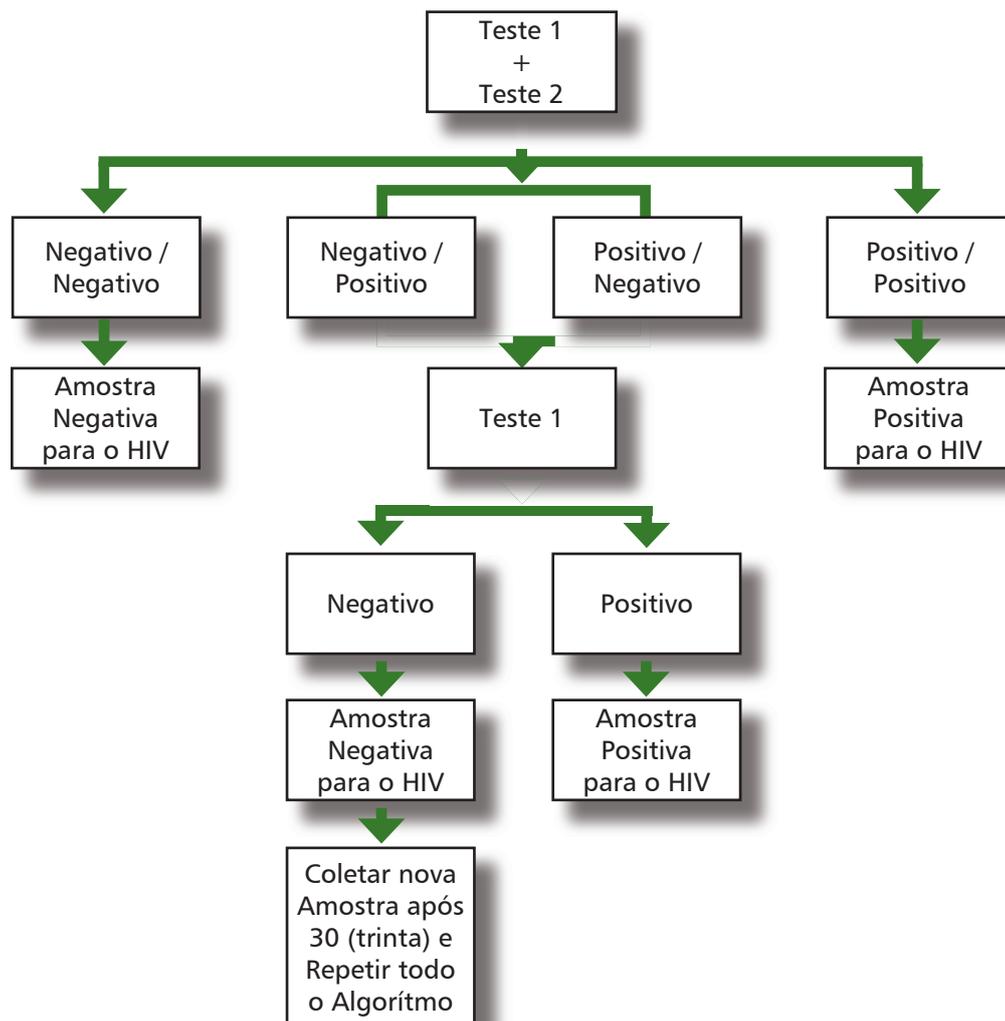
b) registro no Ministério da Saúde.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo da Portaria

Procedimentos Seqüenciados para Realização do Diagnóstico da Infecção pelo HIV Utilizando-se Testes Rápidos em Indivíduos com Idade Acima de 18 (Dezoito) Meses

Com o objetivo de realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizando-se os testes rápidos, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos seqüenciados de acordo com o seguinte algoritmo:



Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde e deverão ter sido submetidos a uma análise de controle.

Os serviços de saúde que realizam testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de dois testes - T1 e T2 - em paralelo, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de sangue total, soro ou plasma. Os dois primeiros imunoenaios deverão apresentar valores de sensibilidade de 100% na análise de controle a ser realizada no INCQS/FIOCRUZ.

- a) As amostras negativas nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV”;
- b) As amostras que apresentarem resultados positivos nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra positiva para HIV”;

Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, a amostra deverá ser submetida a um terceiro teste rápido - T3, que deverá apresentar valor igual ou superior a 99,5% de especificidade na análise de controle a ser realizada no INCQS.

- a) Quando o terceiro teste apresentar resultado positivo, a amostra será considerada “positiva para HIV”;
- b) Quando o terceiro teste apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “negativa para o HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

Observações:

- 1) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
- 2) Deverão constar dos laudos do diagnóstico da infecção pelo HIV o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto de diagnóstico.
- 3) Todos os conjuntos de diagnóstico deverão ser capazes de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

Anexo VIII – Ficha de notificação e investigação de gestantes infectadas pelo HIV

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV +		Nº		
Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual				
	2	Agravado/doença GESTANTE HIV		3		
		Código (CID10) Z 21	Data da Notificação			
	4	5	Município de Notificação			
	UF	Código (IBGE)				
	6	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			
		Código	Data do Diagnóstico			
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9		
		Data de Nascimento				
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	F - Feminino	1 - 1º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado	2 - 2º Trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica	3 - 3º Trimestre 8 - Não se aplica
	13	Raça/Cor				
		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado				
14	Escolaridade					
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
15	Número do Cartão SUS		16			
	Nome da mãe					
Dados de Residência	17	18	Município de Residência			
			Código (IBGE)	19		
		Distrito				
	20	Bairro		21		
		Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	23	Número			
		Complemento (apto., casa, ...)		24		
		Geo campo 1				
25	Geo campo 2		26			
	Ponto de Referência		27			
	CEP					
28	(DDD) Telefone		29			
	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30			
	País (se residente fora do Brasil)					
Dados Complementares do Caso						
Ant. epid. mãe/ HIV	31	Ocupação		32		
		Evidência laboratorial do HIV: 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto				
Pré-Natal						
Dados Pré-Natal	33	Fez/ Faz pré-natal		34		
		1 - sim 2 - não 9 - ignorado		UF		
	35	Município de realização do Pré-Natal		Código (IBGE)		
	36	Unidade de realização do pré-natal:		Código		
37	Nº da Gestante no SISPRENATAL		38			
	Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		39			
	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia					
Parto						
Dados Parto	40	41	UF			
		Município do local do parto		Código (IBGE)		
	42	Local de realização do parto:		Código		
	43	Data do parto:		44		
		Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica				
	45	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46		
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado		Evolução da gravidez: 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica			
47	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Assinatura			
	Função					
Gestante HIV +		Sinan NET		SVS 17/07/2006		

GESTANTES HIV

Instruções para Preenchimento Ficha de Investigação – SINAN NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
- 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 5 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 6 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
- 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
- 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa:
1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
- 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
- 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente.
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
- 24 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
- 25 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

Dados complementares do caso: preencher com os dados da gestante ou parturiente.

- 31 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- 32- Informar o momento em que foi realizada a coleta do material no qual se evidenciou o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV na gestante/parturiente (considerar o primeiro resultado reagente). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pré-Natal:

- 33 - Informar se a gestante ou parturiente HIV + ou com diagnóstico confirmado de aids, fez ou faz pré-natal.
- 34 - Preencher com a sigla da Unidade Federada(UF) do município de realização do pré-natal.
- 35 - Informar o nome do município de localização da unidade de saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).
- 36- Preencher com o nome completo da unidade de saúde de realização do pré-natal, ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo SINAN.
- 37 - Preencher com o número da gestante no SISPRENATAL.

- 38 - Informar se a gestante utiliza anti-retrovirais para profilaxia
- 39 - Informar a data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia.

Parto:

- 40 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) do município de realização do parto
- 41 - Informar o nome do município de localização da Unidade de Saúde de realização do parto (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE)..
- 42 - Preencher com o nome completo do local de realização do parto (ou código correspondente, segundo cadastro estabelecido pelo SINAN).
- 43 - Informar a data do parto.
- 44 - Informar o tipo de parto.).
- 45 - Informar se a parturiente fez uso de profilaxia injetável durante o parto.
- 46 - Informar evolução da gravidez.
- 47- Informar o início da profilaxia anti-retroviral na criança (em horas).

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

Anexo IX – Ficha de notificação e investigação de Crianças Expostas

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		3	Data da Notificação						
	2	Agravado/doença		Código (CID10)			Z 20.6						
	4	UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)								
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7		Data de Diagnóstico					
Notificação Individual	8		Nome do Paciente		9		Data de Nascimento						
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante						
	13	Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado									
	14	Escolaridade		15		Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe				
Dados de Residência	17	UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito						
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)		Código					
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1				
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		27	CEP				
	28	(DDD) Telefone		29		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		Pais (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso												
	Antec. Epid. da Mãe/Nutriz	31	Idade da mãe/nutriz		32		Escolaridade da mãe/nutriz		0-Analfabeto 3-5a à 8a série incompleta do EF 6-Ensino médio completo	1-1ª 4ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 7-Educação superior incompleta	2- 4ª série completa do EF 5-Ensino médio incompleto 8-Educação superior completa	9-Ignorado	
		33	Raça/cor da mãe/nutriz		34		Ocupação da mãe/nutriz						
35		Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado									
36	Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado										
Investigação da criança exposta ao HIV	37	Nº da Declaração de Nascido Vivo		38		Tipo de parto		1 - Parto vaginal 2 - Parto cesáreo 9 - Ignorado					
	39	UF	40		Município do local de nascimento:		Código (IBGE)		41	Local de nascimento (Unidade de Saúde):	Código		
	42	Aleitamento materno:		1 - Sim 2 - Não 3 - Alimentação mista 9 - Ignorado		43	Aleitamento cruzado:		1 - sim 2 - não 9 - ignorado		44	Uso de profilaxia com anti-retroviral oral	1 - sim 2 - não 9 - ignorado
	45	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):		1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado									
	46	Dados laboratoriais da criança		1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado									
	1º	Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta		Teste de triagem anti-HIV	Data da coleta						
2º	Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta		Teste confirmatório anti-HIV	Data da coleta							
3º	Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta		Teste rápido 1	Teste rápido 2	Teste rápido 3	Data da realização					

Criança exposta ao HIV

Sinan NET

SVS 18/05/2009

Evolução do caso	47] Evolução do caso (criança exposta ao HIV) <input type="checkbox"/>	48] Data de encerramento da investigação de criança exposta ao HIV
	1 - Infectada 2 - Não infectada 3 - Perda de seguimento 4 - Caso em andamento 5 - Transferência para outro Município e/ou Estado 6 - Óbito por HIV/Aids 7 - Óbito por outras causas.	
Observações adicionais		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	
	Nome	Assinatura
	Função	

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:
Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico. Entende-se como data do diagnóstico a data de nascimento da criança ou nos casos de exposição por amamentação cruzada, será a data de início da amamentação (quando o início da amamentação não for conhecido, deverá registrar nesse campo o 1º dia do mês e ano referente ao período aproximado da exposição). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como Filho de: (nome da mãe).
16 - Preencher com o nome completo da Mãe do paciente (sem abreviações).
Os campos 31 a 36 devem ser preenchidos com os dados da mãe. No caso de criança exposta ao HIV e que teve aleitamento cruzado, preencher com os dados da nutriz.

35 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação
1 - assinalar na situação em que a gestante fez monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV independente da semana gestacional ou TARV/tratamento segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.
2 - gestante não realizou profilaxia/tratamento com monoterapia ou TARV.
3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado
9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

36 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto.
1 - assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clameamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.
2 - parturiente não realizou profilaxia/tratamento
3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado
9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a parturiente realizou profilaxia/tratamento.

38 - Tipos de parto: assinalar se o parto foi do tipo vaginal, ou do tipo Cesáreo, ou ignorado quando, após a investigação, não foi possível identificar o tipo de parto.

42 - Aleitamento materno, assinalar: 1 - criança foi amamentada exclusivamente (independente do tempo); 2 - criança não foi amamentada; 3 - alimentação mista; 9 - não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.

43 - Aleitamento cruzado, assinalar: 1 - a criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2 - não houve amamentação cruzada; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.

44 - Uso de profilaxia com anti-retroviral oral, assinalar: 1 - criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde; 2 - criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti - retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.

45 - Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar = 4, se for ignorado registrar = 9.

46 - Dados laboratoriais da criança
São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoadsorbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoen-zimático com quimioluminescência.
São testes confirmatórios: imonofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e amplificação seqüencial de ácidos nucleicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).

Para as crianças menores de 18 meses de idade, exposta ao HIV por transmissão vertical, considera-se criança infectada quando houver a presença de RNA ou DNA obtidas em momentos diferentes.
A - Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica.
A.1 - Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).
A.2 - Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápido.

47 - Evolução do caso
1 - Criança infectada: quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagente após os 18 meses;
2 - Criança não infectada: quando duas amostras que apresentam resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4º mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.
3 - Perda de seguimento: quando o serviço perde contato com a criança, antes de se estabelecer a conclusão do diagnóstico laboratorial.
4 - Caso em andamento: quando o serviço de saúde ainda não dispõe dos resultados laboratoriais para a definição do status sorológico da criança.
5 - Transferência para outro Município e/ou Estado: assinalar se o acompanhamento/tratamento da criança foi transferido para outro Município e/ou Estado.
6 - Óbito por HIV/Aids: quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à aids.
7 - Óbito por outras causas: quando o óbito ocorreu por outras causas não relacionadas à aids.
48 - Informar a data em que ocorreu o encerramento da investigação da criança exposta ao HIV.

Criança exposta ao HIV

Sinan NET

SVS 18/05/2009

CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Instrumento para Preenchimento Ficha de Investigação - SINAN-NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
- 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 5 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 6 - 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. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 7 - Anotar a data do diagnóstico. Entende-se como data do diagnóstico a data de nascimento da criança ou nos casos de exposição por amamentação cruzada, será a data de início da amamentação (quando o início da amamentação não for conhecido, deverá registrar nesse campo o 1º dia do mês e ano referente ao período aproximado da exposição). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como Filho de: (nome da mãe).
- 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
- 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
- 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde SUS.
- 16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
- 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente.
CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).
- 24 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
- 25 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
- 26 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João).
- 27 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

- 28 - Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 29 - Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 30 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

Dados Complementares do Caso

Os campos 31 a 36 devem ser preenchidos com os dados da mãe. No caso de criança exposta ao HIV e que teve aleitamento cruzado, preencher com os dados da nutriz.

- 31 - Informar a idade da mãe/nutriz da criança.
- 32 - Informar a escolaridade da mãe/nutriz.
- 33 - Informar a raça/cor da mãe/nutriz.
- 34 - Informar a ocupação da mãe/nutriz no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
- 35 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação
- 1- assinalar na situação em que a gestante fez monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV independente da semana gestacional ou TARV/tratamento segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.
 - 2 - gestante não realizou profilaxia/tratamento
 - 3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado
 - 9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.
- 36 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto
- 1 - assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.
 - 2 - parturiente não realizou profilaxia/tratamento
 - 3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado
 - 9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a parturiente realizou profilaxia/tratamento.

- 37 - informar o número da declaração de nascidos vivos
- 38 - Tipos de parto
- 1 - assinalar se o parto foi vaginal
 - 2 - assinalar se o parto foi cesáreo
 - 9 - não foi possível, após a investigação, informar o tipo de parto.
- 39 - Unidade Federada do município onde ocorreu o nascimento
- 40 - Município onde ocorreu o nascimento
- 41 - Local de nascimento (unidade de saúde)
- 42 - Aleitamento materno
- 1 - criança foi amamentada exclusivamente (independente do tempo)
 - 2 - criança não foi amamentada
 - 3 - alimentação mista
 - 9 - não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.
- 43 - Aleitamento cruzado
- 1 - a criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe.
 - 2 - não houve amamentação cruzada
 - 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.
- 44 - Uso de profilaxia com anti-retroviral oral.
- 1 - criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.
 - 2 - criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral.
 - 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.
- 45 - Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar = 4, se for ignorado registrar = 9.
- 46 - Dados laboratoriais da criança
- São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoadsorbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência.
- São testes confirmatórios: imonofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucléicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e amplificação seqüencial de ácidos nucléicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).

Para as crianças menores de 18 meses de idade, exposta ao HIV por transmissão vertical, considera-se criança infectada quando houver a presença de RNA ou DNA obtidas em momentos diferentes.

A - Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica.

A.1 - Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).

A.2 - Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápido.

47 - Evolução do caso

- 1- Criança infectada: quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagentes após os 18 meses;
- 2 - Criança não infectada: quando duas amostras que apresentam resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4º mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.
- 3 - Perda de seguimento: quando o serviço perde contato com a criança, antes de se estabelecer a conclusão do diagnóstico laboratorial.
- 4 - Caso em andamento: quando o serviço de saúde ainda não dispõe dos resultados laboratoriais para a definição do status sorológico da criança.
- 5 - Transferência para outro Município e/ou Estado: quando o acompanhamento/tratamento foi transferido para outro Município e/ou Estado.
- 6 - Óbito por HIV/Aids: quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à aids.
- 7 - Óbito por outras causas: quando o óbito ocorreu por outras causas não relacionadas à aids.

48 - Informar a data em que ocorreu o encerramento da investigação da criança exposta ao HIV.

Avaliação Final do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gestação, Sífilis Congênita, da Gestante Hiv⁺ e Crianças Expostas.

Estado/Município/Unidade de Saúde: _____

Participante do grupo:

1) O curso atingiu a sua expectativa inicial?

- () Sim
() Parcialmente
() Não
() Não sei

2) A organização do curso em relação a tempo, local, material, metodologia e textos de apoio foi:

	Tempo	Local	Material	Metodologia	Textos de Apoio
Adequada					
Parcialmente Adequada					
Inadequada					
Não Sei					

3) Em relação ao(s) facilitador(es), avalie:

Categoria / Valor	Insatisfatório	Satisfatório	Acima da Expectativa	Por quê?
Conhecimento do assunto				
Capacidade de comunicação/ Interação com o grupo				
Estímulo à participação (ouve e atende às dúvidas e solicitações do grupo)				
Capacidade didático-pedagógica				

4) Dê uma nota de 1 a 5 para sua participação no grupo

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5

5) O que você mais gostou do curso?

6) O que você mudaria para os próximos cursos?

7) Espaço para outras observações.

Glossário

1. **Abscesso cerebral:** uma coleção circunscrita bem delimitada de exsudato purulento no cérebro, devido a infecções bacterianas entre outras.
2. **Aborto:** é todo produto da concepção eliminado com peso inferior a 500g ou idade da gestação inferior a 22 semanas.
3. **Aglutinação:** aderência entre as pequenas partículas existentes num líquido; unir; reunir, ligar. Reação que indica a presença de anticorpos específicos para o antígeno. A Aglutinação dos microorganismos pelo soro do doente constitui um método muito empregado de diagnóstico bacteriológico.
4. **Anemia:** define-se como diminuição abaixo dos valores normais do número de eritrócitos no sangue circulante e ou do seu conteúdo de hemoglobina. A concentração de hemoglobina abaixo dos limites estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Este valor limite varia de 11,0 g/dl para as mulheres grávidas e para as crianças de 6 meses a 5 anos de idade, a 12,0 g/dl para as mulheres não grávidas, até 13,0 g/dl para os homens.
5. **Aneurisma aórtico:** dilatação da parede da artéria aorta, aparecendo onde a resistência está diminuída por uma lesão inflamatória.
6. **Anticorpo:** toda substância presente naturalmente ou produzida no organismo que possui a propriedade de reagir especificamente, os anticorpos do plasma são intimamente ligados as imunoglobulinas formadas em resposta à introdução de material dentro do corpo que é por ele reconhecido como estranho. Sua propriedade característica é combinar-se com o material indutor (antígeno) em condições fisiológicas.
7. **Antígeno:** substância que introduzida num organismo, provoca a formação de um anticorpo específico suscetível de neutralizá-la. Um antígeno pode provir de fontes variáveis: bactérias, vírus, células ou proteínas estranhas, substâncias tóxicas podendo produzir a resposta imune. Material que pode provocar uma resposta imune.
8. **Arco palatino:** composição de delicados ossos, posteriores às maxilas, de forma irregular, que fazem parte simultaneamente das cavidades nasais, das órbitas e do palato duro.

9. **Artropatia de Charcot:** é uma lesão articular cuja origem é devida a um comprometimento do sistema nervoso periférico, caracteriza-se por um aumento do volume da articulação e diminuição da sensibilidade dolorosa. Condições que podem ocasionar essa doença: tabes dorsalis, seringomielia, diabetes melitus e hanseníase.
10. **Biópsia:** processo de retirada de tecido de um ser vivo para exame diagnóstico.
11. **Busca ativa:** busca de casos suspeitos, que se dá de forma permanente ou não; visitas periódicas do serviço de saúde em áreas silenciosas e na ocorrência de casos em municípios vizinhos.
12. **Cancro duro:** é a ulceração cutânea ou mucosa primária da sífilis, caracterizada por uma ferida plana, de bases firmes, indolor que geralmente desaparece espontaneamente em cerca de 15 dias, apesar da sífilis não estar curada.
13. **Ceratite intersticial:** é uma reação de hipersensibilidade tipo II, devido à invasão viral do estroma, com resposta imune humoral, através da reação antígeno-anticorpo.
14. **Cicatriz sorológica na sífilis:** considera-se cicatriz sorológica a persistência, após dois anos, de reaginas em baixos títulos (de soro puro até 1:4), com provas treponêmicas positivas. Sorologias persistentes em títulos elevados, mesmo com LCR normal, devem ser acompanhadas por maior tempo, devido à possibilidade de existirem outros reservatórios de treponemas.
15. **Coefficiente/taxa:** relação entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer. O resultado da relação é multiplicado por uma base referencial do denominador que é potência de 10. Muito utilizado em saúde pública para indicar a relação (quociente) entre dois valores numéricos, no sentido de estimar a probabilidade da ocorrência ou não de determinado evento.
16. **Condiloma plano (latun ou sifilítico):** são pápulas localizadas em zonas de atrito (como o sulco interglúteo e região inguinfemoral) que se rompem, liberando, por meio da serosidade, os treponemas e surgindo placas mucosas.
17. **Consolidação de dados:** consiste no agrupamento e distribuição dos dados segundo: número de casos; período de ocorrência, por município, localidade, bairro e rua; faixa etária; semana epidemiológica; zona urbana/rural; antecedentes vacinais; cobertura vacinal; hospitalização; complicações; coletas para amostras etc.
18. **Curetagem obstétrica:** esvaziamento uterino para o tratamento de abortamentos incompletos. Método que consiste em raspar a superfície da mucosa uterina; o útero também é dilatado e um instrumento semelhante a uma colher (cureta), é introduzido pelo canal vaginal realizando a raspagem.
19. **Demência:** síndrome que se caracteriza por alteração persistente da atividade intelectual, hereditária, produzida por disfunção cerebral não originadas por comprometimento do nível de consciência, de modo a gerar prejuízos sociais e ocupacionais. Existe prejuízo de funções corticais superiores, como pensamento, compreensão, memória, orientação, capacidade de cálculo e aprendizagem, o discernimento e a linguagem. Inicia-se por descontrole emocional, desmotivação e inadequação social. Ocorre em doenças como Alzheimer, doenças vasculares cerebrais e doenças clínicas outras que acometem secundariamente o cérebro.

20. **Diáfise:** corpo de um osso longo, compreendido entre as extremidades, ou epífises.
21. **Distúrbio neurovegetativo:** Sistema Nervoso Autônomo (ou neurovegetativo): alterações funcionais sem lesão ou alteração morfológica. Normalmente as queixas neurovegetativas dizem respeito a um funcionamento alterado, a um hiper ou hipofuncionamento, como por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como por expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física.
22. **Esclerose:** uma doença provavelmente autoimune, onde há destruição da mielina (envoltório dos axônios dos neurônios que fazem o impulso nervoso correr em alta velocidade) por autoanticorpos.
23. **Especificidade:** capacidade do procedimento de diagnose em diagnosticar corretamente a ausência de doença, quando a mesma está ausente. Verdadeiros negativos. Especificidade de um sistema de vigilância: é a capacidade que tem o sistema de excluir os não-casos (o sistema tem baixa especificidade quando as taxas de diagnósticos falso-positivos são altas).
24. **Febre reumática:** definida como uma complicação tardia e não supurativa, de caráter auto-imune, desencadeada de uma a três semanas após episódio de faringoamigdalite atribuída ao *Streptococcus β-hemolítico* do grupo A de Lancefield, em hospedeiros geneticamente suscetíveis com tendência a recorrer. Afeta freqüentemente as articulações, daí sua inclusão para estudo entre as doenças reumáticas, embora as complicações graves mais freqüentes sejam cardíacas (cardite) e, em menor freqüência, neurológicas e dermatológicas (eritema marginado e nódulos subcutâneos).
25. **Fissura:** uma abertura estreita ou fenda de comprimento e profundidade consideráveis.
26. **Freqüência:** termo genérico utilizado em epidemiologia para descrever o número de casos de uma doença ou de outro atributo ou evento identificado na população, sem fazer distinção entre incidência ou prevalência.
27. **Fronte olímpica:** Deformação óssea levando um alargamento e uma protuberância na fronte, devido a mecanismo fisiopatológico (também encontrado em outras doenças patológicas e na desnutrição severa).
28. **Glomerulonefrite:** lesões dos glomérulos de Malpighi, de natureza infecciosa que causa prejuízo da função renal.
29. **Gomas:** lesões nodulares que sofrem processo de degeneração. Significam reação de hipersensibilidade ao *Treponema*, não sendo infectantes. Atravessam cinco fases: infiltração, amolecimento, supuração, ulceração e cicatrização.
30. **Hemorragia:** perda aguda de sangue; sangramento descontrolado.
31. **Hepatoesplenomegalia:** aumento do fígado e do baço.
32. **Hipersensibilidade tipo I:** resposta imune que libera substâncias vasoativas e espasmogênicas, que agem nos vasos e nas células musculares lisas, e citocinas pró-inflamatórias que ativam células inflamatórias. É uma reação imune desenvolvida rapidamente, ocorrendo minutos depois da combinação do Ag com o Ac ligado a mastócitos e basófilos em indivíduos previamente sensibilizados pelo Ag. Pode provocar uma reação sistêmica ou local. As principais células são os mastócitos e basófilos e o principal Ac é IgE.

33. **Icterícia:** é um sinal que se caracteriza pelo aumento da taxa de bilirrubina no sangue. Manifesta-se por uma coloração amarelada da pele e das mucosas.
34. **Incidência:** refere-se ao número de casos novos de um evento ocorrido numa população, durante um determinado período.
35. **Lesões cutâneo-mucosas:** ulcerações com fundo granuloso e avermelhado, acompanhado por ponteados hemorrágicos característicos.
36. **Letalidade:** número de óbitos de determinado agravo à saúde dividido pelo número de casos do agravo em questão, geralmente multiplicado por 100 (%).
37. **Leucocitose:** aumento transitório no número de leucócitos em um líquido corpóreo.
38. **Líquor ou líquido cefalorraquidiano (LCR):** líquido extracelular, incolor, transparente, alcalino não coagulável, que envolve todo o neuro-eixo (SNC), e se encontra também no seu interior.
39. **Memória imunológica:** estado alterado da responsividade imunológica, resultante do contato inicial com o antígeno, que habilita o indivíduo a produzir mais anticorpos e mais rapidamente, em resposta a um estímulo antigênico secundário.
40. **Meningite bacteriana:** inflamação das meninges causada por bactérias.
41. **Metáfise:** região anatômica correspondente à porção média dos ossos longos, a zona de crescimento ósseo (as extremidades são denominadas epífises).
42. **Mortalidade:** relação entre o número de mortos e o de habitantes.
43. **Natimorto:** feto que nasce morto após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas.
44. **Necropsia:** investigação da *causa mortis*; exame cadavérico. Refere-se à dissecação de um cadáver, com diversos fins: educativos (aulas de anatomia, estudo anatomopatológico), ou de medicina forense, em que se pretende determinar as causas da morte.
45. **Nefrite:** resultado de um processo inflamatório difuso dos glomérulos renais tendo por base um fenômeno imunológico. Quando é primária do glomérulo, denomina-se glomerulo-nefrite; quando se origina no ureter chama-se pielonefrite; quando se localiza nos túbulos renais se denomina nefrite tubular.
46. **Neurossífilis:** infecções do sistema nervoso central causadas pelo *Treponema pallidum* que se apresenta com uma variedade de síndromes clínicas. A fase inicial da infecção normalmente causa uma reação meníngea leve ou assintomática.
47. **Osteíte:** distúrbio crônico do esqueleto, no qual áreas de ossos apresentam um crescimento anormal, aumentam de tamanho e tornam-se mais frágeis. O distúrbio pode afetar qualquer osso. No entanto, os ossos mais comumente atingidos são: ossos da pelve, fêmur, ossos do crânio, tíbia, ossos da coluna vertebral (vértebras), clavículas e o úmero.
48. **Osteocondrite:** distrofia óssea caracterizada por processo inflamatório asséptico da cartilagem parcialmente ossificada. Doença que atinge as partes do organismo em crescimento, acredita-se que motivada por perturbação circulatória de origem desconhecida. Localiza-se geralmente em certos ossinhos, epífises ou apófises, ou ainda nas vértebras.

49. **Pancreatite:** extravazamento de enzimas das vesículas pancreáticas para o tecido ao redor. É um processo inflamatório, de aparecimento súbito (agudo) e etiologia variada, geralmente acompanhada de importante comprometimento sistêmico.
50. **Pênfigo:** dermatose que se manifesta por grandes bolhas, cheias de líquido seroso; termo geral que engloba diversas dermatoses.
51. **Periostite:** inflamação de uma membrana que recobre as superfícies dos ossos e que é densamente enervada(periósteo).
52. **Pneumonia pneumocócica:** doença febril causada pelo *Streptococcus pneumoniae*. Essa condição é caracterizada pela inflamação de um ou mais lobos dos pulmões além de sintomas que incluem calafrios, febre, respiração acelerada e tosse.
53. **Prematuridade:** processo que afeta o desenvolvimento do bebê nascido antes de ter completado 37 semanas de gestação. É um fator de risco a ser prevenido no surgimento de quadros deficitários e outras complicações para o recém-nascido.
54. **Pré-natal:** acompanhamento multiprofissional fornecido à gestante para verificar e diagnosticar doenças e alterações que possam comprometer a saúde materna e fetal.
55. **Prevalência:** é o número total de casos existentes em um determinado local e período. É calculado através do coeficiente de prevalência, que mede a frequência ou a probabilidade de existência de casos novos e antigos da doença na população.
56. **Proporção:** igualdade entre duas razões. Relação de uma coisa com outra ou com um todo; relação entre as qualidades de um objeto, no que respeita à dimensão, tamanho, configuração e simetria, tendo em conta uma hipotética harmonia que existe, ou deve existir, entre elas; igualdade entre duas razões; comparação.
57. **Pseudo paralisia de Parrot:** imitação dos movimentos de um ou de vários membros, sem relação com uma lesão dos nervos ou das vias motoras, acompanhada de dor associada à osteocondrite e ou fratura, a criança fica irritada, chorosa.
58. **Puerpério:** período compreendido entre o parto e a completa recuperação anatomofisiológica da mulher; pós-parto (aproximadamente seis semanas).
69. **Punção lombar:** consiste na coleta do líquido para exame citológico e também para injeção de quimioterapia com a finalidade de impedir o aparecimento (profilaxia) de células leucêmicas no sistema nervoso central ou para destruí-las quando existir doença (meningite leucêmica) nesse local.
60. **Reação vaso-vagal:** síncope resultando de diminuição dos batimentos cardíacos, que geralmente ocorre em indivíduos jovens ansiosos, ocasionada por alterações emocionais. As características clínicas incluem náusea, desconforto precordial, dificuldades respiratórias e medo de morrer (angor animi); ocorre também, após uma intervenção dolorosa tais como uma injeção manifestada por palidez, náusea, diaforese profusa. Os sintomas melhoram rapidamente ao recostar-se o paciente e desaparecem sem tratamento entre 20 a 30 minutos.

61. **Rinite sanguinolenta sífilítica:** é geralmente a primeira manifestação da sífilis congênita no período neonatal. É uma inflamação da mucosa nasal que pode destruir o osso e a cartilagem que formam o septo nasal, interferindo com o desenvolvimento da região do dorso nasal, e manifestando-se como um nariz em forma de sela.
62. **Roséolas sífilíticas:** consiste em uma erupção de manchas redondas de cor vermelho-cobre, localizadas principalmente no tórax, nos braços e no abdome. Podem durar poucos dias ou até semanas e desaparecem espontaneamente.
63. **Sensibilidade:** capacidade do procedimento de diagnose em efetuar diagnósticos corretos de doença quando a mesma está presente, verdadeiros positivos ou enfermos. Em relação a um sistema de vigilância epidemiológica: é a capacidade que um sistema de vigilância tem de detectar os casos verdadeiros de evento sob vigilância. Um sistema com 100% de sensibilidade detectará todos os agravos/doenças que ocorrem na população. Um sistema que não tenha uma sensibilidade alta ainda pode ser útil para a determinação de tendências.
64. **Sepe:** Resposta sistêmica à infecção grave. Agravado sistêmico que traduz uma resposta inflamatória exacerbada à presença de microrganismo em tecidos previamente estéreis.
65. **Sífilides papulosas:** pápula de cor vermelho-acobreado, em geral disseminada, consistente, superfície lisa ou escamosa, podendo apresentar um alo ou franja escamosa.
66. **Tabes Dorsalis:** doença degenerativa crônica da medula espinhal, conseqüente à infecção do sistema nervoso pelo *Treponema pallidum*, e representando a fase neural da sífilis; tabes.
67. **Taxa (ou coeficiente):** número de casos de um evento relacionado ao tamanho da população da qual ele procede.
68. **Taxa de letalidade:** resultante da relação entre o número de óbitos decorrentes de uma determinada doença e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença. É expresso sempre em percentual.
69. **Tíbia em lâmina de sabre:** na tíbia ocorre a proliferação do treponema nas cartilagens sub-epifisárias, ocorrendo um aspecto radiológico de sabre encurvado.
70. **Transmissão Vertical:** transmissão da mãe para o concepto. Pode ocorrer durante a gestação, no parto, intra-parto ou no período de aleitamento.
71. **Triade de Hutchinson:** inclui os dentes de Hutchinson, ceratite ocular intersticial e otite média com possibilidade dessa última manifestação levar a surdez por envolver o VIII par craniano.
72. **Tubérculos:** “ou nódulos de tuberculose” são pequenas lesões que consistem em tecidos mortos de cor acinzentada contendo o *Mycobacterium tuberculosis* (MTB).
73. **Urinocultura:** teste laboratorial que permite além da identificação do microrganismo infectante, a realização de teste de sensibilidade aos antimicrobianos e contagem de colônias.

TÉCNICAS DE DINÂMICA DE GRUPO

Tempo	Atividades do Participante	Atividade do Facilitador/Instrutor
	<p>1. Participação de dinâmica e apresentação do grupo. Este é o momento adequado para esclarecer os objetivos, as atividades que serão desenvolvidas ao longo do curso. É a oportunidade de levantar as expectativas e tirar as dúvidas sobre as responsabilidades de executar atividades.</p>	<p>1. Realize uma dinâmica que auxilie o grupo a se localizar no tempo e no conteúdo.</p> <p>Sugestão de dinâmica para apresentação do grupo:</p> <p>Cada participante receberá 2 cartões: no primeiro cartão registrará seu nome (ou como gosta de ser chamado), este será afixado no mapa do Brasil, indicando sua cidade/estado ou unidade de saúde. Durante a apresentação, cada um dará um adjetivo para si mesmo, que tenha a inicial do seu nome. No outro cartão registrará qual a sua formação profissional. O cartão da formação será afixado numa parede e deverá permanecer durante todo o curso.</p>
	<p>2. Sugere-se realizar uma dinâmica para a integração do grupo e/ou incentivo para o conteúdo que está sendo trabalhado.</p> <p>Ao término da dinâmica, os participantes deverão dar continuidade ao trabalho nos grupos menores.</p>	<p>2. Sugestão de dinâmica para dar continuidade ao trabalho:</p> <p>Dinâmica: “Feitiço contra o feiticeiro”</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descontração/entrosamento do grupo; • Avaliar a percepção do grupo diante do inesperado <p>Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> – O facilitador/instrutor solicita que todos peguem um pedaço de papel em branco; – Em seguida escrevam um “castigo” para o seu colega da direita executar. <p>Observação:</p> <p>O Facilitador/instrutor deve observar se não tem nenhum castigo que possa causar constrangimento aos participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Quando todos terminarem de escrever, solicitar para dobrarem. <p>Quando o grupo não conhece a brincadeira:</p> <p>O feitiço vira contra o feiticeiro, ou seja, quem escrever é quem vai executar o castigo. Pode ser em seqüência ou alternados.</p> <p>Se o Facilitador/instrutor perceber que algumas pessoas conhecem a brincadeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depois que todos escreverem e dobrarem, solicitar que coloquem em uma caixa ou saco ou envelope; • Em seguida distribuir os papéis aleatoriamente; • À medida que os participantes vão cumprindo os seus “CASTIGOS”, o feitiço virou contra os feiticeiros. <p>Comentários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifique como o grupo se sentiu durante o jogo. • Solicite comentários sobre a postura dos participantes quando tiveram que executar o que participaram para o outro. • Pergunte ao grupo: Por que temos receio do desconhecido?

Tempo	Atividades do Participante	Atividade do Facilitador/Instrutor
	3. Atividade de avaliação do dia.	3. Prepare uma dinâmica para avaliação usando “Que bom”; “Que pena”; “Que tal”. É importante que o facilitador/instrutor faça um resumo das avaliações para apresentação na plenária do dia seguinte.
	<p>4. Em plenária, com o grupo todo reunido, realize uma atividade de reflexão.</p> <p>Esta atividade tem como objetivo realizar um aquecimento específico que possibilite o resgate de “coisas” impactantes do dia anterior.</p>	<p>4. Sugestão para atividade de reflexão:</p> <p>“Refletindo com um texto”</p> <p>“A visão do futuro, o jovem e a estrela do mar” (Aikidô das Sabedorias)</p> <p>“Era uma vez um escritor que morava numa praia tranqüila, junto a uma colônia de pescadores. Todas as manhãs ele passeava à beira-mar, para se inspirar, e de tarde ficava em casa escrevendo.</p> <p>Um dia, caminhando pela praia, ele viu um vulto que parecia dançar. Quando chegou perto, era um jovem pegando na areia as estrelas do mar, uma a uma, e jogando novamente de volta ao oceano.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por que você está fazendo isto? – perguntou o escritor. - Você não vê? – disse o jovem. - A maré está baixa e o sol está brilhando. Elas vão secar e morrer, se ficarem aqui na areia. - Meu jovem, existem milhares de estrelas do mar, espalhadas pelas praias. Que diferença faz? Você joga umas poucas de volta ao oceano. A maioria vai perecer de qualquer forma. <p>O jovem pegou mais uma estrela na areia, jogou de volta ao oceano, olhou para o escritor e disse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pra essa, eu fiz a diferença. <p>Naquela noite o escritor não conseguiu dormir nem sequer conseguiu escrever. De manhãzinha foi para a praia, reuniu-se ao jovem e juntos começaram a jogar as estrelas do mar ao oceano.</p> <p>Esperamos que você seja um dos que querem fazer deste universo um lugar melhor devido à sua presença. Assim sendo, aguardo a sua chegada para juntos podermos jogar estrelas-do-mar de volta ao oceano”.</p> <p>Comentários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peça ao grupo que comente sobre a leitura. - Peça para fazerem relação com a realidade e com o compromisso de trabalho esperado de cada um. - Ajude o grupo a fazer relação com a realidade, com o cotidiano. - Comente sobre o que significaria para o trabalho de vigilância se cada um fizesse a sua parte e essa parte vai “fazer a diferença”. - O que fazer para evitar a postura: “se ninguém faz porque eu vou fazer...?”
	5. Nesse momento participar da atividade onde estamos.	5. Onde estamos: Esta atividade tem como objetivo realizar um aquecimento específico que possibilite o resgate de “coisas” impactantes do dia anterior, preparando para as atividades do dia e informar possíveis ajustes que possam ter sido sugeridos na avaliação do dia anterior.

Tempo	Atividades do Participante	Atividade do Facilitador/Instrutor
	6. Com o grupo todo reunido realize uma atividade de Integração.	<p>6. Sugestão para atividade de integração: “O reverso da roda”</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a aproximação e integração dos participantes de um grupo. - Avaliar tensões e ajudar a descontrair. - Preparar o grupo para a discussão de temas que exigem a procura de soluções. <p>Desenvolvimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – O facilitador/instrutor solicita que os participantes fiquem de pé e formem um roda fechada. 2 - O grupo deve encontrar uma forma de “virar a roda” sem que ninguém solte as mãos, ou seja, todos têm que ficar olhando para fora e de mãos dadas; 3 - O facilitador/instrutor estimula para que todos apresentem uma solução; 4 – Quanto mais o grupo tentar melhor. Todas as posições devem ser experimentadas, mesmo que pareçam absurdas; 5 – Caso o grupo, após cinco minutos, não encontre a solução “todos olhando para fora de mãos dadas e sem cruzar os braços” o Facilitador/instrutor pode sugerir a solução. <p>Obs:</p> <p>Somente em último caso é que o Facilitador/instrutor deve revelar a forma de resolver o problema.</p> <p>Comentários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peça ao grupo que comente sobre como se sentiram durante o jogo. - Dificuldades e facilidades para “achar a solução”. - Comente sobre as estratégias adotadas para encontrar a solução. - Ajude o grupo a fazer relação entre o que aconteceu e a realidade, e o cotidiano. - Relacione com o momento da decisão sobre o que fazer diante da notificação de um caso de doença.
	7. Atividade de avaliação do dia	<p>7. Representantes de grupo</p> <p>Chamar um representante de cada grupo para uma rodinha e dizer que eles estão se encontrando no final de um dia e vão comentar sobre o curso que estão participando.</p> <p>Solicitar que relatem desde o primeiro dia o desempenho dos participantes, facilitadores/instrutores, etc.</p> <p>Os colegas que quiserem complementar os relatos do representante dos grupos devem se posicionar atrás dele e complementar ou discordar.</p> <p>Após a dinâmica propor ajustes no processo da oficina.</p>

Tempo	Atividades do Participante	Atividade do Facilitador/Instrutor
	8. Com o grupo todo reunido realize uma atividade de Integração.	<p>8. A tempestade</p> <p>O facilitador/instrutor pede que os participantes sentem em círculo não deixando nenhuma cadeira vazia.</p> <p>O facilitador/instrutor explica que vão fazer uma viagem no mar:</p> <p>Durante a viagem ocorre uma onda para a direita, pula-se uma cadeira para a direita – quando ocorrer uma onda para esquerda pula-se para a cadeira da esquerda.</p> <p>Ao final da tempestade todos trocam de lugar. Neste momento, o facilitador/instrutor toma o lugar de um participante. Este deverá pegar na mão do facilitador/instrutor um ficha e falar sobre ela.</p> <p>Estas fichas podem conter perguntas sobre DST ou outras como sentimentos, fluxo de informação, sistema de notificação etc .</p> <p>Onde estamos?</p>
	9. Com o grupo todo reunido participe da atividade de Integração.	<p>9. Casados e solteiros</p> <p>Solicite que todos fiquem em pé e que se dividam grupos de acordo com o estado civil: casados e solteiros, tico-tico no fubá, separados e viúvos.</p> <p>Os diferentes grupos devem encontrar uma música e uma palavra que os apresente aos outros grupos. Os grupos devem apresentar suas músicas e sua palavra para os demais grupos. Dê 5 minutos para que os grupos escolham as músicas e as palavras.</p> <p>Após as apresentações, inicie as atividades da tarde.</p>
	<p>10. Avaliação do dia.</p> <p>Noite – optativo – apresentação do filme “Vigilância Epidemiológica e SINAN” – dirigido a todos os profissionais e estudantes da área da saúde, o vídeo enfoca a importância da notificação de casos e do SINAN.</p>	<p>10. Realizar uma avaliação coletiva: um componente do grupo receberá uma folha com o início de uma frase e passará para todos do grupo para completarem o pensamento. Exemplo: O dia de hoje foi... porque...</p>
	11. Com todo o grupo, participe da atividade de avaliação.	<p>11. Onde estamos - Realizar uma atividade de avaliação do curso até este momento.</p> <p>Atividade de avaliação do dia anterior</p> <p>Objetivo: rever o que foi trabalhado até o momento da seguinte forma:</p> <p>Desenvolvimento: Chamar um participante de cada grupo na frente para expor cada unidade e como seu grupo foi trabalhando. (os outros participantes poderão se colocar atrás do representante do seu grupo e complementar o que foi dito)</p>

Tempo	Atividades do Participante	Atividade do Facilitador/Instrutor
	12. Com todo o grupo, participe da atividade de integração.	<p>12. Dinâmica: O Hospital</p> <p>A finalidade da dinâmica é descontrair o grupo, quebrar-gelo; movimentar-se.</p> <p>1º - Dispor os participantes em círculos e orientá-los que será lida uma pequena história.</p> <p>2º - Cada um receberá uma função na história. Um será o(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico(a) • Enfermeiro(a) • Hospital • Xarope • Fórmula • Injetável <p>3º - Os participantes devem ser orientados também que, a cada vez que o facilitador disser: médico, enfermeiro etc. durante a leitura da história, ele deverá levantar e sentar rapidamente.</p> <p>O Hospital - Certa noite chegou ao Hospital uma parturiente HIV+. A enfermeira de plantão imediatamente foi procurar o médico que prontamente veio avaliar a situação da parturiente. Pediu então à enfermeira que providenciasse AZT injetável, xarope e fórmula láctea. A enfermeira disse ao médico “não temos injetável, xarope e fórmula na farmácia do Hospital. O médico espantado falou “como pode não ter injetável, xarope e fórmula nesse Hospital”. A enfermeira aturdida disse ao médico “neste caso vamos atender a parturiente sem o injetável, xarope e fórmula.” O médico então respondeu à enfermeira, “de jeito nenhum, neste Hospital fazemos profilaxia” - providencie injetável, xarope e fórmula.</p>

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BERMAN, S.M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization 2004; 8:433-438.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. AIDS: Boletim Epidemiológico. Ano XVIII nº 01 - 01ª a 26ª Semanas Epidemiológicas - Janeiro a Junho de 2004. Brasília: PN DST/AIDS, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Projeto Nascer-Maternidades. Brasília: PN DST/AIDS, 2003. 80 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes, 2004. Brasília: PN DST/AIDS; 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Manual de Testes de Sensibilidade à Penicilina. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita [acessado em 22 Nov. de 2004, para informação de Dez. de 1997] [on line]. Disponível em <http://aids.gov.br/uvad/eliminacao.htm>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 3ª edição. 66 p.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 1ª edição. 199 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 4ª edição. 332 p.
- BRASIL. Portaria no 542 de 22 de Dezembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. *Norma técnica do Ministério da Saúde sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (com considerações gerais para o uso de profilaxia de hepatite B, HIV e outras DST após situações de exposição sexual)*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças – 2004*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Manual Técnico para a Investigação da Transmissão de Doenças pelo Sangue*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Crianças Infectadas pelo HIV - 2004*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV - 2004*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico – AIDST I no 01 – 01ª a 26ª Semana Epidemiológica de 2004 – Janeiro a Junho de 2004*. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *MonitorAIDS: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (Versão 1.0)*. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS, 2004.
- CAREY, J.C. Congenital Syphilis in the 21st Century. *Current Women's Health Reports* 2003 3:299-302.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Guidelines for the Prevention and Control of Congenital Syphilis. *MMWR* 1988; 37 (S-1): 1-13.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually Transmitted Diseases - Treatment Guidelines. Morbidity and Mortality Weekly Report 2002; 51 (RR6): 1-80.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Network of STD-HIV - Prevention Training Centers. January 2003, 20p.
- GARDELLA, C. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: Treatment Options. *Current Treatment Options in Infectious Diseases* 5:53-61, 2003.
- GUTMAN, L.T. Syphilis. In: Feigin R; Cherry JD. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 4th ed. Philadelphia: W B Saunders; p. 1543-1556, 1998.
- HOOKE, E.W.; PEELING, R.W. Syphilis Control - A Continuing Challenge. *Lancet* 2004, 351: 122-124.
- LAMBERT, J.S.; NOGUEIRA, S.A.; ABREU, T.F., 2001. *Manual de Acompanhamento da Criança Infectada pelo HIV*. Rio de Janeiro: Programa de Assistência Integral à Gestante HIV Positiva.
- LAMBERT, J.S.; NOGUEIRA, S.A., 2002. *Manual para o Acompanhamento Clínico da Gestante Infectada pelo HIV*. Rio de Janeiro: Programa de Assistência Integral à Gestante HIV Positiva.
- LAST, J. M. *A dictionary of epidemiology*. 2nd edition, New York: Oxford, 1988.
- LOPES, A. C. S.; PROIETTI, F. A.; MACHADO, G. M.; CAIAFFA, W. T.. *Epidemiologia Básica*. Organizado por COUTO, R. C.; PEDROSA, T. G.;
- MABEY, D.; PEELING, R.W.; USTIANOWSKI, A.; PERKINS, M.D. Diagnosis for the Developing World. *Nature Reviews Microbiology* 2004; 2:231-240.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (orgs.). *Os Sentidos da integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.
- MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L., 2002. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito: 3^a. ed. Brasília., 2001. 44 p.
- NOGUEIRA, J.M.. *Infecções Hospitalares: epidemiologia e controle*. 2. ed. Belo Horizonte, 1999, p.7-43.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas: Area of Family and Community Health HIV/AIDS unit. July, 2004. Mimeo.
- PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Elimination of Congenital Syphilis (PAHO). *Bulletin of Pan-American Health Organization* 1995, 29: 364-368.

- PEELING, R.W.; MABEY, D.; FITZGERALD, D.W.; WATSON-JONES, D. Avoiding HIV and Dying of Syphilis. *Lancet* 2004; 364:1561-1563.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA. Instrução Técnica para a Prescrição e a Utilização de Penicilinas. São Paulo:CIM-SMS e DST e AIDS 2003, 34 p.
- SUCCI, R. Protocolo Colaborativo Multicêntrico Brasileiro para Avaliar as Taxas de Transmissão Materno-Infantil do HIV em Filhos de Mulheres com Diagnóstico da Infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o Parto, 2003.
- TAYRA, A.P. Sistema de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
- UNAIDS/WHO. *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*. 2000.
- VALDERRAMA, J. Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe - Marco de referencia para su implementación. Washington,DC:OPS,2005.
- WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. Petrópolis: Editora Fundação Petrópolis Ltda.,1998.
- WALKER D.G., WALKER G.J. Prevention of Congenital Syphilis - Time for Action. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:401.
- WALKER G.J.A. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva, Switzerland: WHO 2003, 91 p.

Agradecimentos

Agradecemos as sugestões dos participantes da oficina de validação da 1ª edição do curso básico de vigilância epidemiológica da sífilis em gestantes e Sífilis congênita & Infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Em junho de 2005.

Alberto Enildo de Oliveira Marques – Secretaria Municipal de Saúde – Recife

Alberto Novaes Ramos Júnior – Universidade Federal do Ceará

Ana Lúcia Vasconcelos – Programa Nacional de DST e Aids

Ana Maria de Brito – CPqAM/Fiocruz e Universidade de Pernambuco

Ângela Tayra – Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – SP

Denis Ribeiro – Programa Nacional de DST e Aids

Doris Sztutman Bergmann – Programa Nacional de DST e Aids

Eliete da Cunha Araújo – Universidade Federal do Pará

Helena Brígido – Universidade Federal do Pará

Leidijany Costa Paz – Programa Nacional de DST e Aids

Liliam Mendes Araújo – Universidade Federal do Piauí

Lílian de Mello Lauria – Programa Municipal de DST/aids/RJ

Luiza H. Matida – Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – SP

Marcelo Joaquim – Programa Nacional de DST e Aids

Márcia Maria F. Janini Dal Fabbro – Secretaria Estadual de Saúde – MS

Maria Antonia Cattanea Aikawa – Programa Nacional de DST e Aids

Maria Fernanda S. Alvim Hilton – Programa Nacional de DST e Aids

Maria Irene dos Santos – Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro

Maria Virgínia Meirelles – Instituto de Saúde Coletiva/UFMT

Paula Muniz do Amaral – Programa Nacional de DST e Aids

Rozidaili dos Santos Santana – Secretaria Municipal de Saúde – Niterói/RJ

Sandra Mara Anesi – Secretaria Municipal de Saúde – Curitiba

Sirlene Caminada – Centro de Referência e Treinamento em DST/aids – SP

Telma Queiroz – Secretaria de Saúde do Ceará

Valderiza Lourenço Pedrosa – Fundação Alfredo da Mata – AM

Valéria Saraceni – Programa Municipal de DST/Aids/RJ

Equipe de Elaboração da 1ª Edição/2005.

Alberto Novaes Ramos Jr – Departamento de Saúde Coletiva/UFC

Bernadete Falcão da Silva – Programa Nacional de DST e Aids

Carmen de Barros C. Dhalia – Programa Nacional de DST e Aids

Eduardo Campos Oliveira – Programa Nacional de DST e Aids

Eliete da Cunha Araújo – Universidade Federal do Pará

Eneida Bernardo – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Gerson Fernando Mendes Pereira – Programa Nacional de DST e Aids

Helena Brígido – Universidade Federal do Pará

Henriette Arhens – Programa Nacional de DST e Aids

Leidijany Costa Paz – Programa Nacional de DST e Aids

Luiza H. Matida – Centro de Referência e Treinamento em DST/ Aids – SP

Maria Fernanda S. Alvim Hilton – Programa Nacional de DST e Aids

Severino Azevedo O. Junior – Programa Nacional de DST e Aids

Revisores da 1ª Edição – 2005

Ana Maria de Brito – CPqAM/Fiocruz e Universidade de Pernambuco

Eliete da Cunha Araújo – Universidade Federal do Pará

Leidijany Costa Paz – Programa Nacional de DST e Aids

Lílian de Mello Lauria – Programa Municipal de DST/Aids/RJ

Márcia Maria FJanini Dal Fabbro – Secretaria Estadual de Saúde – MS

Maria Antonia Cattanea Aikawa – Programa Nacional de DST e Aids

Maria Fernanda S. Alvim Hilton – Programa Nacional de DST e Aids

Sirlene Caminada – Centro de Referência e Treinamento em DST/
aids - SP

Telma Queiroz – Secretaria de Saúde do Ceará

Valéria Saraceni – Programa Municipal de DST/Aids/RJ

Organizadores da Edição de 2006

Leidijany Costa Paz – Programa Nacional de DST e Aids

Maria Marta Lopes Macedo – Programa Nacional de DST e Aids

Walkíria Gentil Almeida – Programa Nacional de DST e Aids

Revisores Pedagógicos – 2006

Cláudia Ribeiro da Silva – Programa Nacional de DST e Aids

Inocência Negrão – Programa Nacional de DST e Aids

Janaína Almeida Mitsuka – Programa Nacional de DST e Aids

Revisores da 2ª Edição – 2008

Leidijany Costa Paz – Programa Nacional de DST e Aids

Maria Marta Lopes Macedo – Programa Nacional de DST e Aids

Maria Virgínia Meirelles - Instituto de Saúde Coletiva - UFMT

Revisores da 3ª Edição – 2009

Edivaldo Luiz dos Santos – Departamento de DST e Aids

Maria Bernadete Rocha Moreira – Departamento de DST e Aids

Maria Madalena – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Relação de Siglas

ARV – Anti-retrovirais

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AZT – Zidovudina

CBVE – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CV – Carga Viral

DO – Diário Oficial

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EIA – Enzyme Immuno Assay

ELISA – Enzyme Linked Immunosorbent Assay

EUA/USA – Estados Unidos da América/United States of America

FIE – Ficha de Investigação Epidemiológica

FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption

HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy (Terapia Anti-Retroviral de Alta Eficácia)

HIV/VIH – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IFI – Imunofluorescência Indireta

IgG – Imunoglobulina G

IgM – Imunoglobulina M

IM – Intramuscular

IV – Intravenoso

LCR – Líquido Cefalorraquidiano/líquor

MEIA – Microparticle Enzyme Immuno Assay

MONITORAIDS – Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAM – Plano de Ações e Metas

PCR – Polimerase Chain Reaction (Reação em Cadeia de Polimerase)

PN – Programa Nacional

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RNA – Ácido Ribonucléico (ARN)

RPR – Rapid Plasma Reagin

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIDA/AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares – Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TPHA – Treponema pallidum Hemagglutination

TV – Transmissão Vertical

UI – Unidades Internacionais

VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

VE – Vigilância Epidemiológica



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

