

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Angélica Saraiva Rangel de Sá

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS
CONGÊNITA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE
RECIFE – PERNAMBUCO, BRASIL**

RECIFE
2010

Angélica Saraiva Rangel de Sá

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE RECIFE – PERNAMBUCO, BRASIL**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Recife

2010

ANGÉLICA SARAIVA RANGEL DE SÁ

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE RECIFE - PERNAMBUCO, BRASIL**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Aprovado em: 28/10/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Prof^a Alethéia Soares Sampaio
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Dedico este trabalho às mães e crianças do nosso país, Brasil.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, por todas as orientações necessárias à realização deste trabalho.

À coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Paulette Cavalcanti, pelo apoio e ensinamentos durante o curso e na minha formação enquanto sanitarista.

Aos colegas da Associação Pernambucana de Saúde Coletiva (APRESC), especialmente Ana Catarina Leite, Karollina Marçal, Carla Cabral e Ingrid D'Ávilla, juntas partilhamos momentos de luta e amizade.

Aos colegas do Fórum Nacional de Residentes – FNRS – por terem proporcionado um aprendizado no coletivo e no movimento, este não proporcionado dentro dos “muros” da academia e que levarei por toda a vida.

Ao companheiro Gustavo Dantas pelo estímulo nos momentos de fragilidade e no aprendizado compartilhado no cotidiano da saúde coletiva.

Aos funcionários do Hospital Agamenon Magalhães e ao médico Márcio Allain Teixeira, por terem permitido todo apoio necessário à realização desta pesquisa e prestado esclarecimentos relevantes para construção deste trabalho.

Aos funcionários da biblioteca, da Secretaria Acadêmica do Aggeu Magalhães e do NESC, especialmente Márcia, Mégine, Adagilson, Joselice, Ana Paula, Viviane e Nalva, que sempre se dispuseram a prestar as informações necessárias em momento oportuno.

Aos pesquisadores e professores do CPqAM, em especial a Idê Gurgel, André Monteiro, Bernadete Perez e Islândia Carvalho, cujas aulas e ensinamentos “extra-classe” marcaram a minha formação.

Aos colegas de pesquisa, também colaboradores no meu percurso, especialmente Ana Lúcia Martins, Ludimila Almeida e Tatiane Portal.

Ao tutor Rafael Moreira, pelo conhecimento adicional proporcionado à minha formação e apoio nas decisões durante o curso.

À Profª Alethéia Soares Sampaio pelas ricas contribuições ao final deste trabalho.

Agradecimentos especiais à minha família e amigos pela compreensão nos momentos de ausência, que não foram poucos...

A todos deixo o meu reconhecimento e minha sincera gratidão.

“Nada é impossível de mudar.

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.”

Bertold Brecht

SÁ, Angélica Saraiva Rangel de. A vigilância epidemiológica da sífilis congênita em uma maternidade pública de Recife - Pernambuco, Brasil. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A sífilis congênita apesar de poder levar à morte do feto ou neonato e de existirem testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo, persiste como sério problema de saúde pública no Brasil. O momento do parto constitui-se oportunidade de detecção e tratamento imediato evitando-se a fase terciária da doença no recém-nascido. Este trabalho teve por objetivo investigar as ações de diagnóstico da sífilis congênita em uma maternidade pública de Pernambuco, Brasil. Foram utilizados dados de Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde e registros laboratoriais de exames realizados na maternidade. Observou-se que o teste de triagem (o VDRL) não foi realizado em 5,5% das mulheres, correspondentes a quase 100% dos casos internados por abortamento. O teste treponêmico (confirmatório) não foi realizado em 5,7% das mulheres com VDRL reagente. Foi observada prevalência de sífilis materna, respectivamente em 2008 e 2009, de 3,5% e 3,1%. A prevalência de sífilis congênita, respectivamente em 2008 e 2009, foi de 1,7% e de 1,8%. Nos dois anos estudados, o não descarte dos falso-positivos ocasionou um número de casos notificados maior que o número dos considerados casos. A detecção de casos de sífilis na maternidade demonstra a oportunidade perdida no pré-natal (não realização do teste ou do tratamento ou tratamento realizado de forma inadequada). Ressalta-se a importância da realização dos testes VDRL e confirmatório nos casos de abortamento, para evitar transmissão nas futuras gestações e prevenir as complicações da doença na mãe e parceiro(s); e, da realização do teste treponêmico em todas as mulheres reagentes ao VDRL a fim de evitar exames e/ou tratamentos desnecessários nos recém-nascidos e notificações de casos falso-positivos.

Palavras chaves: Sífilis congênita. Vigilância epidemiológica. Vigilância de evento sentinela.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 PERGUNTAS CONDUTORAS.....	15
4 OBJETIVOS	16
4.1 Objetivo Geral.....	16
4.2 Objetivos Específicos.....	16
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
6 RESULTADOS.....	19
7 DISCUSSÃO.....	25
8 CONCLUSÕES.....	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS	34
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães	35
ANEXO B – Carta de Anuência do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Agamenon Magalhães	36
ANEXO C – Carta de Anuência do Faturamento do Hospital Agamenon Magalhães	37
ANEXO D – Portaria MS/GM nº 542 de 22 de dezembro de 1986.....	38
ANEXO E – Portaria MS/GM nº 569, de 1º de Junho de 2000.....	39
ANEXO F – Portaria MS/GM nº 2.104, de 19 de Novembro de 2002.....	46
ANEXO G – Portaria MS/GM nº 822 de 27 de Junho de 2003.....	50
ANEXO H – Portaria MS/SAS nº 766, de 21 de Dezembro de 2004.....	52
ANEXO I - Portaria MS/SVS nº 33, de 14 de Julho de 2005.....	54

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos sobre a doença sífilis datam do final do século XV no Velho Mundo. No Brasil, foi durante muito tempo, identificada por médicos e intelectuais como um grave fator de degeneração da raça, fruto do processo de miscigenação ocorrido no país (CARRARA, 1997). Na virada do século XIX para o século XX foi reconhecida pelos governos e profissionais de saúde como uma ameaça sanitária individual e coletiva: uma doença aparentemente provocada pelos excessos sexuais, a comprometer a saúde das futuras gerações (SANGLARD, 2007; SANTOS, 2007).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. Sua evolução é dividida em recente e tardia (BRASIL, 2009; 2010a). Seu agente infeccioso, o *Treponema pallidum*, foi descoberto em 1905 (SOUZA, 2005). A sífilis congênita é a infecção do feto, transmitida por via placentária, no momento da gestação em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento adequado e oportuno da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença (BRASIL, 2009).

O quadro clínico da sífilis congênita é variável, de acordo com alguns fatores: o tempo de exposição fetal ao treponema, a carga treponêmica materna, a patogenicidade do treponema, o tratamento da infecção materna, a existência de coinfeção materna pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou outra causa de imunodeficiência materna. Esses fatores poderão acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como sífilis congênita “sintomática” ou “assintomática” ao nascimento (BRASIL, 2009).

A taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é superior a 70% quando estas se encontram nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 10% a 30% nas fases latente ou terciária (BRASIL, 2009).

Entre 65% a 70% das crianças nascem assintomáticas, podendo apresentar as manifestações tardias da doença (após os dois anos de vida), levando a lesões deformantes, com destruição em tecido ósseo e cutâneo-mucoso, além de graves sequelas cardíacas, neurológicas e etc. Até 40% dos fetos ou neonatos com sífilis podem ir a óbito (BRASIL, 2005; 2006a; 2009).

A eficácia do tratamento da sífilis foi comprovada na primeira metade do século passado, a partir da descoberta da penicilina por Fleming em 1922, e sua utilização no tratamento dessa doença levou a crer na possibilidade de sua erradicação (LEÃO et al., 1944; SANTOS, 2007). No entanto, até os dias atuais a sífilis continua sendo sério problema de saúde pública no Brasil, apesar da existência de ações e medidas de saúde pública, de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo (BRASIL, 2007a).

As taxas de sífilis congênita são importantes indicadores de qualidade da assistência pré-natal (DE LORENZI; MADI, 2001). A sífilis congênita é considerada um “evento sentinela”, por ser totalmente evitável através da assistência pré-natal bem realizada (ARAÚJO, 2010). *Evento sentinela é qualquer caso de doença, incapacidade ou óbito prevenível, cuja ocorrência serve como sinal de alerta de que a qualidade da atenção (preventiva ou terapêutica) prestada precisa ser melhorada* (RUTSTEIN et al., 1983).

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória desde 1986 (Portaria MS Nº 542, de 22/12/1986). A notificação da sífilis em gestante foi instituída em 2005 (Portaria Nº 33 de 14/07/2005). A notificação e vigilância desse agravo na gestante são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do *Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*, lançado em 2007 (BRASIL, 2006a). Um estudo realizado nos países latino-americanos aponta que uma pequena proporção do total de casos, estimados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é notificada. Estes casos, unidos à grande proporção de casos que são atendidos no setor informal (como farmácias), levam a uma estimativa de 50% de subnotificação nessa região (GALBAN; BENZAKEN, 2007). No Brasil, considerando as estimativas do estudo sentinela, realizado com mulheres gestantes em 2004, e os dados nacionais de notificação, estima-se que a subnotificação da sífilis congênita seja de 67% ao ano (RAMOS JÚNIOR et al., 2007).

Estudos realizados no município do Rio de Janeiro obtiveram, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), um número de casos de sífilis congênita abaixo do esperado, de acordo com as detecções de casos obtidas na campanha de eliminação da sífilis em 1999, demonstrando uma subnotificação considerável (SARACENI; LEAL, 2003). Variáveis importantes para a definição de caso tais como, a realização do exame para triagem da sífilis – Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) – e idade gestacional por ocasião do tratamento, apresentaram elevados percentuais de não-preenchimento (acima de 20%), configurando um mau preenchimento da ficha de notificação (SARACENI et al., 2005).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) do Ministério da Saúde, mais de 70% dos casos de sífilis congênita nasceram de mães que realizaram o pré-natal, comprovando a não realização dos testes para diagnóstico da sífilis em um percentual importante de gestantes e/ou o tratamento não realizado ou realizado inadequadamente, caracterizando a perda de oportunidade para prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2006b). Estudo brasileiro realizado com puérperas admitidas em maternidades seja para parto ou curetagem, que haviam realizado pré-natal, demonstrou oportunidade perdida de prevenção da sífilis congênita de 41,2% (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008).

Estudo realizado em duas maternidades de referência para gestantes de alto risco em Recife, Pernambuco, demonstrou que 94,4% das parturientes tinham realizado o pré-natal e que apenas 69,6% das parturientes haviam realizado pelo menos um exame de sífilis (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

A detecção precoce da sífilis durante a gestação, e o emprego de medidas para evitar a transmissão ao feto são objetos dos programas e da vigilância epidemiológica para evitar o surgimento de novos casos. Para alcançar esse objetivo deve-se oferecer à mulher a oportunidade de ser aconselhada, acompanhada por uma equipe multidisciplinar e iniciar os protocolos de tratamento para prevenção da transmissão vertical (RAMOS JÚNIOR et al., 2007).

Para diagnóstico da sífilis há inúmeros tipos de testes. Os principais são: os testes sorológicos que podem ser divididos em *testes não-treponêmicos* e *testes treponêmicos*. Os *testes não-treponêmicos* – o VDRL e o RPR (reagina plasmática rápida) –, são testes qualitativos (resultados reagentes ou não-reagentes) e quantitativos (expressos em títulos), utilizados para triagem e monitoramento da infecção. Já os *testes treponêmicos* – TPHA ou MHA-TP (aglutinação passiva), o FTA-Abs (teste de imunofluorescência indireta) e o ELISA ou EIE (ensaio imunoenzimático) –, são testes mais específicos utilizados para confirmar a infecção (BRASIL, 2007a).

O Ministério da Saúde indica que os estados e municípios devem garantir um exame de VDRL na primeira consulta da gestante e outro próximo à 30ª semana de gestação (BRASIL, 2000a; 2006a). No entanto, observa-se que muitas mulheres não são testadas em momento oportuno, sendo o diagnóstico, na maioria das vezes, obtido somente após o parto na maternidade (DE LORENZI; MADI, 2001; RODRIGUES; GUIMARÃES, CÉSAR, 2008).

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal através do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e

recém-nascidos, o Ministério da Saúde instituiu em 2000, através da Portaria 569/GM, de 01/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Dentre os exames preconizados, encontra-se o VDRL com um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação (BRASIL, 2000 b). A avaliação do PHPN demonstrou que, no Brasil, apenas 12% das gestantes haviam realizado dois testes para sífilis (SERRUYA; CECATTI; LAGO; 2004).

Em virtude da constatação das oportunidades perdidas durante o pré-natal, no ano de 2002, o Ministério da Saúde lança o Projeto Nascer Maternidades com o objetivo de diminuir a transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade por sífilis congênita, instituindo a realização do VDRL ou outra sorologia não-treponêmica nas maternidades brasileiras (Portarias 2104/02 e 766/04). Nos casos de VDRL reagentes na maternidade, as mulheres devem ser submetidas à confirmação pelo TPHA, desde que não diagnosticadas e tratadas anteriormente (Portarias 2104/02 e 822/03) (BRASIL, 2003).

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, cerca de 4% do total de óbitos perinatais têm como causa básica a sífilis congênita. A sífilis apresenta 5,3% de prevalência entre os óbitos fetais e 2,3% dos óbitos neonatais precoces. A taxa de incidência de óbitos por sífilis congênita, no ano de 2005, foi de dois óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2006b).

No Nordeste, a taxa de incidência de óbitos por sífilis congênita, no ano de 2005, foi de 3,1 óbitos /100 mil nascidos vivos e, em Pernambuco foi de 3,3 óbitos/100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2006b; 2007b).

A taxa de incidência de sífilis congênita em Pernambuco, no ano de 2005, foi de 4,4 casos para cada mil nascidos vivos, portanto, maior que a taxa nacional que foi de 1,9/mil nascidos vivos (BRASIL, 2006b; 2007b). Atualmente, no ano de 2009, constatam-se a existência de 377 casos confirmados de sífilis congênita no estado de Pernambuco (BRASIL, 2010b).

A ocorrência de elevados percentuais de neonatos infectados e de gestantes não testadas, apesar de suas mães terem realizado o pré-natal, reflete a necessidade de reformulação das políticas voltadas a esse agravo e apontam as falhas na prevenção da sífilis congênita nos serviços de saúde (DE LORENZI; MADI, 2001; RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008).

O Projeto Nascer, em Pernambuco, vem sendo implantado gradativamente. Dentre os critérios para adesão, foram considerados o perfil epidemiológico e o volume de partos na unidade de saúde. Houve, a partir do ano de 2003, com o início do Projeto, capacitações realizadas pela Coordenação Estadual de DST/Aids e a organização dos serviços para a adoção do protocolo preconizado (SOUSA, 2006).

Um estudo realizado no ano de 2006, que avaliou o grau de implantação do Projeto Nascer nas maternidades de Pernambuco, indicou que a realização de teste para sífilis apresentou uma cobertura de 92,9%, ocorrendo esse teste no pré-parto em 62,6% dos casos. Esse resultado foi considerado insuficiente, uma vez que 100% das mulheres internadas para parto, aborto ou curetagem deveriam ter sido testadas. Observou-se ainda que, nas maternidades localizadas em Recife, apenas 67,4% dos casos de sífilis congênita foram notificados (SOUSA, 2006).

O hospital da maternidade pública, objeto deste estudo, é referência estadual, possuindo pré-natal de alto risco e maternidade equipada com Unidades de Terapia Intensiva

(UTI) adulto e neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal. É o único da rede estadual oficializado como hospital de ensino (PERNAMBUCO, 2010). Sua maternidade foi incluída no Projeto Nascer e o serviço de triagem da maternidade, juntamente com o laboratório do hospital, foi equipado e capacitado a realizar e registrar os testes para detecção do HIV e sífilis nas mulheres internadas para parto ou aborto, para tratar, notificar e acompanhar os casos de sífilis materna e congênita (SOUSA, 2006).

O Núcleo de Epidemiologia (Nepi) desse hospital tem constatado a persistência de um elevado número de casos de sífilis congênita, surgindo assim, indagações a respeito da qualidade da assistência que vem sendo prestada às gestantes e a necessidade do hospital de provocar a reflexão dos profissionais e gestores responsáveis pela atenção à saúde dessas mulheres e seus recém-nascidos.

Diante dessas constatações, o presente trabalho teve por objetivo investigar a forma como vêm sendo realizadas as ações para diagnóstico da sífilis materna/sífilis congênita na maternidade desse hospital público de Recife - Pernambuco, através da observância das rotinas de realização dos testes e notificação pertinentes para controle e vigilância epidemiológica dessa doença, além de calcular sua prevalência nessa instituição.

3 PERGUNTAS CONDUTORAS

Como vêm sendo realizadas as ações para diagnóstico da sífilis congênita na maternidade de um hospital público de Recife – Pernambuco? Qual a prevalência da sífilis materna/sífilis congênita nessa maternidade?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Descrever como vêm sendo realizadas as ações para diagnóstico da sífilis materna/sífilis congênita em uma maternidade pública de Recife – Pernambuco e calcular as prevalências desse agravo nessa instituição.

4.2 Objetivos específicos

- 1) Demonstrar a distribuição das mulheres internadas para parto ou curetagem pós-abortamento segundo realização de VDRL, local de residência, faixa etária e procedimentos que gerou a internação;
- 2) Descrever a distribuição das mulheres internadas por ano de ocorrência do parto segundo características sócio-demográficas (faixa etária, escolaridade, estado civil da mãe, raça/cor da criança), número de consultas pré-natal e condições da criança ao nascer;
- 3) Descrever a distribuição das mulheres segundo a realização dos exames de triagem e confirmatório de sífilis, por ano de ocorrência do parto;
- 4) Descrever a distribuição das crianças por ano de ocorrência do parto, segundo a realização dos exames para sífilis e notificação da sífilis congênita ao Nepi do hospital.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo. A população do estudo foi constituída de mulheres assistidas na maternidade de um hospital público, sob gestão estadual em Recife/Pernambuco, referência de nível terciário para as intercorrências obstétricas, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Para caracterizar a população do estudo foi descrita sua procedência dando destaque aos cinco municípios que mais encaminharam parturientes ao hospital, sua faixa etária e a causa da internação hospitalar, utilizando-se como fonte de dados o Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o qual contém informações provenientes das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) realizadas no hospital. Para melhor caracterizar esta população foram utilizadas, também, as Declarações de Nascidos Vivos (DNV's) obtida no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) do Nepi do hospital, com as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade e estado civil da mãe; número de consultas pré-natal; raça/cor, peso ao nascer e Apgar no primeiro minuto de vida da criança.

Os dados foram analisados no programa Excel versão 2007 do Microsoft Office, para remoção das duplicidades existentes, de forma a unir as internações e procedimentos relacionados à mesma paciente. Desta forma, foi possível descrever as internações por local de residência, faixa etária e tipo de parto realizado. As curetagens puerperais foram distinguidas daquelas realizadas sem a existência do parto pelo Código Internacional de Doenças, décima edição (CID-10), informado no diagnóstico, identificando desta forma os casos de abortamentos espontâneos realizados no hospital. Não foi encontrado registro de aborto por indicação legal, mesmo com a existência de um CID específico e dos relatos de funcionários do hospital de que tal procedimento era realizado.

Para as variáveis categóricas foram registrados o número e a proporção correspondente e para a variável contínua idade da mãe foram registrados os valores mínimos e máximos e calculados a média, mediana e o desvio padrão. As parturientes foram distribuídas, também, por faixa etária, obedecendo à distribuição existente no Tabulador do SIH, o TABAIH (< 15 anos; 15-19 anos; 20-35 anos; > 35 anos). Os dados foram analisados no Epi Info versão 3.5.1 de agosto de 2008.

Para análise dos testes de sífilis (VDRL e confirmatórios), realizados em parturientes e recém-nascidos, foram utilizados os registros dos livros diários e de plantões do laboratório do hospital, dos anos 2008 e 2009, e a partir desses dados foi possível o cálculo da prevalência de sífilis materna e congênita na maternidade do hospital.

Com o objetivo de observar a qualidade de notificação dos casos de sífilis congênita, além dos dados acima se utilizou o banco do Sistema de Agravos de Notificação do SUS (Sinan-NET/SUS) e as fichas de notificação realizadas nos dois anos pesquisados, disponíveis no Nepi.

Este estudo foi realizado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 196/96 a qual estabelece, diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram utilizados dados secundários provenientes de banco de dados a partir da anuência dos gestores e foram resguardadas as informações de identificação dos sujeitos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital de estudo, tendo sido registrado nesse Comitê sob o N°136, CAAE – 0063.0.236.095-10.

6 RESULTADOS

Nos anos de 2008 e 2009 foram internadas 5.988 mulheres para parto/curetagem puerperal ou para curetagem pós-abortamento na maternidade do hospital. A média de idade das mães foi 25,4 anos, com mediana de 25 anos, moda 20 anos e desvio padrão igual a sete. A idade mínima foi 10 anos e a máxima 56 anos.

Tabela 1. Distribuição das mulheres internadas para parto ou curetagem pós-abortamento, por realização do exame de triagem para sífilis (VDRL) e segundo local de residência, faixa etária e procedimento que gerou a internação em uma maternidade pública de Recife-Pernambuco, Brasil. Ano 2008 e 2009

Perfil das internações	Realização de VDRL				TOTAL	
	NÃO		SIM		N	%
	N	%	N	%		
PROCEDÊNCIA						
Pernambuco	327	5,46	5654	94,42	5981	99,88
Recife	217	3,62	2894	48,33	3111	51,95
Olinda	26	0,43	379	6,33	405	6,76
Jaboatão dos Guararapes	9	0,15	277	4,63	286	4,78
Cabo de Santo Agostinho	2	0,03	125	2,09	127	2,12
Paulista	0	0,00	49	0,82	49	0,82
Outros Municípios de Pernambuco	73	1,22	1930	32,23	2003	33,45
Outros estados	1	0,02	6	0,10	7	0,12
FAIXA ETÁRIA						
< 15 anos	7	0,12	108	1,80	115	1,92
15-19 anos	53	0,89	1248	20,84	1301	21,73
20-35 anos	219	3,66	3785	63,21	4004	66,87
> 35 anos	49	0,82	519	8,67	568	9,49
PROCEDIMENTO QUE GEROU A INTERNAÇÃO						
Parto Normal						
Gestação de Risco Habitual	0	0	332	5,54	332	5,54
Gestação de Alto Risco	0	0	1970	32,90	1970	32,90
Parto Cesariano						
Gestação de Risco Habitual	0	0	84	1,40	84	1,40
Gestação de Alto Risco	0	0	3262	54,48	3262	54,48
Com Laqueadura Tubária	0	0	7	0,12	7	0,12
Curetagem Pós-Abortamento	328	5,48	5	0,08	333	5,56
TOTAL	328	5,48	5660	94,52	5988	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) – setor de faturamento do hospital

A Tabela 1 caracteriza essa população quanto à sua procedência, faixa etária, procedimento que gerou a internação e a realização do teste de triagem para sífilis. Como era previsto, a quase totalidade das mulheres (99,88%) são residentes do próprio estado de

Pernambuco e cerca de metade dos atendimentos (51,95%) constitui-se de residentes do município de Recife. Verifica-se, ainda, que apenas 0,12% são provenientes de estados vizinhos.

Quanto ao teste de triagem para sífilis (VDRL) pode-se observar que 5,48% das mulheres não tiveram acesso a esse diagnóstico, constatando-se que correspondem a quase 100% dos casos internados por abortamento (apenas 5 mulheres, correspondente a 1,52% do total de abortamentos, realizaram esse teste). Pode-se observar, ainda, que a maioria das parturientes (87,38%) era de alto risco e que o tipo de parto em 54,48% desses casos foi à operação cesariana.

Tabela 2. Distribuição das mulheres internadas, por ano de ocorrência do parto (Nascidos Vivos) e segundo faixa etária, escolaridade e estado civil da mãe e realização do pré-natal, em uma maternidade pública de Recife-Pernambuco, Brasil. Ano 2008 e 2009

Perfil dos nascimentos	ANO DE OCORRÊNCIA					
	2008		2009		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária da mãe						
< 15 anos	49	1,77	52	1,83	101	1,80
15-19 anos	603	21,73	629	22,10	1232	21,92
20-35 anos	1875	67,57	1906	66,97	3781	67,27
>35 anos	248	8,94	259	9,10	507	9,02
Escolaridade da Mãe						
Nenhuma	52	1,87	46	1,62	98	1,74
De 1 a 3 anos	212	7,64	209	7,34	421	7,49
De 4 a 7 anos	1086	39,14	985	34,61	2071	36,84
De 8 a 11 anos	1192	42,95	1364	47,93	2556	45,47
12 e mais anos	225	8,11	234	8,22	459	8,17
Sem informação	8	0,29	8	0,28	16	0,28
Estado civil da mãe						
Solteira	2081	74,99	2191	76,99	4272	76,00
Casada	668	24,07	631	22,17	1299	23,11
Viúva	11	0,40	9	0,32	20	0,36
Separada						
Judic./divorc.	8	0,29	12	0,42	20	0,36
Sem informação	7	0,25	3	0,11	10	0,18
Número de Consultas pré-natal						
Nenhuma	63	2,27	77	2,71	140	2,49
De 1 a 3	457	16,47	471	16,55	928	16,51
De 4 a 6	1379	49,69	1266	44,48	2645	47,06
7 e mais	862	31,06	1014	35,63	1876	33,37
Sem informação	14	0,50	18	0,63	32	0,57
TOTAL	2775	100,00	2846	100,00	5621	100,00

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc/SUS) – Nepi do hospital

Para melhor caracterizar a população assistida na maternidade sede deste estudo tem-se na Tabela 2 a distribuição das parturientes segundo faixa etária, escolaridade, estado civil e número de consultas no pré-natal. As informações foram obtidas nas declarações de nascidos vivos do hospital, que corresponderam, respectivamente em 2008 e 2009, a 90,0% e 92,7% das mulheres internadas na maternidade do hospital.

Observando o total da amostra constata-se que a maioria das parturientes está situada na faixa de 20 a 35 anos de idade (67,57%) – destacando-se, porém, o elevado percentual de mães jovens (23,71% até os 19 anos) –, de baixa escolaridade (46,08% até sete anos de estudo), solteiras (76,0%), e 97,2% haviam realizado o pré-natal (quase 50% haviam realizado de 4 a 6 consultas). Convém destacar que, em relação ao estado civil, não há informação se unida ou não ao parceiro.

Tabela 3. Distribuição das mulheres internadas, por ano de ocorrência do parto (Nascidos Vivos) e segundo raça/cor e condições da criança ao nascer em uma maternidade pública de Recife-Pernambuco, Brasil. Ano 2008 e 2009

Perfil dos nascimentos	ANO					
	2008		2009		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Raça/cor da criança						
Branca	576	20,76	371	13,04	947	16,85
Preta	9	0,32	23	0,81	32	0,57
Amarela	0	0,00	1	0,04	1	0,02
Parda	2189	78,88	2446	85,95	4635	82,46
Indígena	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sem informação	1	0,04	5	0,18	6	0,11
Peso ao nascer						
<2500	701	25,26	710	24,95	1411	25,10
>2500	2074	74,74	2136	75,05	4210	74,90
Apgar 1º minuto						
0-3 (grave)	87	3,14	91	3,20	178	3,17
4-6 (moderado)	209	7,53	249	8,75	458	8,15
7 e mais (leve)	2458	88,58	2495	87,67	4953	88,12
Ignorado	1	0,04	11	0,39	12	0,21
TOTAL	2775	100	2846	100	5621	100

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc/SUS) – Nepi do hospital

As características dos recém-nascidos encontram-se na Tabela 3. Quanto à raça/cor a maioria (82,46%) foi classificada como sendo pardos. Observa-se, também, um percentual

relevante de crianças nascidas com baixo peso (25,10%) e em 11,32% dos casos com precárias condições ao nascer (Apgar, no 1º minuto, considerado moderado ou grave).

A Tabela 4 demonstra que o VDRL não foi realizado em 5,48% das parturientes e o teste TPHA (confirmatório) não foi realizado em 12 (0,20%) delas, que corresponde a 5,69% daquelas que tiveram o VDRL reagente. Ainda é possível observar que, dentre os casos que foram reagentes ao VDRL e realizaram o teste confirmatório (199 parturientes), 22 casos (11,05%) eram falso-positivos. Foram então consideradas casos de sífilis as mulheres reagentes ao VDRL que foram confirmadas através do teste treponêmico (177 mulheres de 211 que tiveram o VDRL reagente), somadas àquelas que foram reagentes ao VDRL e que não realizaram o confirmatório (12 mulheres). Logo, no período analisado 189 parturientes foram consideradas casos de sífilis materna (89,57% das reagentes ao VDRL).

Tabela 4. Distribuição das mulheres, por ano de ocorrência da internação hospitalar e segundo a realização de testes para sífilis, em uma maternidade pública de Pernambuco, Brasil. Ano 2008 e 2009

Realização dos testes para sífilis em parturientes	ANO				TOTAL	
	2008		2009		N	%
	N	%	N	%		
Total de Parturientes	2989	100	2999	100	5988	100
Realização do VDRL						
Não	159	5,32	169	5,64	328	5,48
Sim	2830	94,68	2830	94,36	5660	94,52
Não Reagente	2721	91,03	2728	90,96	5449	91,00
Reagente	109	3,65	102	3,40	211	3,52
Realização do confirmatório pós-VDRL reagente						
Não	7	0,23	5	0,17	12	0,20
Sim	102	3,41	97	3,23	199	3,32
Negativo	9	0,30	13	0,43	22	0,37
Positivo	93	3,11	84	2,80	177	2,96

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) do setor de faturamento do hospital e Livro de registros de exames do laboratório do hospital

Com base nas informações da Tabela 4 tem-se uma prevalência de sífilis materna de 3,53% no ano de 2008 (100 casos de 2.830 mulheres testadas) e de 3,14% no ano de 2009 (89 casos de 2.830 mulheres testadas).

Na Tabela 5, comparando-se o número de recém-nascidos (RN) testados para a sífilis (VDRL) e o número de mães consideradas caso, observa-se que em 2008 o número de RN testados (109 recém-nascidos) superou o número de mães consideradas casos de sífilis (100 parturientes), resultando em um percentual excedente de 109% de cobertura do exame nos

RN. É pertinente salientar que não foram considerados nesta análise os dois partos gemelares ocorridos nesse ano. Contrariamente, no ano de 2009 o número de crianças testadas (63 RN) foi inferior ao número de mães com diagnóstico de sífilis (89 parturientes). Ou seja, em 2009 apenas 70,79% dos RN de mães com sífilis foram testados.

Tabela 5. Distribuição dos casos de sífilis congênita, por ano de ocorrência do parto e segundo a realização dos testes para sífilis, em uma maternidade pública de Pernambuco, Brasil. Ano 2008 e 2009

Realização dos testes para sífilis em recém-nascidos	ANO				TOTAL	
	2008		2009		N	%
	N	%	N	%		
Total de mães com diagnóstico de sífilis*	100	100,00	89	100,00	189	100,00
Total de RN com VDRL realizado	109	109,00	63	70,79	172	91,01
Não reagente	60	55,05	11	12,36	71	37,57
Reagente	49	44,95	52	58,43	101	53,44
Realização de confirmatório no RN						
Não	25	22,94	21	23,60	46	24,34
Sim	24	22,02	31	34,83	55	29,10
Resultados dos Confirmatórios realizados						
Negativo	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Positivo	24	22,02	31	34,83	55	29,10

* Parturientes positivas ao exame confirmatório (treponêmico) somadas àquelas que tiveram o VDRL reagente e que não realizaram o confirmatório

Fonte: Livro de registros de exames do laboratório do hospital

Considerando o total de RN com VDRL realizados (172 RN) e o número de RN reagentes a esse exame (101 RN), tem-se o percentual de 58,72% para os dois anos de estudo, e respectivamente, para os anos de 2008 e 2009, um percentual de 44,95% e 58,43% de RN com resultados reagentes.

Quanto à realização do teste confirmatório de sífilis (TPHA) nos RN reagentes ao VDRL, os resultados deste estudo demonstram que a confirmação da infecção ocorreu na totalidade das crianças submetidas a esse exame, o que reforça ser esse teste muito importante para confirmar a infecção materna sendo desnecessário nos RN.

A partir das informações das Tabelas 4 e 5 obtém-se uma prevalência de sífilis congênita de 1,73% em 2008 (49 crianças com sífilis entre 2.830 parturientes internadas e testadas para sífilis na maternidade) e de 1,84% em 2009 (52 crianças com sífilis entre 2.830 parturientes internadas e testadas para sífilis na maternidade).

A Tabela 6 demonstra que o número de notificações de recém-nascidos com sífilis supera o número de recém-nascidos considerados casos de sífilis através dos testes realizados na maternidade, ocorrendo, portanto, supernotificação de 57,1% em 2008 (28 casos

excedentes) e de 40,4% em 2009 (21 casos excedentes). Estes resultados reportam, mais uma vez, a necessidade de confirmação da sífilis materna antes de testar os RN, procedendo em seguida o descarte dos casos falso-positivos notificados ao Nepi.

Tabela 6. Distribuição dos casos de sífilis em parturientes e sífilis congênita, por ano de ocorrência do parto e segundo a notificação de sífilis congênita ao Nepi do hospital, em uma maternidade pública de Pernambuco, Brasil. Ano 2008 e 2009

Casos diagnosticados x notificações de sífilis materna e congênita	Ano			
	2008		2009	
	N	%	N	%
Número de casos de sífilis em parturientes*	100	100,0	89	100,0
Número de casos de sífilis congênita*	49	100,0	52	100,0
Notificações de sífilis congênita**	77	157,1	73	140,4
Supernotificação de casos de sífilis congênita	28	57,1	21	40,4

Fontes: * Livro de registros de exames do laboratório do hospital

** Sinan/Nepi do hospital

7 DISCUSSÃO

Uma limitação deste estudo foi à ausência de dados sociodemográficos das mulheres internadas para curetagem pós-aborto, já que não havia registros desse evento em sistemas de notificação. De toda forma, do número de nascidos vivos, correspondentes a 93,87% do total de partos realizados no hospital, encontram-se alguns fatores que podem estar relacionados a um aumento do risco de concretizar as oportunidades perdidas para a prevenção da sífilis congênita. Dentre eles, o elevado percentual de mulheres com baixa escolaridade (≤ 8 anos de estudo), solteiras, mas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal – neste estudo o percentual de mulheres com sete e mais consultas de pré-natal superou 30%, e somado àquelas com quatro a seis consultas representam 80% das parturientes –, configurando a baixa qualidade da assistência recebida (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008).

Outros estudos corroboram o elevado percentual de realização de pré-natal em parturientes atendidas em maternidades públicas (que variam entre 81% e 95%, de acordo com a região), inclusive nos casos de sífilis congênita (cerca de 70%) (BRASIL, 2006b; CAMPOS et al., 2010; DE LORENZI; MADI, 2001; LIMA; MIRANDA et al., 2009; VIANA, 2009). O percentual encontrado de realização de pré-natal em municípios pobres do Nordeste é de cerca de 90% (CHRESTANI et al, 2008). No município do Recife, parturientes atendidas em maternidades de alto risco apresentam percentual de realização do pré-natal de 96%, demonstrando as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento da sífilis durante a gestação (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Sabendo-se que a taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) para os casos de sífilis congênita é elevada (de 25% a 40% dos casos), se faz necessário investigar se o aborto teve a sífilis como causa (BRASIL, 2009). Neste estudo ficou demonstrado que 328 mulheres (98,49%) internadas para curetagem pós-abortamento não foram testadas para sífilis, contrariando a norma brasileira, estabelecida em duas Portarias Ministeriais – Portaria 2.104/02 e 766/04 – que estabelecem a realização desse teste em toda mulher admitida na maternidade para o parto, ou admitida para curetagem pós-abortamento ou outra intercorrência na gravidez (BRASIL, 2006a).

O percentual esperado de mulheres testadas através do VDRL na maternidade seria de 100%. Neste estudo esse exame foi realizado em 94,52% das internadas, o que configura falhas na assistência a essa população. É preocupante o fato da maioria dos casos de abortamento não ter realizado o VDRL, uma vez que a oportunidade de se verificar se o

abortamento foi devido à sífilis foi perdida, mantendo-se nessa hipótese o risco de transmissão em uma gestação posterior, e de complicações da sífilis terciária na mulher e no parceiro (BRASIL, 2003).

É preocupante, também, se pensar com base nestes resultados – todas as mulheres com RN vivo realizaram o VDRL, enquanto apenas 1,52% (cinco mulheres) do total de abortamentos foram testadas –, de que a motivação para a realização do VDRL nas mulheres internadas para o parto tenha sido o fato de essa informação ser utilizada para fins de alta da mãe e seu recém-nascido com conseqüente pagamento das internações dessa população no hospital (BRASIL, 2010c).

O total de mulheres que realizaram o VDRL neste estudo (94,52%) foi um pouco maior que o encontrado em estudo realizado nas maternidades de Pernambuco (92,9%) por ocasião da avaliação do Projeto Nascer Maternidades, no ano de 2006 (SOUSA, 2006). No entanto, o estudo realizado em 2006 levou em consideração maternidades de outras regiões do estado, não havendo como identificar que mulheres não tiveram acesso a este exame.

O Estudo Sentinela-Parturiente (2006) demonstrou que o percentual de realização da sorologia para sífilis durante o pré-natal (de apenas 64,2% no Nordeste) foi inferior ao percentual encontrado nas maternidades. E que o menor valor encontrado no estudo foi no Nordeste (SZWARCOWALD et al., 2007). Em outro estudo, realizado com parturientes residentes do município do Recife, atendidas em maternidades de alto risco, encontrou-se um percentual de 69,6% de realização do VDRL durante a gestação, mesmo com elevado percentual (acima de 90%) de cobertura de pré-natal (CARVALHO; ARAÚJO, 2007). Percentuais ainda menores de realização do VDRL no pré-natal foram encontrados em municípios pobres do Norte e Nordeste, onde apenas 13,9% das gestantes haviam realizado sorologia para sífilis (CHRESTANI et al., 2008).

Quanto à realização dos testes nos recém-nascidos, este estudo demonstrou que, em 2008, foi testado um número maior de crianças em relação ao número de mães consideradas casos de sífilis. E que, em 2009, a situação foi inversa: 26 crianças (29,21%) cujas mães foram consideradas casos de sífilis não tiveram o VDRL realizado. Considerando o percentual de positividade ao VDRL encontrado no ano de 2009 (82,5%), existe a possibilidade de 21 de essas crianças terem saído da maternidade sem esse diagnóstico. O percentual de não-realização do VDRL deste estudo, no ano de 2009, foi maior que o encontrado em estudo semelhante realizado nas maternidades de Pernambuco em 2006, no qual 19,9% dos RN cujas mães foram consideradas casos de sífilis, não foram testados e perderam a oportunidade de tratamento (SOUSA, 2006).

A discrepância entre os percentuais de positividade ao VDRL encontrados nos dois anos estudados – 49,0% em 2008 e 82,5% em 2009 –, levam à suspeição de ter ocorrido modificações na rotina da maternidade e/ou laboratório do hospital, podendo ter ocorrido falhas em kit de diagnóstico, subregistro dos exames com diagnóstico não-reagente e etc.

O presente estudo mostrou que, em todos os RN com VDRL reagente o teste treponêmico foi positivo, demonstrando que importante é confirmar a infecção materna (o teste treponêmico não foi realizado em 12 mulheres das 211 reagentes ao VDRL), evitando-se investigações invasivas e terapias desnecessárias nos RN. Além disso, o teste treponêmico, por sua baixa sensibilidade em recém nascidos, pode apresentar desempenho inadequado para a definição do diagnóstico, sendo sua realização não recomendada (BRASIL, 2006a).

Neste estudo as prevalências de sífilis em parturientes de 3,5% e 3,1%, respectivamente em 2008 e 2009, foram maiores do que as encontradas em outros estudos realizados em parturientes, que variaram entre 0,4% a 2,3% (AMARAL et al., 1996; FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; MIRANDA et al., 2009; REICHE et al., 2000; SZWARCOWALD et al., 2007). Os percentuais mais elevados encontrados no atual estudo podem ter relação com o perfil do hospital – referência para atendimento à gestante de alto risco –. Outra possível explicação para estes resultados é a elevada magnitude da sífilis na região Nordeste, em especial no estado de Pernambuco, conforme demonstrado em estudo de 2005, que evidenciou as seguintes taxas de incidência de óbitos por sífilis congênita: dois óbitos para cada 100 mil NV para o Brasil; 3,1 óbitos para cada 100 mil NV para o Nordeste e 3,3 óbitos para cada 100 mil NV para Pernambuco. Nesse estudo, a taxa de incidência de sífilis congênita em Pernambuco foi 4,4 casos para cada mil NV, e para o Brasil 1,9 casos para cada mil NV (BRASIL, 2006b; 2007b). Contudo, diante da elevada cobertura de pré-natal (97%), os resultados do presente estudo não se justificam.

A taxa de transmissão vertical da sífilis pode variar de acordo com o estágio da doença na gestante, entre 70% a 100% (BRASIL, 2006a). O atual estudo demonstrou uma prevalência de sífilis congênita de 1,64% e 1,73%, respectivamente em 2008 e 2009, demonstrando uma taxa de transmissão de 49,0% e 58,4%, respectivamente. Esses resultados reforçam a recomendação da realização dos testes para sífilis em nível hospitalar, no momento do parto ou abortamento. Essa diretriz do Ministério da Saúde se configura como última oportunidade de diagnóstico e intervenção terapêutica precoce nos casos de sífilis congênita – cerca de 70% das crianças com sífilis nascem assintomáticas –; e nos casos de aborto por sífilis, possibilita diagnosticar e tratar a mulher e seu parceiro, evitando-se as consequências da doença para

ambos e para as possíveis futuras gestações (BRASIL, 2006a). Cabe salientar que a oportunidade de tratamento em toda suspeita de sífilis congênita deve ser aproveitada, pois os riscos de tratamento em crianças possivelmente sadias são insignificantes comparados aos riscos de crianças com sífilis saírem da maternidade sem tratamento (BARSANTI et al., 1999).

No Brasil, a definição de caso de sífilis congênita, para fins de vigilância epidemiológica na maternidade, considera: (i) toda criança, aborto, ou natimorto de mãe com evidencia clinica para sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente para sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal, no momento do parto ou curetagem, cuja mãe não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado; (ii) toda criança com títulos em teste não-treponêmico maiores que os da mãe; (iii) toda criança com teste não-treponêmico reagente e evidencia clinica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita; (iv) toda situação de evidencia de *T.pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos (BRASIL, 2010a). Observando-se esta definição de caso pode-se supor o que tenha ocorrido para que, neste estudo, os casos notificados tenha sido superior ao número dos considerados sífilis congênita. Contudo, esforços devem ser imputados para que o real perfil epidemiológico e tendências dessa doença sejam evidenciados. Para isso, confirmar os casos suspeitos e descartar os falso-positivos se faz necessário.

8 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo possibilitam identificar falhas na atenção à saúde reprodutiva da mulher e oportunidade perdida durante a gestação. Em outras palavras, demonstram falhas nas atribuições da atenção primária, responsabilidade dos municípios. Também este estudo pode demonstrar falhas na maternidade, evidenciando que os casos de abortos em quase sua totalidade não foram testados pelo VDRL e que o teste treponêmico não foi feito em todos os VDRL-reagentes. Portanto, é urgente a necessidade de se estabelecer estratégias para prevenção da transmissão vertical do *Treponema pallidum*, envolvendo uma ação integrada entre os programas de saúde da mulher, saúde da criança, DST/AIDS e atenção primária, em todos os níveis governamentais.

Em se tratando de doença com tecnologia disponível, tanto para diagnóstico quanto para o tratamento, e de baixo custo, acredita-se que falta *organização do processo de trabalho*. No que se refere a instância hospitalar, objeto das investigações durante este estudo, pensa-se serem úteis as seguintes medidas para melhoria na vigilância epidemiológica da sífilis congênita: (i) organização do fluxo de informação quanto aos testes para sífilis realizados pelo laboratório na triagem da maternidade e deste para o NEPI; (ii) implicação dos profissionais médicos, e de enfermagem, no processo de notificação dos casos; (iii) incremento de pessoal no NEPI para fins de digitação e organização da informação para uso no próprio serviço, em planejamento e orçamento de atividades, e para reflexões em reuniões de equipe do hospital, composta por técnicos de vigilância, profissionais da assistência e gestores da unidade; (iv) a divulgação do quadro encontrado durante a atenção hospitalar e discussão com os profissionais da atenção primária dos municípios de procedência dos casos, deflagrando dessa forma ações para sua prevenção e controle; (v) a busca da co-responsabilização entre os gestores das diferentes instâncias governamentais e profissionais dos diversos níveis de atenção; e (vi) a manutenção do vínculo com a mulher de forma a garantir atenção integral às suas necessidades, desde a pré-concepção ao nascimento, e desde a atenção primária ao nível hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E. et al. Prevalence of HIV and Treponema Pallidum Infections in Pregnant Women in Campinas and their Association with Socio-demographic Factors. São Paulo Medical Journal, São Paulo, v. 114, n. 2, p. 1108-1116, 1996.

ARAÚJO, C. L. Análise da Situação da Sífilis Congênita e da Sua Relação com a Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil (2001 a 2008). 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

BARSANTI, C. et al. Diagnóstico de Sífilis Congênita: Comparação entre Testes Sorológicos na Mãe e no Recém-nascido. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, v. 32, n. 6, p. 605-611, nov./dez., 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1., p.4-6, 8 de junho de 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p.4-6, Seção 1, 8 de junho de 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer, Brasília, 2003. 80 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada: Manual Técnico, Brasília, 2005. 158p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Transmissão Vertical da Sífilis. In: HIV/Aids, Hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, v. 18, p. 75-92, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST, Brasília, Ano 3, v.1., 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis: Manual de Bolso, Brasília, 2007a. 180p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação: Pernambuco, Brasília, 3 ed., 2007b. 24 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica, Brasília, 7. ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)., 2009. 816 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso, Brasília, 8. ed. rev., 2010a. 444 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN NET. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 20 de agosto de 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Hospitalares: Módulo I: Orientações Técnicas: Versão 01.2010, Brasília, 2010c. 115 p.

CAMPOS, A. L. A. C et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: Um Agravado sem Controle. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

CARRARA, S. A Geopolítica Simbólica da Sífilis: Um Ensaio de Antropologia Histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 391-408, nov. 1996/fev. 1997.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da Assistência Pré-natal em Gestantes Atendidas em Dois Hospitais de Referência para Gravidez de Alto Risco do Sistema Único de Saúde, na Cidade do Recife, Estado de Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, jul./set., 2007.

CHRESTANI, M. A. D. et al. Assistência à Gestação e ao Parto: Resultados de Dois Estudos Transversais em Áreas Pobres das Regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 24, v. 7, p. 1609-1618, jul. 2008.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. S. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 647-652, 2001.

FERNANDES, R. C. S. C.; FERNANDES, P. G. C. C.; NAKATA, T.Y. Análise dos Casos de Sífilis Congênita na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de

Campos, RJ. DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 157-161, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-natal no Município de Campo Grande – MS. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 139-143, 2007.

GALBAN, E.; BENZAKEN, A. S. Situación de La Sífilis Em 20 Países de LatinoAmericaY El Caribe: Año 2006. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Transmissíveis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 166-172, 2007.

LEÃO, A. E. A; GUIMARÃES, F. N.; NÓBREGA G. Ensaios Terapêuticos com Penicilina. II- Sífilis. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2., p. 237-245, 1944.

LIMA, L. H. M.; VIANA, M. C. Prevalence and Risk Factors for HIV, Syphilis, Hepatitis B, Hepatitis C, and HTLV-I/II Infection in Low-income Postpartum and Pregnant Women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 668-676, mar. 2009.

MIRANDA, A. E. et al. Prevalência de Sífilis e HIV Utilizando Testes Rápidos em Parturientes Atendidas nas Maternidades Públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, v. 42, n. 4, p. 386-391, jul./ago, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Hospitais da Região Metropolitana: Hospital Agamenon Magalhães. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais/regiao-metropolitana/hospital-agamenon-magalhaes-2/>>. Acesso em: 20 de junho de 2010.

RAMOS JÚNIOR. et al. Control of Mother-to-child Transmission of Infectious Diseases in Brazil: Progress in HIV/AIDS and Failure in Congenital Syphilis. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, supl, p. S370-S378, 2007.

REICHE, E. M. V. et al. Prevalência de Tripanossomíase Americana, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Hepatite B, Hepatite C e da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Avaliada por Intermédio de Testes Sorológicos, em Gestantes Atendidas no Período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, v. 33, n. 6, p. 519-527, Nov/dez, 2000.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CÉSAR, C. C. Missed Opportunities for Congenital Syphilis and HIV Perinatal Transmission Prevention. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 851-858, 2008.

RUTSTEIN, D. D. et al. Sentinel Health Events (Occupational): A Basis for Physician Recognition and Public Health Surveillance. American Journal of Public Health, Washington, v. 73, n. 9, p. 1054-1062, 1983. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/73/9/1054>>. Acesso em: 09 de Junho de 2010.

SANGLARD, G. Hospitais: Espaços de Cura e Lugares de Memória da Saúde. Anais do Museu Paulista, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, jul./dez. 2007.

SANTOS, F. V. Sexualidade e Civilização nos Trópicos: Gênero, Medicina e Moral na Imprensa de Manaus (1895-1915). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, supl., p. 73-94, dez. 2007.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita na Redução da Morbi-mortalidade Perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, set./out., 2003.

SARACENI, V. et al. Estudo de Confiabilidade do SINAN a Partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 419-24, 2005.

SERRUYA, J. S.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados Iniciais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SOUSA, M. G. G. Avaliação da Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, E. M. Há 100 Anos, a Descoberta do *Treponema Pallidum*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, set./out. 2005.

SZWARCWALD, C. L. et al. Resultados do estudo Sentinela-Parturiente: 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 128-133, 2007.

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães



**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES**

**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

Recife, 05 de julho de 2010.

Prezada Investigadora

Informamos que foi aprovado na reunião do dia 30/06/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, “**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO**”, N° do Registro do Comitê 136, CAAE-0063.0.236.095-10, conforme normas para pesquisa envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,

Maria Tereza Dutra
Secretária Executiva do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Agamenon Magalhães

ANEXO B - Carta de Anuência do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Agamenon Magalhães



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

NEPI HAM



Estrada do Arraial, nº 2723 Casa Amarela Recife PE CEP.:52051-380

hamnepi@hotmail.com

AUTORIZO, a pesquisadora Angélica Saraiva Rangel de Sá, residente em Saúde Coletiva do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ / MS, sob orientação da Dra. Ana Lúcia Ribeiro Vasconcelos, a coletar dados para seu trabalho a VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO, neste núcleo hospitalar de epidemiologia, no período de 10/06/2010 a 10/09/2010.

Recife, 10 de junho de 2010.

Márcio D. Allain Teixeira

Márcio Diniz Allain Teixeira

NEPI HAM - Gerente

Dr. Márcio Allain
Gerente do NEPI HAM
CREMEPE 2830

ANEXO C - Carta de Anuência do Faturamento do Hospital Agamenon Magalhães**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES
FATURAMENTO HAM**

Estrada do Arraial, nº 2723 Casa Amarela Recife PE CEP.:52051-380

AUTORIZO, a pesquisadora Angélica Saraiva Rangel de Sá, residente em Saúde Coletiva do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ / MS, sob orientação da Dra. Ana Lúcia Ribeiro Vasconcelos, a coletar dados para seu trabalho a VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS MATERNA E CONGÊNITA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO, neste Setor de Faturamento do Hospital Agamenon Magalhães, no período de 10/06/2010 a 10/09/2010.

Recife, 10 de junho de 2010.


Francisco de Assis Vilela Braga
FATURAMENTO HAM - Gerente
Maticula 658262-3

ANEXO D – Portaria MS/GM nº 542 de 22 de dezembro de 1986

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 44 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, e tendo em vista o disposto no parágrafo único, item II, do art. 13, resolve:

Para os efeitos de aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial nº 608/Bsb, de 28 de outubro de 1979, a SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA.

II - Os casos confirmados de AIDS e sífilis Congênita deverão ser obrigatoriamente notificados às autoridades sanitárias com observância das normas legais e regulamentares aprovadas.

III - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS

ANEXO E – Portaria MS/GM nº 569, de 1º de Junho de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b- toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e- todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;
- f- as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

- a- Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;
- b- Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.
- c- Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a- criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e

b- financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e terá dois componentes:

a- alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e

b- pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea “a” para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades:

10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307,
10.302.0004.1823,
10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

a- R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

b- R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

- R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e

- R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo

BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais;

c- R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a- articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b- assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c- estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d- alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a- elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b- coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c- estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d- assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e- assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos

componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f- alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g- monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h- manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

a- participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

b- estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

c- estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

d- garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;

e- identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

f- estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

g- alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

h- monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;

i- manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades e dispondo dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados:

I - Atividades

1- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2- Garantir os seguintes procedimentos:

2.1- Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2- Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3- Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a- ABO-Rh, na primeira consulta;

b- VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c- Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e- HB/Ht, na primeira consulta.

2.4- Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5- Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6- Realização de atividades educativas;

2.7- Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8- Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II – Área Física, Materiais e Equipamentos

A unidade de saúde que realizará o acompanhamento pré-natal deverá dispor do seguinte:

1- Ambulatório - com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos,

banheiro(s) e consultório(s), todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação. As instalações físicas dos consultório(s) devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos;

2- Materiais e Equipamentos (mínimos):

- a- Mesa e cadeiras para a realização das entrevistas;
- b- Mesa ginecológica;
- c- Escada de dois degraus;
- d- Foco de luz;
- e- Balança antropométrica para adultos (peso/altura);
- f- Esfigmomanômetro (aparelho de pressão arterial);
- g- Estetoscópio clínico;
- h- Estetoscópio de Pinard;
- i- Fita métrica flexível e inelástica;
- j- Espéculos;
- k- Pinças de Cheron;
- l- Material para coleta de material para exame colpocitológico;
- m- Gestograma ou disco obstétrico;
- n- Sonar Doppler (se possível).

III- Recursos Humanos

A unidade deverá contar com:

1. Médico ou Enfermeiro;
2. Pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

IV – Registros

Toda unidade básica deverá utilizar instrumentos para o registro de dados que possibilitem o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no serviço de saúde e no município. Para alcançar estes objetivos é necessário, também, que se estabeleça um fluxo de informações entre os serviços de saúde que integram o sistema de referência e contrarreferência.

Os instrumentos de registro a serem utilizados são os seguintes:

1. Cartão da Gestante – deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contra-referência. O Cartão deverá estar sempre de posse da gestante.

2. Ficha Perinatal – instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério.

3. Ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

V- Medicamentos Essenciais

1- Analgésicos;

2- Antiácidos;

3- Antibióticos;

4- Sulfato ferroso com ácido fólico;

5- Supositórios de glicerina;

6- Cremes para tratamento de infecções vaginais.

VI – Avaliação da Assistência Pré-natal

A avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde da população alvo bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Esta avaliação subsidia, também, quando pertinente, mudança das táticas/estratégias adotadas, possibilitando a melhoria dos indicadores estabelecidos a partir dos dados registrados na Ficha Perinatal, no Cartão da Gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do município e estado.

Para a avaliação da assistência pré-natal, deve-se utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1- Indicadores de Processo

1.1- Distribuição das gestantes por trimestre gestacional em que foi realizada a 1ª consulta pré-natal

(1º, 2º e 3º);

1.2- Percentual de mulheres que se inscreveram no pré-natal (realizaram a 1ª consulta) em relação à

população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos no município);

1.3- Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.4- Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.5- Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.6- Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.7- Percentual de mulheres inscritas que realizaram o teste anti-HIV

1.8- Percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.9- Percentual de mulheres inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2- Indicadores de Resultados

2.1- Percentual de gestantes com VDRL positivo dentre aquelas que realizaram o exame;

2.2- Percentual de gestantes com Anti-HIV positivo dentre aquelas que realizaram o exame;

2.3- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita;

2.4- Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;

2.5- Taxa de letalidade materna no parto entre as mulheres inscritas no programa

3- Indicadores de Impacto

3.1- Coeficiente de incidência de sífilis congênita

3.2- Coeficiente de incidência de tétano neonatal

3.3- Razão de mortalidade materna no município;

3.4- Coeficiente de mortalidade neonatal total, precoce e tardia no município.

ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1. atender a todas as gestantes que as procurem;

2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;

3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
9. garantir a realização das atividades e dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados.

A. Atividades

Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:

- recepcionar e examinar as parturientes;
- assistir as parturientes em trabalho de parto;
- assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
- proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos;
- assistir a partos normais;
- realizar partos cirúrgicos;
- assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;
- assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
- prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
- elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
- registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
- proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
- garantir o apoio diagnóstico necessário.

B. Recursos humanos

Equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto:

- obstetra;
- pediatra/neonatologista;
- clínico geral;

- enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia);
- auxiliar de enfermagem;
- auxiliar de serviços gerais.

C. Estrutura física

Características físicas mínimas das Unidades para a realização de parto:

- sala de exame e admissão da parturiente;
- sala de pré-parto, parto e pós-parto;
- alojamento conjunto, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N° 1.016, de 26 de agosto de 1993;
- área de lavagem das mãos;
- área de prescrição;
- área de assistência ao recém-nascido;
- banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
- sanitário para funcionários e acompanhantes;
- armário/rouparia;
- copa/cozinha;
- depósito para material de limpeza;
- depósito para equipamento e material de consumo;
- sala de administração;
- central de esterilização;
- expurgo.

Nota: (1) além desses requisitos especificados acima, as Unidades deverão atender àqueles estabelecidos pela Portaria GM/SAS N° 1884, de 11 de novembro de 1994, quanto a Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde.

(2) em Unidades que realizam parto cesariana, além dos itens precedentes, é necessária a disponibilidade de:

- centro Obstétrico;
- sala de recuperação anestésica.

D. Equipamentos

Equipamentos mínimos que as Unidades devem dispor para a realização de parto:

- mesa para exame ginecológico;
- mesa auxiliar;
- berço;
- berço aquecido;

- balança;
- relógio de parede;
- camas hospitalares reguláveis ou cama para pré parto, parto e pós-parto;
- cadeira para acompanhante;
- mesa de reanimação e fonte de calor radiante;
- fita métrica;
- escada com dois lances;
- estetoscópio de Pinard;
- estetoscópio clínico;
- esfigmomanômetro;
- materiais para exames;
- amnioscópio;
- sonar doppler;
- aspirador de secreções;
- fonte de oxigênio;
- balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança para o recém-nascido e para adultos;
- máscara para neonato (números 0 e 1) e para adultos;
- laringoscópio;
- lâminas de laringoscópio retas para neonato (0 e 1) e adulto;
- cânulas orotraqueais para neonato (2, 2.5, 3.5) e adulto;
- extensões de silicone;
- sonda de aspiração traqueal para o neonato (6,8 e 10) e adulto;
- fonte de oxigênio em viatura;
- incubadora de transporte;
- gerador (para unidades que realizam parto cesariana);
- ambulância (ou acesso);
- hamper;
- foco de luz pescoço de ganso;
- instrumental para parto e cesariana;
- espéculos.

Nota: nos centros e Casas de Parto Normal, a equipe deverá ser composta na conformidade da Portaria GM/MS N° 985, de 05 de agosto de 1999.

ANEXO F – Portaria MS/GM nº 2.104, de 19 de Novembro de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que:

a quase totalidade de casos de aids em menores de 13 anos de idade no Brasil tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV;

a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%;

resultados do Protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076), evidenciou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a não amamentação;

outros estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV;

65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%;

dados preliminares relativos ao SISPRENATAL (Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento) e as estimativas do uso do AZT injetável (CN DST/AIDS), em âmbito nacional, demonstram que a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia;

a prevalência de sífilis em parturientes é estimada em 2%;

a taxa de transmissão vertical da sífilis é superior a 70%;

a cobertura de realização de VDRL para sífilis no pré-natal é inferior a 10%;

a taxa de mortalidade por sífilis congênita é elevada, podendo atingir 40% dos casos;

é necessário se adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo assim o diagnóstico do HIV e sífilis à maioria das mulheres, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde -- SUS --, o Projeto Nascer-Maternidades.

§ 1º Os objetivos gerais do Projeto ora instituído são:

I. reduzir a transmissão vertical do HIV;

II. reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita.

§ 2º Os objetivos específicos do Projeto são:

- I. estabelecer, mediante a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal;
- II. garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-natos;
- III. garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos;
- IV. testar para a sífilis 100% das parturientes atendidas no SUS;
- V. garantir o tratamento adequado de 100% dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados;
- VI. criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural;
- VII. implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Art. 2º Determinar que o Projeto Nascer-Maternidades seja desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º No nível nacional, o projeto será coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde que, para o gerenciamento dos trabalhos, deverá envolver a Coordenação Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Área Técnica da Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

§ 2º No nível regional, a Coordenação do Projeto caberá às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e, no nível local, às Secretarias Municipais de Saúde, devendo cada uma delas designar o respectivo coordenador escolhido entre os correspondentes estaduais e municipais dos Programas referidos no parágrafo anterior.

§ 3º O Projeto deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2002.

Art. 3º Estabelecer que as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar as seguintes atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades:

- I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);

- II. testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III. administração de inibidor de lactação (quando indicado);
- IV. profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

§ 1º A testagem para o HIV será realizada naquelas parturientes que, não tendo realizado esta testagem durante o pré-natal, autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde, sendo que o aconselhamento pré e pós teste deverá ser realizado por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 2º A execução do teste rápido para a infecção pelo HIV deverá ocorrer utilizando-se o algoritmo constante do Anexo desta Portaria, por profissionais de saúde e que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 3º A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera;

§ 4º A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 5º A aplicação das rotinas de diagnóstico e tratamento da sífilis materna e da sífilis congênita deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 6º A aplicação das rotinas de melhoria da qualidade da assistência à parturiente, puérpera e seus recém-nascidos, deverá ocorrer de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Art. 4º Estabelecer que, para dar início ao desenvolvimento das atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde tornará disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de seis meses, os seguintes insumos:

- I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (testes rápido);
- II. testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III. anti-retrovirais;
- IV. inibidor de lactação;
- V. fórmula infantil.

§ 1º A aquisição dos insumos será efetuada segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por Unidade Federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos estados para fazerem parte do Projeto nesta primeira etapa;

§ 2º A Secretaria Executiva, por meio da Diretoria de Programas Estratégicos em Saúde, para a implantação dos seis primeiros meses do Projeto, conforme estabelecido no caput deste artigo, realizará os procedimentos necessários à aquisição dos insumos listados nos itens I, II, III e V.

§ 3º A Coordenação Nacional DST/Aids se responsabilizará pela distribuição destes insumos às Coordenações Estaduais de DST/Aids, e estas às maternidades identificadas.

§ 4º Findo o período definido no caput deste artigo, a totalidade das maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde, desde que possuindo condições técnicas para tal, deverá realizar os procedimentos relacionados no artigo 3º, itens I, II e III, devendo, para tanto, custear essas atividades pela cobrança dos respectivos procedimentos constantes da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

§ 5º Quanto à fórmula infantil, findo o período definido no caput deste Artigo, deverá ser estabelecido pacto entre os gestores para definir a sistemática de aquisição do insumo e sua distribuição aos serviços de saúde.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias à inclusão dos testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido), testes para sífilis (microhemaglutinação) e inibidor de lactação na Tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Art. 6º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I. 10.303.0005.4368 - Atendimento à população com medicamentos e insumos estratégicos;

II. 10.302.0023.4306 - Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;

III. 10.302.0023.4307 - Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar prestado pela rede cadastrada do Sistema Único de Saúde;

IV. 10.303.0003.4327 - Diagnóstico e acompanhamento em doenças sexualmente transmissíveis - DST, vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida - HIV/Aids nos laboratórios da rede pública;

V. 10.303.0003.4370 - Atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida - Aids -- e das doenças sexualmente transmissíveis (DST);

VI. 10.305.0003.3954 - Promoção de práticas seguras sobre prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST, e do vírus da imunodeficiência Humana - HIV síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

ANEXO

INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV EM PARTURIENTES E PROCEDIMENTOS PARA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV.

Indicação: Parturiente sem Sorologia Anti-HIV no Pré-Natal

Conduta: Realização teste rápido mediante consentimento verbal da parturiente

- Hipótese 1: Teste não Reagente

Conduta: Não medicar (A);

- Hipótese 2: Teste reagente

Conduta:

1. Iniciar quimioprofilaxia conforme esquema para redução da transmissão vertical do HIV;
2. Coletar e encaminhar a amostra de sangue para esclarecimento do diagnóstico, garantindo a confirmação do resultado do teste o mais rápido possível;
3. Proceder a inibição mecânica da lactação logo após o parto (Enfaixamento das Mamas) e considerar a utilização do inibidor de lactação (b)
4. Orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil;

Após confirmação do diagnóstico (c):

1. Inibir em definitivo a lactação. Isso pode ser conseguido, mantendo o Enfaixamento e/ou administrando-se medicamento específico (inibidor da lactação), segundo critério médico;
2. Encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/ laboratorial e terapêutico, em um serviço especializado para portadoras do HIV;
3. Encaminhar o Recém-Nascido para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado de pediatria para acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

Notas:

(A) Investigar a Condição Clínico - Epidemiológica e, se necessário, encaminhar a mulher para esclarecimento diagnóstico. Tentar a realização do teste rápido imediatamente após o parto com vistas a iniciar o AZT para o Recém-Nato e suspender a amamentação.

(B) mediante seu consentimento livre e esclarecido, e quando as evidências epidemiológicas apontam para a chance remota, de vir a ser esse um resultado falso positivo.

(C) Após confirmação do diagnóstico de HIV, notificar a mulher e a criança na ficha de Investigação de Gestantes / Parturientes HIV Positivas e Crianças Exposta

ANEXO G – Portaria MS/GM nº 822 de 27 de Junho de 2003

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando que a assistência pré-natal deve ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;

Considerando que em algumas regiões do País o acompanhamento à gestação não vem se desenvolvendo de forma satisfatória no que tange a realização de exames laboratoriais para o controle de doenças sexualmente transmitidas, tais como sífilis e Aids;

Considerando que a detecção da infecção pelo HIV no momento da admissão ao parto, ainda que tardia, permite adotar medidas profiláticas que reduzem o risco da transmissão vertical desse vírus e permite medidas posteriores para o controle da doença materna;

Considerando que a detecção da infecção materna pela sífilis no momento do parto poderá desencadear processos que diminuirão a morbimortalidade por sífilis congênita, além de permitir o adequado tratamento da mulher e seu parceiro sexual;

Considerando que a Portaria GM/MS nº 2.104 de 19 de novembro de 2002, que instituiu o Projeto Nascer-Maternidade, onde se definem as ações de controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita no País;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.236 de 05 de dezembro de 2002, que inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS procedimentos especiais de triagem para sífilis e AIDS referentes ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, e

Considerando a necessidade de adequar as tabelas de procedimentos do SIH/SUS resolve;

Art.1º Excluir da Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, o procedimento de código 95.007.01-6 – Testes Rápidos para Triagem de Sífilis e/ou HIV (Por Teste).

Art. 2º Incluir na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, os procedimentos abaixo discriminados, a serem lançados, exclusivamente, no campo serviços profissionais das AIH de parto normal e/ou cesariana, conforme as seguintes descrições:

I - 95.008.01-2-Teste Rápido para Triagem de infecção pelo HIV (por teste).

Tipo: 42-Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Tipo de Ato: 51-Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

CNPJ:

Quantidade Limite: 01

Valor: R\$ 10,00

II - 95.009.01-9-Microhemaglutinação para o *Treponema pallidum* para o diagnóstico de Sífilis.

Tipo: 42-Teste para o Projeto Nascer - Maternidades.

Tipo de Ato: 51-Teste para o Projeto Nascer - Maternidades.

CNPJ:

Quantidade Limite: 01

Valor: R\$ 5,00

III - 99.092.01-8-Administração de inibidor de lactação em puérperas HIV + (Cabergolina 0,5mg)

Tipo 43: Inibição da lactação em puérperas HIV+

Tipo de Ato: 52 Inibição da lactação em puérperas HIV+

CNPJ:

Quantidade Limite: 02 comprimidos (dose única)

Valor: R\$ 47,62

Art.3º Estabelecer que os procedimentos objeto desta Portaria serão custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC/Estratégico, sendo que os recursos orçamentários correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde - SUS;

10.302.0023.4307 - Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência junho de 2003, revogando a Portaria/GM/MS nº 2.236 de 05 de Dezembro de 2002 .

HUMBERTO COSTA

ANEXO H – Portaria MS/SAS 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	01, 15, 22, 29, 36, 59, 60, 63, 66, 69, 73, 90, 91, 92,

Profissional	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 I - Portaria MS/SVS nº 33, de 14 de Julho de 2005

Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional.

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. 40 da Portaria nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 10- Incluir à Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, os casos suspeitos ou confirmados de Doença de Creutzfeldt - Jacob; Sífilis em Gestante; Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda; e Eventos Adversos Pós-Vacinação, conforme disposto no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. A ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar da Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificado imediatamente às autoridades sanitárias mencionadas no caput deste artigo.

Art. 20- As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados de forma imediata às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar imediatamente à SVS/MS, por meio de:

I. correio eletrônico notifica@saude.gov.br; ou II. por telefone: 061 33153659 ou fax: 061 33153658, da Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes - GTDER/CGDT/DEVEP/MS, sem prejuízo do registro das notificações pelos procedimentos rotineiros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 30- 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 no Anexo I 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 punitivas cabíveis.

Art. 4º. Os resultados dos exames laboratoriais das doenças 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, por meio da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública - CGLAB/DEVEP/SVS.

Art. 5º. A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, deve obedecer à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 6º. Aos gestores municipais e estaduais do SUS é vedada a exclusão de doenças e agravos componentes do elenco nacional de doenças de notificação compulsória.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO I

Lista Nacional de 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. Doenças 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. Leishmaniose Tegumentar Americana
- XXI. Leishmaniose Visceral
- XXII. Leptospirose
- XXIII. Malária
- XXIV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
- XXV. Peste
- XXVI. Poliomielite
- XXVII. Paralisia Flácida Aguda
- XXVIII. Raiva Humana
- XXIX. Rubéola
- XXX. Síndrome da Rubéola Congênita
- XXXI. Sarampo
- XXXII. Sífilis Congênita
- XXXIII. Sífilis em gestante
- XXXIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
- XXXV. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- XXXVI. Síndrome Respiratória Aguda Grave
- XXXVII. Tétano
- XXXVIII. Tularemia
- XXXIX. Tuberculose
- XL. Varíola

ANEXO II

Agravos de notificação imediata via fax, telefone ou e-mail, além da digitação e transferência imediata, por meio magnético, através do SINAN

I. Caso suspeito de:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Peste
- h) Raiva Humana
- i) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- j) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- k) Varíola
- l) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Poliomielite
- b) Sarampo
- c) Tétano Neonatal

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

- a) Agravos Inusitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda

- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

ANEXO III

Resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos
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
- h) Poliomielite
- i) Peste
- j) Raiva Humana
- k) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- l) Varíola
- m) Tularemia
- n) Sarampo

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