

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C NAS INSTITUIÇÕES QUE REALIZAM PARTO



Brasília - DF
2022

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

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C NAS INSTITUIÇÕES QUE REALIZAM PARTO



Brasília - DF
2022



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

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
SRTVN, Quadra 701, Lote D, Edifício PO700, 5º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
Site: www.aids.gov.br
E-mail: cgist@bvsms.saude.gov.br

Coordenação-geral:

Gerson Fernando Mendes Pereira
Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Organização:

Ana Roberta Pascom
Andréa Mônica Brandão Beber
Carmen Sílvia Bruniera Domingues
Isabela Ornelas Pereira
Lino Neves da Silveira
Pâmela Cristina Gaspar

Projeto gráfico e diagramação:

Marcos Cleuton de Oliveira

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Colaboração:

Aranaí Sampaio Diniz Guarabyra
Alisson Bigolin
Ana Francisca Kolling
Ana Claudia Philippus
Lilian Nobre de Moura
Karen Cristine Tonini
Aline Almeida da Silva
Rayane Ganassin

Ficha Catalográfica

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

Inquérito nacional sobre ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites nas instituições que realizam parto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
61 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_acoes_prevencao_hiv.pdf
ISBN 978-65-5993-283-2

1. HIV. 2. Sífilis em gestante. 3. hepatite. 4. Inquérito Nacional de saúde. I. Título.

CDU 616.9

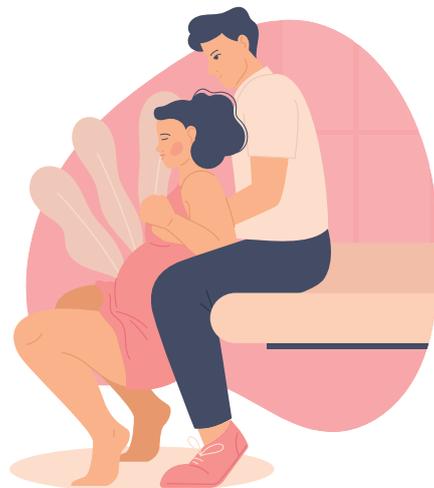
Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0292

Título para indexação:

National survey on actions to prevent mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B and C in facilities that provide childbirth services

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ter acontecido sem a colaboração das instituições que participaram do inquérito e dedicaram seu tempo para realizar o levantamento das informações e o preenchimento do questionário. Gostaríamos de registrar nossa profunda gratidão pela disponibilidade e adesão a essa pesquisa operacional, tão necessária para a resposta sobre as ações de prevenção da transmissão vertical.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da seleção das instituições que realizam parto para ponderação dos dados	13
Figura 2	Distribuição percentual das instituições com dificuldades para realizar o teste rápido, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	23
Figura 3	Percentual de instituições que realizam testagem para HIV (teste rápido ou convencional), segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	26
Figura 4	Percentual de instituições que realizam teste para sífilis em gestantes, no momento da admissão para o parto, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	34
Figura 5	Percentual de instituições que executam o conjunto de condutas essenciais para manejo da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	36
Figura 6	Percentual de instituições que executam testagem (teste rápido ou convencional) de hepatite B na parturiente, no momento da admissão para o parto, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	40
Figura 7	Percentual de instituições que administram vacina contra hepatite B, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	41
Figura 8	Percentual de instituições que administram imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) no recém-nascido exposto à hepatite B, segundo horários de disponibilidade, região e volume de partos. Brasil, 2020	42
Figura 9	Percentual de instituições que encaminham o recém-nascido exposto à hepatite B para serviços de referência, segundo tipo de agendamento da consulta, região e volume de partos. Brasil, 2020	43
Figura 10	Percentual de instituições que encaminham o recém-nascido exposto à hepatite C para serviços de referência, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	44

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Conjunto de condutas essenciais para prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto e na alta hospitalar. Brasil, 2020 16
- Quadro 2 Conjunto de condutas essenciais para criança exposta à sífilis e criança com sífilis congênita, segundo recomendações do PCDT-TV. Brasil, 2020 17



LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características da amostra bruta e ponderada, segundo as variáveis utilizadas na calibração	14
Tabela 2	Distribuição percentual das instituições com programas estratégicos do Ministério da Saúde implantados, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020	20
Tabela 3	Distribuição percentual das instituições que executam teste rápido no momento do parto, segundo região, tipo de agravo e volume de partos. Brasil, 2020	21
Tabela 4	Distribuição percentual das instituições que realizam teste rápido em casos de aborto/natimorto, segundo região, tipo de agravo e volume de partos. Brasil, 2020	22
Tabela 5	Distribuição percentual das instituições com dificuldades para realizar o teste rápido, segundo tipos de motivos mencionados. Brasil, 2020	23
Tabela 6	Distribuição percentual das instituições que realizam testagem para HIV em parturiente ou puérpera, segundo região, tipo de procedimento e volume de partos. Brasil, 2020	27
Tabela 7	Distribuição percentual das instituições que seguiram as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, segundo tipo de medidas realizadas e regiões. Brasil, 2020	28
Tabela 8	Distribuição percentual das instituições que seguiram as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, segundo tipo de medidas realizadas e volume de partos. Brasil, 2020	29
Tabela 9	Distribuição percentual das instituições segundo tipo de inibição da lactação e fornecimento de fórmula láctea infantil (FLI), por região e volume de partos. Brasil, 2020	30
Tabela 10	Distribuição percentual das instituições que seguiram as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, segundo tipo de medidas aplicadas, região e volume de partos. Brasil, 2020	31
Tabela 11	Distribuição percentual das instituições segundo condutas realizadas nas parcerias sexuais de parturientes diagnosticadas com sífilis, por região. Brasil, 2020	35
Tabela 12	Distribuição percentual de instituições que não seguem as recomendações preconizadas para o manejo da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita, segundo tipo de condutas e região. Brasil, 2020	37

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Metodologia.....	12
1.2 Coleta de dados.....	12
1.3 Amostragem.....	12
1.4 Análise estatística	14
1.5 Indicadores analisados	15
2 RESULTADOS	19
2.1 Instituições que realizam partos com programas estratégicos do Ministério da Saúde	19
2.2 Testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite B	20
2.3 Considerações sobre testagem rápida	24
2.4 Prevenção da transmissão vertical do HIV.....	25
2.4.1 <i>Conjunto de condutas essenciais para prevenção da transmissão vertical do HIV</i>	31
2.4.2 <i>Considerações sobre ações de prevenção da transmissão vertical do HIV</i>	32
2.5 Manejo da sífilis na parturiente e no recém-nascido exposto à sífilis ou com sífilis congênita	33
2.5.1 <i>Conjunto de condutas essenciais para o recém-nascido exposto à sífilis OU com sífilis congênita</i>	35
2.5.2 <i>Considerações sobre o manejo da sífilis na parturiente e no recém-nascido.....</i>	37
2.6 Prevenção da transmissão vertical das hepatites B e C.....	39
2.6.1 <i>Considerações sobre prevenção da transmissão vertical das hepatites B e C</i>	44
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXO - INQUÉRITO MATERNIDADES	52

APRESENTAÇÃO

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS) estabeleceu, como uma de suas prioridades, a eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV e a redução da TV da hepatite B e da sífilis. As instituições que realizam parto têm papel fundamental na Rede de Atenção à Saúde para o alcance desse objetivo.

As ações realizadas durante a internação para o parto têm o potencial de promover melhores desfechos para a saúde materno-infantil, incluindo, nesse escopo, a prevenção da transmissão vertical do HIV e da hepatite B e o manejo adequado da sífilis congênita. Por meio do atendimento qualificado, essas instituições viabilizam a tomada de decisão assertiva e contribuem para constantes avanços no controle desses agravos como problema de saúde pública.

O presente documento traz os resultados do **“Inquérito sobre ações de prevenção da transmissão vertical (PTV) do HIV, Sífilis e Hepatites B e C, executadas nas instituições que realizam parto no Brasil”**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O inquérito foi realizado no ano de 2020 e buscou verificar a implantação das recomendações do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais” (PCDT-TV) nesses estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2019a).

Os resultados do inquérito serão apresentados por agravo, com recorte nacional e regional, segundo número de partos realizados (menos de 500 ou 500 partos e mais ao ano), obedecendo à seguinte ordem: testagem rápida de HIV, sífilis e hepatite B; condutas profiláticas e terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV; manejo do recém-nascido exposto à sífilis ou com sífilis congênita; condutas profiláticas e terapêuticas para prevenção da transmissão vertical da hepatite B; e procedimentos durante alta hospitalar da criança exposta à hepatite C. Ao final de cada tópico, serão apresentadas informações sobre prevenção da transmissão vertical, direcionadas aos(às) profissionais e aos(às) gestores(as) de saúde de todos os municípios brasileiros.



1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como a sífilis, o HIV e as hepatites virais B e C, podem ser transmitidas verticalmente durante a gestação e no momento do parto, e o HIV também por aleitamento materno (BRASIL, 2019a). Esses agravos, quando não diagnosticados e tratados em tempo oportuno, causam graves danos à saúde da mulher e da criança.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado, ainda no período pré-natal, possibilitam reduzir consideravelmente o risco de TV. Mesmo quando a oportunidade é perdida no pré-natal, ou quando, no momento do parto, não existe registro dos cuidados realizados durante a gestação, os serviços que realizam partos tornam-se fundamentais para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da hepatite B, o diagnóstico e manejo da sífilis na parturiente e no recém-nascido e a testagem para hepatite C.

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem executando estratégias de abrangência nacional nas instituições que realizam partos. Em 2002, o Projeto Nascer – Maternidades foi implementado nas unidades consideradas prioritárias e/ou naquelas que realizavam mais de 500 partos por ano. O objetivo dessa estratégia era diminuir a TV do HIV e a morbimortalidade neonatal ocasionada pela sífilis congênita, além de melhorar a qualidade da assistência materno-infantil (BRASIL, 2003).

Para além do Projeto Nascer – Maternidades, em 2011, a Rede Cegonha foi lançada com o objetivo de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, por meio de uma rede de cuidados direcionada a garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e, às crianças, o direito de nascer em segurança e crescer de maneira saudável (BRASIL, 2011).

Dessa forma, considerando a relevância das instituições que realizam parto na rede de atenção à saúde materno-infantil, e dada a pouca informação sobre as condutas executadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e das hepatites virais e para o controle da sífilis durante a internação para o parto, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS) considerou de suma importância realizar o **“Inquérito sobre ações de prevenção da transmissão vertical (PTV) do HIV, Sífilis e Hepatites B e C, executadas nas instituições que realizam parto no Brasil”**. O presente relatório tem por objetivo apresentar os principais resultados desse inquérito.

1.1 Metodologia

Entre 20 de julho a 4 de setembro de 2020, realizou-se inquérito para levantamento de informações relacionadas às ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições públicas ou conveniadas ao SUS que realizavam parto no Brasil.

1.2 Coleta de dados

Um e-mail contendo informações sobre o inquérito e o link de acesso para o questionário *on-line* (Anexo A) foram enviados às instituições elegíveis que possuíam e-mail cadastrado no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc).

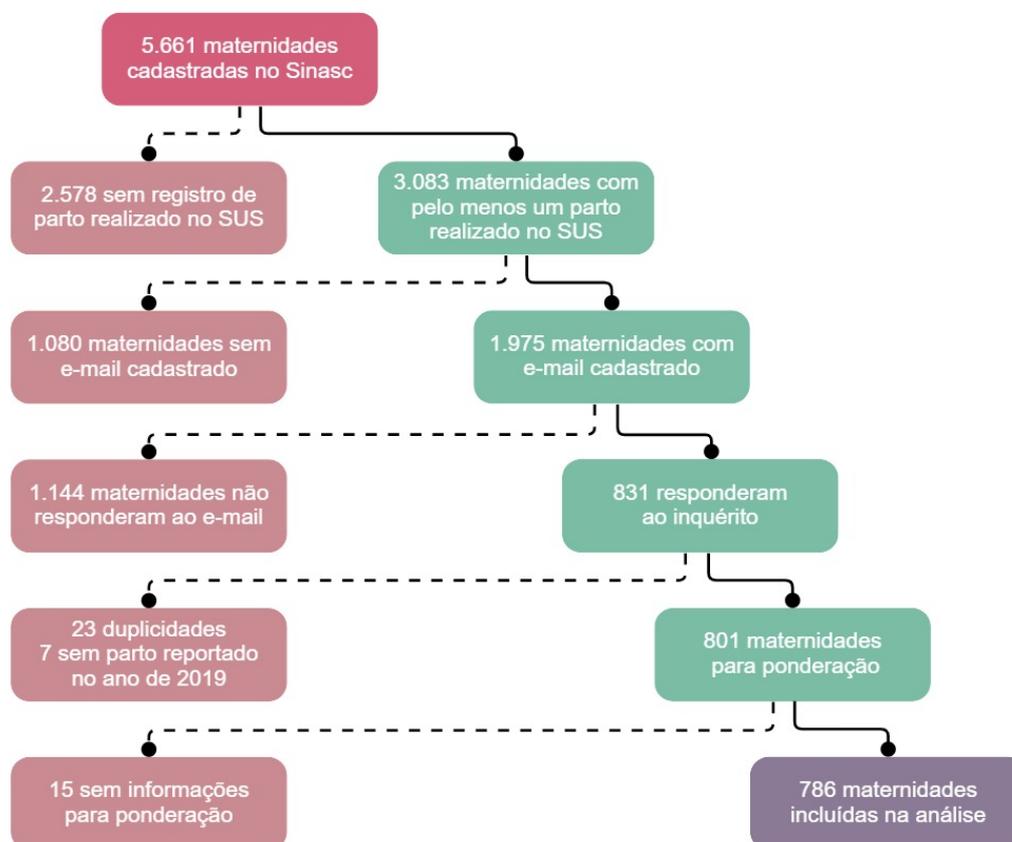
O questionário utilizado no inquérito continha perguntas baseadas nas recomendações nacionais contidas no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais” (PCDT-TV) do Ministério da Saúde, versão publicada no ano de 2019 (BRASIL, 2019a).

1.3 Amostragem

Foram consideradas elegíveis para o inquérito todas as instituições que reportaram no Sinasc pelo menos um parto no âmbito do SUS, entre janeiro de 2018 e maio de 2020. No período considerado, 5.661 instituições brasileiras que realizam partos foram cadastradas no Sinasc; destas, 3.083 realizaram pelo menos um parto pelo SUS. O e-mail de acesso ao questionário *on-line* foi encaminhado às 1.975 instituições que tinham registrado o e-mail de contato no Sinasc, das quais 831 responderam ao questionário. Após a análise de consistência, foram excluídas 23 maternidades duplicadas e outras sete que reportaram não ter realizado parto pelo SUS em 2019 (Figura 1).

Para a análise estatística, os dados foram calibrados de acordo com a distribuição censitária das instituições elegíveis, com base em informações do Sinasc. As seguintes variáveis foram utilizadas nesse processo: participar da Rede Cegonha (sim ou não); ter realizado 500 partos ou mais por ano (sim ou não); e região de localização dessas instituições (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Quinze instituições que responderam ao inquérito foram excluídas da análise por não apresentarem informações necessárias para a ponderação. Assim, este relatório incluiu um conjunto final de 786 maternidades (Figura 1).

Figura 1 Fluxograma da seleção das instituições que realizam parto para ponderação dos dados



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Com relação ao volume de partos, as instituições foram classificadas de acordo com os parâmetros estabelecidos no programa estratégico do Ministério da Saúde denominado Projeto Nascer – Maternidades (BRASIL, 2003), a saber: menos de 500 partos ou 500 partos e mais por ano. O Projeto Nascer – Maternidades teve como objetivo diminuir a TV-HIV e a morbimortalidade neonatal ocasionada pela sífilis congênita e melhorar a qualidade da assistência perinatal em maternidades que realizavam mais de 500 partos por ano no âmbito do SUS ou localizadas nos municípios considerados prioritários.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das maternidades incluídas na amostra, antes e depois da ponderação. Observa-se que, na amostra bruta, 36% das maternidades declararam participar da Rede Cegonha e 63% realizaram mais de 500 partos. Após a ponderação da amostra, as proporções foram de 20% e 36%, respectivamente, os mesmos resultados observados no Sinasc entre todas as instituições brasileiras elegíveis para o estudo.

Tabela 1 Características da amostra bruta e ponderada, segundo as variáveis utilizadas na calibração

Característica	Amostra	
	Bruta	Ponderada
Total da amostra (N)	786	786
Rede Cegonha	Sim	35,8%
	Não	64,2%
Número de partos	<500 partos ano	37,5%
	≥500 partos ano	62,5%
Região (%)	Norte	13,6%
	Nordeste	19,6%
	Sudeste	38,0%
	Sul	24,3%
	Centro-Oeste	4,5%

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1.4 Análise estatística

Neste relatório, as análises são apresentadas para a amostra total, além de estratificadas por região geográfica e pelo volume de partos realizados pelas instituições. Para a comparação dos indicadores entre as categorias, foram utilizados testes estatísticos de diferença de proporções, por meio do *módulo Complex Samples* do SPSS 18.0, que leva em consideração o desenho da amostra.

1.5 Indicadores analisados

O questionário continha seis partes, segundo a finalidade da investigação, a saber:

- 1 Caracterização da instituição:** Unidade de Federação e município; inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; número de partos por ano; participação em programas de qualificação do Ministério da Saúde.
- 2 Testagem rápida na admissão da mulher para o parto:** realização dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; dificuldades para implantação dos testes rápidos.
- 3 Diagnóstico e controle da sífilis:** testagem da parturiente; cuidado realizado ao recém-nascido exposto à sífilis e ao recém-nascido com sífilis congênita.
- 4 Prevenção da transmissão vertical do HIV:** testagem da parturiente; medidas profiláticas direcionadas à parturiente e a criança exposta ao HIV.
- 5 Prevenção da transmissão vertical da hepatite B:** testagem da parturiente; vacinação e administração da IGHAHB na criança exposta ao HBV.
- 6 Vigilância, monitoramento e logística:** diagnóstico no momento do parto para HIV, sífilis e hepatite B.

Neste relatório, serão analisadas as perguntas das partes 1 a 5. As perguntas da seção 6 tiveram a finalidade de realizar um diagnóstico situacional para análise interna do DCCI/SVS/MS.

Além da análise individualizada de cada variável, foram criados indicadores-síntese sobre a realização de um conjunto de condutas essenciais à prevenção da transmissão vertical do HIV, denominadas binômio “parturiente e recém-nascido”, e ao cuidado da criança exposta à sífilis e da criança com sífilis congênita. O detalhamento desses dois indicadores encontra-se no Quadro 1 e no Quadro 2, respectivamente.

Quadro 1 Conjunto de condutas essenciais para prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto e na alta hospitalar. Brasil, 2020

Para quem	Conjunto de condutas essenciais
Parturiente	Quando indicado, administração de zidovudina (AZT) injetável profilática na parturiente durante o início do trabalho de parto e antes do parto cesariano, até o clampeamento do cordão umbilical; E Quando indicado, coleta de exames de carga viral (CV-HIV) e linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+); E Realização de inibição da lactação com cabergolina.
Recém-nascido exposto ao HIV	Realização de cuidados imediatos na sala de parto, conforme orientações do PCDT-TV; E Início da primeira dose do AZT profilático oral ainda na sala de parto ou nas primeiras quatro horas após o nascimento; E Quando indicado, início da primeira dose de nevirapina (NVP) antes das primeiras 48 horas de vida.
Alta hospitalar	Fornecimento de fórmula láctea infantil somente durante a internação e orientação para retirada no serviço de referência; OU fornecimento de fórmula láctea infantil durante a internação e, na alta hospitalar, de latas suficientes até a próxima retirada no serviço de referência; E Orientação sobre prevenção da transmissão vertical por meio da amamentação para puérperas sem HIV; E Encaminhamento, com consulta agendada, ao serviço de referência.
Binômio parturiente e recém-nascido	Quando indicado, administração de AZT injetável profilático na parturiente durante o início do trabalho de parto e antes do parto cesariano, até o clampeamento do cordão umbilical; E , quando indicado, coleta exames de CV-HIV e LT-CD4+; E inibição da lactação com cabergolina; E Realização de cuidados imediatos na sala de parto, conforme orientações do PCDT-TV; E início da primeira dose do AZT profilático oral ainda na sala de parto ou nas primeiras quatro horas após o nascimento; E , quando indicado, início da primeira dose de NVP antes das primeiras 48 horas de vida; E Fornecimento de fórmula láctea infantil somente durante a internação e orientação para retirada no serviço de referência; OU fornecimento de fórmula láctea infantil durante a internação e, na alta hospitalar, de latas suficientes até a próxima retirada no serviço de referência; E Orientação sobre prevenção da transmissão vertical por meio da amamentação para puérperas sem HIV; E Encaminhamento, com consulta agendada, ao serviço de referência.

Fonte: Brasil, 2019a.

Quadro 2 Conjunto de condutas essenciais para criança exposta à sífilis e criança com sífilis congênita, segundo recomendações do PCDT-TV. Brasil, 2020

Para quem	Conjunto de condutas essenciais
Criança exposta à sífilis	Realização de teste não treponêmico periférico pareado no recém-nascido e na mãe; E Encaminhamento para o serviço de referência, com consulta agendada, para seguimento após a alta.
Criança com sífilis congênita	Realização de teste não treponêmico periférico pareado no recém-nascido e na mãe; E Realização de punção lombar; E Realização de exame radiológico (ossos longos, tórax); E Realização de tratamento com penicilina; E Encaminhamento para o serviço de referência, com consulta agendada, para seguimento após a alta.

Fonte: Brasil, 2019a.





2 RESULTADOS

Das instituições brasileiras que realizam partos, 36% localizam-se na região Nordeste, 27% na região Sudeste, 16% na região Sul, 11% na região Norte e 11% na região Nordeste. Quanto à análise segundo o volume de partos por ano, 64% realizam menos de 500 partos por ano e 36% realizam 500 partos e mais por ano.

2.1 Instituições que realizam partos com programas estratégicos do Ministério da Saúde

A Tabela 2 mostra que 51% das instituições brasileiras que realizam partos possuíam implantado pelo menos um dos seguintes programas estratégicos do Ministério da Saúde: Rede Cegonha, Projeto Nascer, Apice-on, Quali-NEO, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Programa de Avaliação Externa de Qualidade dos testes rápidos. Por outro lado, 45% delas reportaram não participar de nenhum desses programas.

Não foram observadas diferenças estatísticas entre esses dois indicadores na análise estratificada por região. No entanto, quando analisadas segundo o número de partos por ano, nota-se que 74% das instituições maiores, ou seja, as que realizaram 500 partos por ano ou mais, e que 38% das instituições menores, ou seja, as que realizaram menos de 500 partos por ano, referiram ter pelo menos um desses programas implantados no momento do inquérito (Tabela 1).

Tabela 2 Distribuição percentual das instituições com programas estratégicos do Ministério da Saúde implantados, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020

Pelo menos UM programa estratégico		<i>p-valor</i>	Nenhum programa estratégico		<i>p-valor</i>
Brasil	51%		49%		
Região		0,959			0,987
Norte	47%		53%		
Nordeste	56%		44%		
Sudeste	50%		50%		
Sul	46%		54%		
Centro-Oeste	50%		50%		
Volume de partos por ano		0,003			0,002
<500 partos	38%		62%		
≥500 partos	74%		26%		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.2 Testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite B

A testagem rápida (TR), como exame *point of care*, otimiza oportunidades de intervenção e diminui o tempo para o diagnóstico, sendo fundamental para a prevenção da transmissão vertical, especialmente do HIV e da hepatite B. Nesta seção, serão apresentados resultados sobre a realização da testagem rápida na admissão para o parto e em casos de aborto ou natimorto nas instituições que realizam partos do país.

Resumo das ações de testagem rápida nas instituições que realizam partos no Brasil, 2020

- 88% realizam TR para HIV
- 85% realizam TR para sífilis
- 52% realizam TR para hepatite B
- 44% realizam TR para hepatite C

Observa-se, que, de acordo com a Tabela 3, 82% das instituições que realizam partos no país reportaram executar o TR para sífilis e HIV conjuntamente na admissão para o parto, sendo o maior percentual observado na região Sul (93%). Não se verificaram diferenças significativas nesse indicador na estratificação por volume de partos.

Ainda de acordo com a Tabela 3, nota-se que a cobertura de TR para hepatites virais foi de 52% para hepatite B e de 44% para hepatite C, devendo-se ressaltar que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções de investigação de HBV (72% e 65%, respectivamente) e HCV (68% e 57%, respectivamente) na admissão para o parto. Não houve diferenças significativas na proporção de TR para HBV e HCV em relação ao volume de partos por ano.

Nota-se, ainda, um relevante percentual de instituições no país que não realizavam nenhum dos TR (9%) recomendados pelo MS, proporção que variou de 2% nas instituições com ≥ 500 partos por ano a 13% dos serviços com < 500 partos por ano. Não foram verificadas diferenças nas proporções segundo as regiões de localização das instituições.

Tabela 3 Distribuição percentual das instituições que executam teste rápido no momento do parto, segundo região, tipo de agravo e volume de partos. Brasil, 2020

	Sífilis	HIV	HBV	HCV	Sífilis e HIV	Sífilis, HIV e HBV	Não realiza
Brasil	85%	88%	52%	44%	82%	51%	9%
Região							
Norte	83%	81%	72%	68%	81%	72%	17%
Nordeste	83%	90%	65%	57%	82%	63%	9%
Sudeste	80%	87%	35%	27%	77%	35%	10%
Sul	94%	96%	42%	31%	93%	42%	3%
Centro-Oeste	88%	72%	43%	36%	72%	43%	12%
<i>p-valor</i>	0,086	0,142	<0,001	<0,001	0,146	<0,001	0,369
Volume de partos por ano							
< 500 partos por ano	83%	83%	53%	45%	79%	53%	13%
≥ 500 partos por ano	87%	96%	50%	41%	86%	47%	2%
<i>p-valor</i>	0,363	0,002	0,821	0,689	0,608	0,148	0,002

Fonte: DCCI/SVS/MS.

No PCDT-TV (BRASIL, 2019a), recomenda-se realização de TR para sífilis e HIV nos casos de aborto ou natimorto e, conforme demonstrado na Tabela 4, observa-se que 70% das instituições que realizam partos no país seguem essa diretriz, com diferença segundo volume de partos por ano: 80% das instituições com ≥ 500 partos por ano e 64% dentre aquelas menores, com menos de 500 partos, seguem essa recomendação.

Tabela 4 Distribuição percentual das instituições que realizam teste rápido em casos de aborto/natimorto, segundo região, tipo de agravo e volume de partos. Brasil, 2020

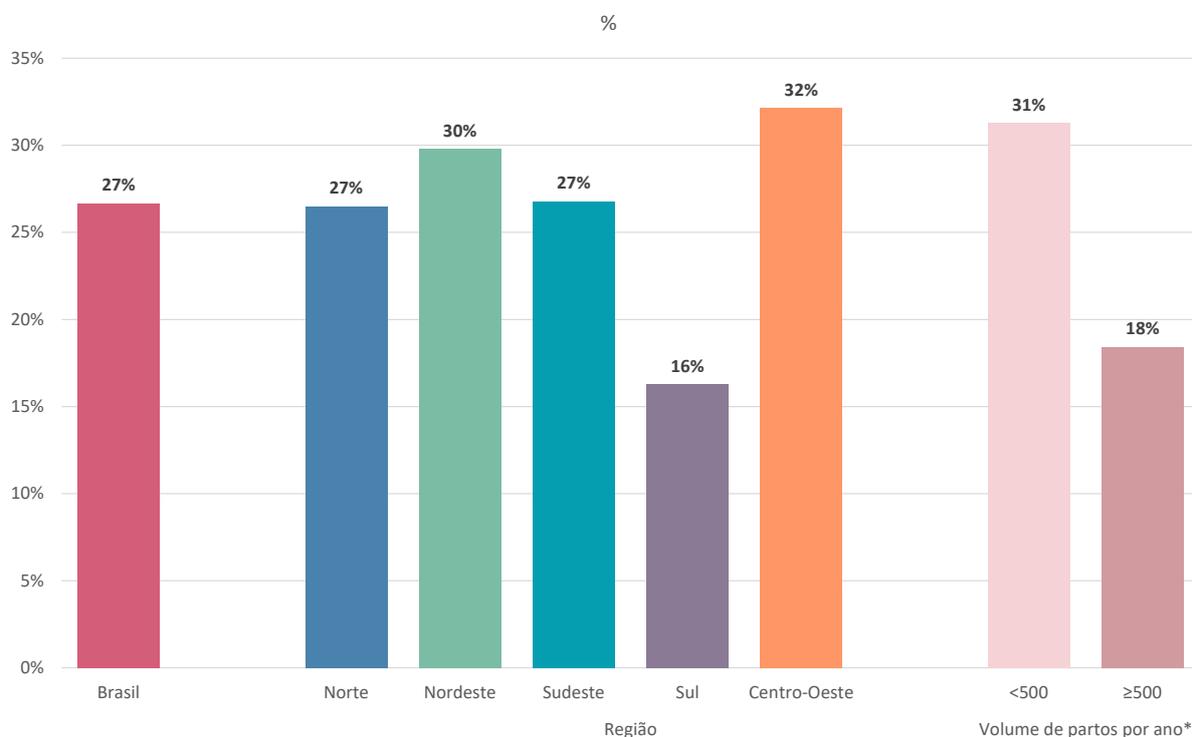
	Sífilis	HIV	Sífilis e HIV	Não realiza
Brasil	73%	75%	70%	22%
Região				
Norte	77%	75%	73%	22%
Nordeste	68%	76%	68%	24%
Sudeste	74%	77%	70%	19%
Sul	85%	87%	83%	11%
Centro-Oeste	65%	52%	52%	35%
<i>p-valor</i>	0,299	0,185	0,145	0,451
Volume de partos por ano				
<500 partos por ano	67%	67%	64%	30%
≥ 500 partos por ano	83%	89%	80%	7%
<i>p-valor</i>	0,003	<0,001	0,007	<0,001

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A Figura 2 mostra que 27% das instituições que realizam partos do Brasil têm dificuldade em realizar TR. Não houve diferença estatisticamente significativa nas análises por região, mas a proporção de instituições que reportaram alguma dificuldade em executar o TR foi 70% maior nas instituições que realizavam menos de 500 partos por ano (31%) quando comparadas às instituições com maior número de partos por ano (18%).

Foram indagadas, também, as principais razões que dificultam a realização de TR no serviço. Verificou-se que 27% das instituições que relataram pelo menos uma dificuldade citaram a falta de insumos, 12% a sobrecarga de serviço pela equipe e 10% a falta de capacitação de seus profissionais em TR (Tabela 5).

Figura 2 Distribuição percentual das instituições com dificuldades para realizar o teste rápido, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020



Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5 Distribuição percentual das instituições com dificuldades para realizar o teste rápido, segundo tipos de motivos mencionados. Brasil, 2020

Tipos de motivos	Brasil
Falta de infraestrutura	5%
Falta de insumos	27%
Falta de profissionais	6%
Profissionais sem capacitação	10%
Resistência dos profissionais	4%
Sobrecarga de serviço pela equipe	12%
Outros	63%

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.3 Considerações sobre testagem rápida

O PCDT-TV (BRASIL, 2019a) recomenda que as testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites B e C na gestante sejam realizadas em três ocasiões: no pré-natal; nas maternidades, durante a admissão da mulher; e sempre que houver história de exposição de risco.

Verificou-se que 22% das instituições reportaram não realizar qualquer teste rápido no momento da internação da mulher para o parto, sendo que as instituições que realizam menos partos apresentam os maiores percentuais de não realização do TR. Observa-se também uma cobertura de TR acima de 80% para HIV e sífilis; em contrapartida, 70% das instituições realizam os dois testes conjuntamente.

A falta ou baixa oferta de testagem rápida nas instituições que realizam partos dificulta a conduta oportuna direcionada à parturiente e seu conceito, visto que o teste rápido permite conhecer o resultado do exame no momento da admissão da gestante.

O “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças” (BRASIL, 2018) recomenda a utilização dos testes rápidos de punção digital no âmbito dos serviços de saúde identificados como prioritários para essa oferta, incluindo as maternidades.

A capacitação dos profissionais da rede de serviços de saúde quanto às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde no PCDT-TV e suas atualizações reforçará a importância da testagem de todas as gestantes no momento da internação para o parto, além de apoiar a realização do manejo clínico adequado durante o trabalho de parto para as gestantes reagentes e seus conceitos. Essas medidas garantem o direito da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, conforme disposto na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

O guia “Como Prevenir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no seu Município” (BRASIL, 2019b), lançado em parceria entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o DCCI/SVS/MS, indica em seu conteúdo o amparo legal para garantir a disponibilidade dos insumos necessários ao fortalecimento da rede de atenção, dentre os quais os TR. Além de incluir a regulamentação atual para a aquisição do inibidor de lactação cabergolina 0,5mg (Portaria nº 392, de 06/05/2015) e fórmula infantil (Portaria nº 6, de 03/10/2017), o Guia também informa o passo a passo sobre a forma de obtenção desses insumos pelos gestores¹.

¹ Pode ser acessado por meio do link: https://www.unicef.org/brazil/media/2796/file/Como_prevenir_a_transmissao_vertical_de_HIV_e_sifilis_no_seu_municipio%E2%80%933Guia_para_gestores.pdf.

2.4 Prevenção da transmissão vertical do HIV

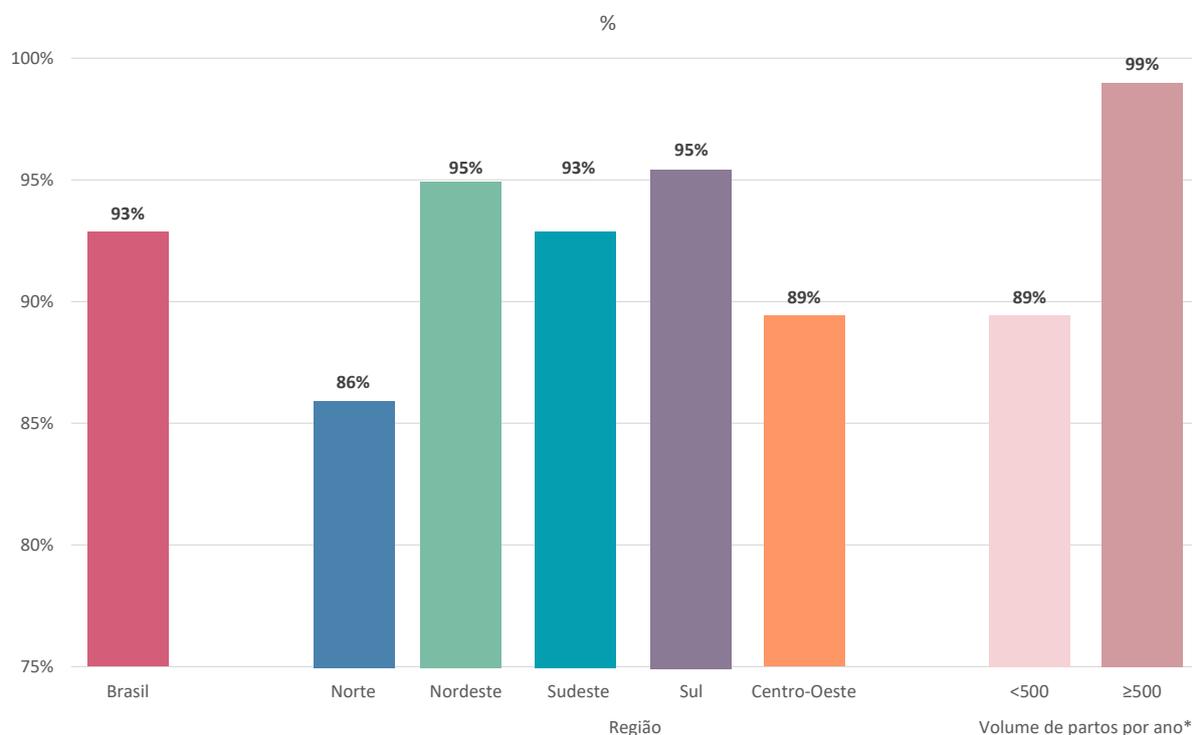
Nesta seção, serão analisadas informações sobre as condutas de prevenção da transmissão vertical do HIV adotadas nas instituições que realizam partos, tais como: testagem para o HIV, administração da terapia antirretroviral (TARV) como profilaxia na parturiente e no recém-nascido (RN), inibição da lactação no momento do parto, disponibilização da fórmula láctea infantil para criança exposta ao HIV e fornecimento de orientações relacionadas à transmissão vertical do HIV no momento da alta hospitalar. Também serão apresentadas as análises sobre o conjunto de condutas essenciais para a prevenção da transmissão vertical do HIV direcionadas ao binômio “parturiente e recém-nascido”.

Resumo das ações para prevenção de TV-HIV nas instituições que realizam partos no Brasil, 2020

- 93% testam a gestante no momento do parto com teste rápido ou outro método diagnóstico
- 63% realizam fluxo diagnóstico completo com testes rápidos
- 53% administram AZT profilático na parturiente
- 49% realizam inibição da lactação com cabergolina
- 56% administram AZT profilático no recém-nascido
- 44% administram NVP no recém-nascido, quando indicado
- 89% contraindicam a amamentação e o aleitamento cruzado
- 54% fornecem fórmula láctea infantil durante a internação

No inquérito, 93% das instituições referiram realizar testagem para HIV na parturiente utilizando TR ou outro método diagnóstico, percentual 11% maior entre as instituições que realizam 500 ou mais partos (99%) quando comparadas aos serviços menores (89%) (Figura 3). Não foram observadas diferenças significativas na realização de teste de HIV por região.

Figura 3 Percentual de instituições que realizam testagem para HIV (teste rápido ou convencional), segundo região e volume de partos. Brasil, 2020



Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

Em relação aos procedimentos de testagem para o HIV, observa-se, na Tabela 6, a realização do diagnóstico por meio de dois TR (TR1 + TR2) em 63% das instituições que realizam partos. Entre as regiões, não foram observadas diferenças estatísticas. Por outro lado, enquanto 56% das instituições que realizam menos de 500 partos por ano estabelecem o diagnóstico por meio de dois TR, a proporção comparável nas instituições maiores foi de 76%.

Ainda de acordo com a Tabela 6, 7% das instituições que realizam partos não executam nenhum procedimento de testagem na parturiente ou puérpera, proporção que variou de 11% a 1% nas instituições com menos de 500 partos e 500 partos ou mais, respectivamente.

Tabela 6 Distribuição percentual das instituições que realizam testagem para HIV em parturiente ou puérpera, segundo região, tipo de procedimento e volume de partos. Brasil, 2020

	Procedimento de testagem				
	TR1 + TR2	TR1 e coleta	Laboratorial na instituição	Laboratorial fora da instituição	Não realiza
Brasil	63%	39%	29%	18%	7%
Região					
Norte	66%	29%	26%	16%	14%
Nordeste	66%	38%	33%	18%	5%
Sudeste	61%	43%	31%	19%	7%
Sul	68%	47%	24%	12%	5%
Centro-Oeste	49%	31%	18%	22%	11%
<i>p-valor</i>	0,563	0,022	0,345	0,098	0,439
Volume de partos por ano					
<500 partos por ano	56%	38%	24%	19%	11%
≥500 partos por ano	76%	41%	37%	15%	1%
<i>p-valor</i>	0,003	0,564	0,028	0,035	<0,001

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A Tabela 7 apresenta as proporções das condutas realizadas pelas instituições para a prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto e durante a alta hospitalar. Observa-se que os procedimentos mais realizados pelas instituições são, na parturiente, a administração do AZT profilático injetável no momento do parto (53%); no RN, os cuidados imediatos ao nascimento (74%); e, no momento da alta hospitalar, as orientações sobre a importância da não amamentação e contra-indicação do aleitamento materno cruzado (89%).

Ademais, faz-se importante destacar que 56% das instituições administram AZT profilático no RN ao nascimento, 49% realizam a inibição da lactação com cabergolina e 54% fornecem a fórmula láctea infantil durante a internação, com orientação sobre a retirada do insumo no serviço de referência após a alta hospitalar (Tabela 7).

Na análise por região, em geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, de acordo com a Tabela 8, as análises por volume de partos mostram que as condutas para prevenção da transmissão vertical do HIV no momento do parto e durante a alta hospitalar são realizadas em maior proporção nas instituições com 500 ou mais partos por ano.

Tabela 7 Distribuição percentual das instituições que seguiram as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, segundo tipo de medidas realizadas e regiões. Brasil, 2020

Medidas preventivas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Parturiente						
Quando indicado, administra AZT profilático na parturiente	51%	35%	65%	80%	42%	53%
Quando indicado, coleta exames de CV-HIV e LT-CD4+*	25%	29%	46%	53%	31%	37%
Realiza inibição da lactação com cabergolina	37%	39%	58%	71%	43%	49%
Realiza inibição da lactação com enfaixamento das mamas	36%	45%	62%	54%	36%	49%
Recém-nascido						
Realiza cuidados imediatos na sala de parto	63%	73%	75%	83%	68%	74%
Administra AZT profilático ao nascimento	52%	39%	68%	80%	47%	56%
Administra NVP, quando indicado	44%	32%	53%	65%	28%	44%
Alta hospitalar						
Fornece fórmula láctea infantil somente durante a internação e orienta para retirada no serviço de referência*	38%	49%	65%	59%	55%	54%
Orienta sobre a importância da não amamentação e contraindica o aleitamento cruzado	83%	89%	89%	88%	95%	89%
Encaminha, com consulta agendada, ao serviço de referência	48%	61%	68%	55%	44%	59%

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* p-valor <0,05.

Tabela 8 Distribuição percentual das instituições que seguiram as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, segundo tipo de medidas realizadas e volume de partos. Brasil, 2020

Conduas	<500 partos/ano	≥500 partos/ano
Parturiente		
Quando indicado, administra AZT profilático na parturiente*	32%	90%
Quando indicado, coleta exames de CV-HIV e LT-CD4+*	32%	48%
Realiza inibição da lactação com cabergolina*	29%	85%
Realiza inibição da lactação com enfaixamento das mamas*	40%	65%
Recém-nascido		
Realiza cuidados imediatos na sala de parto*	63%	93%
Administra AZT profilático ao nascimento*	36%	91%
Administra NVP, quando indicado*	25%	77%
Alta hospitalar		
Fornece fórmula láctea infantil somente durante a internação e orienta para retirada no serviço de referência	52%	58%
Orienta sobre a importância da não amamentação e contraindica o aleitamento cruzado*	84%	97%
Encaminha, com consulta agendada, ao serviço de referência	57%	61%

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* p-valor <0,05.

Também se investigaram as formas de inibição da lactação, apresentadas na Tabela 9, com destaque para a realização conjunta da inibição da lactação com cabergolina e do enfaixamento das mamas, ou somente do enfaixamento das mamas.

Nota-se que 24% das instituições utilizam a cabergolina e o enfaixamento das mamas simultaneamente para inibir a lactação das puérperas vivendo com HIV e 24% o fazem utilizando somente o enfaixamento das mamas. Não foram observadas diferenças regionais nesses dois indicadores, mas em torno de 8% das instituições com 500 ou mais partos por ano reportaram utilizar o enfaixamento das mamas como método único de inibição da lactação (Tabela 9).

No entanto, é importante destacar que, entre as instituições com menos de 500 partos por ano, 57% ainda utilizam o enfaixamento das mamas em conjunto com a cabergolina e 22% realizam esse procedimento exclusivamente por meio de enfaixamento das mamas, sem reportar outra forma para inibir a lactação de puérperas vivendo com HIV (Tabela 9).

Aproximadamente 54% das instituições que realizam partos referiram fornecer fórmula láctea infantil à criança exposta ao HIV durante a internação e orientar a retirada desse insumo no serviço de referência, quando da alta hospitalar. Essa conduta é adotada por 65%, 59% e 55% das instituições das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente (Tabela 9).

No que se refere ao fornecimento da fórmula láctea infantil durante a internação e, no momento da alta, à entrega de latas suficientes até a próxima retirada, observa-se que 36% das instituições adotam essa conduta, não sendo observadas diferenças significativas na estratificação por região (Tabela 9). Entre as instituições que realizam 500 partos ou mais por ano, o percentual foi de 53%, o dobro da proporção observada entre as instituições menores.

Tabela 9 Distribuição percentual das instituições segundo tipo de inibição da lactação e fornecimento de fórmula láctea infantil (FLI), por região e volume de partos. Brasil, 2020

	Inibição da lactação			Fórmula láctea infantil	
	Administra cabergolina e realiza enfaixamento das mamas	Realiza somente enfaixamento das mamas	Não realiza inibição da lactação	Fornece FLI na internação e orienta retirada no serviço de referência	Fornece FLI na internação e fornece latas até a próxima retirada
Brasil	24%	24%	34%	54%	36%
Região					
Norte	19%	17%	47%	38%	30%
Nordeste	22%	22%	39%	49%	38%
Sudeste	47%	16%	27%	65%	36%
Sul	44%	10%	19%	59%	43%
Centro-Oeste	23%	13%	44%	55%	22%
<i>p-valor</i>	0,336	0,236	0,674	0,012	0,744
Volume de partos por ano					
<500	18%	22%	49%	52%	26%
≥500	57%	8%	6%	58%	53%
<i>p-valor</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,388	<0,001

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.4.1 Conjunto de condutas essenciais para prevenção da transmissão vertical do HIV

Analisou-se, também, a realização de um conjunto de condutas essenciais para a prevenção da transmissão vertical do HIV direcionadas à parturiente e ao recém-nascido, no momento do parto e na alta hospitalar, conforme descritos no Quadro 1.

Os resultados apresentados na Tabela 10 mostram que as instituições realizam com maior frequência as ações para prevenção da transmissão do HIV no momento da alta hospitalar (46%), sendo menores as proporções de cumprimento das condutas essenciais direcionadas ao recém-nascido exposto ao HIV (41%) e à parturiente (24%). Quando analisados os resultados do cumprimento das recomendações do binômio “parturiente e recém-nascido”, a proporção observada foi de 15%, apontando para oportunidades perdidas na prevenção da transmissão vertical do HIV nas instituições brasileiras que realizam partos. Não foram observadas diferenças significativas na estratificação por região, com exceção da realização das condutas na alta hospitalar, que variou de 63% no Sudeste a 26% na região Norte.

É importante destacar, ainda, que as instituições que realizam 500 ou mais partos por ano apresentaram melhores percentuais quando comparadas às instituições com menos partos no que se refere ao conjunto de condutas essenciais.

Tabela 10 Distribuição percentual das instituições que seguiram as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, segundo tipo de medidas aplicadas, região e volume de partos. Brasil, 2020

	Parturiente	Recém-nascido	Alta hospitalar	Binômio parturiente e recém-nascido
Brasil	24%	41%	46%	15%
Região				
Norte	15%	42%	26%	11%
Nordeste	13%	29%	41%	8%
Sudeste	32%	51%	63%	22%
Sul	45%	62%	48%	23%
Centro-Oeste	18%	27%	39%	13%
p-valor	0,136	0,519	0,023	0,254
Volume de partos por ano				
<500 partos por ano	14%	22%	40%	9%
≥500 partos por ano	43%	75%	58%	26%
p-valor	<0,001	<0,001	0,042	<0,007

Fonte: DCCI/SVS/MS.

2.4.2 Considerações sobre ações de prevenção da transmissão vertical do HIV

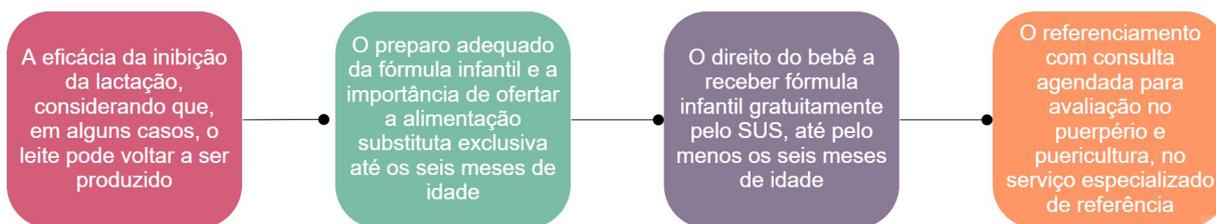
As instituições que realizam partos devem estar preparadas para realizar o diagnóstico de gestantes no momento da admissão na unidade e de parturientes vivendo com HIV e suas crianças, assegurar a assistência adequada e garantir a administração, em tempo oportuno, das medidas profiláticas destinadas ao binômio “parturiente e recém-nascido” para evitar a transmissão vertical, segundo as recomendações do PCDT-TV.

Também é necessário assegurar à criança exposta ao HIV o medicamento para profilaxia antirretroviral após a alta e a fórmula láctea infantil em quantidade suficiente até a primeira consulta no serviço referenciado (BRASIL, 2021a).

Toda puérpera e recém-nascido devem ser encaminhados ao serviço de referência de HIV, de preferência com consulta agendada, visando garantir o acesso oportuno à realização do acompanhamento. Os serviços precisam ter os fluxos de referência bem estabelecidos dentro da Rede de Atenção à Saúde, podendo ainda instituir, como boa prática, a utilização de um instrumento de referência e contrarreferência para apoiar e qualificar o processo de continuidade do cuidado.

Além disso, dois outros pontos devem ser considerados como medidas para a prevenção da TV-HIV nas instituições que realizam parto:

1. Toda puérpera com testagem não reagente para HIV no momento do parto deve ser orientada sobre os riscos de transmissão vertical do HIV por meio da amamentação. Dessa forma, é relevante, no momento da alta, avaliar suas vulnerabilidades e orientar a prevenção da infecção do HIV após o parto, principalmente mediante o uso de preservativos, a fim de reduzir a possibilidade de infecção durante a amamentação, além de contraindicar o aleitamento materno cruzado (amamentação da criança por outra nutriz).
2. De acordo com o “Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV”, a retenção das puérperas ao tratamento antirretroviral aos seis meses e 18 meses após o parto foi de 80% e 72%, respectivamente (BRASIL, 2019c). Dessa forma, as instituições que realizam parto devem incentivar o comparecimento às consultas, bem como orientar a puérpera e suas parcerias sexuais sobre:



Para a íntegra das diretrizes atuais das medidas profiláticas para transmissão vertical do HIV durante o parto/puerpério, consultar o PCDT-TV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pcdt>, e os “Fluxogramas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/fluxogramas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-nas>.

Para saber mais sobre:

- O manejo da criança exposta ao HIV por meio da amamentação, consulte o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco>;
- As condutas de diagnóstico para crianças que não receberam profilaxia no nascimento, acesse o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em crianças e adolescentes”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>

2.5 Manejo da sífilis na parturiente e no recém-nascido exposto à sífilis ou com sífilis congênita

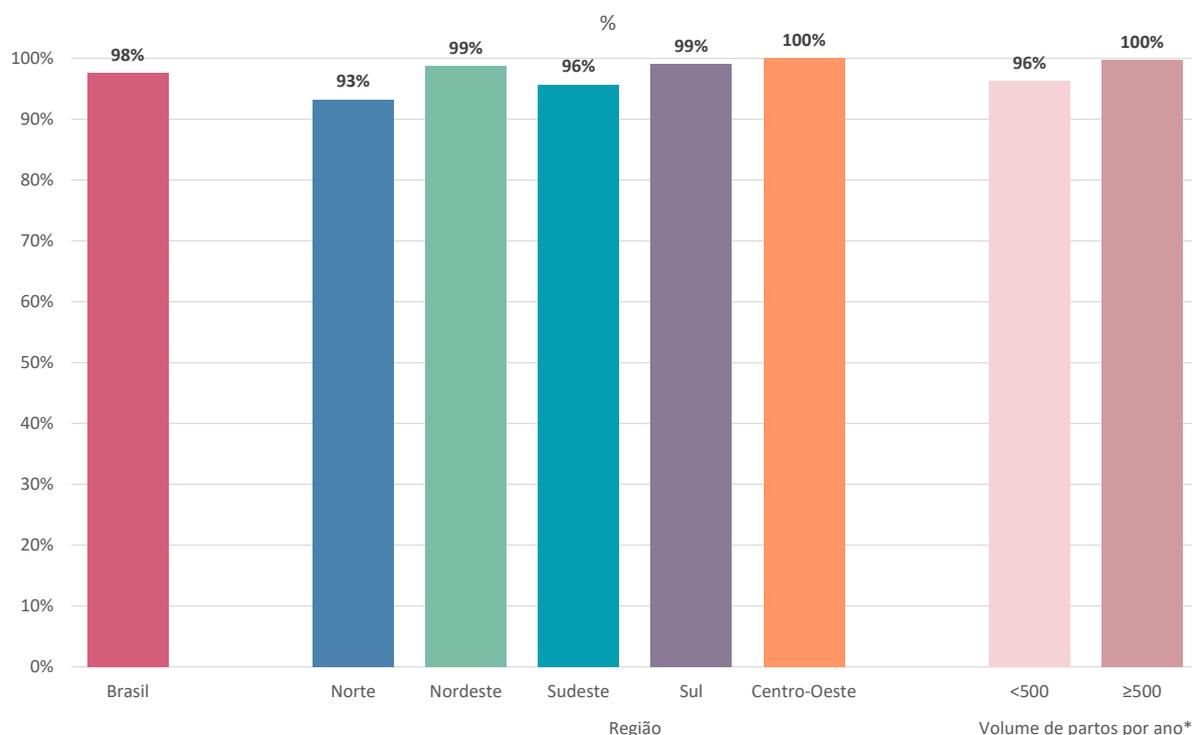
Nesta seção, serão apresentados os principais resultados referentes às condutas realizadas para o diagnóstico e o controle da sífilis congênita nas instituições que realizam partos.

Resumo das ações para o manejo da sífilis nas instituições que realizam partos no Brasil, 2020

- 98% testam a gestante com teste rápido e/ou outra metodologia na admissão para o parto
- 24% testam todas as parcerias sexuais
- 17% realizam as condutas essenciais para a criança exposta à sífilis
18% realizam as condutas essenciais para a criança com sífilis congênita

Nota-se que 98% das instituições ofertam, na admissão para o parto, o teste de sífilis para gestantes (teste rápido ou convencional). Observam-se diferenças estatisticamente significativas segundo a proporção por volume de partos, sendo essa oferta 4% maior nas instituições com 500 partos ou mais por ano em relação àquelas com menos de 500 partos por ano (Figura 4).

Figura 4 Percentual de instituições que realizam teste para sífilis em gestantes, no momento da admissão para o parto, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020



Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

Na Tabela 11, são apresentadas as informações referentes ao manejo das parcerias sexuais da parturiente diagnosticada com sífilis. Verifica-se que 24% das instituições oferecem teste rápido para todas as parcerias sexuais e 16% realizam tratamento com penicilina em todos os casos de parcerias diagnosticadas com sífilis. Aproximadamente 62% das instituições orientam e encaminham as parcerias para seguimento em um serviço de referência.

Foram observadas, por região, diferenças estatisticamente significativas nas condutas direcionadas às parcerias sexuais. A realização de TR em todos os casos variou de 13% a 31%, respectivamente, nas regiões Sudeste e Norte. A administração de penicilina em todos os casos foi de 22% na região Nordeste, enquanto no Sul foi de 10% (Tabela 11).

Tabela 11 Distribuição percentual das instituições segundo condutas realizadas nas parcerias sexuais de parturientes diagnosticadas com sífilis, por região. Brasil, 2020

Condutas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Realiza TR em todos os casos*	31%	30%	13%	30%	18%	24%
Realiza TR em quase todos os casos*	12%	14%	5%	10%	5%	10%
Administra penicilina em todos os casos*	20%	22%	12%	10%	17%	16%
Administra penicilina em quase todos os casos	12%	13%	5%	6%	0%	8%
Orienta e encaminha as parcerias sexuais para serviço de referência	59%	54%	74%	62%	63%	62%
Não informou	10%	6%	9%	5%	6%	7%

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* p-valor <0,05.

2.5.1 Conjunto de condutas essenciais para o recém-nascido exposto à sífilis OU com sífilis congênita

Foram analisadas as condutas essenciais, descritas no Quadro 2, direcionadas ao recém-nascido exposto à sífilis ou com sífilis congênita nas instituições que realizam partos. Observa-se que apenas 17% das instituições cumprem o protocolo de manejo do recém-nascido exposto à sífilis, com proporção mais frequente, mas ainda insuficiente, nas

Tabela 12 Distribuição percentual de instituições que NÃO seguem as recomendações preconizadas para o manejo da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita, segundo tipo de condutas e região. Brasil, 2020

Condutas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Realiza teste não treponêmico periférico pareado no recém-nascido e na mãe*	33%	31%	19%	23%	31%	27%
Realiza tratamento com penicilina*	15%	27%	19%	20%	23%	22%
Realiza punção lombar*	80%	82%	43%	47%	66%	65%
Realiza exame radiológico (ossos longos, tórax)*	61%	66%	28%	33%	44%	48%
Encaminha para o serviço de referência, com consulta agendada, para seguimento após a alta*	32%	21%	16%	22%	26%	21%

Fonte: DCCI/SVS/MS.

* p-valor $\geq 0,05$.

2.5.2 Considerações sobre o manejo da sífilis na parturiente e no recém-nascido

A sífilis congênita é um agravo totalmente evitável, desde que a mãe com sífilis seja diagnosticada precocemente e tratada adequadamente durante a gestação.

As instituições que realizam partos devem estar aptas a diagnosticar e tratar todos os casos de crianças com sífilis congênita. O não tratamento adequado de um caso de sífilis congênita pode trazer graves consequências para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, além de contribuir para o aparecimento de complicações tardias, muitas das quais podem ser irreversíveis.

Nas instituições que realizam partos, existe a oportunidade de diagnosticar o recém-nascido por meio de exame clínico-laboratorial e introduzir o tratamento precoce, diminuindo, assim, o risco de desfechos desfavoráveis à criança ou de sequelas decorrentes da sífilis congênita tardia. Contudo, vale ressaltar que a conduta de identificar adequadamente

crianças expostas à sífilis (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar aquelas com sífilis congênita, para não as submeter a procedimentos desnecessários, como exames invasivos e internações prolongadas.

A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita é realizada, especialmente, nas instituições que realizam partos, considerando os seguintes aspectos:

- Histórico materno de sífilis;
- Tratamento adequado da sífilis materna e seguimento sorológico no pré-natal, se possível observando a queda de títulos de testes não treponêmicos;
- Sinais e sintomas clínicos da criança, na maioria das vezes, ausentes ou inespecíficos ao nascimento;
- Teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe.

Os serviços de saúde devem estabelecer fluxo de referência e contrarreferência entre serviços da Atenção Primária à Saúde e instituições que realizam partos. O seguimento dessas crianças é fundamental e o estabelecimento da linha de cuidado na rede de atenção para esse agravo é de responsabilidade de estados, municípios e Distrito Federal.

- O guia “Como Prevenir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no seu Município” (BRASIL, 2019b) também traz informações sobre a disponibilidade dos insumos necessários para o fortalecimento da rede de atenção para a prevenção da transmissão vertical da sífilis. O documento indica em seu conteúdo o amparo legal para garantir os testes rápidos e medicamentos para o tratamento da sífilis em gestante e sífilis congênita.
- Acesse também as diretrizes atualizadas sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV durante o parto/puerpério por meio do PCDT-TV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>; do PCDT-IST, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>; e dos “Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições que realizam parto”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/fluxogramas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-nas>.

2.6 Prevenção da transmissão vertical das hepatites B e C

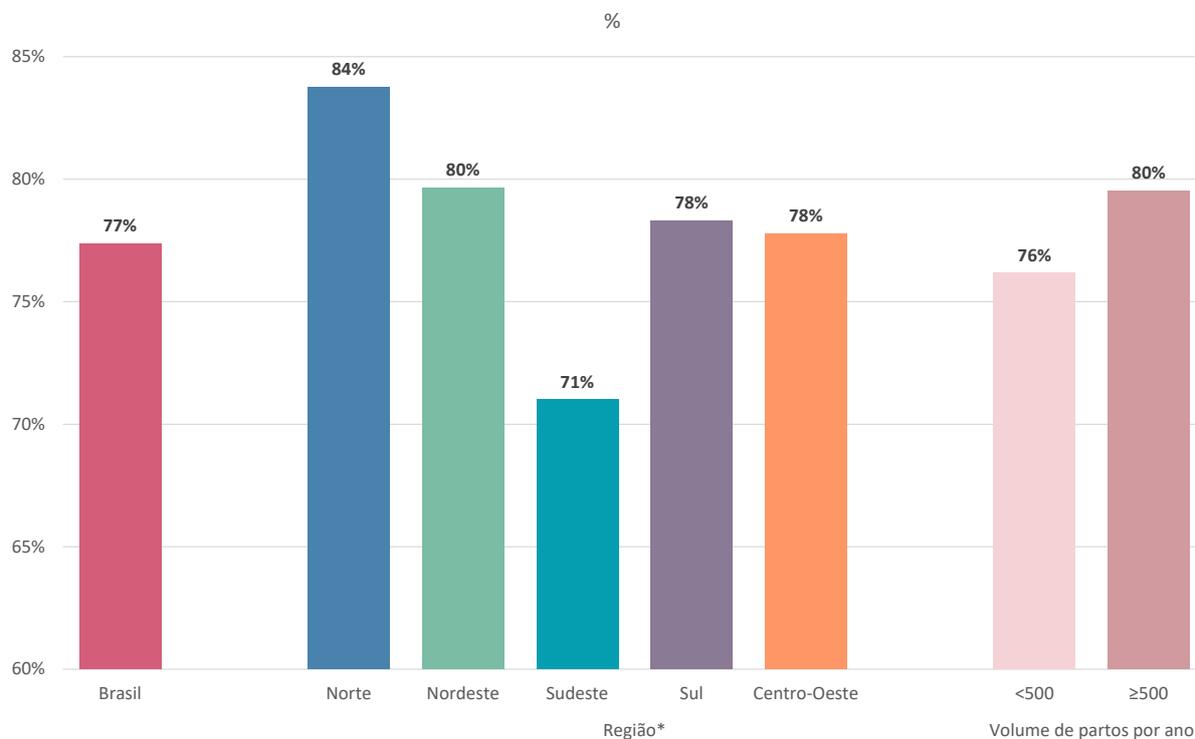
Nesta seção, serão apresentadas as análises relacionadas às condutas para a prevenção e diagnóstico da hepatite B, a saber, testagem para hepatite B, imunização do recém-nascido e administração de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), e para o encaminhamento da criança exposta às hepatites B ou C para seguimento no serviço de referência.

Resumo das ações para prevenção de TV-HBV nas instituições que realizam partos no Brasil, 2020

- 77% realizam teste rápido ou convencional no momento da admissão para o parto
- 53% oferecem vacina em qualquer horário ou dia
- 46% administram IGHAB em qualquer horário ou dia
- 53% realizam encaminhamento com consulta agendada

Observa-se, de acordo com a Figura 6, que 77% das instituições que realizam partos no Brasil executam testagem para hepatite B (teste rápido ou convencional). Em relação aos dados regionais, os maiores percentuais de testagem são verificados nas regiões Norte e Nordeste, com 84% e 80%, respectivamente. Não foram observadas diferenças significativas nos percentuais de realização de teste de HBV segundo o volume de partos.

Figura 6 Percentual de instituições que executam testagem (teste rápido ou convencional) de hepatite B na parturiente, no momento da admissão para o parto, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020



Fonte: DCCI/SVS/MS.

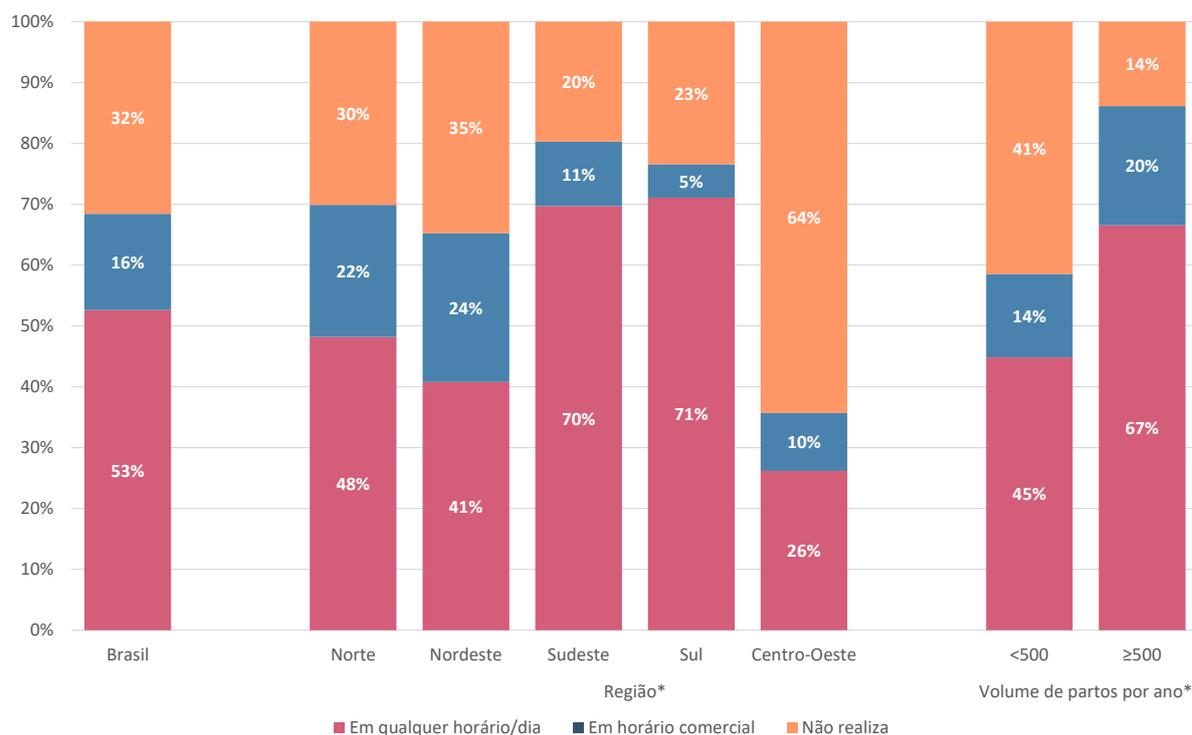
* Diferenças estatisticamente significativas.

Uma conduta fundamental para garantir a prevenção do HBV é a imunização com aplicação da vacina contra hepatite B em todos os recém-nascidos nas primeiras 12 a 24 horas de vida, além da conclusão do esquema vacinal. Nota-se que 53% das instituições que realizam partos no país aplicam o imunizante em qualquer horário do dia, 16% o aplicam somente em horário comercial e 32% das instituições não administram a vacina contra hepatite B (Figura 7).

A aplicação de vacina contra hepatite B na maternidade é heterogênea entre as regiões. Nas regiões Sul e Sudeste, cerca de 70% das instituições administram a primeira dose da vacina nos recém-nascidos em qualquer horário do dia, ao passo que, nas regiões Norte e Nordeste, o percentual é mais baixo, 48% e 41%, respectivamente. Destaca-se que, na região Centro-Oeste, 64% das instituições não aplicam vacina contra hepatite B (Figura 7).

As instituições com 500 ou mais partos por ano apresentam melhores proporções de cobertura vacinal do recém-nascido na maternidade quando comparadas às instituições com menos de 500 partos por ano. Ressalta-se que 41% das instituições com menos de 500 partos não vacinam os recém-nascidos (Figura 7).

Figura 7 Percentual de instituições que administram vacina contra hepatite B, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020



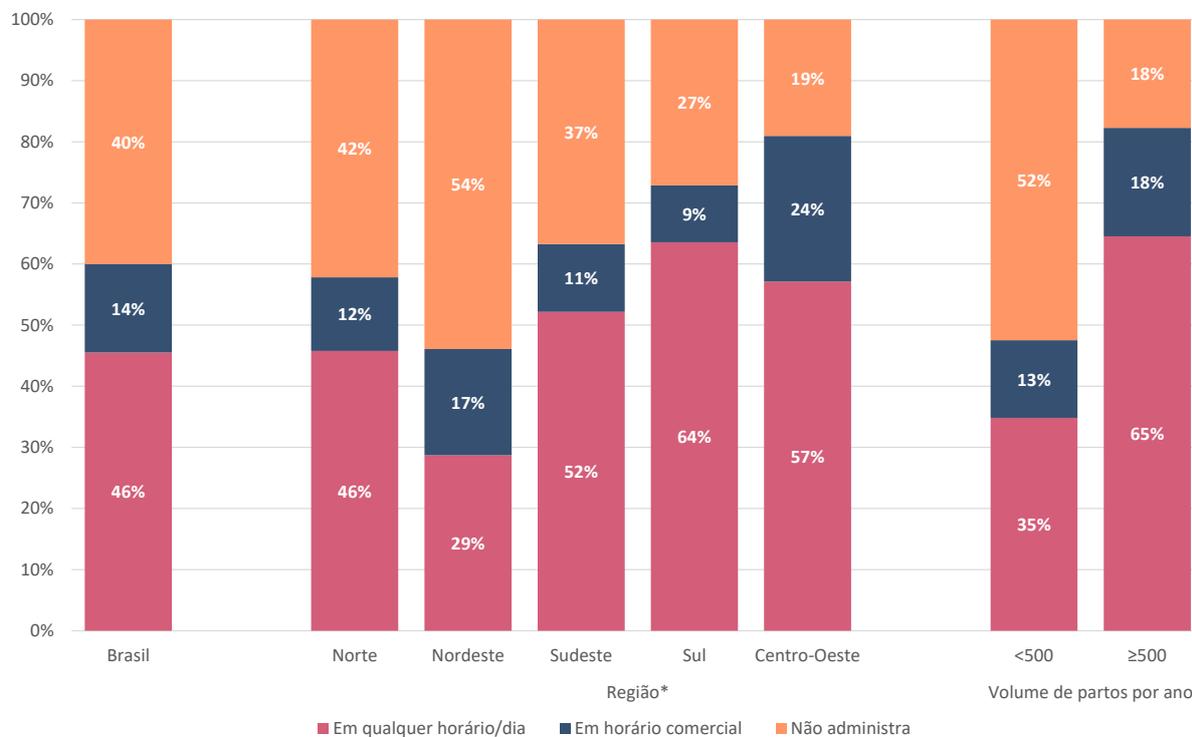
Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

Nos casos de exposição à hepatite B, o recém-nascido deve receber IGHAHB nas primeiras 12 a 24 horas de vida (BRASIL, 2019a). A Figura 8 mostra o cenário de administração desse insumo nas instituições que realizam partos no país, por região e por volume de partos por ano. Chama a atenção a baixa aplicação da IGHAHB nas instituições: apenas 46% a administram em qualquer horário do dia, 14% em horário comercial e 40% das instituições não administram a imunoglobulina.

Não foram observadas diferenças estatísticas na análise regional. No entanto, quando se analisa a administração de IGHAHB segundo o volume de partos das instituições, nota-se que 65% e 35% das instituições com 500 ou mais partos e menos de 500 partos por ano, respectivamente, administram a imunoglobulina em qualquer horário do dia. Ressalta-se que 52% das instituições com menos de 500 partos por ano não administram a IGHAHB (Figura 8).

Figura 8 Percentual de instituições que administram imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) no recém-nascido exposto à hepatite B, segundo horários de disponibilidade, região e volume de partos. Brasil, 2020

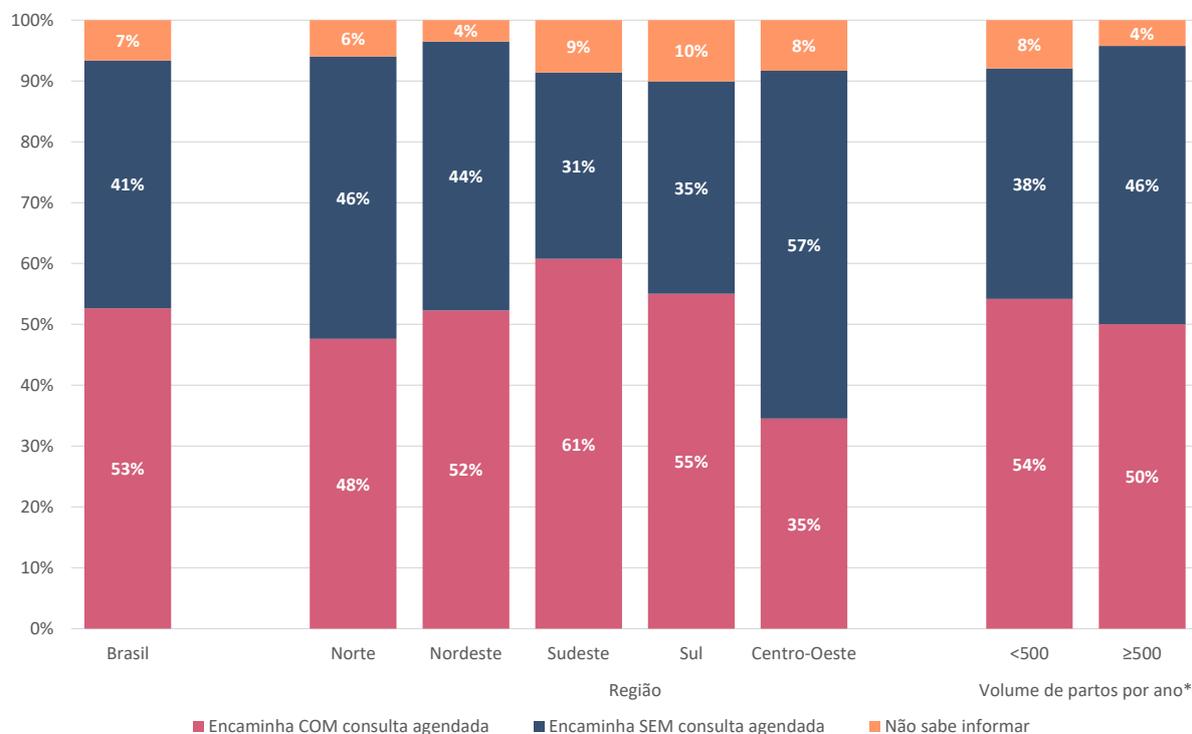


Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

Assim como na investigação da referência e contrarreferência das crianças expostas ao HIV ou à sífilis, evidencia-se que 53% das instituições encaminham o recém-nascido exposto ao vírus da hepatite B para serviços de referência, com consulta agendada. Observam-se diferenças com significância estatística na análise por volume de partos (Figura 9).

Figura 9 Percentual de instituições que encaminham o recém-nascido exposto à hepatite B para serviços de referência, segundo tipo de agendamento da consulta, região e volume de partos. Brasil, 2020



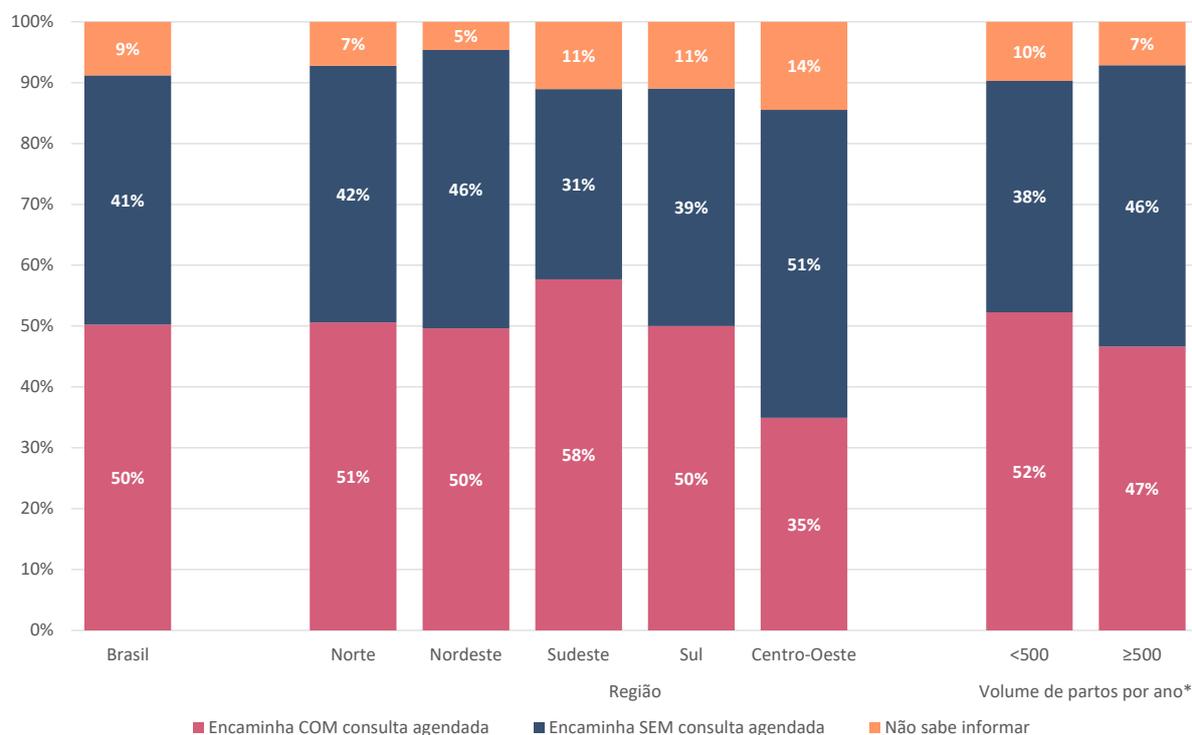
Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

O conhecimento do estado sorológico das mulheres com vírus da hepatite C (HCV) favorece decisões clínicas que diminuem a exposição ou o risco de TV-HCV durante a gestação. O diagnóstico dessa gestante durante o pré-natal permite identificar as crianças expostas ao HCV e, assim, incluir a mulher e a criança em um fluxo de seguimento.

Dessa forma, o presente inquérito buscou investigar a contrarreferência das crianças expostas ao HCV realizada pelas instituições que realizam partos. Aproximadamente 91% das instituições encaminham o recém-nascido exposto ao HCV para serviço de referência, sendo que 50% o fazem com consulta agendada (Figura 10).

Figura 10 Percentual de instituições que encaminham o recém-nascido exposto à hepatite C para serviços de referência, segundo região e volume de partos. Brasil, 2020



Fonte: DCCI/SVS/MS.

* Diferenças estatisticamente significativas.

2.6.1 Considerações sobre prevenção da transmissão vertical das hepatites B e C

As ações para a eliminação da TV da hepatite B têm como importante estratégia a ampliação da cobertura vacinal. As ações no pré-natal para mulheres com hepatite B vão desde a checagem do histórico de vacinação contra hepatite B, com instituição do esquema vacinal quando indicado, à testagem universal para HBV. No caso de gestantes com hepatite B, a profilaxia com tenofovir 300mg/dia, a partir da 24^a à 28^a semana de gestação, está indicada para aquelas que apresentam HbeAg reagente ou carga viral ≥ 200.000 UI/mL. O tenofovir reduz a carga viral do HBV, contribuindo para diminuir o risco de transmissão vertical desse vírus no momento do parto (BRASIL, 2019a).

O Brasil ainda enfrenta desafios para a eliminação da transmissão vertical da hepatite B, mesmo com a incorporação da vacina no Calendário Nacional de Vacinação e de esforços progressivos para prevenção, como a produção nacional autossuficiente de vacinas, a distribuição da IGHAHB e a disponibilidade de quimioprofilaxia durante a gestação.

É fundamental monitorar e garantir a vacinação e a administração de IGHAHB ainda nas instituições que realizam partos, preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida (BRASIL, 2020). A imunoprofilaxia combinada com IGHAHB e a vacina no recém-nascido exposto previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos recém-nascidos, podendo chegar a quase 100% quando a gestante utiliza o tenofovir, conforme indicação (NAYAGAM et al., 2016; PARK; PAN, 2017; WANG *et al.*, 2016).

Em relação à hepatite C, segundo o PCDT-TV (BRASIL, 2019a), a infecção pelo HCV não é, por si só, impeditiva para o planejamento da gravidez. Contudo, em vista da eficácia dos esquemas terapêuticos atuais, espera-se que as mulheres portadoras do HCV sejam tratadas antes de uma gestação planejada. Na última versão do PCDT-TV (BRASIL, 2020), recomenda-se a testagem universal para HCV em gestantes na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre).

Cabe às instituições que realizam partos identificar as gestantes infectadas pelo HCV para a adoção de medidas assertivas no momento do parto, tais como: evitar procedimentos invasivos, parto laborioso e tempo de rotura de membranas maior que seis horas, para minimizar a possibilidade de TV; orientar sobre as recomendações adequadas quanto à não contra-indicação da amamentação (exceto em casos de fissuras ou feridas com sangue até a devida cicatrização); e encaminhar a gestante com HCV e seu conceito ao serviço de referência, preferencialmente com consulta agendada, para vinculação do binômio “parturiente e recém-nascido” ao seguimento.

Saiba mais sobre as diretrizes atuais das medidas profiláticas para a transmissão vertical das hepatites B e C durante o parto/ puerpério por meio do PCDT-TV, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pcdt>, e dos “Fluxogramas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/fluxogramas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-nas>.



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do **“Inquérito sobre ações de prevenção da transmissão vertical (PTV) do HIV, Sífilis e Hepatites B e C, executadas nas instituições que realizam parto no Brasil”** constituiu importante passo para o conhecimento das ações executadas nesses estabelecimentos.

O Brasil possui uma política instituída de prevenção da transmissão vertical, com recomendações previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Além disso, os insumos necessários à prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais são distribuídos gratuitamente pelo SUS, tais como a testagem para rastreio e diagnóstico, os antirretrovirais para o tratamento do HIV e profilaxia para parturientes e seus conceptos, o tratamento para sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, a vacina para hepatite B e a IGHAHB.

Neste relatório, observou-se que as instituições que realizam 500 partos ou mais por ano apresentaram melhores resultados em relação às instituições que realizam menos de 500 partos por ano, em todas as variáveis investigadas. Possivelmente, essa diferença está relacionada ao fortalecimento das políticas de saúde materno-infantil lançadas por programas estratégicos do Ministério da Saúde, inicialmente implantadas nas instituições que realizam maior número de partos ao ano.

É importante ressaltar que, no ano de 2018, 70% das gestantes vivendo com HIV residiam no interior e não em capitais (BRASIL, 2019c). Dessa forma, a organização da rede de assistência ao HIV, com ênfase nas instituições que realizam partos de referência e oferecem serviços pediátricos para seguimento das crianças expostas, precisa levar em consideração que essas mulheres e suas crianças não estão concentradas nos grandes centros urbanos.

Outro ponto fundamental observado foi a prática de enfaixamento das mamas associada ao uso da cabergolina por 57% das instituições que realizam partos, e a proporção de 24% de serviços que ainda realizam exclusivamente o enfaixamento das mamas. Esse resultado revela a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância da utilização da cabergolina como método preferencial para inibir a lactação.

Em relação à testagem e ao tratamento das parcerias sexuais de

gestantes reagentes para sífilis, observou-se a necessidade de efetuar ações de testagem e de tratamento dessas pessoas ainda durante a internação da parturiente, caso estas não tenham sido realizadas na Atenção Básica. O desafio é aumentar o número de parcerias testadas e tratadas em tempo oportuno para o controle da epidemia de sífilis.

Outro ponto a destacar é o não cumprimento das condutas essenciais de manejo da criança com sífilis congênita, conforme o PCDT-TV (BRASIL, 2019a) e o PCDT-IST (BRASIL, 2021b), como a realização do teste não treponêmico de sangue periférico, da radiografia de ossos longos e da coleta de líquido, o que remete à não prestação da assistência de qualidade aos recém-nascidos. Além disso, toda criança com diagnóstico de sífilis congênita precisa ser tratada imediatamente após o nascimento e ser acompanhada com exames clínico-laboratoriais até os 18 meses de idade. O não tratamento adequado dos casos de sífilis congênita leva a complicações decorrentes das manifestações tardias do agravo, que podem ser irreversíveis.

Ficou claro que, embora todos os insumos estejam disponíveis no SUS e existam protocolos bem estabelecidos quanto às medidas profiláticas a serem realizadas, ainda se observam oportunidades perdidas relacionadas ao baixo percentual de realização das recomendações essenciais de prevenção do HIV e da hepatite B, bem como ao manejo da criança com sífilis congênita, no momento do parto. Dessa forma, torna-se essencial realizar capacitações para atualização da equipe de saúde quanto às recomendações do PCDT-TV (BRASIL, 2019a), visando melhorar a execução de ações primordiais para a prevenção desses agravos, a saber:

Prevenção da TV-HIV: aumentar a cobertura da administração de profilaxia em gestantes vivendo com HIV e seus conceitos expostos no momento do parto; coletar CV-HIV no nascimento; realizar inibição da lactação com cabergolina e fornecer fórmula infantil, em especial nas instituições que realizam menos de 500 partos por ano. Apesar da importância dessas ações, apenas 15% das instituições realizam as condutas essenciais.

Prevenção da TV da hepatite B: aumentar a realização da testagem para hepatite B no momento do parto, em gestantes com indicação; garantir a aplicação da vacina contra hepatite B e a profilaxia com IGHAHB em crianças expostas, considerando a possibilidade de evitar mais de 90% dos casos de TV-HBV. Essas medidas são fundamentais em regiões com maior prevalência de hepatite B no país.

Manejo adequado da criança com sífilis congênita: observar as

condutas adequadas descritas no PCDT-TV, visto que menos de 20% das instituições que realizam parto executam os procedimentos essenciais para o manejo da sífilis congênita ou da criança exposta à sífilis, o que denota importante deficiência.

Por fim, espera-se que as informações descritas neste relatório sirvam para que as coordenações estaduais e municipais, bem assim os comitês direcionados à prevenção da transmissão vertical, aprofundem as discussões acerca dos principais problemas encontrados, revendo as prioridades, os pontos fortes e as oportunidades de melhoria. Sugere-se, também, que estados e municípios priorizem ações na rede de atenção à saúde materno-infantil e avaliem políticas públicas, programas e serviços de saúde direcionados às instituições que realizam parto, com o objetivo de aprimorar as estratégias de eliminação da transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Relatório de Recomendação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 1/2021/CGIST/. DCCI/SVS/MS**. Distribuição dos fluxogramas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas instituições que realizam parto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 121, n. 1, p. 109, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Como Prevenir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no seu Município**: Tabela passo a passo para gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

NAYAGAM, Shevanthi et al. Requirements for global elimination of hepatitis B: a modelling study. **The Lancet**, [s. l.], v. 16, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(16\)30204-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)30204-3/fulltext). Acesso em: 12 maio 2022.

PARK, James S.; PAN, Calvin Q. Viral factors for HBV mother-to-child transmission. **Hepatology International**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 476-480, 2017.

WANG, Liming et al. Hepatitis B Virus (HBV) Load Response to 2 Antiviral Regimens, Tenofovir/Lamivudine and Lamivudine, in HIV/ HBV-Coinfected Pregnant Women in Guangxi, China: The Tenofovir in Pregnancy (TiP) Study. **The Journal of Infectious Diseases**, [s. l.], v. 214, n. 11, p. 1695-1699, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/214/11/1695/2518848>. Acesso em: 12 maio 2022.

ANEXO – INQUÉRITO MATERNIDADES

Inquérito Maternidades

Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites virais

Dados do respondente:

1. Nome completo:
2. Nome social:
3. Formação
4. Cargo/função na maternidade

Dados da Maternidade:

1. Nome da maternidade:
2. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde:
3. E-mail da maternidade:
4. Telefone da maternidade (com DDD)
5. Cidade:
6. Unidade Deferativa:
7. Sua maternidade realiza em média quantos partos por mês? _____
8. Sua maternidade realiza atendimento de parturientes de : *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
 - () Alto risco
 - () Risco habitual
 - () Alto risco e risco habitual
9. Sua maternidade possui implantados os projetos/programas: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
 - () Nascer Maternidades
 - () Rede Cegonha
 - () Apice-On
 - () Quali-NEO
 - () Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)
 - () Programa de avaliação externa de qualidade dos testes rápidos
 - () Outros _____
 - () Nenhum

Testagem rápida na admissão para o parto, aborto/natimorto

1. Sua maternidade realiza teste rá para quais agravos durante a admissão para o parto, na parturiente? *(Assinale quantos opções forem necessárias)*

- Sífilis
- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C
- Não realiza

2. Sua maternidade realiza quais testes rápidos durante a admissão em caso de aborto/natimorto? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Sífilis
- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C
- Não realiza

3. Qual o tempo de entrega do resultado do teste rápido realizado na maternidade?

Teste Rápido	Menor ou igual a 30 minutos	De 30 a 40 minutos	Superior a 40 minutos	Não realiza
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Se sua maternidade não possui teste rápido, qual a dificuldade para implantar? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Possui TR
- Falta de profissionais
- Falta de insumos
- Profissionais sem capacitação
- Sobrecarga de serviço pela equipe
- Falta de infraestrutura
- Resistência dos profissionais
- Outros

Conduitas realizadas na maternidade para o diagnóstico e controle da sífilis

1. Sua maternidade realiza testagem para sífilis por meio de: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Teste rápido
- Testes laboratoriais (treponêmicos e/ou não treponêmicos) no laboratório da própria maternidade
- Testes laboratoriais (treponêmicos e/ou não treponêmicos) fora da maternidade
- Não realiza

2. Na sua maternidade, qual a conduta em relação às suas parcerias sexuais de parturientes diagnosticadas com sífilis? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Realiza testagem rápida, em todos os casos
- Realiza testagem rápida, em quase todos os casos
- Administra dose profilática de penicilina benzatina, em todos os casos
- Administra dose profilática de penicilina benzatina, em quase todos os casos
- A(s) parceria(s) é(são) orientado(s) e encaminhado(s) para testagem e tratamento em outro serviço
- Não possui essa informação

3. Assinale as alternativas considerando o atendimento na maternidade da criança exposta ⁽¹⁾ à sífilis e da criança com sífilis congênita ⁽²⁾.

(Assinale quantas opções forem necessárias)

⁽¹⁾ Criança nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada, e que o teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: RN 1:4 e materno 1:2).

⁽²⁾ Criança nascida de mulher diagnosticada com sífilis no pré-natal sem documentação de tratamento no pré-natal OU tratada

Procedimento	Criança exposta à sífilis	Criança com sífilis congênita	Não realiza
Realizar punção lombar para estudo do LCR com análise do VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar teste não treponêmico periférico (VDRL, RPR, por exemplo) do recém-nascido e da mãe ao mesmo tempo, para comparação, logo após o nascimento da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar somente teste não treponêmico sérico (VDRL, RPR, por exemplo) do recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realizar somente teste rápido no recém-nascido e na mãe	()	()	()
Realizar exame radiológico (ossos longos, tórax)	()	()	()
Realizar tratamento somente com penicilina cristalina na maternidade	()	()	()
Realizar tratamento com penicilina (cristalina, procaína ou benzatina) na maternidade, a depender da avaliação de cada caso	()	()	()
Encaminhar para tratamento com penicilina na APS ou serviço especializado;	()	()	()
Encaminhar para o serviço de referência, com consulta agendada, para seguimento após a alta	()	()	()

Condutas realizadas na maternidade para prevenção da transmissão vertical do HIV

1. Qual(is) procedimentos de testagem anti-HIV são realizados na parturiente/ puérpera na maternidade? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- () Realiza teste rápido (T1) e, quando reagente, realiza o segundo teste rápido (T2)
- () Realiza teste rápido (T1) e, quando reagente, realiza coleta de amostra para outros testes laboratoriais
- () Realiza teste rápido (T1) e, quando reagente, realiza coleta de amostra para outros testes laboratoriais
- () Realiza teste rápido (T1) e, quando reagente, realiza coleta de amostra para outros testes laboratoriais
- () Não realiza

2. Na sua maternidade, durante o parto, são realizadas as seguintes medidas profiláticas direcionadas à parturiente: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- () Quando indicado, administra na parturiente zidovudina (AZT) injetável profilática durante o início do trabalho de parto e antes do parto cesariano, até o clameamento do cordão umbilical
- () Quando indicado, coleta exames de CV-HIV, LT-CD4
- () Realiza inibição da lactação com cabergolina 1mg VO
- () Realiza inibição da lactação com enfaixamento das mamas

3. Com relação ao recém-nascido exposto ao HIV, sua maternidade realiza as seguintes medidas: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
- Realiza cuidados imediatos na sala de parto conforme orientações do PCDTTV
 - Inicia a primeira dose de zidovudina (AZT) profilática, solução oral ainda na sala de parto ou nas primeiras quatro horas após o nascimento
 - Quando indicado inicia primeira dose de nevirapina antes das primeiras 48 horas de vida
 - Coleta amostra de sangue do recém-nascido para realização de testes laboratoriais
4. Sua maternidade realiza as seguintes medidas/orientações durante o período de internação e alta da puérpera e do RN exposto: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
- Fornece fórmula láctea infantil somente durante a internação e orienta para retirada no serviço de referência
 - Fornece fórmula láctea infantil durante a internação, após a alta fornece latas suficientes até a próxima retirada no serviço de referência
 - Orienta sobre a importância de não amamentação e contra-indicação do aleitamento cruzado
 - Orienta sobre transmissão vertical por meio da amamentação para puérperas sem HIV (por exemplo, uso do preservativo em todas as relações sexuais)
 - Encaminha, com consulta agendada, ao serviço de referência
 - Encaminha, sem consulta agendada, ao serviço de referência

Condutas realizadas na maternidade para prevenção e diagnóstico da hepatite B

1. Quando a parturiente/puérpera não foi imunizada no pré-natal, quais procedimentos são realizados na maternidade: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
- Realiza teste rápido (HBsAg) e, quando reagente, coleta de amostra para carga viral de HBV
 - Realiza teste rápido (HBsAg) e, quando reagente, referência a puérpera para investigação pós alta
 - Realiza coleta de amostra para testes laboratoriais na própria maternidade
 - Realiza coleta de amostra para testes laboratoriais fora da maternidade
 - Não realiza

2. Em relação à administração de vacina para hepatite B, sua maternidade:
- Vacina para hepatite B todo recém-nascido, independente da sorologia da mãe, em qualquer horário (24h) ou dia da semana (domingo a domingo)
 - Vacina para hepatite B todo recém-nascido, independente da sorologia da mãe, em horário comercial, de segunda-feira a sexta-feira
 - Não realiza vacinação
3. Qual fluxo da maternidade para aquisição da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), a fim de garantir a administração desse insumo nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido exposto a hepatite B:
- Possui CRIE na própria maternidade ou CRIE de referência e garante administração em qualquer horário (24h) ou dia da semana (domingo a domingo)
 - Possui CRIE na própria maternidade ou CRIE de referência e garante administração em horário comercial, de segunda-feira a sexta-feira
 - Não administra IGHAHB
4. Qual protocolo de encaminhamento da criança exposta a hepatite B para seguimento no serviço de referência:
- Encaminha, com consulta agendada, ao serviço de referência
 - Encaminha, sem consulta agendada, ao serviço de referência
 - Não sei informar

Condutas realizadas na maternidade para prevenção da transmissão vertical da hepatite C

1. Qual(is) procedimentos de testagem anti-HCV são realizados na parturiente/puérpera na maternidade? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
- Realiza teste rápido (Anti-HCV) e, quando reagente, coleta de amostra para genotipagem de HCV
 - Realiza teste rápido (Anti-HCV) e, quando reagente, coleta de amostra para carga viral de HCV
 - Realiza teste rápido (Anti-HCV) e, quando reagente, referencia a puérpera para investigação pós-alta
 - Realiza coleta de amostra para testes laboratoriais na própria maternidade
 - Realiza coleta de amostra para testes laboratoriais fora da maternidade
 - Não realiza

2. Sua maternidade realiza a testagem HCV em: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
- Gestantes com histórico de exposição de risco para o vírus da hepatite C
 - Gestantes sem histórico de investigação no pré-natal, independente fatores de risco/exposição para hepatite C
 - Gestantes vivendo com HIV
 - Não realiza
3. Qual protocolo de encaminhamento da criança exposta a hepatite C para seguimento no serviço de referência:
- Encaminha, com consulta agendada, ao serviço de referência
 - Encaminha, sem consulta agendada, ao serviço de referência
 - Não sei informar

Vigilância

1. Quantas gestantes diagnosticadas com HIV (no momento do parto) sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
2. Quantas gestantes diagnosticadas com sífilis (no momento do parto) sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
3. Quantas gestantes diagnosticadas com hepatite B (no momento do parto) sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
4. Quantas gestantes diagnosticadas com hepatite C (no momento do parto) sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
5. Quantas crianças expostas ao HIV sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
6. Quantas crianças com sífilis congênita sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
7. Quantos parceiros sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis sua maternidade notificou no ano de 2019: _____
8. Sua maternidade possui sistema de monitoramento interno de testagem, tratamento e encaminhamento dos casos de: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*
 - Parturiente com sífilis e seu concepto exposto à sífilis
 - Parturiente com sífilis e seu concepto com sífilis congênita
 - Parturiente com HIV e seu concepto exposto ao HIV
 - Parturiente com hepatite B e seu concepto exposto à hepatite B
 - Parturiente com hepatite C e seu concepto exposto à hepatite C

9. Se a resposta for sim para alguma questão anterior, como é realizado?

(Assinale quantas opções forem necessárias)

- Planilha compartilhada
- Sistema local específico
- Caderneta da gestantes
- Caderneta da criança
- Não realiza
- Outro. Especifique: _____

10. A gestão da maternidade identifica a necessidade de um sistema específico interno para monitoramento das ações de profilaxia da transmissão vertical de gestantes com HIV e/ou sífilis e/ou hepatite B e C, e seus conceitos?

- Sim
- Não

Questões Gerais

1. Sua maternidade realiza nas parturientes/puérperas: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Rastreamento para clamídia e gonorreia em mulheres com idade inferior a 30 anos
- Testagem para HTLV/Zika vírus nas parturientes
- Rastreamento para clamídia e gonorreia em mulheres com idade inferior a 30 anos
- Testagem para HTLV/Zika vírus nas parturientes

2. Na sua maternidade, quais as medidas profiláticas para oftalmia neonatal na primeira hora após o nascimento? *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Aplicação única de nitrato de prata a 1% (método de Crede)
- Aplicação única de tetraciclina a 1% (colírio)
- Não realiza

3. Sua maternidade tem disponível: *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

Insumo	Sempre	Quase sempre	Quase nunca	Nunca
Antirretrovirais (ARV) para prevenção da transmissão vertical do HIV				
Benzilpenicilina potássica/cristalina				
Benzilpenicilina procaína				
Benzilpenicilina benzatina				
Inibidor de lactação cabergolina				

Fórmula láctea infantil				
Vacina para hepatite B				
Imunoglobulina específica anti-hepatite B (IGHAHB)				

4. Sua maternidade realiza os seguintes registros no Sistema de Controle de Medicamentos (Siclom): *(Assinale quantas opções forem necessárias)*

- Nome e CPF da parturiente
- Nome e CPF de recém-nascido de mulher vivendo com HIV
- Não realiza nenhum registro, pois não está cadastrada na rede de distribuição do Siclom
- Não realiza registro por outros motivos _____

5. Informe quem efetua o repasse dos ARV para sua maternidade:

- Estado
- Município
- Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM)
- Não recebe ARV para prevenção da transmissão vertical do HIV

6. Sua maternidade recebe preservativos?

- Somente masculino
- Somente feminino
- Masculino e feminino
- Não recebe

7. Se recebe preservativo, para quem são distribuídos?

- Somente para as puérperas
- Somente para os parceiros das puérperas
- Para puérperas e parceiros
- Não é distribuído para esse público

8. Assinale a forma de capacitação que os profissionais da sua maternidade realizam para execução dos testes rápidos:

- TELELAB
- Presencial
- TELELAB e presencial
- Nenhuma acima, realiza conforme bula

9. A epidemia de COVID-9 está impactando nas ações de prevenção de transmissão vertical na maternidade?

- Sim
- Não

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

**DISQUE
SAÚDE 136**

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