

NOTA TÉCNICA CONJUNTA SEAS/SEVSAP Nº 137/2024

Assunto:

Orientações sobre a qualificação de informações referentes às anomalias congênicas na Declaração de Nascido Vivo (DNV).

Contexto:

Desde a publicação da Lei Nº 13.685, de 25 de junho de 2018, que alterou a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, a notificação de anomalias (malformações) congênicas é compulsória no Brasil por meio da DNV:

“Art. 3º - O art. 4º da Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

§ 5º A Declaração de Nascido Vivo deverá conter campo para que sejam descritas, quando presentes, as anomalias ou malformações congênicas observadas.”

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é a principal ferramenta para o registro da ocorrência de anomalias congênicas no país, sendo os campos 6 e 41 da DNV que coletam informações sobre a presença destas condições no nascido vivo.

Segundo a Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde Nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, a DNV deve ser preenchida logo após o nascimento por um profissional de saúde, no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência. Para partos domiciliares sem assistência de profissionais de saúde, a DNV deve ser emitida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado. Após o preenchimento, este documento deve ser recolhido pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e inseridas no Sinasc Municipal.

A DNV é um instrumento padronizado, impresso com sequência numérica única, formando conjuntos de três vias autocopiativas, com diferentes cores (branca, amarela e rosa). A 1ª via (branca) da DNV, fica em poder do município de ocorrência do nascimento, que realiza a digitação, e após esta torna-se responsável pela guarda do documento original. A 2ª via (amarela) fica com o representante/responsável da família, para a obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e a 3ª via (rosa), permanece na unidade notificadora, que arquivará no prontuário do nascido vivo ou da parturiente.

Embora a DNV seja eficaz para o registro e captação da ocorrência de anomalias congênicas no Brasil, este instrumento é limitado para a coleta de informações sobre anomalias identificadas no momento do nascimento.

Neste contexto, é fundamental o fortalecimento da vigilância das anomalias congênicas, por meio de estratégias que visem: a prevenção, melhoria no diagnóstico (no pré-natal, ao nascimento e no pós-natal), notificação ao nascimento e no período pós-natal; e reduzir a morbimortalidade.

Objetivo:

Orientar os profissionais de saúde sobre a notificação de anomalias congênicas na DNV.

Orientações e recomendações:

Considerando o período até a alta hospitalar ou óbito do nascido vivo, a identificação de anomalias congênicas pode se dar em diferentes momentos:

1. **Informações prévias vindas do pré-natal**, onde o profissional responsável pelo preenchimento da DNV deverá, sempre que possível, consultar a caderneta da gestante e/ou o profissional que prestou assistência ao parto, antes do preenchimento da DNV, para coletar informações de possível anomalias congênicas identificadas ou suspeitas durante o pré-natal;
2. **Exame físico na sala de parto**, onde devem ser avaliados todos os segmentos corporais do recém-nascido em busca de anomalias congênicas, e todas as alterações identificadas, maiores e menores, devem ser descritas na DNV.
3. **Exame físico completo realizado no alojamento conjunto ou UTI/UCI**, entre 12 e 24 horas após o nascimento, realizando o exame físico preferencialmente em ordem craniocaudal (cabeça, face e pescoço; tórax, abdome e dorso; genitália externa; membros superiores e membros inferiores), com avaliação completa do recém-nascido, incluindo hemitórax direito e esquerdo e face ventral e dorsal. Em caso de alterações, descrever a localização o mais precisamente possível (exemplo: direito ou esquerdo, qual quirodáctilo, qual pododáctilo) e as características. Caso necessário, usar recursos de medição (antropometria), ectoscopia, ausculta, palpação e percussão.
4. **Testes de triagem neonatal** realizados entre 24 a 48 após o nascimento, onde devem ser coletadas informações do:
 - a) Teste do coraçõzinho - triagem neonatal para cardiopatias críticas;
 - b) Teste da linguinha - triagem para identificação de anomalias congênicas labiopalatais e outras anomalias bucais;
 - c) Teste do olhinho - triagem neonatal para identificação de anomalias congênicas relacionadas ao olho e a visão; e
 - d) Teste da orelhinha - triagem neonatal para identificação de anomalias congênicas estruturais relacionadas ao pavilhão auditivo, ouvido externo, médio e interno; bem como anomalias congênicas funcionais/sensoriais relacionadas à audição.
5. **Exames complementares** devem ser realizados em caso de dúvida para identificação de uma possível anomalia congênita.

Recomenda-se que quando não for possível a confirmação imediata da anomalia congênita ao nascimento e seja necessária a realização de exames complementares, o campo 6 “Detectada alguma anomalia congênita?” da DNV seja preenchido como “9 – ignorado”. Desta forma, não se faz necessário nenhum registro no campo 41 “Descrever todas as anomalias congênicas observadas”.

Caso a anomalia congênita seja identificada **após o preenchimento da DNV**, quer seja por exame clínico ou complementar, cabe ao **profissional que detectou esta anomalia** realizar a registro. Desta forma, recomenda-se:

1. Se a mesma ainda não tiver sido encaminhada a secretaria municipal de saúde (SMS):
 - a) Sugere-se que o formulário presente no **Anexo 1**, seja preenchido e anexado na DNV para inserção e qualificação dessas informações no SINASC.
2. Se a mesma já tiver sido encaminhada para a SMS:

- Caso a anomalia congênita seja **descartada** após o preenchimento da DNV, que teve o campo 6 “Detectada alguma anomalia congênita?” da DNV preenchido como “9 – ignorado”, quer seja por exame clínico ou complementar, cabe ao **profissional que descartou esta anomalia** realizar a registro, tanto no formulário presente no **Anexo 1** ou **por meio da plataforma** do CIEVS/PE (<https://portalcievs.saude.pe.gov.br/notifique/formulario-dinamico>).

É importante destacar que os dados sobre a ocorrência de anomalias congênitas, que forem coletados posteriormente ao preenchimento da DNV, serão utilizados para fins de vigilância epidemiológica, não tendo nenhuma implicação legal a sua ausência na 2ª e 3ª via da DNV.

Salienta-se que o diagnóstico de uma anomalia congênita é um ato médico e, desta forma, deve ser feito por este profissional. Todavia, a descrição, na DNV ou no formulário anexo, das alterações morfológicas identificadas na criança pode ser feita por outros profissionais devidamente capacitados.

Ao preencher o Campo 41 da DNV o profissional de saúde deve descrever detalhadamente todas as anomalias congênitas identificadas, sem hierarquia ou tentativa de agrupá-las em síndromes, sequências ou associações, com exceção da síndrome de Down. Reforça-se que o diagnóstico da síndrome de Down é clínico, não necessitando a realização de cariótipo.

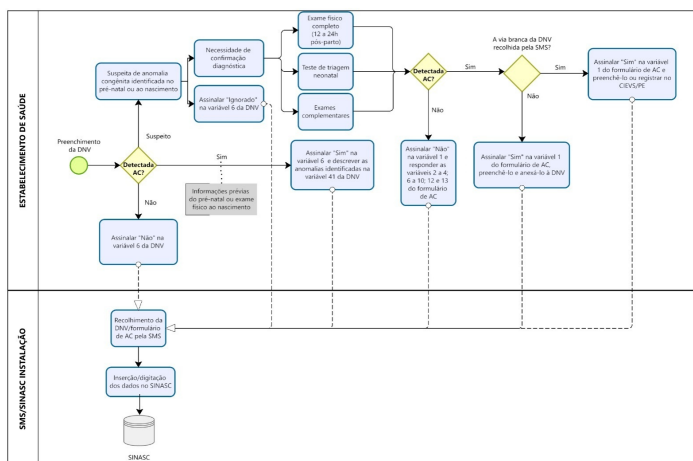
Não há necessidade de informar o código da anomalia congênita segundo a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) no momento do preenchimento do Campo 41 da DNV. Os códigos da CID-10 devem ser atribuídos às anomalias congênitas descritas na DNV ou no formulário em anexo por um profissional habilitado, na codificação da CID-10, antes de serem inseridas no Sinasc.

Caso a descrição da(s) anomalia(s) congênita(s) seja realizada de maneira incompleta ou incorreta no campo 41 da DNV, impossibilitando o processo de codificação pela CID-10, recomenda-se que a vigilância epidemiológica do município de ocorrência, estabeleça um fluxo de qualificação destas informações. Desta forma, evita-se deixar o campo 41 da DNV em branco, salvo nos casos de impossibilidade da obtenção do dado.

Caso o campo 6 da DNV esteja assinalado como “Sim” quanto à presença de anomalias congênitas e o campo 41 esteja sem preenchimento, ou descrita de maneira que impossibilite o processo de codificação pela CID-10, recomenda-se que a vigilância epidemiológica do município de ocorrência, estabeleça um fluxo de qualificação destas informações. Desta forma, evita-se deixar o campo 41 da DNV em branco, salvo nos casos de impossibilidade da obtenção do dado.

Ressalta-se que é atribuição da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) avaliar a completitude e consistência de todas as variáveis da DNV antes de enviar a via branca para a SMS.

Figura 1: Fluxo de coleta de informações sobre anomalias congênitas para inserção na DNV e Sinasc.



SMS = Secretária Municipal de Saúde; DNV = Declaração de Nascido Vivo; AC = Anomalias Congênitas.

Considerações finais:

As anomalias congênitas correspondem a uma das principais causas de mortalidade e incapacidade infantil no mundo e no Brasil. Todavia, muitas delas podem ser prevenidas através de medidas simples e de baixo custo, como vacinação e controle de doenças maternas; além de existir tratamento específico e medidas de intervenção efetivas.

A falta de diagnóstico em tempo oportuno gera problemas relacionados à oferta de tratamentos, intervenções oportunas (como cirurgias) e disponibilidade de acompanhamento multidisciplinar (visando a reabilitação e o desenvolvimento neuropsicomotor adequado). Já a falta de sensibilização quanto ao registro das anomalias congênitas identificadas leva a um desconhecimento da sua situação epidemiológica no país, impactando na construção de ações estratégicas de prevenção e assistência aos indivíduos afetados.

Atualmente o SINASC capta majoritariamente os casos de anomalias que são identificadas e registradas na DNV momentos após o parto, através do exame físico do recém-nascido. Entretanto, inúmeras anomalias congênitas, necessitam de uma avaliação mais detalhada sendo difícil seu diagnóstico ao nascer.

Neste contexto, o incentivo à qualificação do registro de anomalias congênitas na DNV e no SINASC, considerando a identificação destas anomalias no período que abrange desde o pré-natal até o momento da alta hospitalar ou óbito do nascido vivo, é uma oportunidade de melhorar a captação de casos e entender a real situação dessas condições no país. A partir disso é possível subsidiar a criação ou fortalecimento de políticas públicas de prevenção e controle eficazes, além de políticas de atenção a fim de minimizar o aparecimento dos

No entanto, destaca-se a necessidade de articulação entre os estabelecimentos de saúde, as SMS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para o estabelecimento de um fluxo de notificação e qualificação da DNV, considerando os processos pré-estabelecidos e a realidade de cada território.