

Linha de cuidados da Transmissão Vertical do HIV

MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Linha de cuidado para a prevenção da transmissão vertical do HIV no município de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura Municipal de São Paulo

2023 - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que ela não seja comercializada. A responsabilidade pelos direitos autorais desta obra é SMS – SP.

A obra pode ser acessada em: <https://prefeitura.sp.gov.br/istaids/protocolos>.

Prefeito do Município de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretária Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

Sandra Sabino Fonseca

Coordenadoria de IST/Aids

Maria Cristina Abbate

Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Luiz Artur Vieira Caldeira

Coordenadoria de Atenção Básica

Giselle Cacherik

Organizadores

Tatiane Pavan Ramos Oliveira

Robinson Fernandes de Camargo



Autores

Carolina Marta de Matos Noguti

Cinthy Luzia Cavazzana

Giselle Garcia Origo Okada

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo

Leide Irislayne Macena

Robinson Fernandes de Camargo

Tatiane Pavan Ramos Oliveira

Revisão de conteúdo

Robinson Fernandes de Camargo

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo

Tatiane Pavan Ramos Oliveira

Revisão ortográfica

Edmar Borges Ribeiro Junior

Gabriel Vicente Campbell

Ficha catalográfica

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica, linha de cuidado para a prevenção da transmissão vertical do HIV no município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. São Paulo, 2023.

Sumário

Panorama da Transmissão Vertical do HIV No Município de São Paulo	5
Prevenção combinada e saúde sexual em pessoas com vida sexual ativa	6
Recomendação para testagem de infecções sexualmente transmissíveis durante o pré-natal no município de São Paulo	8
Investigação laboratorial das infecções sexualmente transmissíveis no pré-natal	9
Acompanhamento da pessoa gestante com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV .	13
Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis em maternidades	14
Identificação precoce da infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses.....	19
Profilaxia pós exposição em crianças.....	25
Vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV no município de São Paulo	28

Panorama da Transmissão Vertical do HIV No Município de São Paulo

Em dezembro de 2019, o município de São Paulo foi certificado pelo Ministério da Saúde, em conformidade com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), por ter eliminado a transmissão vertical do HIV. Em 2021, pela primeira vez, a cidade foi avaliada pelo processo de Manutenção da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, realizado pelo Ministério da Saúde a cada dois anos.

A eliminação da transmissão vertical do HIV reflete o trabalho complexo de uma rede de saúde que tem intervenções preventivas e terapêuticas bem estabelecidas. Essa certificação é histórica e reforça que o sistema de saúde em ISTs do SUS na cidade de São Paulo está articulado numa rede de cuidado integral às pessoas gestantes e aos bebês, que inclui as Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de Vigilância Epidemiológica, passando pela Rede Municipal Especializada em IST/Aids (RME) até serviços de maior complexidade, como hospitais e maternidades. Quando se trata de transmissão vertical, o primeiro passo é garantir que todas as pessoas gestantes vivendo com HIV tenham acesso a terapia antirretroviral (TARV) de forma precoce e que possam ser acessadas no momento do parto, com a carga viral indetectável e sustentada.

No município de São Paulo, entre 2012 e 2021 foram notificadas 4.377 pessoas gestantes/parturientes/puérperas vivendo com HIV. Em um período de dez anos, na capital paulista, houve um aumento na Taxa de Detecção de HIV em pessoas gestantes/parturientes/puérperas, sendo que em 2012 a taxa observada foi de 2,4 casos por mil nascidos vivos, enquanto em 2020, essa taxa foi de 3,1 por mil nascidos vivos. Em 2021, por sua vez, houve uma discreta queda para 2,7.

Prevenção combinada e saúde sexual em pessoas com vida sexual ativa

A prevenção combinada é uma abordagem abrangente que reúne várias estratégias de prevenção ao HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em um pacote completo, adaptado às necessidades individuais e contextos de cada pessoa. Ela permite que as pessoas escolham e combinem diferentes estratégias com base em suas circunstâncias pessoais e preferências. Ao adotar essa abordagem, as mulheres com vida sexual ativa podem se proteger de maneira eficaz, tomar decisões informadas sobre a sua saúde sexual. Para pessoas com vida sexual ativa, a prevenção combinada oferece uma gama de opções para proteger sua saúde sexual.



Arte: Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo, baseada na Mandala da Prevenção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - Ministério da Saúde (2018)

- **Uso de preservativos:** O uso consistente e correto de preservativos externos e internos é eficaz para prevenir as ISTs atuando como barreira física.
- **Testagem regular:** A realização regular de testes de HIV e outras ISTs é uma parte fundamental da prevenção combinada. A testagem permite identificar rapidamente qualquer infecção e receber o tratamento necessário, além de ajudar a evitar a transmissão para parceiros sexuais.
- **PREP - Profilaxia pré-exposição ao HIV:** Pessoas com risco de exposição ao vírus, podem considerar esta forma de prevenção que envolve a tomada de medicamentos antirretrovirais previamente à exposição para reduzir significativamente o risco da infecção.
- **PEP - Profilaxia pós-exposição ao HIV:** Pessoas que tiveram uma exposição de risco ao vírus, podem considerar a profilaxia após a exposição, que envolve a tomada de medicamentos antirretrovirais para reduzir significativamente o risco da infecção.
- **Aconselhamento e educação:** O acesso às informações claras e abrangentes sobre saúde sexual é essencial para que as pessoas possam tomar decisões sobre sua prevenção. O aconselhamento sobre práticas sexuais seguras, a importância do uso de métodos de prevenção e a disponibilidade de serviços de saúde são aspectos-chave dessa abordagem.
- **Planejamento reprodutivo:** A prevenção combinada também inclui o acesso a métodos eficazes para evitar gestações não planejadas em pessoas vivendo com o HIV e suas parcerias.

Recomendação para testagem de infecções sexualmente transmissíveis durante o pré-natal no município de São Paulo

A testagem das pessoas gestantes para avaliação e diagnóstico de ISTs deve ser realizada em qualquer momento, sempre que houver exposição de risco e/ou violência sexual. Todas as unidades de saúde que realizam pré-natal devem fazer:

- Captação precoce da pessoa gestante para o início do pré-natal, preferencialmente até 12^a semana;
- Sete consultas, no mínimo, com atenção integral qualificada;
- Teste rápido para o HIV, sífilis, hepatite B e C, no momento do diagnóstico da gravidez e aplicar a rotina do protocolo de pré-natal na sua totalidade, realizando todos os exames e consultas programadas;
- Busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta ou aquelas com resultados reagentes;
- Garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
- Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento para qualquer IST;
- Viabilizar a testagem e o tratamento das parcerias sexuais quando necessário;
- Preencher a carteira/cartão da pessoa gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da gestação;
- Orientar a pessoa a levar a carteira/cartão da gestante na admissão ao parto, bem como o relatório com condutas que foram tomadas durante a gestação;
- Notificar os casos confirmados na gestação.

Investigação laboratorial das infecções sexualmente transmissíveis no pré-natal

Preconiza-se a realização dos seguintes exames para investigação e diagnóstico precoce das ISTs na pessoa gestante:

- **Sífilis:** realizar exames em pelo menos cinco momentos:
 - ✓ Na primeira consulta do pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre da gestação);
 - ✓ No início do segundo (14ª semana);
 - ✓ No início terceiro trimestre (28ª semana);
 - ✓ Teste rápido (obrigatoriamente) na 32ª semana;
 - ✓ Teste Rápido (obrigatoriamente) no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores.

Na vigência de resultado positivo, deve ser iniciado tratamento imediato conforme **protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis** disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaids

- **Hepatite C:** na primeira consulta do pré-natal (no primeiro trimestre da gestação) e se houver história de exposição de risco/violência.
- **Hepatite B:** o teste deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre).

Se o resultado for não reagente e não houver histórico de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação.

Caso a gestante apresente-se no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder a testagem dessa gestante para hepatite B na maternidade.

- **Gonorreia e infecção por clamídia:** Todas as pessoas gestantes vivendo com HIV devem realizar PCR para gonorreia e clamídia (em amostra de urina, orofaringe e anal) na primeira consulta do pré-natal.
- **Vaginose bacteriana:** na primeira consulta do pré-natal em pessoas com alto risco de prematuridade; realizar coleta de colpocitologia oncótica (se necessário).
- **Estreptococo do grupo B:** da 35^a à 37^a semana gestacional; realizar coleta de cultura de secreção vaginal
- **HIV:** realizar exames em pelo menos cinco momentos:
 - ✓ Na primeira consulta do pré-natal (preferencialmente, no primeiro trimestre da gestação);
 - ✓ No início do segundo (14^a semana);
 - ✓ No início terceiro trimestre (28^a semana);
 - ✓ Teste rápido (obrigatoriamente) no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores.

Mediante qualquer resultado positivo ou indeterminado, quem está gestante deverá ser encaminhada imediatamente para o SAE, para confirmação do diagnóstico e possíveis condutas.

Pode haver uma incidência maior de resultados falso-reagentes em testes que detectam anticorpos em gestantes, devido a produção de aloanticorpos, como acontece em pacientes com histórico de transfusão sanguínea. A aloimunização muitas vezes leva a produção de anticorpos que podem reagir de forma cruzada

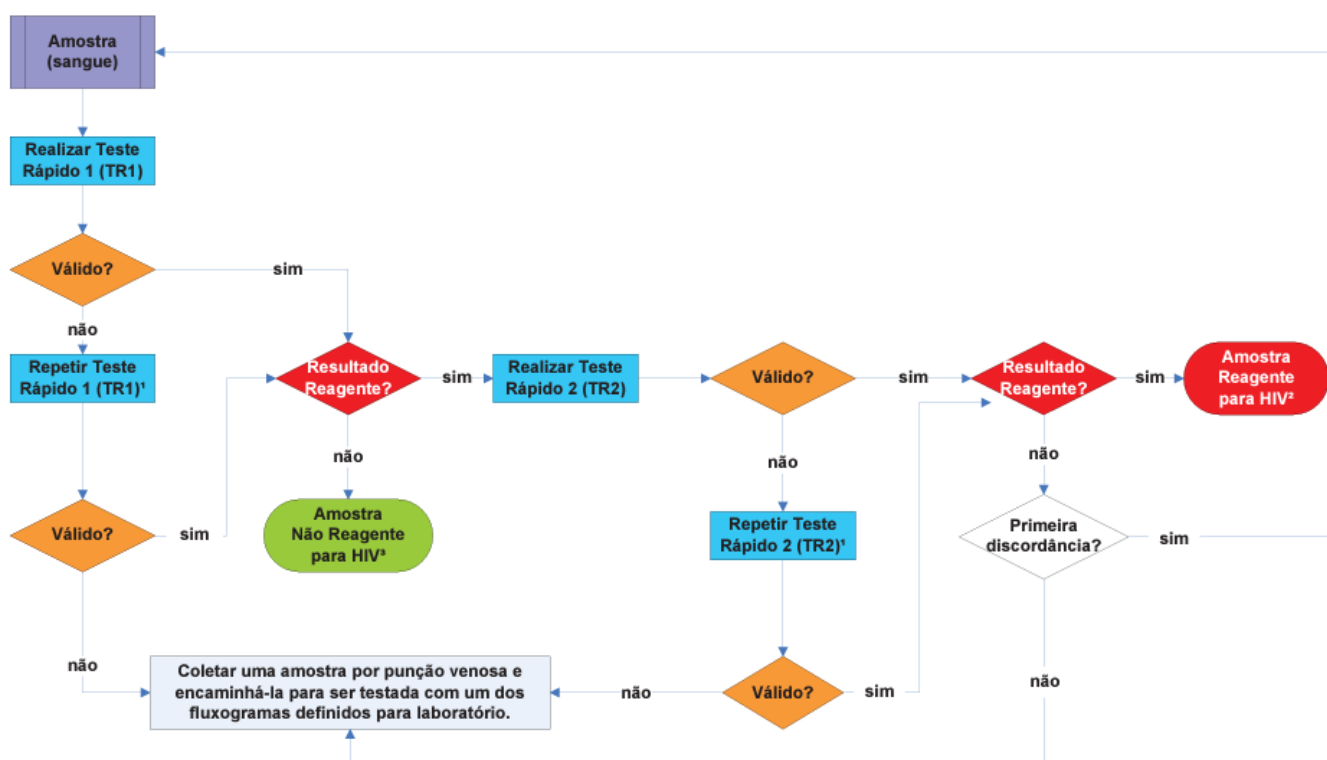
com antígenos empregados nos ensaios utilizados para diagnóstico da infecção pelo HIV.

Dessa forma, em caso de amostras com resultado reagente ou indeterminado, após a conclusão do fluxograma, recomenda-se a realização imediata da quantificação da carga viral do HIV-1, com o objetivo de complementar o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Fluxogramas para diagnóstico do HIV

Preferencialmente, as unidades de saúde e maternidades devem realizar o Fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico de infecção pelo HIV em adultos e crianças, 2018 (disponível em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/node/57787%20>), que emprega dois testes rápidos (TR1 e TR2), que contêm antígenos diferentes, usados sequencialmente em amostras de sangue, as quais podem ser obtidas preferencialmente por punção da polpa digital ou por punção venosa. A testagem com TR deve ser realizada preferencialmente na presença do indivíduo, eliminando a possibilidade de troca de amostra.

Figura 1- Fluxograma 1: Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostra de sangue



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

1 Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote e fabricação diferente.

2 Nas situações em que o fluxograma for realizado com uma única amostra por venopunção, coletar uma segunda amostra e repetir o TRI para concluir o resultado.

3 Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de carga Viral e contagem de Linfócitos T-CD4+.

4 Se persistir a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra.

Na **impossibilidade** de realizar o teste rápido, pode ser realizado o **Fluxograma 06** do manual técnico para o diagnóstico de infecção pelo HIV em adultos e crianças, 2018 (disponível em <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/node/57787>) laboratorial que emprega um imunoenensaio de 4ª geração (IE4ªG) como primeiro teste e um imunoblot rápido (IBR) na mesma amostra como teste complementar para amostras reagentes no teste inicial.

Para confirmação do diagnóstico laboratorial, quando o resultado da primeira amostra for reigente ou indeterminado, uma segunda amostra deverá ser coletada, enviada ao laboratório e submetida ao primeiro teste do Fluxograma 6, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013

Figura 2- Fluxograma 6: Imunoensaio de 4º Geração seguido de western blot, Imunoblot ou Imunoblot Rápido como teste complementar



FONTE: DIAHV/SVS/MS

- 1 Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.
- 2 Emitir laudo reportando o resultado indeterminado e coletar uma amostra após 30 dias da data da coleta
- 3 Coletar segunda amostra e repetir o IE de 4° G para concluir o resultado

IMPORTANTE:

Os testes rápidos para HIV são os métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início precoce da terapia antirretroviral e, conseqüentemente, queda virológica mais rápida. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que o tempo de execução e a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno, tendo como objetivo não apenas o início do tratamento precoce da pessoa gestante para a sua própria saúde, mas também a prevenção da transmissão vertical.

Acompanhamento da pessoa gestante com diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV

A pessoa gestante deverá ser atendida no mesmo momento da procura ao serviço especializado em IST/AIDS. Nesse dia passará por acolhimento, consulta médica e coleta de exames (CV-HIV, CD4, Genotipagem e Sorologias).

O teste de **genotipagem pré-tratamento** está indicado para todas as pessoas gestantes que forem iniciar a TARV. Esse teste deverá ser solicitado e a amostra de sangue coletada antes do início do tratamento. No entanto, não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para o início da TARV, tampouco a impossibilidade de realizar o exame não deve atrasar o início do tratamento.

Início do Tratamento deve ser imediato!

**Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg
+
Dolutegravir 50mg**

Deverá ser coletada **CV-HIV mensal** com a finalidade de avaliar a boa adesão ao tratamento e/ou resistência viral a medicação e a meta a ser alcançada é carga **viral indetectável na 34ª semana e sustentada** até o momento do parto.

Coletar T-CD4+ a cada 3 meses para as pessoas que estão iniciando o tratamento.

A Indicação de via de parto:

CV > 1000 cópias: Parto cesárea eletiva

CV < 1000 cópias ou indetectável: Indicação obstétrica

Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis em maternidades

- Realização de teste rápido para o HIV e sífilis na admissão das pessoas gestantes;
- Realização de VDRL na admissão do parto;
- Utilização de AZT intravenoso em **TODAS** as pessoas gestantes durante o trabalho de parto e durante o parto, **INDEPENDENTE** do resultado da carga viral de quem está gestando;
- Banho logo após o nascimento;
- Evitar procedimentos invasivos (quando possível);
- Administração da profilaxia medicamentosa nas primeiras horas de vida (ainda na sala de parto) do recém-nascido exposto, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de transmissão vertical;

- Coleta de carga viral HIV de amostra de **sangue periférico** ainda na sala de parto antes do início da medicação (esse procedimento não deve atrasar o início da profilaxia). Nunca coletar amostra de cordão umbilical;
- Assistência obstétrica adequada durante o trabalho de parto e durante o parto, considerando as especificidades da parturiente infectada pelo HIV;
- Administração de cabergolina para inibição de lactação em todas as parturientes com infecção pelo HIV;
- Dispensação de fórmula infantil;
- Tratamento de sífilis materna com penicilina G benzatina;
- Tratamento de recém-nascido com sífilis congênita, com seguimento clínico e laboratorial conforme protocolo clínico
- Encaminhamento pós-alta do recém-nascido (RN) com sífilis congênita para seguimento na UBS;
- Agendamento no SAE do recém-nascido exposto ao HIV e da pessoa puérpera;
- Notificação dos casos de sífilis e HIV nas mulheres diagnosticadas na maternidade e de todas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita e expostas ao HIV;

Posologia da Zidovudina (AZT) Intraparto:

O Antirretroviral deve ser administrado no início do trabalho de parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva

A dose de ataque na primeira hora é de 2mg/kg, seguida de manutenção com infusão contínua de 1mg/kg, diluído em 100mL de soro glicosado a 5%. A concentração não deve exceder 4 mg/ml.

Apresentação comercial do AZT injetável (EV) é em frasco ampola de 10mg/ml.

Tabela I: Dose de AZT injetável, intraparto, para profilaxia da transmissão vertical

Ataque (2mg/kg) na 1° hora		
Peso	Quantidade de AZT	N° de gotas/ minutos
40kg	8 ml	36
50kg	10 ml	37
60kg	12 ml	37
70kg	14 ml	38
80kg	16 ml	39
90Kg	18 ml	39
Manutenção (1mg/kg/hora) em infusão Contínua		
40kg	4 ml	35
50kg	5 ml	35
60kg	6 ml	35
70kg	7 ml	36
80kg	8 ml	36
90Kg	9 ml	36

Fonte: DCCI/SVS/MS

Profilaxia pós-exposição do recém-nascido:

Para a definição da profilaxia, a criança deve ser classificada em alto e baixo risco conforme o risco de exposição abaixo

Quadro I - Classificação de risco de exposição ao HIV

Alto Risco	Gestantes sem pré-natal
	Gestantes sem TARV durante a gestação
	Gestantes com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam
	Gestantes com início de TARV após 2ª metade da gestação
	Gestantes com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento
	Gestantes com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV
	Gestantes sem CV-HIV conhecida
	Gestantes com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio).
Baixo Risco	Uso de TARV desde primeira metade da gestação e com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) e sem falha na adesão à TARV

Fonte: Nota Informativa nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS

Quadro 2- Uso de TARV na profilaxia de criança exposta conforme idade gestacional e risco de exposição

Risco	Idade gestacional	AZT	3TC	RAL	NVP
Baixo Risco	Qualquer	x	Não Usar	Não Usar	Não Usar
Alto Risco	>37 semanas	x	x	x	
	34 a 37 semanas	x	x	Não Usar	x
	< 34 semana	x	Não Usar	Não Usar	Não Usar

Fonte: Nota Informativa nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS

As doses recomendadas dos ARV na profilaxia do Recém Nascido:

1. Zidovudina (AZT) Solução Oral 10mg/ml:

a) Recém-nascido (RN) com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 4mg/kg/dose, 12/12 h;

b) RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia;

c) RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12/12h;

d) A dose do AZT intravenoso, quando necessária, é 75% da dose para uso oral, com o mesmo intervalo entre as doses.

2. Lamivudina (3TC) Solução Oral 10mg/ml:

a) RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais: do nascimento até 4ª semana de vida: 2mg/kg/dose, de 12/12h.

3. Raltegravir (RAL) 100 mg granulado para suspensão oral:

a) RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais: 1ª semana: 1,5 mg/kg 1x por dia; A partir da 2ª semana até 4ª semana: 3 mg/kg 2 x por dia.

4. Nevirapina (NVP) Solução Oral 10mg/ml:

a) RN idade gestacional igual ou maior que 34 e menor que 37 semanas:

1ª semana: NVP 4 mg/Kg por dose 2 x por dia;

2ª semana: NVP 6 mg/Kg por dose 2 x por dia.

Identificação precoce da infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses

A identificação precoce da criança infectada verticalmente é essencial para o início da TARV, para a profilaxia das infecções oportunistas e para o manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais.

Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade. Portanto métodos que realizam a detecção de anticorpos (TR ou sorologia) não são recomendados para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses de idade. Nesses casos podem ser realizados os seguintes exames: teste molecular para quantificação da carga viral do HIV (CV-HIV) e para a detecção do DNA pró-viral do HIV.

Nos recém-nascidos de pessoas vivendo com HIV **deve ser coletada amostra de sangue periférico para detecção de CV-HIV ainda na sala de parto**, imediatamente após o nascimento e antes do início da TARV. No entanto, em nenhuma hipótese, a coleta deve atrasar o início da profilaxia.

O início da profilaxia antirretroviral, indicada para todas as crianças expostas ao HIV, deve ocorrer ainda na sala de parto após os cuidados imediatos, de preferência nas primeiras quatro horas após o nascimento.

Orientações para coleta de CV-HIV do recém-nascido:

- ✓ Tipo de amostra: exclusivamente sangue periférico obtido por punção venosa.
- ✓ Volume de amostra: 2 ml de sangue total em Tubo EDTA K2 de 2 ml ou em 04 microtubos EDTA K2 de 0,5mL cada para a obtenção de 1 ml de plasma.
- ✓ Caso não seja possível coletar 2 ml de sangue, devido a particularidades do neonato, colher o máximo de sangue possível e encaminhar ao laboratório de referência de carga viral, relatando a dificuldade encontrada.

Todo exame cujo resultado apresentar **CV-HIV detectável**, independentemente do valor de viremia, exigirá **nova coleta imediata** de CV HIV.

O segundo exame, caso a **primeira CV-HIV seja indetectável**, será coletado aos **14 dias de vida**. Os casos não confirmados deverão continuar em investigação, com coletas de CV-HIV em duas e oito semanas após o término da profilaxia antirretroviral.

Tabela 2: Seguimento laboratorial de criança exposta

Exame	Coleta
Carga Viral do HIV	Ao Nascimento
	14 dias de Vida
	2 semanas após o término da profilaxia (6 semanas de Vida)
	8 semanas após o término da profilaxia (12 semanas de Vida)
Anticorpo Anti-HIV	12 meses

Fonte: Nota Informativa nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS

Toda CV-HIV detectável, independentemente do valor, necessita de nova coleta de CV-HIV imediatamente.

Crianças sintomáticas deverão ser investigadas imediatamente.

Caso anti – HIV reagente, repetir exame com 18 meses.

Critério para diagnóstico precoce:

Resultados inferiores a 5.000 cópias/ml **NÃO** devem ser usados isoladamente para conclusão do diagnóstico de infecção pelo HIV.

Para esses casos, o DNA pró-viral apresenta alta especificidade desde o nascimento da criança e está indicado nas seguintes situações:

- Crianças com CV-HIV abaixo de 5.000 cópias/ml;
- Resultados discordantes: primeira amostra detectável e segunda com resultado indetectável ou abaixo de 5.000 cópias/ml.

Será considerada infectada a criança que apresentar:

DOIS resultados de CV-HIV detectáveis, acima de 5.000 cópias/ml
OU
UM resultado exame de DNA pró-viral positivo

Nos casos em que o diagnóstico for confirmado, deverá ser realizada a genotipagem para o início de tratamento.

A TARV deve ser iniciada imediatamente após confirmação do diagnóstico. A espera pelo resultado da genotipagem não deve atrasar o início da TARV.

A exclusão definitiva do diagnóstico na criança:

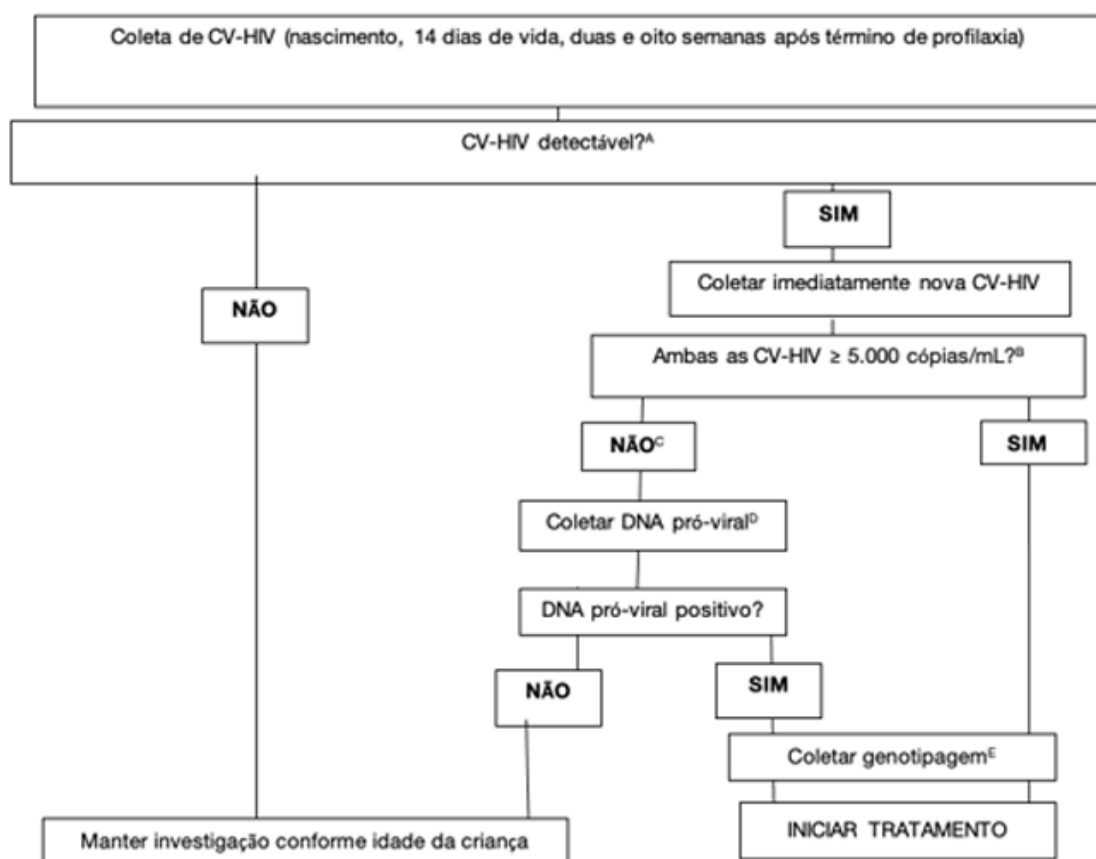
A exclusão de diagnóstico de infecção pelo HIV baseada na presença de todos os critérios abaixo:

- a) pelo menos duas CV-HIV indetectáveis obtidas após a suspensão da profilaxia antirretroviral (sendo uma coletada com pelo menos 2 semanas e outra com pelo menos 8 semanas após a suspensão);
- b) boas condições clínicas, bom desenvolvimento neuropsicomotor e sem evidência de déficit imunológico;
- c) uma sorologia anti-HIV não reagente realizada depois de 12 meses de idade. Na presença de não ocorrência de sororreversão nesta idade, deve se aguardar até os 18 meses para nova coleta de anti-HIV.

A infecção pelo HIV pode ser excluída presumivelmente quando a criança não está sendo amamentada, esteja assintomática e com imunidade normal, e com pelo menos duas CV-HIV negativas, sendo uma coletada com pelo menos 2 semanas e outra com pelo menos 8 semanas após o término da profilaxia antirretroviral. Assim, neste caso pode ser feita a suspensão do Sulfametoxazol + trimetropim (SMX+TMP), profilaxia primária para *Pneumocystis jiroveci*, e

mantida a investigação para exclusão definitiva do diagnóstico da infecção pelo HIV.

Figura 3- Algoritmo de diagnóstico em criança exposta menor de 18 meses



Fonte: Nota Informativa N° 6/2021-.DCCI/SVS/MS

- A. Toda CV-HIV detectável, independentemente do valor, necessita de nova amostra de Cv-HIV imediatamente;
- B. CV-HIV < 5000 cópias/ML, não devem ser usadas isoladamente na conclusão do diagnóstico
- C. Situação da qual Cv-HIV apresentem resultados crescentes (primeira amostra com resultado inferior a 5000 cópias e segunda amostra com valor superior a esse valor, a coleta da terceira amostra de CV pode auxiliar na conclusão diagnóstica.
- D. Situações com dificuldade em confirmar o diagnóstico, avaliar o início de tratamento até elucidação diagnóstica
- E. Não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para o início de TARV.

Início de tratamento em crianças vivendo com o HIV:

O dolutegravir é a principal escolha para início de tratamento em crianças vivendo com o HIV com idade superior a 4 semanas de vida e peso maior ou igual a 3kg.

Deve-se considerar a introdução de profilaxias para as doenças oportunistas conforme o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e Adolescentes**

Tabela 3- Indicação de TARV para início de tratamento em crianças vivendo com o HIV de acordo com a idade

Faixa etária	Preferencial		Alternativo	
	ITRN	3° ARV	ITRN	3°ARV
0-30 dias de vida	AZT+ 3TC	RAL	AZT+ 3TC	LPV/r
30-60 dias de vida	AZT+ 3TC	DTG ¹	AZT+ 3TC	LPV/r
>60 dias de vida até 2 anos	ABC ² +3TC	DTG ¹	AZT+ 3TC	LPV/r
2 a 6 anos	ABC ² +3TC	DTG ¹	AZT+ 3TC ou TDF ³ +3TC	LPV/r

Fonte: DCCI/SVS/MS

¹ Em crianças vivendo com o HIV e tuberculose em uso de Rifampicina, a terapia preferencial é com o inibidor de integrase Raltegravir (RAL) em dose dobrada. Nesse cenário, ao se considerar a oferta de DTG a cada 12 horas (2x/dia), deve-se reconhecer que há informações limitadas sobre essa abordagem nessa faixa etária, com extrapolação de dados de interação medicamentosa de adultos.

² O Abacavir (ABC) deve ser iniciado após o resultado de HLA*B5701.A indisponibilidade do exame não deve postergar o início de TARV, devendo ser realizado com esquemas alternativos.

³ TDF é indicado para crianças acima de 35kg

Profilaxia pós-exposição em crianças

A indicação de PEP em crianças é uma medida para prevenir a infecção pelo HIV em crianças com acidente com material biológico, violência sexual, exposição ao leite materno de pessoas vivendo com o HIV ou qualquer exposição considerada de risco.

A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as **72 horas subsequentes a exposição**

É obrigatório a realização do **Teste Rápido** antes de indicação de PEP, porém as crianças expostas ao HIV durante a gestação/parto devem seguir o protocolo de diagnóstico do HIV em crianças.

O Acompanhamento deve ser feito de acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais disponível em [file:///C:/Users/d818918/Downloads/Prot_Clinico_Diretrizes_Terap_PEP_%20Risco_Infeccao_HIV_IST_HV_2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/d818918/Downloads/Prot_Clinico_Diretrizes_Terap_PEP_%20Risco_Infeccao_HIV_IST_HV_2021%20(1).pdf)

Tabela 4. Esquema preferencial de PEP para crianças entre 4 semanas e 12 anos.

Peso	Esquema de ARV preferencial
≤35 kg	AZT+3TC+DTG, por 28 dias.
>35 kg	TDF+3TC+DTG, por 28 dias.

Fonte: DCCI/SVS/MS

Posologia dos ARV que compõem o esquema preferencial, de acordo com o peso:

I. Zidovudina (Solução oral: 10 mg/ml):

- ✓ RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h
- ✓ RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/kg12/12h a partir do 15° dia
- ✓ RN com 35 de semanas de idade gestacional ou mais (até 4kg): 4mg/kg/dose
- ✓ 4kg a 9kg: 12mg/kg/dose 12/12h
- ✓ 9kg a 30kg: 9mg/kg/dose 12/12h
- ✓ ≥30kg: 300mg 12/12h

2. Lamivudina (solução oral: 10mg/ml)

- ✓ RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais e <30 dias de vida: 2mg/kg/dose 12/12h
- ✓ >30 dias: 4mg/kg/dose 12/12h (dose máxima 300 mg/dia)
- ✓ ≥12 anos: 150mg 12/12h

Para pacientes que conseguem deglutir comprimidos, há a possibilidade de uso de comprimido combinado de AZT+3TC 300+150mg, 1 comprimido, 12/12h.

3. **Dolutegravir (Comprimido para suspensão 5mg):acima de 4 semanas de vida**

- ✓ 3-6 kg: 5mg (1 comprimido, 1x/dia);
- ✓ 6-10kg < de 6 meses: 10mg (2 comprimidos, 1x/dia);
- ✓ 6-10 kg > 6 meses: 15mg (3 comprimidos, 1x/dia);
- ✓ 10-14 kg: 20mg (4 comprimidos 1x/dia);
- ✓ 14-20kg: 25mg (5 comprimidos, 1x/dia);
- ✓ acima de 20kg: 50mg

Para crianças acima de 20 kg deve ser usado o comprimido revestido de DTG de 50mg. O uso do comprimido para suspensão de 5mg fica restrito a crianças com peso abaixo de 20kg e aquelas com peso acima de 20kg, que não conseguem deglutir comprimidos. Comprimidos para suspensão podem ser engolidos inteiros com água potável ou dispersos em água potável, com ou sem alimento. Caso seja engolido inteiro, deve-se tomar 1 comprimido por vez para evitar engasgos. Se forem dispersados, a quantidade de água depende do número de comprimidos: 5ml de água para 1 a 3 comprimidos, 10 ml de água para 4 a 6 comprimidos. Os comprimidos devem ser totalmente dispersos antes de engolir, não devem ser mastigados, macerados ou partidos.

4. **Tenofovir+lamivudina (TDF+3TC): Comprimido combinado 300+300mg**

- ✓ ≤ 35 kg: não recomendado;
- ✓ > 35 kg: 1 comprimido/dia.

PEP e amamentação

Todas as pessoas lactantes que necessitarem de PEP devem ser orientadas a **interromper a amamentação até a definição diagnóstica**.

Durante o período de janela imunológica, deve-se realizar orientação quanto ao cuidado das mamas e extração e descarte do leite ordenhado, além de garantir o fornecimento de fórmula láctea.

O exame de controle com resultado **HIV Não Reagente (12 semanas após a exposição)** autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

Vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV no município de São Paulo

Notificação

A notificação de doenças constantes da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, **agravos e eventos de saúde pública é obrigatória** aos médicos e a outros profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em conformidade com os arts. 7º e 8º da Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975; Lei estadual nº 10.083, de 23 de setembro de 1998; e Lei municipal nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004.

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública está regulamentada atualmente pela Portaria GM/MS nº 3418, de 31 de agosto de 2022, na qual consta a infecção pelo HIV, além dos casos de Aids, gestantes/parturientes/ puérperas com HIV e de crianças expostas.

A notificação é registrada no Sinan mediante o preenchimento das seguintes fichas:

- Ficha de Investigação de Gestante HIV+, utilizada para notificar casos de gestante, parturiente e puérpera. (ANEXO 1)
- Ficha de Notificação/Investigação de Criança Exposta ao HIV; (ANEXO 2)
- Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes Menores de 13 anos; (ANEXO 3)

As fichas de investigação estão disponíveis no site da COVISA (https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=220946)

Definição de casos:

Definição de gestante/parturiente/puérpera com HIV

Toda pessoa em que for detectada a infecção por HIV, ou aquela que já tenha o diagnóstico confirmado de HIV ou aids, no momento da gestação, parto ou puerpério.

Desta forma, ainda que a pessoa possua diagnóstico prévio de HIV, uma nova notificação deverá ser feita a cada nova gestação.

Definição de casos de criança exposta ao HIV

Toda criança nascida de pessoa infectada, ou que tenha sido amamentada por pessoa infectada pelo HIV.

Definição de casos de HIV em crianças menores de 13 anos de idade

Todo indivíduo diagnosticado com infecção pelo HIV, seguindo os fluxogramas vigentes.

Critério excepcional óbito: todo óbito com menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito e investigação epidemiológica inconclusiva

Definição de casos de aids em crianças menores de 13 anos de idade

Toda criança menor de 13 anos de idade que atenda a critérios de definição de caso de aids, contidos no Guia de Vigilância (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf)

Figura 4- Fluxograma de Vigilância da pessoa gestante vivendo com o HIV

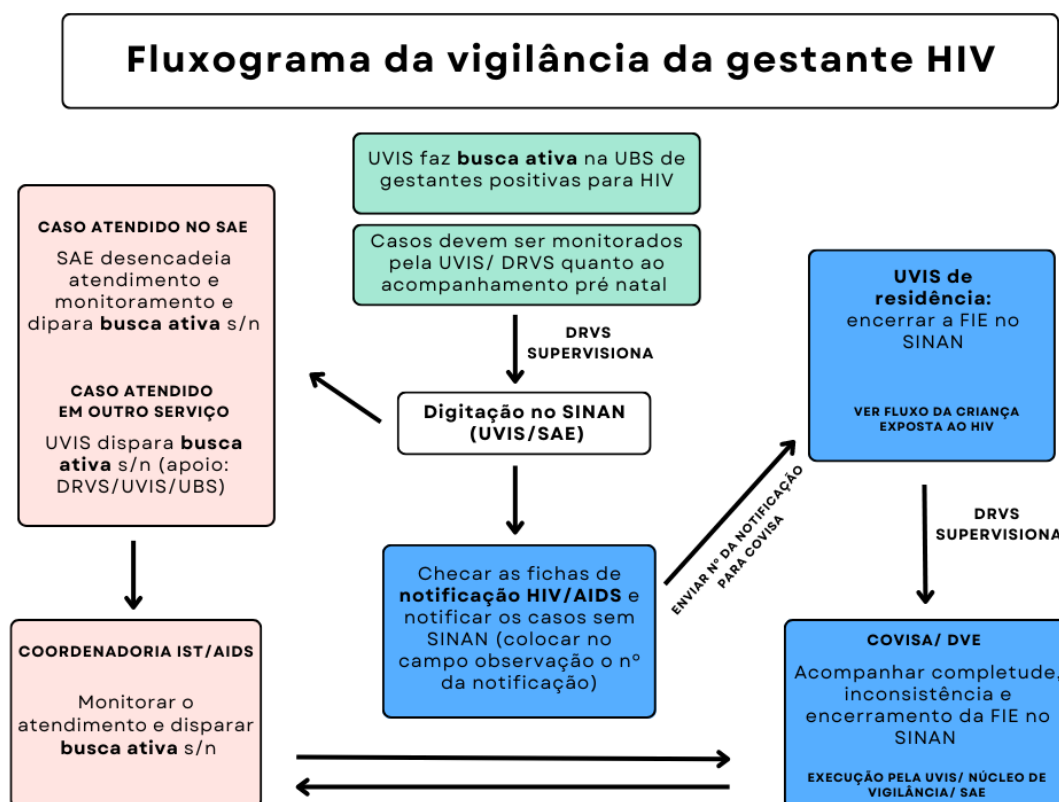
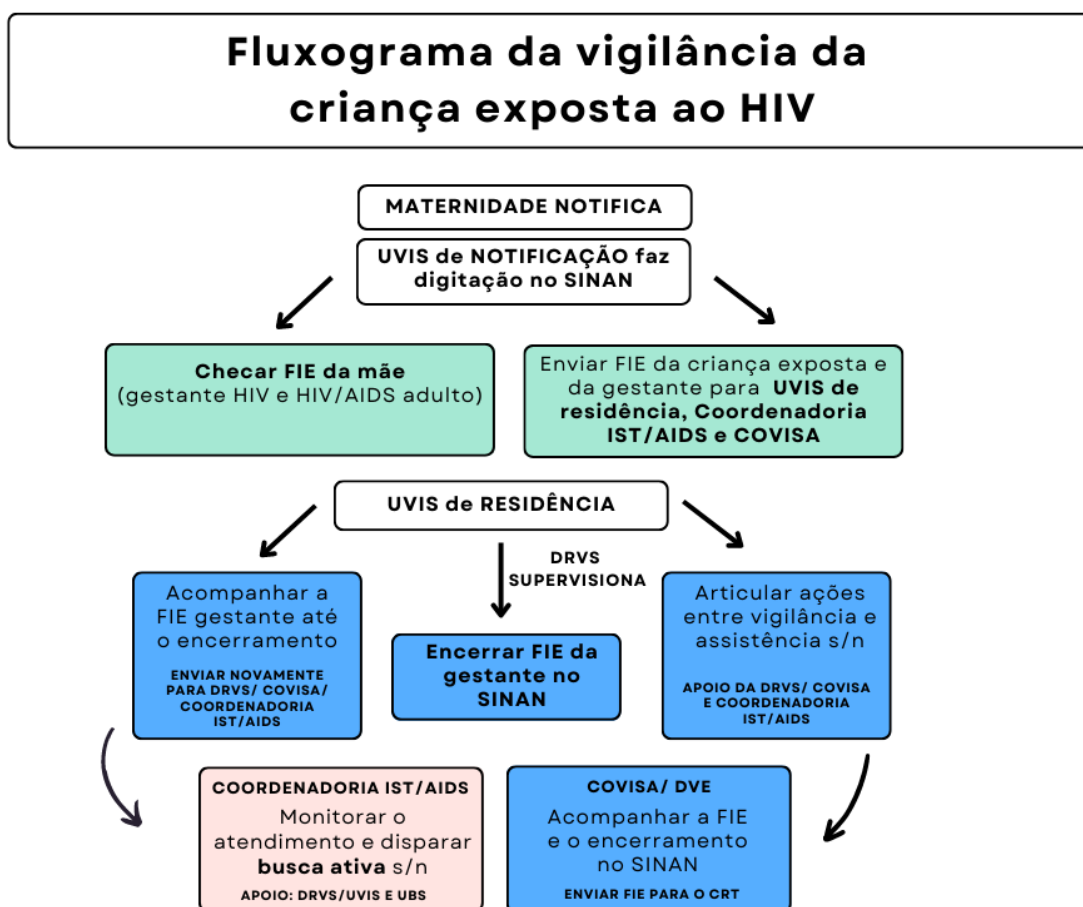




Figura 5-Fluxograma da Vigilância da Criança Exposta



ANEXO I- FICHA SINAN GESTANTE HIV

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV +		Nº			
Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		GESTANTE HIV			
	3	Código (CID10)	Data da Notificação				
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
	7	Data do Diagnóstico					
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13
Dados de Residência	14	Escolaridade					
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe		
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		
	19	Distrito					
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2	26	Ponto de Referência	27	CEP	
	28	(DDD) Telefone	29	Zona	30	País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso							
Ant. epid. mãe/ HIV	31	Ocupação	32	Evidência laboratorial do HIV:			
				1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto			
Pré-Natal							
Dados Pré-Natal	33	Fez/ Faz pré-natal	34	UF	35	Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
	36	Unidade de realização do pré-natal:			Código		
	37	Nº da Gestante no SISPRENATAL	38	Uso de anti-retrovirais para profilaxia	39	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia	
Parto							
Dados Parto	40	UF	41	Município do local do parto	Código (IBGE)		
	42	Local de realização do parto:		Código			
	43	Data do parto:	44	Tipo de parto			
	45	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto	46	Evolução da gravidez:			
	47	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde				
	Nome		Função	Assinatura			
	Gestante HIV +		Sinan NET	SVS 17/07/2006			

ANEXO 2 - FICHA SINAN CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Nº
Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado(a)		CRIANÇA EXPOSTA AO HIV
	3	Código (CID10)	Z 20.6	
	3	Data de Notificação		
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7	Data de Diagnóstico		
	8	Nome do Paciente		
Dados de Residência	9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo
	12	Gestante		
	13	Raça/Cor		
Dados Complementares do Caso	14	Escolaridade		
	15	Número do Cartão SUS		
	16	Nome da mãe		
	17	UF	18	Município de Residência
Dados da Mãe/Nutriz	19	Código (IBGE)		
	20	Bairro		
	21	Logradouro (rua, avenida, ...)		
	22	Número	23	Complemento (pto., casa, ...)
Autoc. Epiid. da Mãe/Nutriz	24	Geo campo 1		
	25	Geo campo 2		
	26	Porto de Referência		
	27	CEP		
Investigação da criança exposta ao HIV	28	(DDD) Telefone		
	29	Zona		
	30	País (se residente fora do Brasil)		
	31	Idade da mãe/nutriz		
Investigação da criança exposta ao HIV	32	Escolaridade da mãe/nutriz		
	33	Raça/cor da mãe/nutriz		
	34	Ocupação da mãe/nutriz		
	35	Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		
Investigação da criança exposta ao HIV	36	Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto		
	37	Nº da Declaração de Nascimento		
	38	Tipo de parto		
	39	UF	40	Município do local de nascimento
Investigação da criança exposta ao HIV	41	Código (IBGE)		
	42	Adequado		
	43	Adequado		
	44	Uso de profilaxia com anti-retroviral oral		
Investigação da criança exposta ao HIV	45	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas)		
	46	Dados laboratoriais da criança		
	1º	Teste de detecção de anticorpo materno		
	2º	Teste de detecção de anticorpo materno		
Investigação da criança exposta ao HIV	3º	Teste de detecção de anticorpo materno		
	47	Teste de triagem anti-HIV		
	48	Teste confirmatório anti-HIV		
	49	Teste rápido 1		
Investigação da criança exposta ao HIV	50	Teste rápido 2		
	51	Teste rápido 3		
	52	Teste rápido 4		
	53	Teste rápido 5		

HIV CRIANÇA

18/05/2010

MR

COREL

Criança exposta ao HIV

Sinan NET

SVS

18/05/2010

Evolução do caso	47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV) <input type="checkbox"/> 1 - Infectada 2 - Não infectada 3 - Perda de seguimento 4 - Caso em andamento 5 - Transferência para outro Município e/ou Estado 6 - Óbito por HIV/AIDS 7 - Óbito por outras causas.	48 Data de encerramento da investigação de Criança exposta ao HIV _____
Observações adicionais: _____ _____		
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO		
Antec. Final de Mãe/III	49 Evidência laboratorial do HIV <input type="checkbox"/> 1- Antes do pré-natal 2- Durante o pré-natal 3- Durante o parto 4- Após o parto	
Dados do Pré-natal	50 Fez/Faz uso de pré-natal? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 0 - Ignorado	51 UF _____ 52 Município de realização do Pré-natal _____ Código (IBGE) _____
	53 Unidade de realização do Pré-natal _____ Código (CNES) _____	
Idade da Criança	54 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) <input type="checkbox"/> 1- nas 1 ^{as} 24 horas do nascimento 2- Após 24 horas do nascimento 3- Não se aplica 4- Não realizado	
	55 Enc. ambulatorial da criança exposta <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 0 - Ignorado	56 UF _____ 57 Município de acompanhamento da criança exposta _____ Código (IBGE) _____
	58 Unidade de acompanhamento da criança exposta _____ Código (CNES) _____	

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

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

8- Nome da paciente: Preencher com o nome da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com o nome da mãe (nome da mãe).

18- Preencher com o nome completo da Mãe do paciente (sem abreviações).

Os campos 31 a 34 devem ser preenchidos com os dados da mãe. No caso de criança exposta ao HIV a que teve aleitamento cruzado, preencher com os dados da mãe.

35- Faz uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação? 1- Assinalar na situação em que a gestante fez monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV independente da semana gestacional ou TARV/tratamento ou TARV/tratamento segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/AIDS. 2- Gestante não realizou profilaxia/tratamento com monoterapia ou TARV. 3- Assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado. 0- Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

36- Faz uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto? 1- Assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/AIDS. 2- Parturiente não realizou profilaxia/tratamento. 3- Assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado. 0- Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

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

42- Aleitamento materno, assinalar: 1- Criança foi amamentada exclusivamente (independente de tempo); 2- Criança não foi amamentada; 3- Amamentação mista; 0- Não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.

43- Aleitamento cruzado: 1- Criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2- Não houve amamentação cruzada; 0- Não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.

44- Uso de profilaxia com anti-retroviral oral, assinalar: 1- Criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde; 2- Criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral; 3- Não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.

45- Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não houve uso de profilaxia registre 0, se for ignorado, registre 9.

46- Dados laboratoriais da criança.
- São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV. Vários genótipos de ensaio por imunoblotagem ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático-quimioluminescência.

- São testes confirmatórios: Imunofluorescência Indirecta, Inuoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polymerase Chain Reaction, PCR) e amplificação sequencial de ácidos nucleicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).

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

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

A1- Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considere-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção de DNA pré-vital em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em anexo).

A2- Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.

47- Evolução do caso.

1- Criança infectada: Quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagente após os 18 meses;
2- Criança infectada: Quando duas amostras que apresentarem resultado abaixo do limite de detecção, em mais da quantificação de RNA viral plasmático ou detecção do DNA pré-vital (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4^o mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os (2) meses de idade.
3- Perda de seguimento: Quando o serviço perde contato com a criança, antes de se estabelecer a condição do diagnóstico laboratorial.

4- Caso em andamento: Quando o serviço de saúde ainda não dispõe dos resultados laboratoriais para a definição do status sorológico da criança.

5- Transferência para outro Município e/ou Estado: Assinalar se o acompanhamento/tratamento da criança foi transferido para outro Município e/ou Estado.

6- Óbito HIV/AIDS: Quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à Aids.

7- Óbito por outras causas: Quando o óbito ocorreu por outras causas não relacionadas à Aids.

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

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA O ESTADO DE SP
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO
Antecedentes epidemiológicos da mãe

49- Informar o momento em que foi realizada a coleta do material no qual se evidenciou o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV na gestante/parturiente (consultar o 1^o resultado reagente).

Pré-Natal

50- Informar se a gestante ou parturiente HIV positivo ou com diagnóstico confirmado de Aids, ficou ou não pré-natal.

51- Preencher com o sigla da Unidade Federativa (UF) do Município de realização do pré-natal.

52- Informar o nome do Município de localização da Unidade de Saúde de realização do pré-natal (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).

53- Preencher com o nome completo da Unidade de Saúde de realização do pré-natal, ou código correspondente segundo o cadastro estabelecido de saúde (CNES).

Dados da Criança

54- Informar o início da profilaxia anti-retroviral na criança (em horas).

55- Informar se a criança exposta foi encaminhada para seguimento ambulatorial.

56- Preencher com o sigla da Unidade Federativa (UF) do Município que irá realizar o seguimento da criança exposta.

57- Informar o nome do Município de localização da Unidade de Saúde que irá acompanhar a criança exposta (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE).

58- Preencher com o nome completo da Unidade de Saúde que irá acompanhar a criança exposta, ou código correspondente segundo o cadastro nacional de saúde (CNES).

HIV CRIANÇA 13/05/2010 MR COREL Criança exposta ao HIV SINAN NET SVS 18/05/2009



Referências:

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica, **Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita/ Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids**, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. São Paulo, 2021. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ist aids/index.php?p=247464>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_definicao_AIDS_adultos_crianças.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/guia-para-certificacao-daeliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n.º 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças** e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 18 dez. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html. Infecção pelo HIV e aids

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-emcrianças-e-adolescentes>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/d818918/Downloads/Prot_Clinico_Diretrizes_Terap_PEP_%20Risco_Infeccao_HIV_IST_HV_2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/d818918/Downloads/Prot_Clinico_Diretrizes_Terap_PEP_%20Risco_Infeccao_HIV_IST_HV_2021%20(1).pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

Ministério da Saúde. (2021). **Nota Informativa N° 6/2021-DCCI/SVS/MS**.

Ministério da Saúde. (2023). **Nota Informativa N°4/2023-CGAHV/DVIAHV/SVSA/MS**

Ministério da Saúde. (2023). **Nota Informativa N° 2/2023-CGAHV/DVIAHV/SVSA/MS**

