



HIV¹

1 FINALIDADE

Promover critérios para diagnóstico, preconizar tratamento com medicamentos e demais produtos apropriados, implementar mecanismos de controle clínico, acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.

Considerando que a maioria das pessoas infectadas desconhece seu diagnóstico, e são elo fundamental na cadeia de transmissão da doença, o objetivo do texto é a conscientização da importância de seu diagnóstico e notificação de casos suspeitos e confirmados.

O rastreio durante o ciclo gravídico puerperal é de suma importância principalmente no que tange a conscientização da importância do diagnóstico pré-natal da gestante, inclusão do rastreio de parceria sexual, além da redução da transmissão vertical da doença.

2 JUSTIFICATIVA

A importância do seu estudo na gestação reside no esforço de reduzir as taxas de transmissão vertical, sendo seu principal fator de risco a carga viral elevada.

Em nosso meio o rastreamento do HIV necessita da autorização expressa da paciente (assinatura no prontuário).

¹ Protocolo elaborado para consulta básica e atualizações. Não substitui a leitura de livros textos, artigos acadêmicos e demais publicações referentes ao tema.



O Brasil busca, como parte das ações pactuadas de enfrentamento à epidemia de HIV, atingir amplo diagnóstico de pessoas infectadas, que 90% destas estejam em tratamento antirretroviral (TARV), ampliando seu acesso; e tenham carga viral (CV) indetectável (indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência).²

3 ABRANGÊNCIA

Esse protocolo será aplicado nos diversos setores da Maternidade Escola – UFRJ, através de diretrizes e recomendações a serem seguidas por todos os profissionais de saúde envolvidos, a fim de proporcionar intervenções direcionadas aos indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários, principalmente gestantes com sintomas suspeitos e/ou diagnóstico laboratorial que forem atendidas na emergência, alojamento conjunto e centro obstétrico da instituição.

4 DEFINIÇÃO

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS (da sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ataca o sistema imunológico, sendo as células mais atingidas os linfócitos T CD4+.

É na primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre o tempo de incubação do HIV. Muitos soropositivos vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, mas podem transmitir o vírus a outras pessoas.

É fundamental a contínua qualificação de suas informações epidemiológicas para melhor conhecimento da magnitude e tendência da doença a fim de planejar ações para sua vigilância, prevenção e controle.

² A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHIV e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST_capítulo13)



4.1 Agente Etiológico

Retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune.

O período de incubação varia de 3 a 6 semanas.

O organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção

4.2 Transmissão

- ✓ Transmissão vertical (da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e na amamentação, quando sem acompanhamento);
- ✓ Transmissão sexual (sexo vaginal sem camisinha, sexo anal sem camisinha, sexo oral sem camisinha).
- ✓ Uso de seringa por mais de uma pessoa;
- ✓ Transfusão de sangue contaminado;
- ✓ Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.

A boa adesão à Terapia antiretroviral (TARV) e a manutenção da carga viral (CV-HIV) indetectável reduzem o risco de transmissão sexual do HIV a níveis insignificantes, tornando o tratamento uma opção segura de prevenção para os casais sorodiferentes.

Para evitar a transmissão, recomenda-se o uso de preservativo durante as relações sexuais, a utilização de seringas e agulhas descartáveis e o uso de luvas para manipular feridas e líquidos corporais, bem como testar previamente sangue e hemoderivados para transfusão. Além disso, as mães infectadas pelo vírus (HIV-positivas) devem usar antirretrovirais durante a gestação para prevenir a transmissão vertical e evitar amamentar seus filhos.

4.3 Manifestações Clínicas (Fases Da Doença)

HIV é dividido em estágios que orientam o seu tratamento e monitoramento:



PRIMEIRA FASE (INFECÇÃO AGUDA):

Quando ocorre a incubação do HIV. Os primeiros sintomas são muito semelhantes aos de uma gripe, como febre e mal-estar, passando muitas vezes despercebidos, além de aparecimento de gânglios, crescimento do baço e do fígado, alterações elétricas do coração e/ou inflamação das meninges nos casos graves.

Duração: Cerca de 3 a 8 semanas.

FASE ASSINTOMÁTICA:

Marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus, sem ocorrer enfraquecimento suficiente do organismo para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Esse período pode durar muitos anos. Entretanto, com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas, deixando o organismo cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns.

Cerca de 70% dos portadores permanecem de duas a três décadas na chamada forma assintomática ou indeterminada da doença.

FASE SINTOMÁTICA INICIAL:

Caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4+ (glóbulos brancos do sistema imunológico) que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 e 1.200 unidades.

Os sintomas mais comuns nessa fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento.

AIDS:

Estágio mais avançado da doença, com o aparecimento de doenças oportunistas.



5 DIAGNÓSTICO

5.1 Diagnóstico laboratorial

IMUNOENSAIOS

Primeira geração: Ensaio imunoenzimático indireto do tipo ELISA, no qual a presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado constituído por um anticorpo anti-IgG humana.

Segunda geração: Também indireto, utiliza antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos derivados de proteínas do HIV. Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de segunda geração é de 25 a 35 dias.

Terceira geração: Permitem a detecção de IgM e IgG. Em média, a janela de soroconversão dos ensaios de terceira geração é de 20 a 30 dias.

Quarta geração: Detecta simultaneamente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV, permitindo diminuir ainda mais o período de janela diagnóstica do HIV, para aproximadamente 15 dias

Os testes de 3ª e 4ª geração são mais sensíveis do que os testes confirmatórios convencionais (Western blot - WB, Imunoblot - IB, ou Imunoblot Rápido - IBR), tornando fluxogramas com essa composição de ensaios inadequados para a detecção de infecções recentes e de baixo custo-efetividade.

TESTE RÁPIDO

Os testes rápidos (TR) são imunoensaio simples, com resultados em até 30 minutos, realizados preferencialmente na presença do indivíduo em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral.

- Faz parte da rotina de internação na ME-UFRJ a solicitação do teste rápido para HIV.
- Os testes rápidos para HIV são métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da TARV e resposta virológica mais precoce. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno (até 14 dias).



TESTES COMPLEMENTARES

Utilizam diferentes formatos e princípios. São eles: western blot (WB), imunoblot (IB) ou imunoensaios em linha (LIA, do inglês line immunoassay), incluindo o imunoblot rápido (IBR), imunofluorescência indireta (IFI) e os testes moleculares (TM).

DETECÇÃO DIRETA DO HIV

Detecção direta de componentes do vírus, como o antígeno p24, ou com testes moleculares (TM) que detectam RNA ou DNA pró-viral. Desempenha um papel importante quando a detecção de anticorpos não é possível e são especialmente úteis para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos.

A realização imediata do teste de CV-HIV está indicada após a confirmação da infecção pelo HIV por qualquer um dos fluxogramas de diagnóstico. O teste de genotipagem pré-tratamento está indicado para todas as gestantes. Esse teste deverá ser solicitado e a amostra de sangue coletada antes de iniciar a TARV. Não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para o início da TARV.

ESTRATÉGIAS PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS MENORES DE 18 MESES

A identificação precoce infecção vertical é essencial para o início da terapia antirretroviral, assim como para a profilaxia das infecções oportunistas e o manejo das intercorrências infecciosas e de distúrbios nutricionais.

A passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo IgG anti-HIV, principalmente no terceiro trimestre de gestação, interfere no diagnóstico sorológico da infecção vertical.

Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade, dessa forma os métodos que realizam a detecção de anticorpos não são recomendados, sendo necessária a realização de testes moleculares, como a quantificação do RNA viral (Carga Viral), disponibilizada pela DDAHV do Ministério da Saúde.

Informações complementares sobre tema podem ser encontradas em protocolo específico do Setor de Neonatologia da ME-UFRJ, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/neonatologia/hiv_neonatologia.pdf



6 INTERVENÇÕES TRATAMENTO

Durante a gestação, a testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, e no início do terceiro trimestre de gestação, podendo ainda ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual.

Está recomendada a realização de testagem rápida também na admissão, ou seja, a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B (se gestante sem esquema vacinal completo).

Deve-se solicitar, de rotina, o teste ELISA para HIV na primeira consulta pré-natal e na rotina de 3º trimestre, na dependência da autorização da grávida.

Em caso de positividade do ELISA, durante o pré-natal, confirmar com novo ELISA e Western-blot, em uma 2ª amostra.

Se positivos, encaminhar a gestante para atendimento para a unidade básica mais próxima de sua residência e acompanhamento pré-natal.

- A propedêutica fetal invasiva é contraindicada pelo significativo risco de contágio do feto.

Deve-se postergar, ao máximo, a prática da amniotomia na condução do parto transpélvico de pacientes soropositivas.

Evitar, se possível, toques vaginais repetidos, episiotomia ou parto operatório (fórcipe).

Durante o trabalho de parto, ou no dia da cesariana programada, manter os medicamentos antirretrovirais orais utilizados pela gestante, nos seus horários habituais, independentemente do jejum, ingeridos com pequena quantidade de água, inclusive durante o período de infusão venosa do AZT.

Utilizar antibiótico profilático materno, dose única de Cefazolina ou Cefalotina 2g IV, logo após a expulsão do feto no parto vaginal.

- A única droga que deve ser suspensa até 12 horas antes do início do AZT venoso é a d4T (Estavudina).

AZT endovenoso para a prevenção da transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical, para as gestantes infectadas pelo HIV com CV-HIV desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação, ou com histórico de má adesão ao tratamento mesmo com CV-HIV indetectável.



6.1 Indicações da via de parto

Gestantes com CV desconhecida ou >1.000 cópias/ml após 34 semanas: A cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical.

Gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo: Via de parto vaginal.

Gestantes com CV-HIV < 1.000 cópias/ml, porém detectável: Via de parto vaginal, se não houver contraindicação obstétrica. A profilaxia deve ser iniciada o mais precocemente possível após o nascimento, preferencialmente nas primeiras 4 horas de vida. A indicação da profilaxia após 48 horas do nascimento deve ser avaliada de forma individualizada.

- Para a definição do esquema profilático, a criança deverá ser classificada em ALTO ou BAIXO risco de exposição, conforme os critérios pré-estabelecidos (para maiores informações, vide nota informativa nº 6/2021-DCCI/SVS/MS).

Todo exame cujo resultado apresentar CV-HIV detectável, independentemente do valor de viremia, exigirá nova coleta imediata de CV-HIV. O segundo exame, no caso de uma primeira CV-HIV indetectável, deve ser 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.

Resultados positivos com Carga Viral abaixo de 5.000 cópias/ml devem ser cuidadosamente analisados, e não devem ser usados isoladamente para conclusão do diagnóstico de infecção pelo HIV, devido à possibilidade de um resultado falso-positivo.

A documentação da soroconversão da criança não infectada pelo HIV deve ser realizada com uma sorologia para HIV não reagente após 18 meses. A proporção de crianças que soro convertem em até 12 meses de idade é de 95%, ficando a critério médico a solicitação de sorologia nessa idade.

Para o manejo clínico de crianças confirmadamente infectadas e esclarecimento de outras dúvidas quanto ao diagnóstico infantil, deve-se consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Pediatria, disponível em <http://www.aids.gov.br>



6.2 Seguimento (conduta no puerpério)

Amamentação contraindicada e a mãe deve ser enfaticamente orientada sobre os cuidados necessários para evitar a exposição do recém-nato ao seu sangue e fluidos corporais.

Compressão (enfaixamento) das mamas, se possível ainda na sala de parto.

Compressa gelada por 10 minutos, a cada 6 horas, durante 24 horas.

- A lactação pode ser inibida com o uso de cabergolina 1,0 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg).

7 ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO

HIV/AIDS é doença de notificação compulsória.

A notificação deve ser registrada, por meio do preenchimento da ficha de notificação (figura 1), que se encontra disponível em diversos setores da maternidade e também no link:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIV_v5.pdf

Pacientes diagnosticados com AIDS devem ter notificação em ficha própria, disponível em:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5.pdf

A ficha de investigação deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu a paciente, e então ser encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), ramal 214.

- ✓ Caberá ao NVEH da ME da UFRJ fazer o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A subnotificação de casos de gestante infectadas pelo HIV no Sinan se reflete negativamente na programação orçamentária, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos, serviços laboratoriais e assistenciais, entre outras ações de vigilância.



A criança exposta ao HIV consta como situação de notificação compulsória.

A notificação deve ser registrada, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação (figura 2), que se encontra disponível em diversos setores da maternidade e também no link: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201707/25144030-ficha-de-notificacao-crianca-exposta-ao-hiv-sinan.pdf>

- ✓ A ficha de investigação deverá ser preenchida pelo profissional que atendeu o RN, e então ser encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), ramal 214.
- ✓ Caberá ao NVEH da ME da UFRJ fazer o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).



Figura 1 - Ficha de Notificação Gestante Exposta ao HIV

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		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		3	Código (CID10)
	4	UF	5	Município de Notificação	6
Notificação Individual	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8	Código
	9	Nome do Paciente		10	Data de Nascimento
	11	(ou) Idade		12	Sexo
Dados de Residência	13	Escolaridade		14	Gestante
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe
	17	UF		18	Município de Residência
Dados Complementares do Caso	19	Código (IBGE)		20	Distrito
	21	Bairro		22	Logradouro (rua, avenida,...)
	23	Número		24	Complemento (apto., casa, ...)
Ant. epid. mãe/ HIV	25	Geo campo 1		26	Geo campo 2
	27	Ponto de Referência		28	CEP
	29	(DDD) Telefone		30	Zona
Pré-Natal	31	Ocupação		32	Evidência laboratorial do HIV:
	33	Fez/ Faz pré-natal		34	1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto
	35	UF		36	Município de realização do Pré-Natal
Parto	37	Código (IBGE)		38	Unidade de realização do pré-natal:
	39	Nº da Gestante no SISPRENATAL		40	Código
	41	Uso de anti-retrovirais para profilaxia		42	37 - N° da Gestante no SISPRENATAL
Investigador	43	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia		44	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	45	Data do parto:		46	43 - Data do parto:
	47	Tipo de parto		48	44 - Tipo de parto
Investigador	49	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		50	45 - Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto
	51	Evolução da gravidez:		52	46 - Evolução da gravidez:
	53	Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):		54	47 - Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):
Município/Unidade de Saúde					
Cód. da Unid. de Saúde					
Nome					
Função					
Assinatura					
Gestante HIV +					
Sinan NET					
SVS 17/07/2006					



Figura 2 - Ficha de Notificação Criança Exposta ao HIV (frente)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº						
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV										
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/doença		Código (CID10)	3					
	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Z 20.6	Data da Notificação						
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)					
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7					
				Data de Diagnóstico						
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante				
	13	Raça/Cor		14	Escolaridade					
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe					
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito			
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24
Dados de Residência	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP			
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	30	Pais (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado							
Dados Complementares do Caso										
Antec. Epid. da Mãe/Nutriz	31	Idade da mãe/nutriz	32	Escolaridade da mãe/nutriz	33	Raça/cor da mãe/nutriz	34	Ocupação da mãe/nutriz		
			0-Analfabeto 1-1ª 4ª série incompleta do EF 2- 4ª série completa do EF 3-5ª a 8ª série incompleta do EF 4-Ensino fundamental completo 5-Ensino médio incompleto 6-Ensino médio completo 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado							
	35	Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		36	Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto					
Investigação da criança exposta ao HIV	37	Nº da Declaração de Nascido Vivo		38	Tipo de parto					
			1 - Parto vaginal 2 - Parto cesáreo 9 - Ignorado							
	39	UF	40	Município do local de nascimento	Código (IBGE)	41	Local de nascimento (Unidade de Saúde)	Código		
Investigação da criança exposta ao HIV	42	Aleitamento materno		43	Aleitamento cruzado		44	Uso de profilaxia com anti-retroviral oral		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Alimentação mista 9 - Ignorado		1 - sim 2 - não 9 - ignorado		1 - sim 2 - não 9 - ignorado					
	45	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):								
Investigação da criança exposta ao HIV	46	Dados laboratoriais da criança		47	Teste de triagem anti-HIV		48	Teste de triagem anti-HIV		
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado		Data da coleta		Data da coleta		Data da coleta			
	49	1º Teste de detecção de ácido nucléico		50	2º Teste de detecção de ácido nucléico		51	3º Teste de detecção de ácido nucléico		
Criança exposta ao HIV						Sinan NET		SVS 18/05/2009		



Figura 2 - Ficha de Notificação Criança Exposta ao HIV (verso)

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

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:
Na ausência de informação, usar categoria ignorada.
7 - Anotar a data do diagnóstico. Entende-se como data do diagnóstico a data de nascimento da criança ou nos casos de exposição por amamentação cruzada, será a data de início da amamentação (quando o início da amamentação não for conhecido, deverá registrar nesse campo o 1º dia do mês e ano referente ao período aproximado da exposição). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO.
8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como Filho de: (nome da mãe).
16 - Preencher com o nome completo da Mãe do paciente (sem abreviações).
Os campos 31 a 36 devem ser preenchidos com os dados da mãe. No caso de criança exposta ao HIV e que teve aleitamento cruzado, preencher com os dados da nutriz.
35 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação
1 - assinalar na situação em que a gestante fez monoterapia com AZT ou profilaxia com TARV independente da semana gestacional ou TARV/tratamento segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.
2 - gestante não realizou profilaxia/tratamento com monoterapia ou TARV.
3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado
9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.
36 - Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto.
1 - assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/Aids.
2 - parturiente não realizou profilaxia/tratamento
3 - assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado
9 - Não foi possível, após a investigação, informar se a parturiente realizou profilaxia/tratamento.
38 - Tipos de parto: assinalar se o parto foi do tipo vaginal, ou do tipo Cesáreo, ou ignorado quando, após a investigação, não foi possível identificar o tipo de parto.
42 - Aleitamento materno, assinalar: 1 - criança foi amamentada exclusivamente (independente do tempo); 2 - criança não foi amamentada; 3 - alimentação mista; 9 - não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.
43 - Aleitamento cruzado, assinalar: 1 - a criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2 - não houve amamentação cruzada; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.
44 - Uso de profilaxia com anti-retroviral oral, assinalar: 1 - criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde; 2 - criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral; 9 - não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.
45 - Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar = 4, se for ignorado registrar = 9.
46 - Dados laboratoriais da criança
São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: várias gerações de ensaio por imunoborbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático com quimioluminescência.
São testes confirmatórios: imonofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e amplificação sequencial de ácidos nucleicos (Nucleic Acid Sequence Based Amplification, NASBA).
Para as crianças menores de 18 meses de idade, exposta ao HIV por transmissão vertical, considera-se criança infectada quando houver a presença de RNA ou DNA obtidas em momentos diferentes.
A - Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica.
A.1 - Para as crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).
A.2 - Crianças com 18 meses de idade ou mais, expostas ao HIV por transmissão vertical, serão consideradas infectadas pelo HIV quando uma amostra de soro for positiva em um (1) teste de triagem ou um (1) confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápido.
47 - Evolução do caso
1 - Criança infectada: quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagente após os 18 meses;
2 - Criança não infectada: quando duas amostras que apresentam resultados abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4º mês de vida) e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.
3 - Perda de seguimento: quando o serviço perde contato com a criança, antes de se estabelecer a conclusão do diagnóstico laboratorial.
4 - Caso em andamento: quando o serviço de saúde ainda não dispõe dos resultados laboratoriais para a definição do status sorológico da criança.
5 - Transferência para outro Município e/ou Estado: assinalar se o acompanhamento/tratamento da criança foi transferido para outro Município e/ou Estado.
6 - Óbito por HIV/Aids: quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à aids.
7 - Óbito por outras causas: quando o óbito ocorreu por outras causas não relacionadas à aids.
48 - Informar a data em que ocorreu o encerramento da investigação da criança exposta ao HIV.

Criança exposta ao HIV Sinan NET SVS 18/05/2009



8 INDICADORES

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) disponibiliza aos gestores e profissionais de saúde, assim como aos interessados na produção e análise epidemiológica, painéis de indicadores e dados básicos sobre os agravos de responsabilidade do Departamento, com estratificações por UF e/ou municípios e outros recortes de interesse para a análise dos dados.

Os painéis compreendem um conjunto de indicadores construídos tendo como fontes de dados as notificações compulsórias de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), além de dados de qualidade da informação no Sinan, os registros dos casos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), dados populacionais dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no site do DATASUS, e outros dados provenientes dos sistemas de monitoramento do Departamento.

A qualidade de cada indicador apresentado depende, principalmente, das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como a frequência dos casos, o tamanho da população dos municípios e os recortes avaliados. Assim, é necessária cautela na interpretação dos diversos dados apresentados, em especial quando estes se referem a populações reduzidas.

O Ministério da Saúde disponibiliza tais dados no Painel de Indicadores Epidemiológicos: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Protocolo de conteúdo passível de mudanças de diretrizes e definições em virtude de variações de características clínicas e/ou epidemiológicas de doenças e/ou agravos. As publicações do site institucional da Maternidade Escola preconizam atualizações constantes em conteúdo de seus protocolos e fluxogramas. Dentro do exposto, sugerimos frequentes pesquisas no site do Ministério da Saúde para acompanhamento de novos conteúdos, notas técnicas e ofícios.



REFERÊNCIAS

- BEKKER, L.-G. et al. **HIV infection. Nature Reviews Disease Primers**, v. 9, n. 1, p. 42, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**. Brasília, DF, 2023.
- BROYLES, L. N. et al. **The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review**. *The Lancet*, v. 402, n. 10400, p. 464–471, 2023.
- DA PENHA, L. B. S. et al. **Material educativo como apoio a assistência de gestantes HIV+ no pré-natal, parto e puerpério**. *Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 4, p. 13219–13233. 2023.
- DUARTE, G. et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, p. e2020834, 2021.
- FOWLER, M. G.; SIMONDS, R. J.; ROONGPISUTHIPONG, A. **Update on perinatal HIV transmission**. *Pediatric Clinics of North America*, v. 47, n. 1, p. 21–38, 2000.
- LUCAS, M. C. V.; BÖSCHEMEIER, A. G. E.; SOUZA, E. C. F. D. **Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33053, 2023.
- MCGOWAN, J. P. **Prevention of perinatal HIV transmission during pregnancy**. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, v. 46, n. 5, p. 657–668. 2000.
- DUARTE, G. de. HIV/AIDS e Gravidez. In: REZENDE FILHO, J. de. **Rezende Obstetrícia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p.642-656.