



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 responsabilização 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 contra-indicação 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 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)	3 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
Dados de Residência	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13	Escolaridade		13 Raça/Cor
	14	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19	Distrito		
Dados Complementares do Caso	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)
	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			
Dados Pré-Natal	Pré-Natal			
	33	Fez/ Faz pré-natal	34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal
	1 - sim 2 - não 9 - ignorado		Código (IBGE)	
	36	Unidade de realização do pré-natal:		Código
Parto	37	Nº da Gestante no SISPRENATAL		38
	Uso de anti-retrovirais para profilaxia		39	Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Investigador	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		1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica	
	45	Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto		46
1 - sim 2 - não 9 - ignorado		Evolução da gravidez:		
1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica				
47		Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas):		
1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado				
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		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Código (CID10) Z 20.6			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data de Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS			
Dados de Residência	16 Nome da mãe		17 UF			
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso						
Antec. Epid. da Mãe/Nutriz	31 Idade da mãe/nutriz Anos		32 Escolaridade da mãe/nutriz 0-Analfabeto 1-1ª 4ª série incompleta do EF 2- 4ª série completa do EF 3-5ª à 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			
	33 Raça/cor da mãe/nutriz 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		34 Ocupação da mãe/nutriz			
	35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
Investigação da criança exposta ao HIV	36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	37 Nº da Declaração de Nascimento 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):		
	42 Aleitamento materno: 1 - Sim 2 - Não 3 -Alimentação mista 9 - Ignorado		43 Aleitamento cruzado: 1-sim 2 - não 9 - ignorado		44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	
	45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas): 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado					
46 Dados laboratoriais da criança 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado						
1º Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta	Teste de triagem anti-HIV		Data da coleta	
2º Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta	Teste confirmatório anti-HIV		Data da coleta	
3º Teste de detecção de ácido nucléico		Data da coleta	Teste rápido 1		Data da realização	
			Teste rápido 2			

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.