

Nota Técnica nº 01/SEMUS/SUPAVS/2020

Organizar o manejo Clínico e Fluxo de Acompanhamento de Gestante vivendo com HIV e das crianças expostas ao HIV.

Considerando a epidemia da Aids ter trazido grandes transtornos ao mundo, bem como repercussões para o indivíduo portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Considerando a Lei municipal Nº 2.537, de 03 de Janeiro de 2020 que garante à gestante o direito a realização gratuita e prioritária de exames de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e dá outras providências.

Considerando que a transmissão vertical (de mãe para filho) ocorre quando o conceito adquire o HIV pelo contato com sangue e/ou secreção vaginal infectados durante a gestação, trabalho de parto ou aleitamento materno (no pós-parto).

Considerando que a transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável, no Brasil, por 86,2 % do total de casos em menores de 13 anos.

Considerando que a prevenção da transmissão vertical inicia-se desde o manejo adequado da gestante quanto do recém-nascido.

A Coordenação Técnica das Doenças Infectocontagiosas, por meio da Coordenação Técnica (Gerência) de Vigilância Epidemiológica, através desta nota técnica, orienta sobre o manejo e a linha de cuidado das gestantes vivendo com HIV, crianças expostas ao vírus e crianças vivendo com HIV na Rede de Saúde de Palmas-To.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA INFECÇÃO PELO HIV NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO:

Toda gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para prevenção da transmissão vertical para o bebê;

O município de Palmas recomenda que a testagem seja realizada nos três trimestres de gestação ou em história de exposição de risco/violência sexual. A testagem rápida deve ocorrer também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto;

Toda gestante vivendo com HIV, deve ser orientada a não amamentar o Recém-Nascido (RN), para evitar o risco de transmissão vertical;

A gestante com resultado reagente após a realização dos exames de teste rápido (T1 e T2), deve ser notificada para HIV adulto e HIV gestante, além de ser encaminhada via sistema Sisreg para o Núcleo de Assistência Henfil (SAE).

Seu acompanhamento será compartilhado entre o SAE e Atenção Primária, de acordo com o fluxo a seguir:

ABORDAGEM DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV:

O atendimento das crianças expostas ao HIV deve ser realizado de forma compartilhada entre os serviços especializados em HIV/Aids e Atenção Primária à saúde (puericultura);

A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber a fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar seis meses de idade. Esse prazo pode ser estendido conforme avaliação de casos específicos;

O RN deve receber AZT solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida.

As crianças expostas ao HIV, devem seguir uma rotina de acompanhamento pelos especialistas de acordo com o fluxo a baixo:

O acompanhamento deve ser feito pela equipe de saúde na Atenção Primária através da puericultura. De acordo com protocolos específicos, é recomendado que sejam feitas pelo menos sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. A quantidade de consultas pode variar a depender da vulnerabilidade clínica, social e familiar, logo a criança deve ser estratificada em cada consulta de puericultura.

Recomenda-se que as crianças expostas ao HIV e não infectadas realizem acompanhamento periódico anual com especialista até o final da adolescência, pois estas tendem a apresentar mais infecções bacterianas e quadros mais graves quando comparadas às crianças não expostas ao HIV.

Tem-se a necessidade de realização de um conjunto de exames baseados na necessidade do monitoramento de efeitos adversos devidos à exposição intrauterina e pós-natal aos ARV, bem como na importância da identificação precoce das repercussões sistêmicas da infecção pelo HIV (Quadro 1);

Quadro 1 – Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas verticalmente ao HIV:

Exames	Idade				
	Ao nascer ou na primeira consulta ambulatoria.	1-2 meses	4- meses	6-12 meses	18- meses
Hemograma	x	x	x	x	x
AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina	x	x	na	na	x
Glicemia	x	x	x	na	x
Sorologia HIV	na	na	na	na	x

CV-HIV	na	na	x	na	na
TORCH	x	na	na	na	na
Sífilis (VDRL, RPR)	x	na	na	na	na
Anti-HBs	na	na	na	x	na
Sorologia anti-HCV	na	na	na	na	x
Sorologia para HTLV 1/2	na	na	na	na	x
Sorologia para doença de Chagas	na	na	na	na	x
NA: Não aplicável					

Fonte: DIAHV/SVS/MS

As crianças expostas verticalmente ao HIV devem receber as vacinas indicadas no [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV](#) em crianças e adolescentes até os 18 meses de idade. Após essa faixa etária, crianças negativas para o HIV devem seguir o esquema básico vacinal da criança, recomendado pelo PNI

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV:

A passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo IgG anti-HIV, principalmente no terceiro trimestre de gestação, interfere no diagnóstico da infecção vertical. Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade na criança. Portanto, a detecção de anticorpos anti-HIV não é suficiente para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses, sendo necessária a realização de testes que detectem o material genético do vírus, como a quantificação da carga viral (CV-HIV). O diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças é orientado de acordo com a faixa etária.

Quadro 2 – Diagnóstico de acordo com a faixa etária:

Condição	Exames	Período	Finalização do caso
Idade inferior ou igual a 18 meses que receberam profilaxia ¹	2 exames de Carga Viral (CV)	Primeira CV: Duas semanas após o término da profilaxia com Antirretroviral (ARV) Segunda CV: Pelo menos seis semanas após o término da profilaxia	Criança infectada pelo HIV: dois resultados consecutivos de CV-HIV acima de 5.000 cópias/mL. Criança sem indício de infecção: dois resultados consecutivos de CV de até 5.000 cópias/mL.
Idade inferior ou igual a 18 meses que não receberam profilaxia	2 exames de CV	Primeira CV: Imediatamente após a identificação do caso ² Segunda CV: Se o resultado do primeiro	Criança infectada pelo HIV: dois resultados consecutivos de CV-HIV acima de 5.000 cópias/mL. Criança sem indício de infecção: dois resultados consecutivos de CV de até

		exame for de até 5.000 cópias/mL, a segunda CV deve ser repetida com intervalo mínimo de quatro semanas.	5.000 cópias/mL.
idade inferior ou igual a 18 meses que foram amamentadas	2 exames de CV	Primeira CV: Imediatamente antes do início da Profilaxia Pré-Exposição (PREP) ³ Segunda CV: Seis semanas após o início da PEP	Criança infectada pelo HIV: dois resultados consecutivos de CV-HIV acima de 5.000 cópias/mL. Criança sem indício de infecção: dois resultados consecutivos de CV de até 5.000 cópias/mL.
Idade superior a 18 meses	Sorologia Anti-HIV ou Teste Rápido	Imediatamente após a suspeita	Criança infectada pelo HIV: Sorologia Anti-HIV ou Teste Rápido Reagente Criança sem indício de infecção: Sorologia Anti-HIV ou Teste Rápido Não Reagente

¹ Se a primeira CV tiver um resultado acima de 5.000 cópias/mL, esta deve ser repetida imediatamente para confirmação. Caso o resultado da primeira CV fique abaixo de 5.000 cópias/mL, deve-se realizar nova coleta após quatro semanas da primeira coleta. Se os resultados entre a primeira e a segunda CV forem discordantes, uma terceira amostra deverá ser coletada imediatamente

² Se o resultado for acima de 5.000 cópias/mL, repete-se o exame em seguida e, se o resultado do segundo exame se mantiver acima de 5.000 cópias/mL, considera-se a criança infectada.

³ Se o resultado do primeiro exame for de até 5.000 cópias/mL, a segunda CV-HIV deve ser repetida com intervalo mínimo de quatro semanas.

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Recomendações:

Para as crianças que foram amamentadas, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação, a realização do exame de CV-HIV e o início da profilaxia (PEP) simultaneamente à investigação diagnóstica.

CRIANÇA INFECTADA COM HIV:

Os profissionais responsáveis pelo cuidado das crianças e adolescentes devem manter elevado grau de suspeita clínica e investigar a possibilidade de infecção pelo HIV quando se apresentarem quaisquer das manifestações clínicas: Infecções recorrentes de vias aéreas superiores, inclusive sinusite ou otite; Linfadenomegalia generalizada, hepatomegalia e/ou esplenomegalia; Parotidite recorrente; Pneumonias de repetição; Monilíase oral persistente; Diarreia recorrente ou crônica; Déficit ponderal e de estatura; Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; Febre de origem indeterminada.

As crianças e adolescentes que tiverem diagnóstico confirmado permanecem no cuidado compartilhado (SAE - Atenção Primária).

Assim que a criança for diagnosticada como infectada pelo HIV o tratamento deve ser iniciado imediatamente, entretanto a adesão ao tratamento para crianças é mais complexa do que as ações destinadas a adultos. Esforços para maximizar a eficácia do tratamento nesta população devem levar em conta as características da criança, do cuidador, da família e do regime terapêutico, além de aspectos socioculturais (Quadro 3).

Quadro 3 – Estratégias para adesão a TARV em crianças:

Para uma boa adesão a TARV pela criança
Fornecer informações sobre HIV/aids e a importância do tratamento para a manutenção da qualidade de vida da criança/adolescente
Identificar o responsável pela administração e supervisão da ingestão do medicamento
Identificar possíveis barreiras a uma boa adesão
Orientar os cuidadores sobre formas de “mascarar” o sabor desagradável dos medicamentos, administrando-os com alimentos ou outros aromas
Aplicar reforços positivos e pequenos incentivos para a tomada de medicamentos podem ser instrumentos eficazes para promover a adesão entre os mais jovens
Adequar o esquema terapêutico à realidade do paciente, levando em consideração os horários de escola e as atividades cotidianas da criança/adolescente
Avaliar se a criança tem capacidade para engolir o comprimido e oferecer treinamento, se necessário
Escolher o esquema mais simples e palatável possível, reduzindo a frequência das tomadas e o número de comprimidos

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Toda criança menor que 13 anos infectada deve ser notificada para AIDS em menores de 13 anos. A notificação deve ser feita em qualquer fase da vida da criança quando do diagnóstico, ou retroativamente, assim que identificada a falta de notificação.

Em relação às imunizações, é necessário levar em consideração a situação clínica e imunológica de cada criança e adolescente ao indicar a vacinação seguindo as recomendações do [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV](#).

O calendário deve ser adaptado às circunstâncias operacionais e epidemiológicas existentes. É aplicado em sua totalidade às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV. Calendário de vacinação indicado para as crianças e adolescentes vivendo com HIV (Quadro 4).

Quadro 4 - Calendário de vacinação indicado para as crianças e adolescentes vivendo com HIV

GRUPO ALVO	IDADE	BCG	HEP B	PENTA / DTP	HIB	VIP	PNEUMO 10	ROTAVÍRUS	MENINGO C	INFLUENZA	FEBRE AMARELA	HEP A	TRÍPLICE VIRAL	VARICELA	PNEUMO 23	HPV	DUPLA ADULTO	DTPA*
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer															
	2 meses			1ª dose (com Penta)		1ª dose	1ª dose	1ª dose										
	3 meses								1ª dose									
	4 meses			2ª dose (com Penta)		2ª dose	2ª dose	2ª dose										
	5 meses								2ª dose									
	6 meses			3ª dose (com Penta)		3ª dose	3ª dose			1ª dose								
	7 meses									2ª dose								
	9 meses										uma dose							
	12 meses						Reforço		Reforço			1ª dose	1ª dose	1ª dose				
	15 meses			1ª reforço (com Penta)		1ª reforço							2ª dose	2ª dose				
	18 meses										2ª dose							
	24 meses														Uma dose ⁽ⁱⁱ⁾			
	4 anos			2ª reforço (com DTP)		2ª reforço												
	6 anos								Reforço									
	9 anos																	
Adolescente	10 a 19 anos		4 doses ⁽ⁱ⁾		2 doses ^(i,ii)				Reforço ou 2 doses ^(i,ii)	Uma dose a cada ano	Dose única ⁽ⁱ⁾	2 doses ⁽ⁱ⁾	2 doses ^(i,ii)	2 doses ^(i,ii)	1 dose ^(i,ii)	3 doses	Reforço a cada 10 anos	
Adolescente gestante ⁽ⁱ⁾																	3 doses ⁽ⁱ⁾	Uma dose ⁽ⁱⁱ⁾

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Referências:

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Equipe Técnica Responsável Pela Elaboração:

Ana Paula Barbosa de Brito - Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas

Cristina Silvana da Silva Vasconcelos - Coordenação Técnica Ciclos de Vida

Valéria Paranaguá - Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Marta Maria Malheiros - Bióloga - Diretoria de Vigilância em Saúde
Luciana Noletto Silva Moreschi - Gerência de Vigilância Epidemiológica
Eduardo Silva - Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas
Raiane Silva Mocelai – Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva/Analista em Saúde da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas;
Iêda Fátima Batista Nogueira - Assistente Social Analista em Saúde;
Jackelaynne Coelho Eufrázio - Psicóloga Especialista em Saúde da Família e Comunidade/Residente em Saúde Coletiva da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas;
Natália Lorrayne Moraes Ferreira - Psicóloga Residente em Saúde Coletiva da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas;
Alcinéia Ferreira Santos - Enfermeira Analista em Saúde da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas; Fernanda Maria Fernandes do Carmo Rodrigues - Biomédica Analista em Saúde da Coordenação Técnica de Doenças Infectocontagiosas.

DOCUMENTO	REVISADO	E	ATESTADO	EM
/	/	/	POR	
_____ ASSINATURA				
_____ CARGO				
ENCAMINHA-SE	PARA	ASSINATURA	DO	
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE				