



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"

NOTA TÉCNICA SESAU Nº 3/SESAU/CGVS/DVE/DSTAIDS

ASSUNTO: Fluxo da assistência, diagnóstico e tratamento de crianças expostas ao HIV/AIDS e para pacientes menores de 13 anos de idade com HIV/AIDS na rede de serviços do estado de Roraima.

1. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função de sua transcendência e seu caráter pandêmico.¹

A infecção pelo HIV, sem tratamento, pode evoluir para AIDS, resultando em grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T-CD4+, uma das principais células-alvo do HIV.¹

É muito importante, principalmente, em relação a crianças e adolescentes, faixa etária que vem apresentando aumento significativo na incidência da infecção pelo HIV, fortalecer as informações sobre o início da atividade sexual, transmissibilidade do vírus, sexo seguro e prevenção da gravidez não planejada, entre outras, que também são imprescindíveis para fortalecer a confiança e melhorar a autoestima principalmente dos adolescentes que vivem com HIV e suas possíveis parcerias sexuais, bem como, prevenir novos casos da infecção.²

O olhar atento e cuidadoso de profissionais e equipes multiprofissionais deve acontecer desde o início do processo de acolhimento, investigação ou revelação diagnóstica. Deve-se considerar a importância da adesão, vinculação, retenção e seguimento das crianças e adolescentes. Os cuidados devem ir além do manejo do HIV para garantir que crianças e adolescentes desenvolvam todo seu potencial de crescimento, respeitando sua condição peculiar de uma pessoa em desenvolvimento.²

1. Situação Epidemiológica no Brasil e em Roraima^{2,3}

Segundo o Ministério da Saúde, de 2015 até junho de 2024, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 68.152 casos de crianças expostas ao HIV no Brasil – criança nascida de mulher vivendo com HIV (exposta ao HIV durante a gestação ou parto), ou que tenha sido amamentada por mulher infectada pelo HIV –, sendo 24.287 (35,6%) na região Sudeste, 16.131 (23,7%) na região Nordeste, 15.616 (22,9%) na região Sul, 8.110 (11,9%) na região Norte e 3.996 (5,9%) na região Centro-Oeste.

Em 2023, foram notificados 6.732 casos de crianças expostas, onde 49,6% eram crianças do sexo masculino, 97,4% tinham menos de 1 ano de vida, sendo 92,0% de crianças com menos de 7 dias.

A taxa de detecção de AIDS em crianças menores de 5 anos de idade apresentou uma redução de 60,2%, exceto na redução norte que um crescimento de 14,7% passando de 2,1 para 2,4 casos por 100 mil habitantes.

Em Roraima, de 2014 a 2023 foram notificados 716 casos de gestante HIV+ e 560 crianças expostas ao HIV, ou seja, uma diferença de 156 casos de crianças nascidas de mães soropositivas a mais e uma diferença de 21,79% provavelmente devido a subnotificação de casos. No ano de 2015 apresentou um pico de 95 casos notificados o outro pico em 2023 com 87 casos, o que pode estar relacionado a intensificação da testagem rápida dentro da maternidade.

2. DEFINIÇÃO DE CASO¹

- **Definição de caso de infecção pelo 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 caso de AIDS em indivíduos menores 13 anos de idade:**

3. IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS MENORES DE 18 MESES^{1,5}

A identificação precoce da criança infectada verticalmente – a transmissão vertical do HIV acontece pela passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação – é essencial para o início da terapia antirretroviral (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 no bebê. Portanto métodos que realizam a detecção de anticorpos (Teste Rápido – 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.

3.1. 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, indica-se a **coleta imediata para realização de DNA pró-viral (preferencialmente) ou de nova carga viral**. Se o resultado de DNA pró-viral se apresentar detectável ou o **resultado da segunda carga viral for igual ou superior a 100 cópias/mL**, considera-se que houve transmissão vertical do HIV à criança.

4. MEDIDAS DE PREVENÇÃO A SEREM ADOTADAS PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV^{1,4}

A Transmissão Vertical do HIV pode ser reduzida para menos de 2% com a adoção das medidas eficazes de prevenção. Entre essas medidas, é importante a testagem para HIV na rotina do pré-natal da gestante, que deve ser realizada na primeira consulta (idealmente, no primeiro trimestre da gestação) e no início do terceiro trimestre, na admissão para o parto, em situações de violência sexual ou história de exposição de risco, de forma a proporcionar o diagnóstico precoce. Também deve ser realizada a oferta de teste anti-HIV para todas as parcerias sexuais. Além disso, para mulheres que não foram diagnosticadas com HIV no pré-natal, no parto e no puerpério, deve-se reforçar o uso do preservativo nas relações sexuais durante todo o período, incluído o de amamentação.

Em relação às gestantes vivendo com HIV, a TARV deve ser oferecida independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deve ser suspensa após o parto. O manejo clínico e laboratorial das crianças expostas, além da não amamentação, também constitui ações essenciais de prevenção.

A primeira coleta de carga viral em crianças expostas ao HIV materno, imediatamente após o nascimento, contribui para o diagnóstico precoce de infecção pelo HIV, antecipa o início de TARV nas crianças infectadas e previne a evolução para a AIDS.

Para mais informações sobre prevenção da transmissão vertical, consultar o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais* e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes*, disponíveis em: [Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas \(PCDTs\) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](#).

5. ASSISTÊNCIA E DIAGNÓSTICO^{1,5}

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em crianças é de grande importância, uma vez que nesta faixa etária, principalmente naquelas infectadas no útero ou durante o parto, ocorre progressão mais rápida da doença. A suspeita da infecção pelo HIV deve partir do vínculo epidemiológico (exposição ao HIV na gestação, parto ou aleitamento materno) ou ser sempre considerada em crianças de todas as faixas etárias que apresentem as manifestações clínicas, independente do diagnóstico materno.

Diante da suspeita clínica, o profissional de saúde deve iniciar, imediatamente, a investigação laboratorial para infecção pelo HIV. Além disso, o(a) responsável pela criança ou adolescente deve ser orientado(a) sobre a suspeita da infecção e os passos da investigação, a fim de manter o seguimento até a definição do caso.

Em Roraima o acompanhamento das crianças e/ou adolescentes independente da faixa etária é realizado exclusivamente no Serviço de Assistência Especializada – SAE, localizado Rua Coronel Pinto nº 636 – Centro (anexo à Policlínica Coronel Mota).

- Em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, o diagnóstico da infecção pelo HIV NÃO deve ser realizado pela detecção de anticorpos anti-HIV (Testes Rápidos -TR).

- Para o diagnóstico em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, são disponibilizados os exames de Carga Viral do HIV e de DNA pró-viral do HIV.

O início da profilaxia antirretroviral, indicada para todas as crianças expostas ao HIV, deve ser realizada ainda na sala de parto, após os cuidados imediatos, **de preferência nas primeiras quatro horas após o nascimento**. Para toda carga viral do HIV (CV-HIV) cujo resultado apresentar-se detectável, independentemente do valor de viremia, deverá ser indicada a coleta imediata para realização de DNA pró-viral (preferencialmente) ou para uma nova CV-HIV. Neste fluxo:

- com o resultado de **DNA pró viral apresentando-se detectável** ou o resultado da segunda **CV-HIV for igual ou superior a 100 cópias/mL**, finaliza-se a investigação diagnóstica e considera-se que houve transmissão vertical do HIV à criança;
- caso o resultado da **segunda CV-HIV seja inferior a 100 cópias/mL**, deverá ser realizada a **coleta imediata de DNA pró-viral**. Caso este apresente-se detectável, finaliza-se a investigação diagnóstica, considerando-se que houve transmissão vertical do HIV à criança;
- caso o resultado da **CV-HIV (primeira ou segunda) ou do DNA pró-viral** seja não detectável, as crianças deverão continuar em investigação, conforme os períodos recomendados de novas coletas de CV-HIV para definição diagnóstica descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Seguimento laboratorial da criança exposta ao HIV para coleta de CV-HIV

EXAME	QUANDO COLETAR
CV HIV	Ao nascimento
	14 dias de vida
	2 semanas após término da profilaxia (6 semanas de vida)
	8 semanas após término da profilaxia (12 semanas de vida)

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.

Quando for identificada criança com **CV-HIV detectável**, o tratamento preemptivo dessa criança deve ser iniciado imediatamente, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada à AIDS. **O tratamento preemptivo deve ser mantido até a definição diagnóstica.**

Ainda, deve-se atentar para a recomendação de que a coleta de amostra para o exame de genotipagem do HIV deve ser realizada no mesmo momento da coleta para um dos exames complementares (DNA pró-viral ou segunda CV-HIV), para otimizar a oportunidade de acesso. No entanto, o exame de genotipagem do HIV somente deverá ser executado pelo laboratório se o resultado de DNA pró-viral for detectável ou da segunda CV-HIV for igual ou superior a 100 cópias/mL.

Crianças cujo resultado de DNA pró-viral seja não detectável e permaneçam no período de profilaxia antirretroviral após a exposição, por 28 dias, devem permanecer com os três antirretrovirais até completar o prazo recomendado. Aquelas que estavam em profilaxia apenas com zidovudina (AZT) e modificaram para o tratamento com três medicamentos antirretroviral devem permanecer com o esquema completo (com os três medicamentos).

Quando for identificada uma criança exposta que não coletou a CV-HIV no momento adequado, o exame deverá ser coletado imediatamente. Após esta primeira investigação, conforme as orientações anteriores, as próximas coletas deverão seguir o fluxo e os tempos para cada faixa etária.

Assim, a criança será considerada positiva para infecção pelo HIV (*status* de CVHA) quando apresentar:

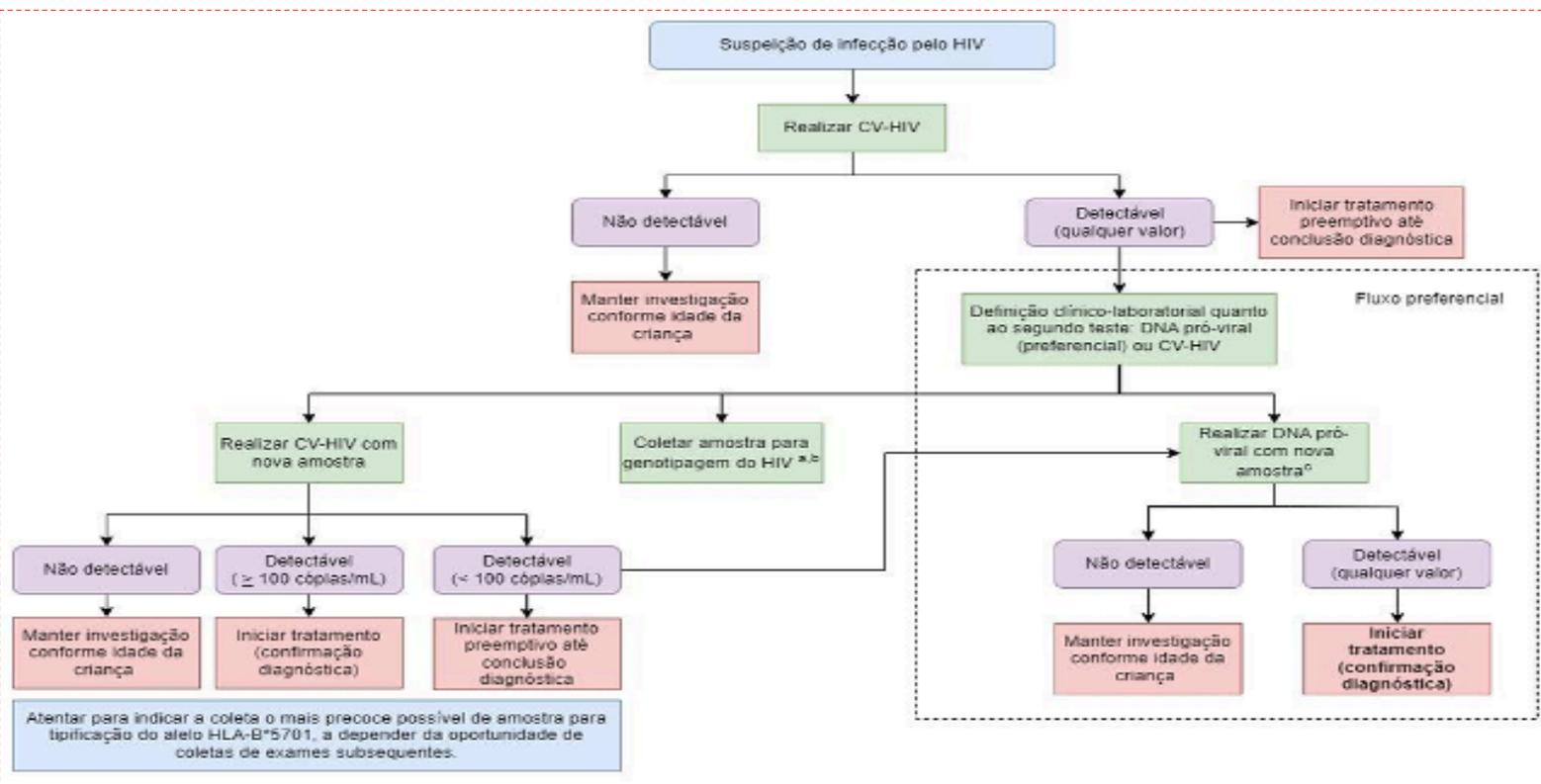
- Um resultado de carga viral do HIV (CV-HIV) **detectável** seguido de um exame de DNA pró-viral **detectável**

385.

- Dois resultados de carga viral do HIV (CV-HIV) **detectáveis**, sendo o segundo com valor igual ou superior a 100 cópias/mL

Para fins de definição diagnóstica de crianças expostas com idade inferior ou igual a 18 meses, nas quais a investigação de infecção pelo HIV iniciou-se no nascimento; recomenda-se seguir o algoritmo descrito na **Figura 1**.

Figura 1 - Algoritmo de conduta em criança exposta ao HIV com idade inferior ou igual a 18 meses, com investigação de infecção pelo HIV desde o nascimento.



Fonte: DATHI/SVSA/MS.

a. A amostra deve ser coletada logo após a CV-HIV detectável, mas o exame somente será realizado após conclusão diagnóstica;

b. Somente será realizado o exame de genotipagem se o resultado da primeira CV-HIV for superior a 500 cópias/mL.

c. A decisão clínica deverá considerar que o limite de detecção para a metodologia utilizada no exame de DNA pro-viral é de 300 cópias/mL.

Obs.: Não postergar o início ou manutenção da terapia antirretroviral até o resultado da genotipagem do HIV.

Obs.: Atentar para indicar coleta o mais precoce possível de amostra para tipificação do alelo HLA-B*5701, a depender da oportunidade de coletas de exames subsequentes.

A infecção pelo HIV pode ser excluída presumivelmente quando a criança não está sendo amamentada, está assintomática e sem evidências clínicas de imunodeficiência, e com pelo menos duas CV-HIV indetectáveis, após o término da profilaxia antirretroviral.

Neste caso, também pode ser indicada a suspensão da profilaxia primária e mantida a investigação para exclusão definitiva do diagnóstico da infecção pelo HIV.

Na presença de sinais e sintomas de infecção pelo HIV, mesmo que a mãe não apresente diagnóstico prévio de HIV, a criança deve ser investigada. Nos casos em que a mãe não tem diagnóstico de infecção pelo HIV, deve ser realizado o algoritmo diagnóstico completo da infecção pelo HIV de acordo com as recomendações do “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em: [Manuais técnicos para diagnóstico — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

5.1 Diagnóstico em crianças que foram amamentadas por PVHA⁵

A amamentação é **CONTRAINDICADA** para mulheres vivendo com HIV, mesmo naquelas com CV-HIV indetectável e em uso regular de antirretrovirais.

Para crianças amamentadas de pessoa fonte vivendo com HIV, seja de Pessoa Vivendo com HIV/AIDS - PVHA em uso de TARV ou com diagnóstico de infecção recente, após o parto, recomenda-se:

Imediata interrupção da amamentação;

a) Realização do exame de CV-HIV;

b) Início da profilaxia pós-exposição (PEP) simultaneamente à investigação diagnóstica;

c) Realização da CV-HIV duas e oito semanas após o final da PEP.

Cabe ressaltar a necessidade de ações de Prevenção Combinada para IST/HIV/hepatites virais para mulheres sem infecção de HIV e que amamentam, para informar sobre a transmissão vertical de HIV pelo leite materno, e realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais.

Nas crianças expostas nessa condição, caso haja dúvida diagnóstica com o uso da CV-HIV, deve ser utilizado o DNA pró-viral, não devendo ocorrer investigação com sorologia, devido à possibilidade de transferência de anticorpos maternos além da possibilidade através dos exames moleculares, de diagnóstico mais precoce.

Para mais informações sobre PEP, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais”, disponível em: [Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas \(PCDTs\) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

5.2 Diagnóstico em crianças com idade superior a 18 meses^{5,6}

Em crianças com idade superior a 18 meses, é esperado que os títulos de anticorpos maternos anti-HIV não estejam presentes na circulação. A investigação laboratorial é semelhante à realizada em adultos, com testes diagnósticos anti-HIV, conforme recomendações do *Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV*, disponível em: [Manuais técnicos para diagnóstico — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

Se faz importante observar e buscar identificar a via de transmissão nessa faixa etária, principalmente na adolescência, visto a exposição ao HIV por transmissão sexual e, particularidades precisam ser reconhecidas pelos profissionais e contempladas na abordagem da revelação do diagnóstico. Muitas vezes, os adolescentes encontram-se em situações de alta vulnerabilidade social.

5.3 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 + trimetopim (SMX+TMP), profilaxia primária para *Pneumocystis jiroveci*, mantida a investigação para exclusão definitiva do diagnóstico da infecção pelo HIV.

6. MANEJO DE CRIANÇAS EXPOSTAS E DIAGNOSTICADAS COM HIV⁵

A criança exposta ao HIV deve ser atendida em serviço especializado, com cuidado compartilhado na unidade de Atenção Primária de referência, pelo menos até a definição de seu diagnóstico.

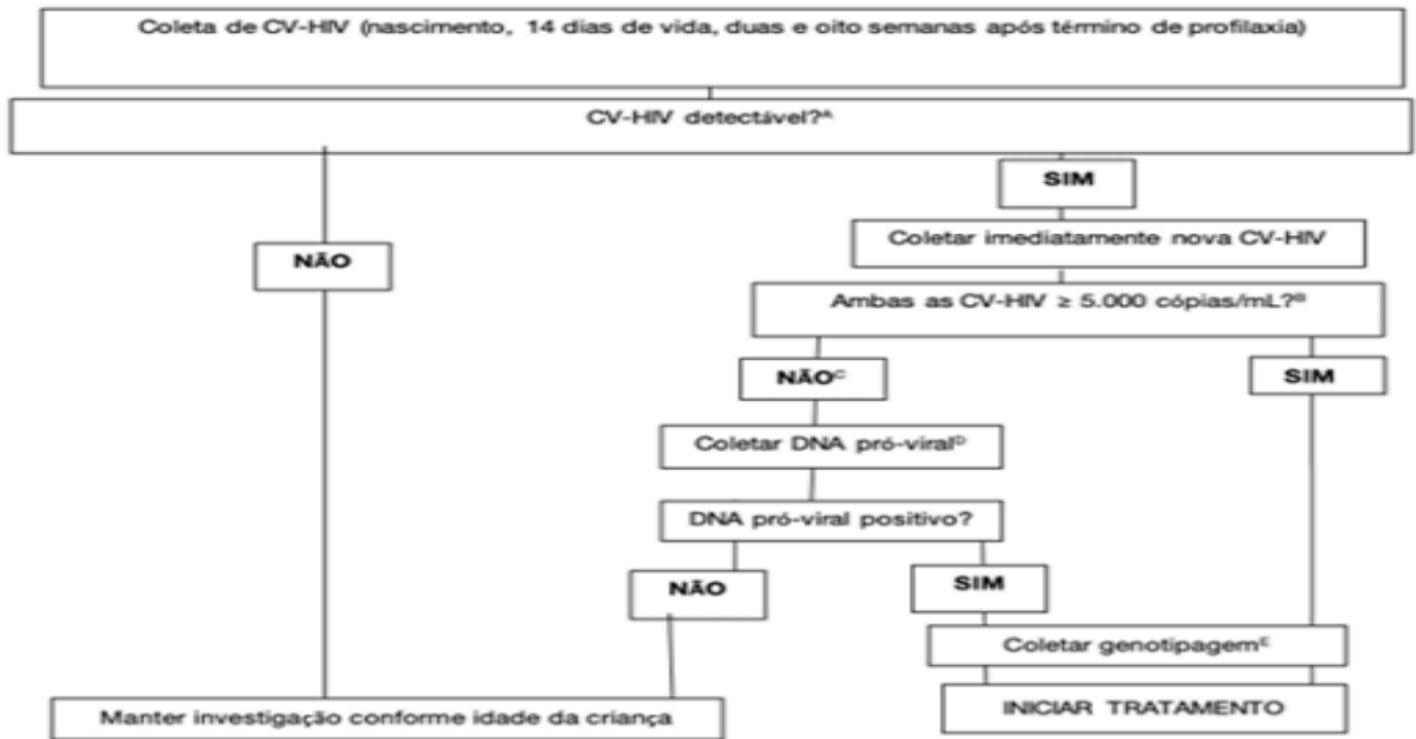
As crianças e adolescentes que tiverem o diagnóstico da infecção pelo HIV confirmado permanecem em cuidado compartilhado, ao passo que as expostas ao HIV e não infectadas poderão ser acompanhadas em serviços de Atenção Primária.

Recomenda-se que as crianças expostas ao HIV e não infectadas realizem acompanhamento periódico anual com especialista até o final da adolescência, devido à exposição ao HIV e aos antirretrovirais. As crianças expostas ao HIV e não infectadas tendem a apresentar mais infecções bacterianas e quadros mais graves quando comparadas às crianças sem exposição ao HIV na gestação e parto.

A diminuição dos níveis de anticorpos maternos transferidos por via placentária e o não aleitamento por mães com HIV/AIDS são possíveis razões da diferença entre esses dois grupos. Além disso, a exposição *in útero*, a viremia materna elevada e a contagem de linfócitos T-CD4+ baixa, no momento do parto, também estão associados ao risco de infecção, principalmente bacteriana.

O Núcleo Estadual de Controle das IST/AIDS/HEPATITES VIRAIS, do estado de Roraima, estabeleceu um fluxo para diagnóstico, assistência, tratamento e cuidado de crianças expostas ou diagnosticadas com HIV (**Figura 2, 3 e 4**).

Figura 2 – Algoritmo de diagnóstico em crianças expostas menor de 18 meses no estado de Roraima



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;

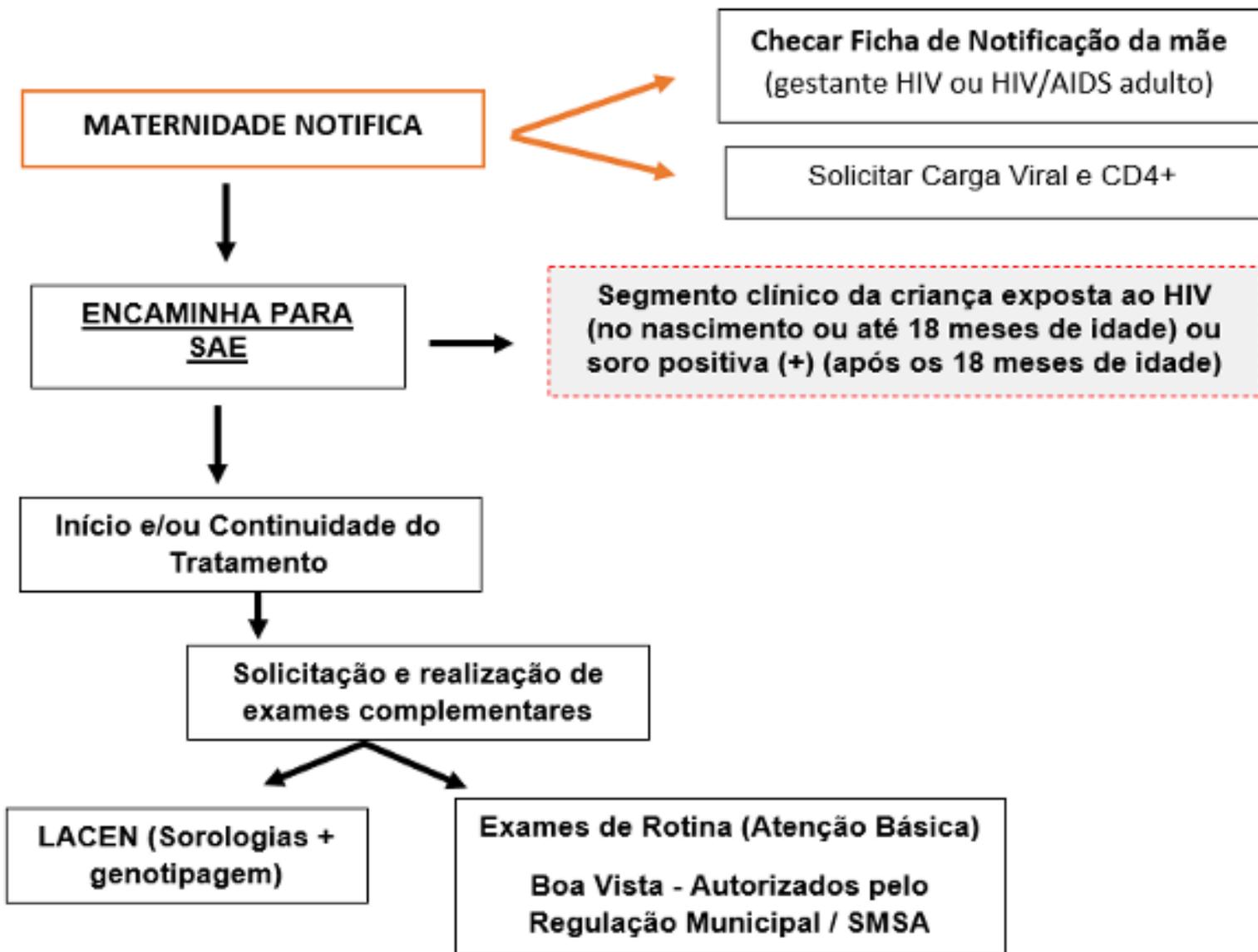
B. CV-HIV <5000cópias/ML, não devem ser usadas isoladamente na conclusão do diagnóstico

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

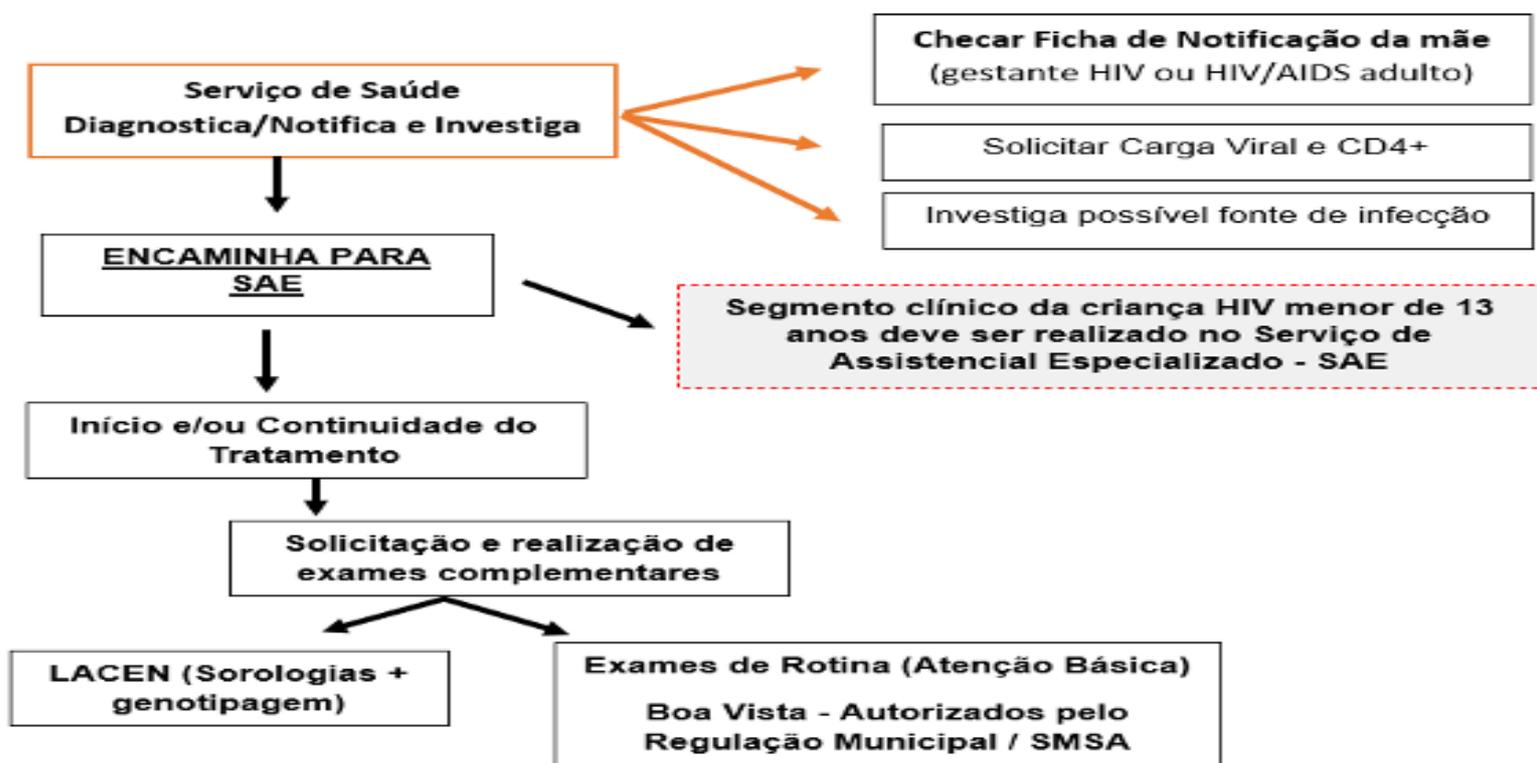
E. Não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para o início de TARV.

Figura 3 – Fluxo para diagnóstico, assistência, tratamento e cuidado para **crianças exposta ao HIV** no estado de Roraima, 2024.



Todos os recém-nascidos (RN) expostos ao HIV devem receber profilaxia para Transmissão Vertical ao HIV (PTVHIV) com antirretroviral. O esquema recomendado depende da classificação de risco de transmissão vertical do HIV (TVHIV), conforme o *PDCT para prevenção da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*, disponível em: [Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas \(PCDTs\) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

Figura 4 – Fluxo para diagnóstico, assistência, tratamento e cuidado para crianças maiores de 5 anos diagnosticados com HIV no estado de Roraima, 2024.



7. ROTINA DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV^{1,5}

O acompanhamento das crianças expostas ao HIV deve ser mensal nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do 2º semestre de vida. Em todas as consultas, deve-se registrar o peso, o comprimento/altura e o perímetro cefálico. A avaliação sistemática do crescimento e do desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar déficits nesses parâmetros.

A anamnese realizada deve ser completa, com perguntas acerca das condições habituais de vida da criança, alimentação, sono, comportamento e intercorrências infecciosas recentes ou pregressas. Além disso, a avaliação clínica/exame físico deve sempre conter o exame físico detalhado, acompanhado da observação dos sinais específicos da infecção pelo HIV: presença de linfonodos, alterações no perímetro cefálico, retardo de crescimento e desenvolvimento, hepatoesplenomegalia, candidíase oral e/ou genital e sinais clínicos de má formação congênita associada ao uso de ARV.

O Quadro 2 elenca os exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas, a fim de monitorar eventos adversos devidos à exposição intrauterina e pós-natal aos ARV, bem como promover o diagnóstico precoce das repercussões sistêmicas da infecção pelo HIV.

Quadro 2 - Exames laboratoriais para o acompanhamento de crianças expostas verticalmente ao HIV

EXAMES	IDADE					
	NASCIMENTO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	12 SEMANAS	6 – 12 MESES	12 – 18 MESES
CV-HIV ^A	SIM	SIM	SIM	SIM	N/A	N/A
Hemograma	SIM	N/A	SIM	SIM	SIM	SIM
AST, ALT, GGT, FA, Bilirrubinas	SIM	N/A	SIM	N/A	N/A	SIM
Glicemia	SIM	N/A	SIM	SIM	N/A	SIM
Sorologia HIV ^B	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	SIM
TORCH ^D	SIM	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Sífilis (VDRL, RPR)	SIM	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Anti-HBS ^E	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Anti-HTLV 1/2^F	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	SIM
Sorologia anti-HCV	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	SIM
Sorologia para Doença de Chagas^G	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	SIM

Fonte: DATHI/SVSA/MS

NA: não aplicável

Notas:

- A. Crianças com idade inferior a 18 meses e sintomáticas devem ter a coleta de CVHIV imediata;
- B. Sempre que houver dúvidas em relação ao estado de infecção da mãe em crianças com idade superior a 18 meses (p. ex., crianças abandonadas ou mães sem documentação confiável em relação a seu estado de infecção).
- C. Caso o resultado da sorologia seja positivo ou indeterminado, recomenda-se repetir exame.
- D. Sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples.
- E. Coletar anti-HBs para verificar soroconversão 30-60 dias após o término de esquema de vacinação. Todas as crianças têm indicação de vacina para HBV.
- F. Para crianças cujas mães têm exame reagente para HTLV-1/2. Caso reagente, encaminhar para serviço especializado.
- G. Indicado para locais em que a doença de Chagas é endêmica, ou caso a mãe seja portadora.

O Núcleo Estadual de Controle das IST/AIDS/HEPATITES VIRAIS, do estado de Roraima, estabeleceu um fluxo para realização e encaminhamento de amostras de sorologias para crianças expostas ao HIV (**Figura 5**).

Figura 5 – Fluxo para realização e encaminhamento de amostras de sorologias de crianças expostas ao HIV, 2024.



Obs: As sorologias que o Laboratório de Referência Municipal não realizar serão encaminhadas para o Laboratório Central de Roraima/LACEN.

O Serviço Assistencial Especializado/SAE ficará responsável por inserir as solicitações de coleta de amostras de sorologias no Gerenciador de Ambiente Laboratorial/GAL.

8. TRATAMENTO⁶

A adesão ao tratamento para crianças é mais complexa do que as ações destinadas a adultos. Esforços para maximizar a eficácia do tratamento nessa população devem considerar as características da criança, do cuidador, da família e do esquema terapêutico, além de aspectos socioculturais.

Os fatores mais comumente associados à adesão insuficiente entre crianças e adolescentes são: atraso no desenvolvimento físico e cognitivo; cuidadores com dificuldade de compreensão sobre o tratamento; desafios de relacionamento e comunicação entre pais e filhos; palatabilidade e efeitos adversos dos medicamentos; preconceito nos grupos de socialização (escola, amigos); e atitudes oposicionistas e de revolta frente a uma revelação de diagnóstico inadequada ou o desconhecimento do diagnóstico.

Esses aspectos ilustram a dificuldade de manter níveis adequados de adesão e ressaltam a necessidade de trabalhar em parceria com os cuidadores para garantir que a educação, apoio e avaliação sejam constantes no atendimento a crianças e adolescentes.

A introdução da TARV combinada com três medicamentos reduziu substancialmente a mortalidade e morbidade de crianças, adolescentes e adultos infectados pelo HIV. Considerando que na população pediátrica as opções de medicamentos são restritas, principalmente, pela ausência de formulações específicas, e sendo a infecção pelo HIV uma doença crônica, deve-se ponderar uma abordagem racional para a introdução da TARV, bem como para a escolha dos esquemas ARV iniciais e subsequentes.

A terapia antirretroviral deve ser indicada para todas as crianças e adolescentes vivendo com HIV, independentemente dos fatores clínicos, CV-HIV e contagem de linfócitos T-CD4+.

O início precoce da TARV em crianças e adolescentes está relacionado a menor risco de doenças, menor mortalidade, melhora dos padrões imunológicos e regularidade do desenvolvimento puberal. Dessa forma, o controle da replicação viral precoce

favorece a preservação do sistema imune, previne a resistência viral e a progressão para imunodeficiência avançada. A genotipagem do HIV pré-tratamento está indicada e a amostra deve ser coletada anteriormente à prescrição médica. Entretanto, o início da TARV não deve ser adiado até o resultado da genotipagem pré-tratamento. Os ajustes de antirretrovirais podem ser feitos posteriormente, conforme resultado da genotipagem.

Mais informações sobre os objetivos da TARV, orientações sobre início e adesão ao uso por crianças, esquemas terapêuticos conforme peso e/ou idade, entre outros, podem ser acessados nos *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*, disponíveis em: [Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas \(PCDTs\) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

O acompanhamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV deve ser realizado rotineiramente, tendo em vista que diversos fatores podem mudar ao longo do tempo e com a idade, além de estarem relacionados ao alcance do sucesso terapêutico.

9. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS

As orientações relacionadas a notificação dos casos de HIV/AIDS em adultos e HIV+ em gestantes podem ser consultadas na Nota Informativa N° 002/2024 – NCDST/AIDS/DVE/CGVS/SESAU – Assunto: Orientar os profissionais de saúde do estado de Roraima sobre as notificações das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e hepatites virais, que pode ser acessada no endereço eletrônico: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nota-informativa-tecnica/>

10. SEGUIMENTO DAS CRIANÇAS EXPOSTAS NÃO INFECTADAS

Crianças expostas ao HIV que não foram infectadas devem ser acompanhadas no SAE e na Unidade Básica de Saúde (UBS) até a confirmação da negatividade da sorologia anti-HIV. Após essa etapa, o acompanhamento ocorre na UBS, mas consultas anuais no SAE são recomendadas até a adolescência para monitorar possíveis intercorrências relacionadas à exposição ao HIV e ao uso de antirretrovirais. O SAE deve fornecer um resumo de alta, incluindo informações essenciais, cópias dos exames recentes e, se possível, o número de notificação no Sinan.

O estigma e o segredo familiar frequentemente dificultam a entrega dessas informações à equipe de saúde. É fundamental sensibilizar a família sobre a importância de compartilhar os dados para garantir um acompanhamento adequado. Além disso, deve-se incentivar que, no momento oportuno, a família revele à criança ou adolescente, de forma apropriada, a situação de exposição ao HIV, evitando problemas emocionais associados ao segredo.

O acompanhamento prolongado deve incluir anamnese detalhada, exame físico completo e monitoramento do crescimento (peso e estatura), desenvolvimento neuropsicomotor e saúde mental. Exames laboratoriais periódicos, como hemograma, glicemia, lactato e transaminases, devem ser solicitados conforme necessário. Ecocardiogramas também são recomendados para identificar alterações cardíacas. Encaminhamentos a especialistas devem ocorrer conforme achados clínicos.

Quanto à imunização, até os 18 meses, as crianças devem seguir o esquema vacinal recomendado para crianças vivendo com HIV, incluindo a poliomielite inativada. Após esse período, devem adotar o calendário vacinal básico do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Por fim, ações educativas são essenciais para capacitar profissionais de saúde a identificar alterações no desenvolvimento infantil e reforçar o sigilo no atendimento, promovendo maior adesão das famílias ao acompanhamento.

11. RECOMENDAÇÕES

Para as Secretarias Municipais de Saúde, Coordenações/Departamentos de Vigilância em Saúde/Epidemiológica ou de IST/AIDS e profissionais de saúde:

- A) Captação precoce da pessoa gestante para o início do pré-natal, preferencialmente até 12^a semana;
- B) Sete consultas, no mínimo, com atenção integral qualificada;
- C) 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;
- D) Busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta ou aquelas com resultados reagentes;
- E) Garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
- F) Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento para qualquer infecção sexualmente transmissível (IST);
- G) Viabilizar a testagem e o tratamento das parcerias sexuais quando necessário;
- H) Preencher a carteira/cartão da pessoa gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da gestação;
- I) 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;

F) Notificar os casos confirmados na gestação.

G) Estabelecer e fortalecer o fluxo de cuidado contínuo para pessoas vivendo com HIV/AIDS;

H) Fortalecer o fluxo estabelecido para Testagem Rápida para HIV e o diagnóstico da infecção/doença;

I) Fortalecer a Vigilância Epidemiológica do HIV/AIDS nos 15 municípios do estado de Roraima, monitorando e avaliando os casos notificados para HIV/AIDS, implementando estratégias de fortalecimento a prevenção, testagem, diagnóstico e tratamento;

J) Reduzir a taxa de incidência pelo HIV/AIDS e por outras – IST;

K) Realizar periodicamente capacitações, oficinas e reuniões técnicas com os gestores e profissionais de saúde de seus municípios com objetivo de ampliar cada vez mais as estratégias e fluxos de prevenção, testagem, diagnóstico e tratamento para o HIV fortalecendo as unidades e profissionais de referência para o HIV em sua localidade;

L)Elaborar periodicamente boletins e/ou relatórios epidemiológicos do HIV/AIDS sobre o cenário epidemiológico desses agravos em sua localidade a fim de aprimorar a tomada de decisão dos gestores locais.

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 - Individual		
	2 Agravado/doença GESTANTE HIV	Código (CID10) Z 21	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		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	16 Número do Cartão SUS		
	15	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	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 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	34 UF	35 Município de realização do Pré-Natal	
	36 Unidade de realização do pré-natal:		Código (IBGE)	
	37 Nº da Gestante no SISPRENATAL	38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	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 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica		
	45 Fez uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46 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			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

ANEXO 2 – FICHA SINAN CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

República Federativa do Brasil
Ministério 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		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Código (CID10) Z 20,6	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 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 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares do Caso

Antec. Epil. da Mãe/Nutriz	31 Idade da mãe/nutriz Anos	32 Escolaridade da mãe/nutriz 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 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	<input type="checkbox"/>
	33 Raça/Cor da mãe/nutriz 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	34 Ocupação da mãe/nutriz	<input type="checkbox"/>
	35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>
	36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>

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
	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		<input type="checkbox"/>	
	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			
<input type="checkbox"/>	1º Teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta	<input type="checkbox"/>	Teste de triagem anti-HIV Data da coleta	
<input type="checkbox"/>	2º Teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta	<input type="checkbox"/>	Teste confirmatório anti-HIV Data da coleta	
<input type="checkbox"/>	3º Teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta	<input type="checkbox"/>	Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3 Teste rápido 2 <input type="checkbox"/> Data da realização	

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 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

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 imunoen-zimático com quimioluminescência.

São testes confirmatórios: imonofluorescência indireta, imunoblot, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucléicos como, por exemplo, a reação em cadeia da polimerase (Polimerase Chain Reaction, PCR) e amplificação seqüencial de ácidos nucléicos (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.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 - Individual		
	2 Agravado/doença AIDS (pacientes menores que 13 anos)	Código (CID10) B 24	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		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso			
Antec. Epidemiol. da Mãe	31 Idade da mãe Anos	32 Escolaridade da mãe 0-Analfabeto 1-1ª a 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	33 Raça/Cor da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação 2 - Aids em menores de 13 anos		
INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS				
Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	Provável modo de transmissão		38 Transmissão sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	36 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	37 Transmissão sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Transfusão sanguínea Tratamento / hemotransfusão para hemofilia Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses	
Ant. epid. (cont.)	Informações sobre transfusão/acidente			
	39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente Código (IBGE)	
	42 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente Código	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica		

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [Vigilância — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/vigilancia)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023 Número Especial | Dezembro 2023. Disponível em: [Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/boletim-epidemiologico)
3. Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Controle de DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Nº 02 de 2023. Disponível em: [Boletins Epidemiológicos – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – CGVS \(saude.rr.gov.br\)](http://saude.rr.gov.br)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância do HIV/AIDS e Hepatites Virais - CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes - Módulo 1 - Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV. Brasília – DF: 2023. Disponível em: [Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas \(PCDTs\) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância do HIV/AIDS e Hepatites Virais - CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes - Módulo 2 - Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Disponível em: [Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas \(PCDTs\) — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(www.gov.br\)](http://www.gov.br)

ELABORAÇÃO E REVISÃO

ELABORAÇÃO

Núcleo de Controle de IST/AIDS

Jacqueline Voltolini de Oliveira

Jamilla Karla Corrêa Reis

REVISÃO

CIEVS Estadual/RR/DVE/CGVS/SESAU

Apoiadora da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar/RENAVEH do Núcleo de Vigilância Hospitalar/DVE/CGVS/SESAU

Maria Soledade Garcia Benedetti

19 de dezembro de 2024/Boa Vista/RR



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Voltolini de Oliveira, Gerente do Núcleo de Controle de DST/AIDS**, em 20/12/2024, às 12:56, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **José Vieira Filho, Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica**, em 20/12/2024, às 12:56, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Edson Castro Neto, Secretário Adjunto de Estado da Saúde de Roraima II**, em 23/12/2024, às 09:30, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Michel Gonçalves Guizoni, Coordenador Geral de Vigilância em Saúde - em Exercício**, em 23/12/2024, às 09:44, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **15712862** e o código CRC **37B2CEE9**.