

GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV



Eliminação
da Transmissão
Vertical do **HIV**
Compromisso
de todos nós

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Programa Estadual DST/Aids-SP
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2014



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Coordenação do Programa Estadual de DST/ Aids-SP

GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Organizadores:
Luiza H. Matida
Maria Clara Gianna
Ângela Tayra
Dreyf de Assis Gonçalves

São Paulo
2014

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

David Everson Uip

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Marcos Boulos

PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS -SP COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS

Maria Clara Gianna

Rosa de Alencar Souza

Artur O. Kalichman

Grupo de Técnico da Eliminação do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis

SES – SP

Coordenação do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV

Luiza Harunari Matida

Organização deste documento

Luiza Harunari Matida

Maria Clara Gianna

Ângela Tayra

Dreyf de Assis Gonçalves

Revisão Final

Ângela Tayra

Emi Shimma

Luiza H. Matida

Maria Clara Gianna

Mylva Fonsi

Projeto Gráfico, Capa, Diagramação, Ilustrações

Denis Delfran Pereira

Núcleo de Comunicação Institucional - GRH/Comint

Visite a página do CRT

www.crt.saude.sp.gov.br

Visite a página desta publicação

www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhiv

Redes Sociais CRT DST/Aids

www.facebook.com/crtdstaidssp

www.twitter.com/CRTDSTAidsSP

Versão Digital

www.issuu.com/crtdstaidssp/crtaidssp



Ficha Catalográfica

São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids.

GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV. São Paulo, 2014. 250p.

ISBN: 978-85-99792-23-0

1. HIV 2. Transmissão Vertical do HIV 3. aids 4. Ações e Programas 5. São Paulo

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Coordenação do Programa Estadual de DST/ Aids-SP

GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Organizadores:
Luiza H. Matida
Maria Clara Gianna
Ângela Tayra
Dreyf de Assis Gonçalves

São Paulo
2014



ÍNDICE

Apresentação	7
Por que um guia de referências ?.....	17

UNIDADE A

Planejamento e definição de prioridades em DST/aids	21
Prevenção das DST/aids na rede de atenção básica à saúde	27
Adolescentes vivendo com HIV	33
Acolhimento e aconselhamento à gestante/puérpera HIV+	37
Assistência a gestante HIV positiva	49

UNIDADE B

Revelação do diagnóstico do HIV para crianças e adolescentes.....	63
A transição de adolescentes com HIV/aids para a clínica de adultos.....	67
Adesão ao tratamento da infecção pelo HIV.....	71
O direito da criança e do adolescente vivendo com HIV/aids	81
Manejo da criança exposta ao HIV	91
Manejo da criança infectada ao HIV.....	109
Vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV.....	125
Vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV e de aids em criança	127
Vigilância epidemiológica da gestante HIV +	133
Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de GESTANTE HIV+ -	137
Vigilância epidemiológica da criança exposta ao HIV por transmissão vertical	141
Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de criança exposta ao HIV por transmissão vertical	145
Vigilância epidemiológica do HIV em criança menor de 13 anos.....	149
Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de criança com HIV (menor de 13 anos de idade)	155
Vigilância epidemiológica da aids em criança menor de 13 anos	157
Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de criança com aids (menor de 13 anos de idade)	163
Anexos	167

UNIDADE C

Materiais Informativos e Anexos	191
---------------------------------------	-----



APRESENTAÇÃO

Luiza Harunari Matida

Maria Clara Gianna

Na transmissão vertical do HIV, o impacto positivo das intervenções assistenciais, laboratoriais, profiláticas e medicamentosas no Estado de São Paulo é demonstrado pela redução de casos notificados de aids por transmissão vertical, no período de 1997 a 2011, que caiu de 445 casos para 50 casos respectivamente; pela redução da taxa de transmissão de 16% em 1997 (Tess, 1998) para uma taxa de 3,2% em 2002 (Succi, 2003); e também pelo significativo aumento da sobrevida média de 6,7 meses em 1991 (Grangeiro, 1995) para uma sobrevida mediana de 84,4 meses nos casos diagnosticados até o ano de 1998 (Matida, 2003). A probabilidade de sobrevida em 9 anos, para crianças diagnosticada no período de 1999 a 2002 e seguida ambulatorialmente até março/2007, foi de 0,9023 (IC de 95% [0,8376- 0,9421]) respectivamente (Matida, 2009). A infecção pelo HIV em crianças mantém-se como um importante problema de saúde pública no Brasil.

Estudo realizado em São Paulo estimou as taxas de transmissão vertical de HIV, baseadas em mulheres grávidas diagnosticadas e notificadas em 2006, identificando os fatores potencialmente associados a sua ocorrência. Este estudo envolve uma análise transversal e retrospectiva dos sistemas de informação e registros de mulheres grávidas infectadas e crianças expostas ao HIV. A taxa de transmissão vertical no Estado de São Paulo foi de 2,7% (intervalo de confiança 95%: 1,86-3,94), em 2006, diminuindo em 83,1% quando comparada com o período de 1988-1993. As principais variáveis associadas à transmissão vertical foram a ausência de consultas de pré-natal ou um número inferior a 6 consultas de pré-natal, ausência de profilaxia antirretroviral durante o parto ou uso neonatal por menos de 6 semanas, como também realização de aleitamento materno ou aleitamento cruzado. O estudo reforça a tendência decrescente da transmissão vertical do HIV em São Paulo, com níveis próximos de eliminação, o que parece estar associado em grande parte com a política de adoção de terapia antirretroviral e interrupção do aleitamento materno ou do aleitamento cruzado. Embora existam graves problemas operacionais na rede de atenção, existem condições possíveis para responder de forma efetiva a esse desafio. São Paulo demonstra que é

possível alcançar níveis avançados de controle para este modo de transmissão do HIV (Matida et al., 2011).

A infecção por HIV transmitida de modo vertical (da mãe para o filho, seja intra-útero, no momento do parto ou pelo aleitamento materno/cruzado) é um agravo 98% prevenível. Para a prevenção em momento oportuno, o diagnóstico deste agravo deve ser realizado precocemente, para a adequada abordagem profilática e terapêutica. Esta prevenção precisa ser considerada não só no momento da gestação, mas fundamentalmente antes deste período reprodutivo, com ações informativas e diagnósticas com conseqüente tratamento e acompanhamento quando necessário.

Em 2009, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que vem participando de reuniões do Grupo de Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis do Estado de São Paulo introduziu no seu rol de procedimentos: o teste rápido para pesquisa do HIV, o que favoreceu para o alcance da nossa meta de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, considerando que cerca de 40% do total de partos do nosso Estado é da área “não SUS”.

As **AÇÕES PLANEJADAS** para o alcance da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV no estado de São Paulo são:

- Implantar ações de prevenção entre pessoas vivendo com HIV;
- Incentivar ações de prevenção nos serviços especializados em DST/aids;
- Capacitar profissionais da rede de saúde e representantes da Sociedade Civil para o desenvolvimento das ações do Plano Estratégico do Programa Estadual de DST/aids;
- Elaborar, produzir e fornecer material educativo de suporte às ações do Plano Estratégico de DST/aids;
- Realizar capacitações para os municípios para realização teste rápido diagnóstico para o HIV (TRD/HIV), teste rápido para sífilis (TR/sífilis), TR/Hepatite B e C;
- Realizar campanha anual de ampliação da testagem;
- Implantar o Pré-Natal do Homem nos 145 municípios com incentivo para as ações de doenças sexualmente transmissíveis/Aids (DST/aids), como estratégia para aumentar a captação do parceiro sexual das mulheres grávidas com sífilis para realização de tratamento adequado visando a eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV;
- Manter a oferta para procedimentos de acolhimento e aconselhamento

em reprodução assistida para casais sorodiferentes;

- Fornecer suporte técnico para os municípios que desenvolvem ações de prevenção para adolescentes em seus amplos aspectos de vulnerabilidade;
- Promover a articulação com as áreas programáticas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), de outras secretarias e de Movimentos Sociais objetivando a integralidade das ações de DST/HIV/aids;
- Realizar fóruns de prevenção, para as macrorregiões do estado, para discutir a implantação/implementação das ações de prevenção às DST/aids em contextos de vulnerabilidade;
- Instrumentalizar os serviços da Rede de Atenção Básica para trabalhar as vulnerabilidades de mulheres negras, mulheres profissionais do sexo e das mulheres vítimas de violência sexual;
- Realizar parcerias com empresas e centrais sindicais, através do Conselho Empresarial de Prevenção ao HIV/Aids do estado de São Paulo, para o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/aids no local de trabalho;
- Realizar capacitação de laboratórios públicos;
- Adquirir equipamentos para a Rede Laboratorial do Estado;
- Realizar reuniões periódicas e supervisão técnica da logística de medicamentos e insumos de prevenção;
- Realizar reuniões com a rede estadual de laboratórios;
- Realizar manutenção do sistema de logística de informação de medicamentos e insumos de prevenção;
- Realizar capacitação para manejo clínico da infecção pelo HIV em adultos, crianças e gestantes para profissionais de saúde;
- Adquirir e distribuir fórmula láctea para os municípios não incluídos na política de incentivo;
- Monitorar o cumprimento das normas e portarias pelos municípios;
- Distribuir teste rápido (HIV e Sífilis) para as maternidades públicas do Estado e para a Rede de Atenção Básica;
- Capacitar as maternidades SUS e a Rede de Atenção Básica para a realização do teste rápido diagnóstico para o HIV e teste rápido triagem para a sífilis;
- Realizar ações para implantar e implementar ações de prevenção e diagnóstico de situação em mulheres participantes de grupos mais vulneráveis (moradoras de rua, usuárias de drogas lícitas e ilícitas, adolescentes, privadas de liberdade, migrantes, parceiras sexuais de homens participantes de grupos de maior vulnerabilidade), visando a diminuição da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV;

- Realizar ações para a inclusão da rede “não SUS” nas atividades para o alcance da meta de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis;
- Elaborar e implantar estratégia de Educação à distância para capacitar os profissionais de saúde para realização de teste rápido;
- Realizar cursos de capacitação e atualização técnica para profissionais do CRT DST/aids, interlocutores de DST/aids dos GVE e coordenadores municipais de DST/aids das macrorregiões do Estado;
- Realizar reuniões de Vigilância Epidemiológica em macrorregionais;
- Realizar uma oficina de qualidade de informação das DST/aids para GVE e municípios.

IMPORTANTE

Na identificação de toda e qualquer gestante portadora de diagnóstico de HIV e/ou sífilis, “**pegá-la no colo**” e acompanhá-la; passo a passo, isto é, fazer um “tipo de contrato” com ela, logo na primeira consulta, para não perdê-la de vista.

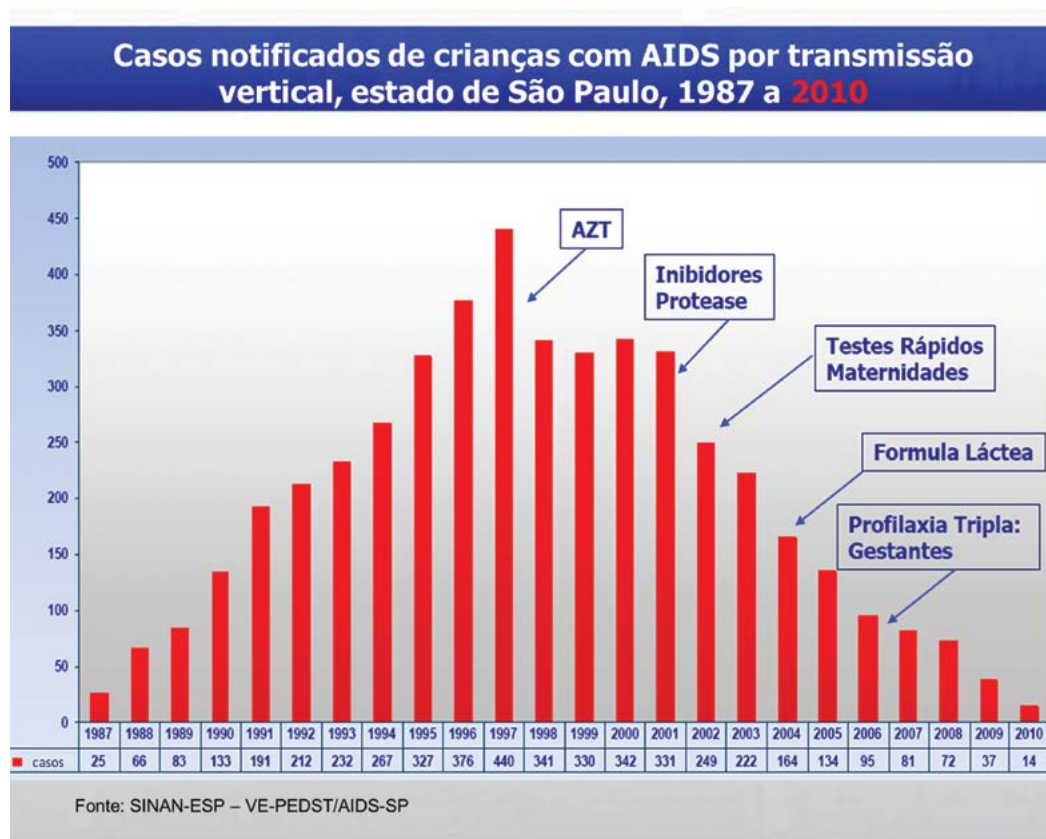
Garantindo:

o comparecimento da gestante a todas as **consultas agendadas**;
que ela se **sinta segura** em todos os seus atendimentos;
que ela tenha **adesão** ao seu tratamento, se necessário, e a sua profilaxia;
que receba **informações** claras, objetivas e adequadas para seu caso;
que seja instruída como será o momento do **parto e do pós-parto**;
estimular o levantamento de perguntas e dúvidas, na medida do possível;
localizar junto a ela, o local do parto.

Enfim, que nasça um bebê sem o HIV!

A seguir, algumas figuras que podem auxiliar no alcance das estratégias para o objetivo da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV.

Figura 1. Casos notificados de crianças com aids por transmissão vertical, estado de São Paulo, 1987 a 2010



A Transmissão Vertical da Sífilis é 100% prevenível !!
A Transmissão Vertical do HIV é 98% prevenível !!

As medidas de prevenção e controle da transmissão vertical da Sífilis e do HIV estão 100% disponíveis (Consensos, Recomendações, Insumos) e devem ser implantadas e aprimoradas de acordo com as condições locais para assegurar **resultados efetivos e sustentáveis**.

Figura 2. Linha do tempo: Estratégias para a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) do HIV e para crianças com HIV/aids - Brasil

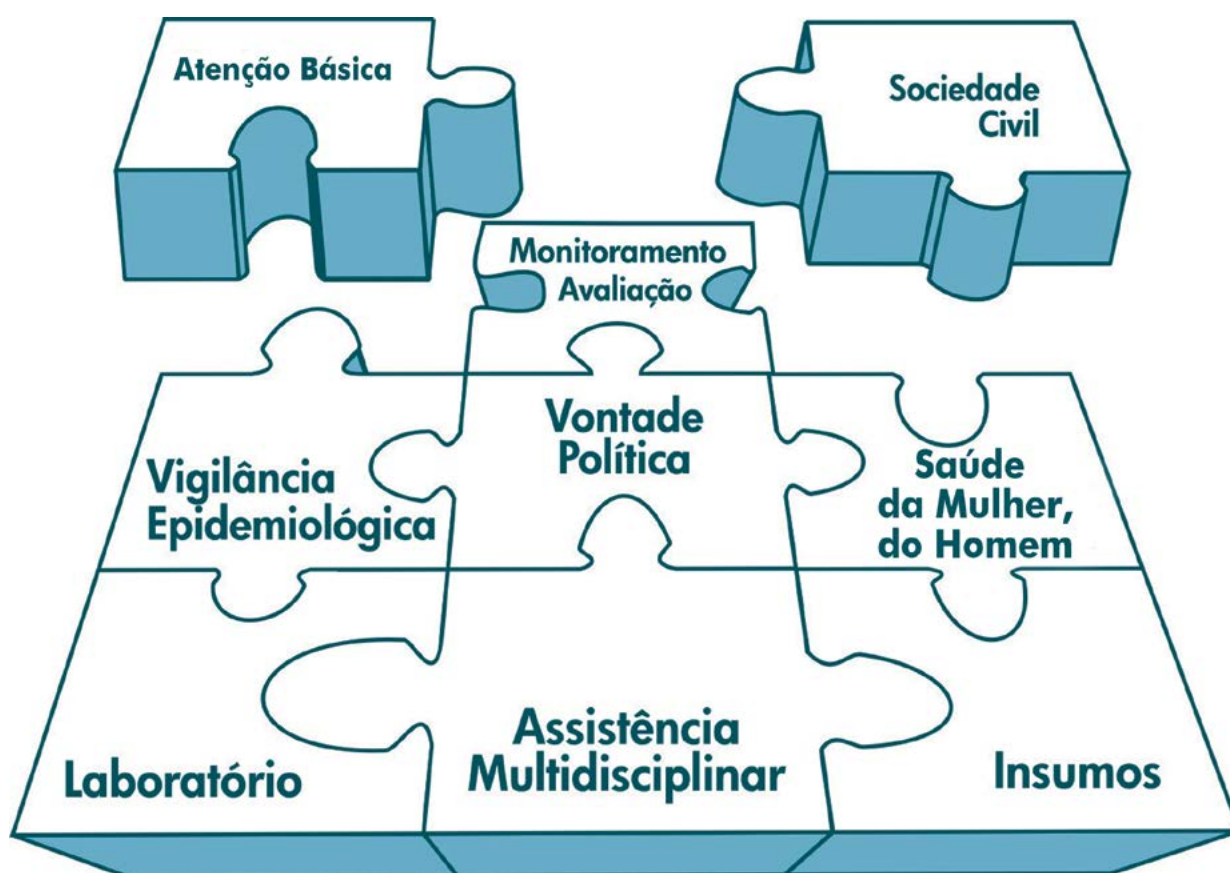
Linha do tempo: Estratégias para a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) do HIV e para crianças com HIV/Aids - Brasil



Na Figura 1 observa-se a redução dos casos de aids em crianças por TV do HIV e a introdução de várias tecnologias ao longo dos anos no nosso meio: AZT, inibidores de protease, testes rápidos em maternidade, fornecimento de fórmula láctea, e outros (Figura 2).

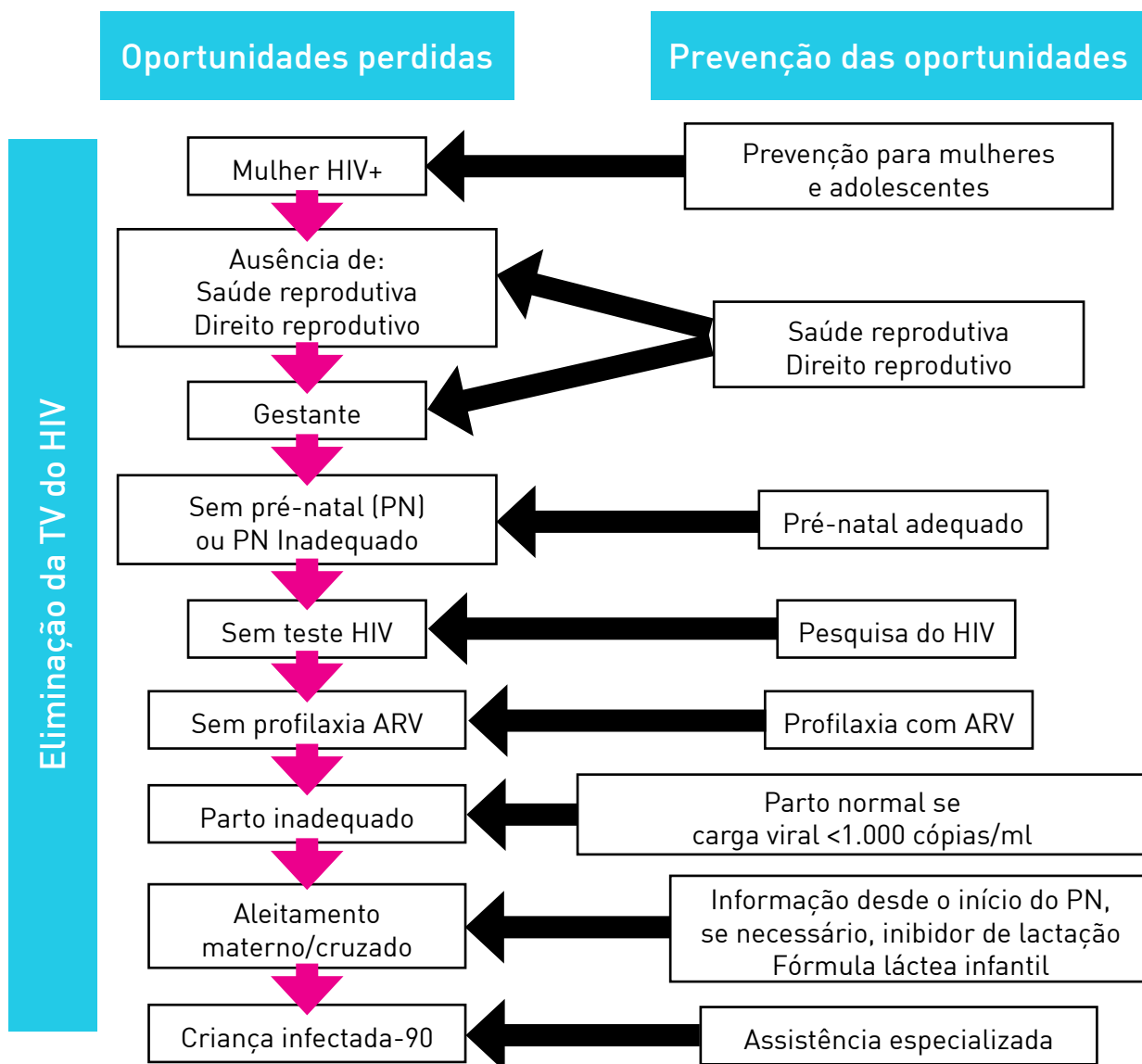
Figura 3. Enfrentamento da transmissão vertical do HIV e da sífilis no estado de São Paulo - Necessidade fundamental - Trabalho integrado

O enfrentamento da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo Necessidade fundamental - Trabalho integrado



Observa-se na Figura 3 a necessidade do trabalho integrado e o envolvimento dos profissionais da atenção básica, vigilância, laboratório, assistência, insumos, saúde da mulher e do homem, sociedade civil, planejamento, monitoramento e avaliação, além de vontade política em todos os níveis de atuação para o alcance da meta de eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV em nosso estado.

Figura 4. Enfrentamento da transmissão vertical do HIV e da sífilis no estado de São Paulo - Oportunidades de prevenção na assistência a gestação, parto e puerpério.



CDC, 2013

Na Figura 4 verificam-se as várias oportunidades de atuação para a prevenção da transmissão vertical.


Figura 5. Eliminação da Transmissão Vertical do HIV: UMA REALIDADE!!

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV: UMA REALIDADE!!

O estado de São Paulo apresenta uma taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de 2,8 por 100.000 crianças menores de 5 anos em 2010 e de 2,1 em 2011, sendo que a meta nacional a ser atingida até 2015 é de 2 crianças soropositivas em 100 gestantes soropositivas para o HIV.

Considerando que o HIV transmitido por via vertical é um agravo 98% prevenível, mas com 100% de condições efetivas de acesso a diagnóstico, profilaxia, tratamento e acompanhamento ambulatorial, pois há plena disponibilidade dos diferentes insumos e recomendações protocolares, garantidos por portarias, notas técnicas e consensos nacionais.

O Programa Estadual de DST-AIDS de São Paulo conclama a todos: gestores, profissionais de saúde e sociedade civil a tornar realidade a Meta do Milênio de **ELIMINAR A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV ATÉ 2015 NO ESTADO DE SÃO PAULO!!**



Na Unidade C deste documento temos disponibilizado um conjunto de slides para facilitar a divulgação das informações da situação atual da transmissão vertical, recomendações para prevenção e controle. Este material pode ser utilizado em reuniões e treinamentos.

POR QUE UM GUIA DE REFERÊNCIAS ?

O presente Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV consiste em uma iniciativa da Coordenação do Programa de DST/Aids do Estado de São Paulo para oferecer aos profissionais de saúde das diferentes áreas de atuação uma organização e sistematização de referências técnicas para favorecer a implementação de ações programáticas em DST/Aids e alcance das metas previstas no Plano Estratégico – Eixo II Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, no Estado de São Paulo.

Assim o conjunto de atividades que englobam o Eixo III - Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, consiste em uma iniciativa de âmbito programático que necessita de ações contínuas em diferentes esferas de atuação.

Desta forma, o documento foi elaborado no formato de um guia de consulta rápida de saúde, que visa atender às principais dúvidas e dificuldades tanto dos profissionais de saúde que atuam no processo assistencial, como no âmbito da gestão e do planejamento das ações.

O conteúdo foi compilado a partir de três unidades didáticas que comportam:

UNIDADE A – Articula o Planejamento, a Prevenção, a Adolescente e a Gestante.

UNIDADE B – Articula a Atenção e o Controle da Transmissão Vertical do HIV, compreendendo: Acolhimento e Aconselhamento, Direitos, Revelação Diagnóstica, Adesão, Atendimento à Criança Exposta ao HIV, Atendimento à Criança Infectada pelo HIV e Vigilância Epidemiológica.

UNIDADE C – disponibiliza um conjunto de slides para utilização em treinamentos, anexos e documentos citados, links, páginas de internet e referências para materiais educativos e informativos produzidos pela Coordenação do Programa Estadual de DST/aids-SP para apoio nas ações de Eliminação Vertical da sífilis e do HIV.

Unidade A

- Planejamento e Definição de Prioridades.....21
- A Prevenção na Rede de Atenção Básica à Saúde27
- Adolescentes Vivendo com HIV.....33
- Acolhimento e Aconselhamento a gestante e puerpera HIV +37
- Assistência à Gestante Soropositiva para o HIV49

Unidade A

The page features a decorative background with abstract geometric shapes in various shades of blue and white. The top section has a white background with a blue header area. The bottom section is a large blue area with a white diagonal stripe and a light blue diagonal stripe.

PLANEJAMENTO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM DST/AIDS

Vilma Cervantes
Psicóloga, Gerente de Planejamento – CRT DST/Aids-SP
ento@crt.saude.sp.gov.br

A

Os conceitos e instrumentos para a realização de ações de Planejamento em DST/Aids foram construídos a partir do conjunto de estudos e pesquisas do Sistema de Monitoramento em DST/Aids do Ministério da Saúde.

Informações complementares sobre Planejamento e Política de Incentivo, instrumentos e teses estão disponíveis site <http://aids.gov.br/incentivo> do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Para um aprofundamento neste tema recomendamos aos profissionais que solicitem a realização de Oficinas de Monitoramento e Avaliação para a Gerência de Planejamento do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids.

Este tema foi adaptado a partir da aula sobre Planejamento, Monitoramento e Avaliação organizada pela Gerência de Planejamento do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo-SP.

Existem muitas formas de se trabalhar com planejamento em saúde. A seguir as perguntas mais freqüentes no que se refere a este tipo de atividade.

1. O que significa PLANEJAMENTO?

De modo geral a atividade de planejamento significa:

- Preparar-se para uma ação.
- Projetar o futuro para modificar o presente.
- Estabelecer um conjunto de metas e procedimentos para realizar um sonho ou intervir sobre um problema.

2. O que significa PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO?

Conjunto encadeado de perguntas que permite estabelecer de maneira adequada às metas e procedimentos para realizar um sonho ou intervir sobre um problema. Onde estamos? Onde queremos chegar? Para que existimos? O que vamos realizar?

A resposta a essas perguntas permite identificar o sonho ou problema do grupo e definir seus objetivos, metas e ações.

3. Quais são os ELEMENTOS de um Planejamento Estratégico?

A identificação do sonho ou problema por meio de uma análise da situação (onde estamos?) é a condição para definição dos objetivos, metas e ações do grupo.

- Os **objetivos** refletem a visão do grupo e os resultados esperados com o seu trabalho (onde queremos chegar?). Por exemplo: diminuir o número de novas infecções de HIV por transmissão vertical, no município de São Bento.
- As **metas** estabelecem quantitativamente os resultados esperados do trabalho do grupo em um determinado tempo e espaço (o que vamos realizar?).
- **Ação** é um conjunto de atividades ou processos de trabalho desenvolvidos, visando alcançar a meta. Por exemplo: Ao final de 12 meses, 50 profissionais de saúde (equipe multidisciplinar) de São Bento deverão ter sido treinados para a prevenção das DST/aids.

O mais importante é ter claro que as melhores metas são aquelas possíveis de serem atingidas. Para auxiliar este processo foi definido um conjunto de características que qualificam e facilitam a definição das metas, que irão compor a Programação Anual de Metas – PAM, dos municípios.

Neste contexto, são propostas seis características básicas que uma meta precisa ter para ser considerada adequada: as metas SMART.

4. O que é SMART?

O termo SMART é uma abreviação de um conjunto de conceitos que definem qualidades específicas de cada meta, que são:

- **ESpecífica:** A meta específica claramente o que deve ser alcançado e por quem?
- **Mensurável:** O alcance da meta pode ser medido quantitativamente?
- **Apropriada:** A meta se relaciona com o que o programa se propõe a realizar?
- **Realista:** A meta é alcançável considerando-se os insumos disponíveis, as atividades previstas e a experiência acumulada?
- **Temporalidade:** A meta específica quando ela será alcançada?

5. Existem EXEMPLOS de metas SMART?

Sim, seguem abaixo exemplos de metas SMART:

Ao final de 12 meses, 75 profissionais de nível superior da rede de atenção básica (que oferece a pesquisa do HIV a todas as gestantes) deverão ter sido capacitados em aconselhamento em DST/aids.

Ao final de 24 meses, 60% dos usuários que receberam o resultado do teste HIV terão estabelecido uma estratégia pessoal de redução de risco.

6. O que é um ENFOQUE ESTRATÉGICO no planejamento?

O enfoque estratégico no planejamento faz-se necessário quando existe oposição e conflito na realização do sonho ou intervenção sobre o problema. Significa um conjunto de manobras com objetivo de adquirir maior capacidade de ação em situações de baixa governabilidade, onde não se detém total controle sob os eventos e variáveis envolvidos no alcance dos objetivos do grupo.

7. O que significa um PLANO DE AÇÃO?

Detalhamento do que o grupo pretende realizar para alcançar seus objetivos. Indica o que será feito, quem irá fazer, onde, por quanto tempo e os custos envolvidos.

8. Quais são os ELEMENTOS que compõem um Plano de Ação?

Atividades – São os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados visando à obtenção dos efeitos desejados.

Insumos – Recursos financeiros, humanos ou materiais disponíveis para realização das atividades.

Produtos – Efeitos imediatos das atividades. Por exemplo: número de treinamentos realizados, número de testes para pesquisa do HIV realizados em gestantes na rede de atenção básica do município de São Bento.

Resultado – Efeito das atividades na população priorizada. Incluem vários tipos de efeitos podendo focalizar o conhecimento e os comportamentos. Por exemplo: aumento da pesquisa do HIV entre as gestantes; aumento do número de primeira consulta de pré-natal no 1º Trimestre de Gestação.

Impacto – Efeito acumulado de várias atividades com populações prioritárias que contribuem para modificação de tendências na população em geral ou na sociedade. Por exemplo: diminuição da taxa de transmissão vertical do HIV; diminuição da incidência do HIV.

9. O que significa MONITORAR E AVALIAR um plano de ação?

Monitorar significa coletar rotineiramente informações sobre o trabalho desenvolvido, acompanhando os custos e os resultados das atividades. O monitoramento provê informações que podem ser utilizadas para avaliação do trabalho.

Avaliar significa realizar uma coleta rigorosa de informações sobre as atividades, as características e os resultados do trabalho desenvolvido, determinando seu mérito ou valor. Por meio da avaliação é possível aprimorar cada vez mais o trabalho.

10. O que são INDICADORES?

Indicadores são medidas quantitativas que permitem monitorar o desempenho do plano de ação. Os indicadores podem ser de: produto, resultado ou impacto.

- Os indicadores de **produto** permitem verificar os efeitos da utilização dos insumos nas estratégias de prevenção e assistência prestadas. São exemplos de indicadores: o número de consultas e aconselhamentos; o número de capacitações e testes para HIV.
-
- Os indicadores de **resultado** permitem verificar os efeitos das estratégias de prevenção e assistência prestadas. São exemplos de indicadores: o grau de satisfação com a qualidade dos serviços; a diminuição dos comportamentos de risco.
-
- Os indicadores de **impacto** permitem verificar os efeitos de longo prazo acumulados das estratégias de prevenção e assistência prestadas. São exemplos de indicadores: a taxa de transmissão vertical do HIV; o tempo de sobrevivência da criança com aids.

Analisando a execução do plano de ação:

Eficácia – O trabalho do grupo atingiu seus objetivos e metas?

Eficiência – Os procedimentos utilizados para atingir os objetivos e as metas foram adequados?

11. Como o monitoramento pode ser uma ferramenta para a gestão?

Todas as informações, legislações e instrumentos para as atividades de Planejamento em DST/aids são encontradas no site do CRT DST/Aids-SP e também no DVD que acompanha este Guia.

Referências bibliográficas

1. Fekete, C. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde planejamento em saúde. p. 159- 173 (mimeo). Versão adaptada do artigo “El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos” de Adolfo Chorny (Educación Médica y Salud, v. 24, n.1, 1990).
2. Ministério da Saúde/Centers of Diseases Control and Prevention. Sistema de Monitoramento de Indicadores Sistema de Monitoramento de Indicadores Monitoraids. Brasília, 2004.
3. Ministério da Saúde/Centers of Diseases Control and Prevention. Oficina de capacitação em avaliação com Oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do Programa foco na melhoria do Programa. Brasília, 2005.

PREVENÇÃO DAS DST/AIDS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Patrícia Helena Vaquero Marques
Psicóloga, Gerência de Prevenção – CRT DST/Aids-SP
atencaobasica@crt.saude.sp.gov.br

Luiza Harunari Matida
Médica, Gerência de Vigilância Epidemiológica – CRT DST/AIDS-SP
epidemio@crt.saude.sp.gov.br

A

1. O que os Serviços de Atenção Básica devem priorizar quando realizam pré-natal?

Porta de entrada

O profissional da recepção deverá estar devidamente preparado para a escuta criteriosa e acolhimento das questões trazidas pelos usuários para conseguir dar respostas adequadas às necessidades de saúde.

Os serviços devem organizar-se para ter vagas extras para que todas as mulheres com suspeita de gravidez que procurem o serviços possam ser atendidas no mesmo dia.

Atendimento

O atendimento à mulher poderá ser realizado pelo médico ou pela enfermeira, o importante é poder fazê-lo no momento e não perder a oportunidade de iniciar o pré-natal se ela estiver grávida.

Os exames de rotina do pré-natal deverão ser solicitados no primeiro atendimento.

Agenda

O serviço deverá ter agenda para a próxima consulta, quando a mulher retornar com o resultado dos exames disponíveis, os quais serão arquivados no prontuário da paciente.

A presença da mulher às consultas é fator primordial, por isso caso a mesma não compareça, o serviço deverá entrar em contato para auxiliá-la na adesão ao pré-natal.

Laboratório

Os serviços laboratoriais deverão estar adequados às necessidades de tempo

do protocolo de realização do pré-natal, ou seja, os exames pedidos deverão estar na unidade, disponíveis no prontuário da gestante para a consulta seguinte.

Antes da consulta, a enfermagem deverá verificar se os exames foram solicitados e se os resultados estão no prontuário. Caso não estejam, recomenda-se ligar para o laboratório e pedir o resultado para realização da consulta. Lembrando que os exames não deverão ultrapassar o prazo de 20 dias para retornar ao serviço solicitante.

Em todas as consultas, a **carteirinha da gestante** deverá ser devidamente preenchida pelo médico. Para isso, quando a mulher chega ao serviço, a enfermagem deverá recolher a carteirinha e colocá-la em local visível para que seja atualizada a cada consulta.

Esta atividade além de atualizar os dados da carteirinha, evitará o esquecimento de algum exame que encontra-se dentro do prontuário, ou de resultados de exames que não retornaram do laboratório.

No caso de gestante soropositiva para o HIV durante o pré-natal:

Orientar a gestante para **não amamentar e não oferecer aleitamento cruzado**. É importante que esta orientação seja feita de forma carinhosa, para que a mesma saiba da importância dessa ação para a não transmissão do HIV para o seu bebê.

SAE – Serviço de Assistência Especializada

No caso da gestante soropositiva ao HIV, continuar o acompanhamento de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) e o acompanhamento do HIV no SAE.

Os profissionais que atendem a mulher deverão estar em contato, integrando as ações para fornecer o melhor atendimento possível.

Maternidade

No encaminhamento à maternidade é de fundamental importância que a gestante tenha a carteirinha devidamente preenchida, com a evolução do pré-natal e com os tratamentos realizados tanto para ela quanto para o parceiro sexual caso tenham acontecido.

No caso da gestante soropositiva ao HIV, a maternidade deverá ter os medicamentos necessários para a mãe e para o bebê, guardados em local de acesso fácil pela equipe de obstetras em qualquer horário do dia ou da noite.

Contextualização das atribuições da atenção básica no contexto de enfrentamento da TV da Sífilis e do HIV

2. Qual o maior DESAFIO para implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis?

A transmissão vertical da Sífilis e do HIV é diretamente associada ao pré-natal e isso é muito bom, pois o pré-natal é a atividade programática de prevenção destes agravos.

O Programa Estadual DST/Aids-SP tem como uma de suas metas a eliminação da sífilis congênita e da transmissão do HIV da mãe para o filho. Diante de tal situação nos deparamos com o grande desafio de fazer prevenção num espaço que não está na nossa governabilidade.

O **desafio** encontra-se na articulação entre o PE DST/Aids-SP e os serviços de Atenção Básica para o planejamento de ações importantes para o alcance destas metas.

A qualidade das ações oferecidas no pré-natal está diretamente ligada ao número de casos de sífilis congênita e de transmissão do HIV verificados nos municípios do Estado, onde através de Pesquisa: “Avaliação da Transmissão Vertical do HIV no Estado de São Paulo”- 2010. Foi observado que diversas oportunidades foram perdidas nos serviços de saúde, e acabaram contribuindo para surgimento de casos de transmissão Vertical tanto da sífilis como do HIV.

A qualidade das ações, oferecidas no pré-natal, fornece agilidade ao mesmo e contribui significativamente para a eliminação da TV.

IMPORTANTE

- Acessar as mulheres grávidas o quanto antes para iniciarem o pré-natal;
- ter profissionais que possam oferecer o teste de gravidez para a mulher na própria unidade;
- ter vagas disponíveis para atendimento e pedido de exames caso a mulher esteja grávida;

São ações que agilizam o início do acompanhamento da gestante e contribuem para diminuir as oportunidades perdidas de intervenção quando necessário.

3. Como podemos aproximar dos serviços que realizam partos na SAÚDE SUPLEMENTAR?

Os serviços de saúde suplementar em nosso Estado são responsáveis por 40% dos partos, contribuindo também com casos de sífilis congênita e transmissão Vertical do HIV. Faz-se necessário lembrar dos protocolos de atendimento da gestante HIV positiva e tratamento de sífilis em gestantes e seus parceiros sexuais, assim como a importância das notificações.

Os municípios podem:

- Contatar os serviços privados que realizam pré-natal e parto para o envio de material a respeito de protocolos, recomendações e consensos e
- Realizar reuniões de vigilância epidemiológica com serviços de saúde privados para melhorar a qualidade de notificações destes agravos.

A aproximação com esses serviços mostra-se de fundamental importância para eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV.

Durante a pesquisa “Avaliação da Transmissão Vertical do HIV no Estado de São Paulo” – 2010, os serviços de Saúde Suplementar se mostraram interessados em trabalhar junto aos GVEs e Municípios.

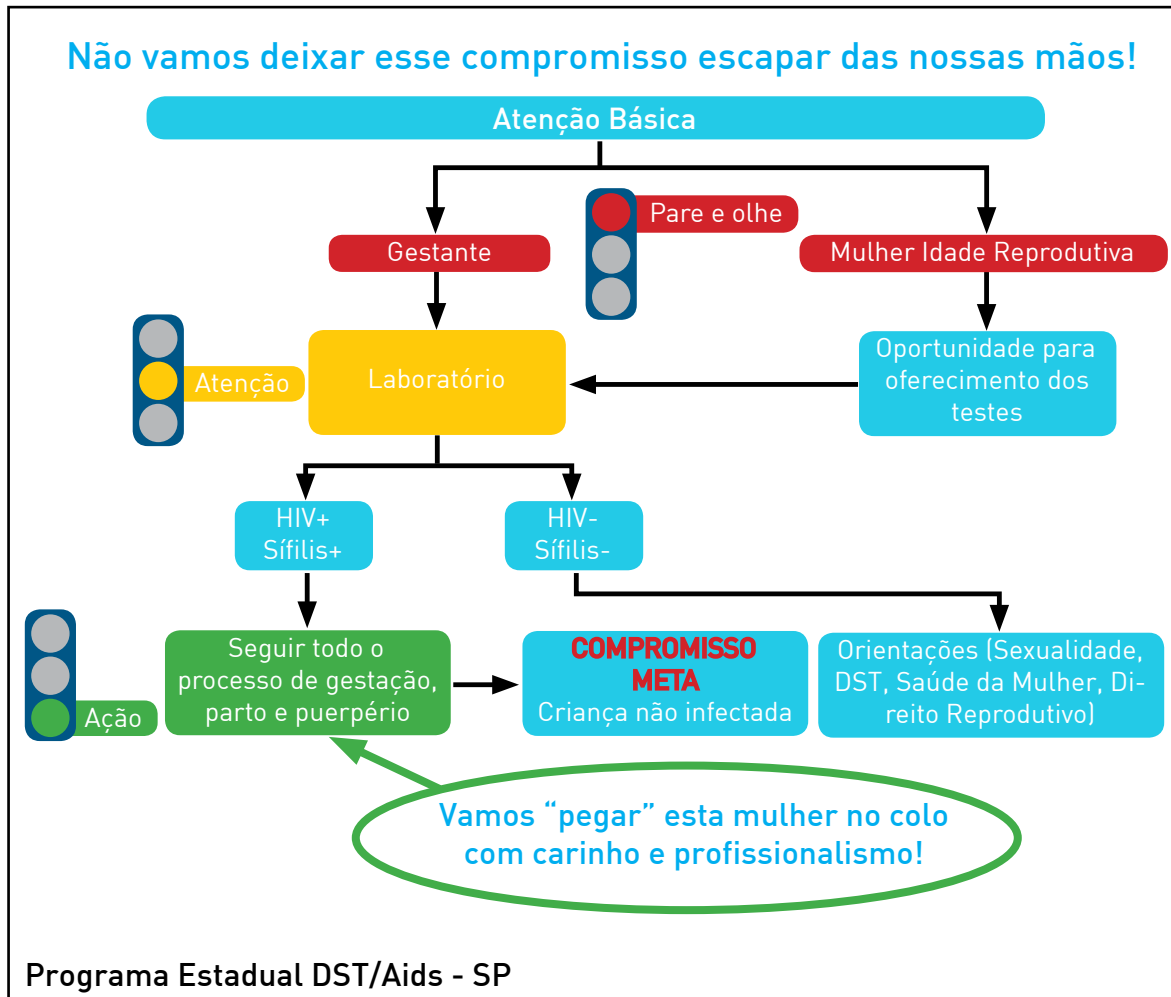
4. Vamos acompanhar o caminho da MULHER GRÁVIDA PORTADORA DE HIV ou SÍFILIS?

A mulher chega ao serviço com suspeita de gravidez buscando a realização do teste de gravidez. O exame de gravidez (urina) é realizado na própria unidade, de forma oportuna e caso a mulher esteja grávida já é possível iniciar o pré-natal. O ideal é que a gestante saia deste primeiro contato com os exames de rotina de pré-natal solicitados e com aconselhamento pré-teste realizado.

Considerar a proposta do “**ALERTA VERMELHO**”, ou seja, acompanhar de forma muito próxima - “**pegar no colo**” as gestantes identificadas como portadoras do HIV e ou da sífilis, principalmente aquelas que são pertencentes a grupos de alta vulnerabilidade ao HIV (usuárias de drogas lícitas ou ilícitas, moradoras de rua, privadas da liberdade; adolescentes; migrantes e, principalmente, mulheres com parcerias sexuais de homens pertencentes a

grupos de alta vulnerabilidade ao HIV). Veja a Figura a seguir.

Figura 1. “ALERTA VERMELHO”, ou seja, acompanhar de forma muito próxima - “pegar no colo” as gestantes identificadas como portadoras do HIV e ou da sífilis



5. O PARCEIRO DA GESTANTE pode ser convidado para o pré-natal, mesmo quando os exames de HIV e sífilis da gestante sejam não reagentes?

Sim, é o ideal. Caso o serviço realize o pré-natal do homem pode ser feito o convite para a participação do parceiro sexual.

6. Como a unidade básica deve proceder caso verifique o RESULTADO REAGENTE DE HIV?

Quando a gestante vem para a 1ª consulta para ver os resultados de seus exames, é fundamental realizar o aconselhamento pós-teste e, no caso do resultado ser positivo para o HIV, ela deverá ser encaminhada para o serviço especializado de referência para o devido tratamento e seguimento ambulatorial.

7. Quais OUTRAS AÇÕES DE PREVENÇÃO as DST/aids devem ser realizadas para gestante na rede de atenção básica à saúde?

No decorrer da gestação a unidade deve estar atenta às vulnerabilidades desta gestante ao HIV e às DST.

O processo de realização de testes deve ser **repetido no início do terceiro trimestre**, tomando o cuidado para que os exames não sejam solicitados muito próximos ao parto para que o resultado chegue a tempo e ter o acesso à profilaxia e tratamento em tempo hábil, caso necessário.

Durante o **aconselhamento** ressalta-se que o profissional da saúde deverá estar atento para as medidas de prevenção às DST/aids mais adequadas à realidade da gestante, podendo ser o uso de preservativo ou, nos casos em que não haja aceitação do uso deste insumo, propor que o casal faça “acordos” de uso de preservativo, caso ocorra uma relação extra conjugal. Deve ser lembrado que acordos nem sempre são mantidos ao longo do tempo e, portanto esta estratégia não é 100% eficaz.

Sidnei Rana Pimentel
Médico infectologista
Serviço de Pediatria - CRT DST/Aids-SP
spimentel@crt.saude.sp.gov.br

1. Do ponto de vista da sexualidade, o que muda com a adolescência?

Na adolescência, o corpo passa por profundas transformações que conduzem a uma nova maneira de vivenciar a sexualidade e a novas formas de expressão do desejo sexual. Nessa fase, o desejo passa a ser dirigido a objetos e situações que até então não lhe chamavam a atenção (por exemplo, contato físico com o outro e priorização de eventos sociais sem os familiares).

O jovem desperta para novas sensações e para a busca de situações de prazer que venham ao encontro da intensidade dos seus desejos. Nessa busca, descobre o prazer do encontro com o outro, muitas vezes com ansiedade, temor e vergonha. Descobre, também, que o mundo agora percebe sua sexualidade de forma diferente, confere-lhe novas regras, novas formas de relacionamentos entre os sexos, incentiva alguns comportamentos e proíbe outros, reluta em aceitar esse despertar do corpo adolescente. O jovem descobre tabus e preconceitos até então despercebidos.

2. A que o profissional de saúde precisa ficar atento no cuidado com o adolescente soropositivo para o HIV?

No trabalho com adolescentes em geral e especialmente no trabalho com aqueles que vivem com HIV/aids, é comum observar por parte dos profissionais, assim como das famílias ou cuidadores, a negação do desejo sexual nos adolescentes e o incentivo ao prolongamento de sua infância, fazendo com que esse tema não seja levado em conta nas suas ações e, conseqüentemente, aspectos importantes e determinantes de sua saúde sexual sejam postos de lado.

Para conversar com adolescentes sobre esses assuntos é necessário, primeiramente, manter uma atitude não-julgadora, possuir conhecimentos

específicos e garantir a confidencialidade. Além disso, é necessário que aos poucos seja criado, dentro da consulta, um espaço de conversa em separado com o adolescente, permitindo-lhes o exercício de sua individualidade, cuidando para que pais/cuidadores entendam esse momento e não se sintam ameaçados. Ao tratar do assunto é importante saber o que o paciente possui de informações, crenças e dúvidas, bem como utilizar uma linguagem simples para garantir o acesso real às informações, sempre checando sua compreensão ao final da consulta. É fundamental que tamanha quantidade de conhecimentos seja transmitida aos poucos, ao longo de diversas consultas, para não sobrecarregá-los e nem confundí-los.

É fundamental que as equipes multidisciplinares que lidam com crianças e adolescentes fiquem atentos às fantasias dos pais e cuidadores a respeito do momento de iniciação sexual. Para tanto, toda e qualquer orientação deve ser iniciada tão logo seja detectada a maturidade sexual, preparando-os para o início da vida sexual ativa, e não após a mesma.

O papel dos serviços de saúde não é o de controlar o exercício da sexualidade dos jovens que vivem com HIV/AIDS, ao contrário, é o de fornecer subsídios para sua vivência plena e segura, por meio do oferecimento de insumos, de informações, da promoção de espaços de discussão, de atendimentos norteados pela escuta e acolhimento das diferenças, de forma a promover e facilitar o autocuidado e a autonomia destes sujeitos em relação à sua vida sexual e reprodutiva. É ainda, o de estender este trabalho às famílias e cuidadores, de forma a promover seu acesso e aproximação do serviço de saúde e garantir o sucesso de suas ações junto aos adolescentes vivendo com HIV/AIDS.

3. Como lidar com a sexualidade do adolescente que vive com HIV?

O adolescente que convive com o HIV deve entender sua doença e os riscos a ela relacionados, não apenas no que diz respeito à transmissão de (a) terceiros, mas principalmente às suas próprias vulnerabilidades. Faz-se necessário rever o conceito de que o preservativo é apenas um meio de prevenção de transmissão de doenças e gravidez e relacionar o seu uso à manifestação da auto-estima e do auto-cuidado. É necessário ainda esclarecer que a atividade sexual faz parte dessa fase da vida, é natural e pode ser desejada, sem culpas, mas sim com responsabilidade.

4. O adolescente tem direito à confidencialidade?

Os adolescentes têm direito à confidencialidade em relação ao conteúdo de suas consultas, inclusive no que diz respeito à atividade sexual (ECA, art. 17). Além disso, o Código de Ética Médica, em seu art. 103 diz que é vedado ao médico “revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”. Essa avaliação deve ser feita em equipe multidisciplinar. É imprescindível que na necessidade de quebra de sigilo, o adolescente seja envolvido no processo desta discussão .

Diversos códigos de ética profissionais e o próprio código penal seguem o mesmo entendimento, e expressamente determinam o sigilo profissional, independentemente da idade do cliente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para o próprio ou para terceiros.

5. Todos os adolescentes devem saber de seu diagnóstico?

Idealmente, todos os adolescentes vivendo com HIV deveriam já ter consciência de seu diagnóstico, com compreensão dos mecanismos de transmissão, entendimento da infecção em si e do funcionamento do tratamento, bem como riscos para si e para terceiros. Infelizmente, e pelos mais variados motivos, essa não é uma realidade universal. O tema da Revelação do Diagnóstico do HIV ganhou destaque nos últimos anos, uma vez que a melhora da qualidade dos antirretrovirais disponíveis propiciou uma maior sobrevivência das crianças infectadas pelo HIV por transmissão vertical, hoje se tornando adolescentes e até adultos, já formando novos núcleos familiares. No entanto, poucos profissionais se consideram capacitados para informar à criança sobre seu diagnóstico, e muitas chegam à adolescência sem esclarecimentos quanto à sua doença.

A Coordenação do Programa Estadual de DST/aids de São Paulo desenvolveu o Manual para Assistência à Revelação Diagnóstica às Crianças que Vivem com o HIV/aids com o intuito de auxiliar os profissionais de saúde no processo de revelação diagnóstica e vem desenvolvendo ações para divulgação do mesmo.

6. Como abordar a revelação do diagnóstico para terceiros com o adolescente?

A

A revelação de seu diagnóstico para os parceiros sexuais, seja em relações estáveis ou ocasionais deveria ser encorajada, dando ao outro a oportunidade de decidir sobre seus próprios riscos, além de facilitar o processo nos casos de exposição sexual acidental e necessidade de prescrição da profilaxia medicamentosa. Todas estas alternativas precisam ser discutidas com o adolescente, além de oferecer a ele apoio a respeito de como contar sobre seu diagnóstico a terceiros, ajudando-o a decidir com reflexões sobre os prós e contras da revelação. Contracepção de emergência, em casos em que não se faz uso de contracepção de rotina, deve ser abordada e oferecida como alternativa.

Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS, Brasília-DF, 2013.
2. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Manual para Assistência à Revelação Diagnóstica às Crianças que Vivem com o HIV/Aids, Programa Estadual de DST/AIDS-SP, 2010.

ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO À GESTANTE/PUÉRPERA HIV+

Judit Lia Busanello

Psicóloga

Ambulatório de DST/Aids/CTA/TT

judit@crt.saude.sp.gov.br

Maria Aparecida da Silva

Assistente Social

Vigilância Epidemiológica DST/Aids

cida@crt.saude.sp.gov.br

A

1. O que é ACONSELHAMENTO em DST/aids?

O aconselhamento consiste num "Processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação" (Brasil, 1999)¹.

O aconselhamento é uma estratégia proposta pelo Programa Nacional de DST/Aids para o controle e quebra da cadeia epidemiológica das DST/ HIV. Estas doenças, além das consequências para a saúde do indivíduo adulto pode resultar, no caso da mulher grávida, na transmissão para o feto, quando esta gestante e seu parceiro sexual não são tratados adequadamente.

2. Qual é a importância do ACOLHIMENTO na assistência ao pré-natal e puerpério ?

O acolhimento é uma das etapas do processo de aconselhamento e consiste em promover uma relação de confiança entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço. Pressupõe uma postura acolhedora para que o paciente tenha garantia de sigilo, privacidade, confidencialidade e individualidade no atendimento.

As ações de aconselhamento são imprescindíveis para atingir a meta de eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis, nos serviços de saúde que prestam assistência ao pré-natal e puerpério.

O aconselhamento a estas gestantes deve:

- Promover reflexão da importância da realização das sorologias neste momento da vida (gestação e momento do parto);
- Discutir possíveis resultados e seus significados, bem como importância e formas de tratamento;
- Discutir, logo na primeira consulta, possíveis formas de manter contato caso o serviço de saúde necessite contatá-la.
- Documentar as possíveis formas de contato com a devida assinatura da paciente no prontuário ou no consentimento livre e esclarecido da abordagem consentida (Anexo 1).

IMPORTANTE:

A documentação sobre as formas de contato é fundamental para a busca de gestantes faltosas no pré-natal/puerpério e/ou para convocação frente a resultados de exames laboratoriais alterados.

O profissional que irá atender deve:

- Assumir uma postura acolhedora e não julgadora;
- Reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- Identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DST, HIV e aids;
- Utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- Informar sobre os testes laboratoriais a serem realizados no pré-natal;
- Informar sobre as possibilidades de resultados, procedimentos e conduta em caso de resultado reagente;
- Conhecer informações específicas sobre a transmissão vertical do HIV e sífilis;
- Explicar as complicações decorrentes da não realização do tratamento correto ou deste ser incompleto ou da automedicação;
- Monitorar e documentar a realização do tratamento.

Não podemos esquecer:

Na possibilidade do resultado **NEGATIVO** para HIV:

- Avaliar o período de janela imunológica e necessidade de realizar nova coleta;
- Avaliar o gradiente de risco, principalmente entre aquelas gestantes pertencentes a grupos mais vulneráveis (usuárias de drogas, moradoras de rua, adolescentes, privadas de liberdade e outras);
- Discutir estratégias de prevenção as DST/Aids

Na possibilidade do **RESULTADO REAGENTE** para HIV:

- Investigar se a gestante dispõe de apoio social sejam eles, familiar, amigos, empregador e outros, que possa lhe dar algum tipo de suporte.
- Discutir a importância do diagnóstico e acompanhamento de seu parceiro sexual
- Investigar a existência de outros filhos e discutir a necessidade da realização da sorologia anti HIV (anexo 2);
- Orientar para o não aleitamento materno e/ou cruzado, discutir estratégias para adoção de atitudes e explicações junto aos familiares, amigos e ambiente hospitalar (puerpério);
- Discutir (principalmente entre as gestantes que pertencem a grupos mais vulneráveis), estratégias e importância da adesão às consultas do pré-natal, medicamentos profiláticos e tratamento.

No **SEGUIMENTO** da gestação e encaminhamento para o **PARTO**:

- Monitorar e documentar em prontuário e na carteira da gestante os resultados dos exames laboratoriais, e o tratamento profilático administrado na gestante.
- Discutir e garantir que a gestante tenha conhecimento prévio da maternidade a qual ela será encaminhada;
- Agendar uma consulta da gestante com pediatria especializada, ainda durante a gestação, para que esta conheça o serviço e realize o devido seguimento ambulatorial da criança.

3. Como proceder a convocação de PARCEIROS SEXUAIS da gestante soropositiva para o HIV?

A

O envolvimento e abordagem da parceria sexual requerem cuidados especiais dos serviços de saúde. A mulher em idade reprodutiva ou gestante que desconhece o status sorológico do parceiro, seja para HIV ou sífilis, pode vir a se infectar no decorrer da gravidez e por consequência transmitir a doença para o seu filho.

O Ministério da Saúde, reconhecendo a importância do papel do homem neste cenário, vem estimulando os futuros pais a fazerem um “check-up” durante o pré-natal. O objetivo é estimular os homens a se envolverem nos cuidados preventivos com a saúde e incentivá-los a realizarem exames para diagnóstico precoce e tratamento de doenças que possam afetar a saúde da mulher e, por consequência, a do bebê, além de eliminar a transmissão vertical do HIV e da sífilis².

A convocação do parceiro sexual, daquelas gestantes que se descobrem com HIV ou qualquer outra DST deve ser discutida, compreendida e consentida pela gestante e deve ser realizada de modo que toda a informação permaneça em sigilo. O profissional deve ter claro também que nem sempre este processo se dá em um único atendimento.

A convocação pode ser feita através da gestante, que conversa com seu parceiro sexual ou por um profissional de saúde, quando a gestante não se sentir apta a fazê-lo. A mulher deve consentir e fornecer informações sobre a melhor forma de contatá-lo.

Nos casos em que a gestante não se sentir apta a convocá-lo, o profissional deve preferencialmente solicitar assinatura em prontuário, para a autorização de contato e da melhor forma de realizá-lo.

IMPORTANTE:

Toda a convocação de parceiro deve:

- Ser discutida e consentida pela gestante;
- Ter resolutividade, ou seja, possibilidade de atendimento no mesmo dia, flexibilidade de horários, fornecimento de atestado para o trabalho, facilitando assim o seu comparecimento ao serviço;
- Garantir aconselhamento a ambos;
- Garantir tratamento e seguimento ambulatorial a ambos.

Referências Bibliográficas:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids – Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA – Manual, 1999
2. <http://www.aids.gov.br/noticia/prenatal-para-homens> (acessado em 06/01/2014 as 15:30)

Anexo 1. Instrução normativa nº 1626, de 10 de julho de 2007, sobre abordagem consentida dos usuários e modelo de termo de consentimento.

GABINETE DO MINISTRO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007

Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, conforme inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição Federal, e Considerando que a saúde é direito fundamental assegurado nos art. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando que a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e acesso ao tratamento são os objetivos dos serviços de saúde;

Considerando que o acesso e incentivo ao teste para o HIV e outras DST não se limitam apenas à realização dos mesmos, mas se estende ao conhecimento do resultado do exame pelo usuário;

Considerando que o conhecimento do resultado da testagem para HIV e outras DST, possibilita a adoção de medidas preventivas e o início do tratamento precoce, melhorando a qualidade de vida do usuário;

Considerando que a realização do exame de detecção do HIV e demais DST devem contemplar o aconselhamento pré-teste e pósteste, quando da realização do exame e da entrega do resultado ao usuário;

Considerando a necessidade de se cumprir o direito de confidencialidade do resultado do teste realizado pelo usuário;

Considerando a necessidade de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde para o recebimento de resultados de exames e redução do abandono ao tratamento; e

Considerando a necessidade de agilidade no fluxo estabelecido entre a coleta do exame e a entrega dos resultados em curto espaço de tempo, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa estabelece os procedimentos e as condutas para a abordagem de pessoas submetidas a testes capazes de diagnosticar o HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, e que não retornam ao estabelecimento de saúde para dar conhecimento dos resultados dos exames, bem como às que não comparecem ao tratamento já em curso.

§ 1º A abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia, obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante no Anexo desta Instrução Normativa, com os usuários que não retornam às unidades

de saúde para receber os resultados de testes realizados para HIV e outras DST, ou com os que não comparecem ao tratamento.

§ 2º Respeitado o direito à privacidade, será garantido ao usuário o direito de decidir pelo contato, ou não, bem como o melhor meio de estabelecimento deste contato pelo serviço de saúde.

Art. 2º A abordagem consentida, a ser executada por profissionais de saúde capacitados para essa ação e deve ser realizada junto aos usuários que não compareceram para receber os resultados dos testes realizados para HIV e outras DST, que só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

§ 1º A abordagem consentida de pessoas que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST e não retornam para conhecer os resultados dos exames deverá limitar-se ao convite para o comparecimento ao serviço de saúde.

§ 2º Os resultados dos testes a que se refere o caput deste artigo só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

Art. 3º O contato para comparecimento ao serviço de saúde deve ser realizado diretamente com o usuário ou excepcionalmente com alguém previamente autorizado por este, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. Em hipótese alguma, o usuário deverá ser exposto a qualquer forma de constrangimento.

Art. 4º No processo de aconselhamento pré-teste, o serviço de saúde apresentará ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a abordagem consentida, bem como a forma de contato com o usuário que será realizado por intermédio de correio, contato telefônico, mensagem eletrônica ou visita domiciliar, devendo ser definida pelo usuário.

Parágrafo único. Na emissão do convite ao comparecimento ao serviço de saúde deverá ser restringido o uso de logomarca, logotipo, símbolo, identificação visual, imagem corporativa.

Art. 5º O Termo de Consentimento Esclarecido deverá constar a assinatura ou impressão digital da pessoa abordada com a especificação da técnica de contato ou, se for o caso, a sua recusa em firmá-lo, atitude que não poderá motivar restrições a seu atendimento.

Parágrafo único. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser revogado a qualquer momento quando do desejo do usuário do serviço de saúde.

Art. 6º A abordagem consentida, para os casos em que não houver o comparecimento à consulta agendada para o conhecimento dos resultados, deverá ser realizada após 15 dias da referida falta.

Parágrafo único. Caso a primeira tentativa de contato consentido não alcance êxito, deverá o serviço de saúde estabelecer novos contatos com o usuário por, pelo menos, três tentativas.

Art. 7º Para os usuários em tratamento, a abordagem consentida deverá ser realizada logo após a falta à consulta.

Art. 8º Em todo o processo de abordagem consentida aos usuários que não comparecem aos serviços de saúde para conhecimento dos resultados de exames

realizados para HIV e outras DST, ou que não estejam comparecendo ao tratamento, deverá ser mantida a confidencialidade das informações do usuário.

Art. 9º Fica determinado que a Secretaria de Vigilância em Saúde adote as medidas necessárias ao cumprimento efetivo do disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 10. Em conformidade com as respectivas condições de gestão do Sistema Único de Saúde, caberá aos Estados e Municípios estabelecer normas complementares a esta Instrução Normativa para atender as especificidades regionais e locais.

Art. 11. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo discriminados:

Ou, por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

Telefone, () _____

Correio. Endereço: _____

E-mail: _____

Visita domiciliar. Endereço: _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário:

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações. Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

_____, ____/____/____

(Local) (data)

Nome do Usuário (letra de forma): _____

Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

Nome do Representante Legal _____

Assinatura do Representante Legal ou impressão digital: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura do Entrevistador: _____

Anexo 2. Recomendações para a ampliação do Diagnóstico do Hiv em crianças e adolescentes infectados por transmissão vertical- Nota Técnica nº34/2010



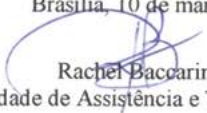
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST E AIDS
SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Auditório
70070-600 – Brasília/DF
Telefone: (61) 3306-7037/7043

NOTA TÉCNICA nº.34/2010 UAT/DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS/SVS/MS

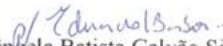
Assunto: “Recomendações para a Ampliação do Diagnóstico do HIV em Crianças e Adolescentes Infectados por Transmissão Vertical”.

1. O documento “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV”, publicado em 2009 pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, indica que a investigação para definição do diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças expostas deve ser iniciada o mais precocemente possível, a partir de 30 dias de vida.
2. Entretanto, tem-se observado com frequência o diagnóstico tardio de casos de infecção por transmissão vertical, sendo que muitos desses casos são de adolescentes cujos pais são sabidamente infectados pelo HIV, mas que nunca fizeram nenhuma investigação diagnóstica para definição de seus próprios estados sorológicos.
3. Ressaltamos que a ausência de sinais e sintomas sugestivos de aids não exclui a necessidade de definição de diagnóstico, pois a história natural da infecção pelo HIV é peculiar a cada indivíduo, de modo que os indivíduos identificados como “progressores lentos” chegam a viver muitos anos com infecção sem desenvolver sinais e sintomas de aids.
4. Diante do exposto, **recomendamos aos serviços de saúde que ofereçam o teste do diagnóstico para o HIV a todas as crianças e adolescentes com até 20 anos de idade, filhos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, que não tenham sido previamente testados.**
5. De acordo com o documento “Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV” publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde, se faz necessária a autorização dos responsáveis legais para a realização dos exames no caso de crianças. No caso de adolescente (12 a 18 anos), este pode decidir sozinho pela realização do exame, desde que o profissional de saúde avalie que ele é capaz de entender o seu ato e conduzir-se por seus próprios meios, segundo o Código de Ética Médica. Ainda assim, nesse caso, o adolescente deverá ser estimulado a compartilhar o que lhe acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que possa servir-lhe de suporte.
6. Reforçamos que o aconselhamento nestas situações é muito importante. Deve-se realizar orientações preventivas, enfatizar as vantagens do diagnóstico e abordar as dificuldades dos possíveis resultados, conforme necessidade de cada usuário.

Brasília, 10 de março de 2010.


Rachel Baccarini
Unidade de Assistência e Tratamento

Aprovo a Nota Técnica
Em 12/03/2010


Mariângela Batista Galvão Simão
Diretora


Eduardo Luiz Barbosa
Diretor
Departamento de DST e Aids

ASSISTÊNCIA A GESTANTE HIV POSITIVA

Risia Cristina Santos de Oliveira
Médica infectologista
Ambulatório HIV/Aids - CRT DST/Aids-SP
risia.oliveira@crt.saude.sp.gov.br

A

As recomendações deste protocolo baseiam-se em comprovações científicas e experiências clínicas contidas em documentos já publicados e cujas referências se encontram no final para eventuais consultas.

Quais são os pontos previstos no protocolo de assistência à mulher grávida soropositiva para o HIV?

O acompanhamento pré-natal deve ser **multidisciplinar**. Composto por: psicólogo, enfermeiro, assistente social, nutricionista, obstetra e infectologista. A atuação conjunta garante a eficiência do controle da condição do paciente.

A **notificação da gestante** soropositiva para o HIV é compulsória e deverá ser realizada por meio do pré-natal, mesmo com a suspeita de que já tenha sido realizada, dessa forma tentaremos eliminar o risco da perda de informações preciosas.

O **encaminhamento para o parto** deve ser preciso e seguro. Deve haver uma articulação entre o local de atendimento e a maternidade para assegurar a condução correta dos casos.

Deve haver orientação sobre **uso de preservativo** mesmo quando o casal for portador do HIV. O planejamento reprodutivo deve fazer parte da discussão, inclusive, de métodos contraceptivos adicionais ao preservativo, adaptados para a realidade de cada um.

A **adesão ao tratamento** deve ser um pacto firmado desde a primeira consulta entre o paciente e o médico: comparecimento às consultas, confiança mútua.

A orientação sobre a **impossibilidade de amamentação deve ser fornecida** para facilitar este momento com o núcleo familiar, para que não haja necessidade de exposição do diagnóstico da infecção do casal. A informação

A

sobre a inibição da amamentação e o leite artificial devem ser fornecidos no pós-parto imediato.

O **uso dos antirretrovirais (ARV)** deve ser decidido em conjunto pela gestante e o médico assistente, sob a orientação do último. A mulher que já vinha em uso de ARV com bom controle virológico terá seu esquema mantido desde que não contra indicado na gravidez.

Pacientes que não usam ARV será iniciado terapia conforme Quadro 2, 3 e 4.

O uso da **carteirinha do pré-natal** é de fundamental importância, deve ser organizada a partir da consulta inicial, com a função de orientar o atendimento à gestante durante o acompanhamento, assim como o momento do parto. A gestante deve ser orientada quanto à realização de exercícios físicos, nutrição, hábitos e vícios, atividade sexual, e medicamentos prejudiciais à sua saúde e a de seu bebê.

Também deve ser avaliada e realizada a **imunização** contra as infecções influenza, difteria e tétano e hepatite B logo que possível.

Antes de iniciar a terapia antirretroviral, devem ser coletados vários **exames** laboratoriais.

Nas pacientes já em uso de ARV, mas com carga viral detectável deve-se avaliar a adesão e necessidade de realização de genotipagem para troca dos medicamentos.

1. Quais EXAMES devem ser realizados durante o pré-natal da gestante soropositiva para o HIV?

Os exames a serem relacionados estão expostos no Quadro 1.

Quadro 1. Exames a serem realizados durante o pré-natal da gestante soropositiva para o HIV

1ª CONSULTA
<ul style="list-style-type: none"> • Sorologias (sífilis, Hepatites B e C, HTLV I/II, CMV, toxoplasmose, rubéola e doença de Chagas em áreas endêmicas); • Tipagem sanguínea; • Hemograma e Bioquímica; • Dosagem de CD4 e Carga Viral para HIV; • Urina I e Urocultura; • Protoparasitológico (PPF); • Ultrassom obstétrico; • Hormônio Tireoestimulante (TSH), Tiroxina livre (T4l); • Coleta de Papanicolaou e pesquisa de outras DST; • Coombs indireto se paciente Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido (mensal); • PPD.
2º TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> • Repetir as sorologias negativas; • Hemograma e Bioquímica; • Dosagem de CD4 e Carga Viral para HIV; • TTGO, após 20 semanas se glicose for → 85mg/dl ou grande aumento de peso; • Ultrassom morfológico (entre 18 e 24 semanas). • Coombs indireto se a paciente for RH - e parceiro RH + ou desconhecido
3º TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> • Repetir as sorologias negativas e Coombs Indireto; • Hemograma e Bioquímica; • Dosagem de CD4 e Carga Viral para HIV (34ª semana de gestação); • Ultrassom obstétrico; • Urina I com Urocultura; • Swab vaginal e anal para pesquisa de Estreptococo do Grupo B (entre 35 e 37ª semana de IG); • Rastreamento de vaginose bacteriana para as gestantes com história prévia de parto pré termo.
APÓS 15 DIAS DE INTRODUÇÃO DOS ARV
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo; • Bioquímica.
APÓS 30 DIAS DE INTRODUÇÃO DOS ARV
<ul style="list-style-type: none"> • Dosagem de CD4 e Carga Viral (CV) para HIV

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV) EM GESTANTES

A indicação de terapia ARV segue as orientações do Consenso Brasileiro 2013, e deve sempre ser uma combinação tripla.

Quadro 2. Recomendação para início de terapia antirretroviral de acordo com a situação de infecção da gestante soropositiva

Idade gestacional (IG)	Status clínico e laboratorial	Conduta
Após a 28ª semana	Assintomática e sem contagem de LT-CD4+ (linfócitos) disponível	<ul style="list-style-type: none">• Coletar sangue para contagem de LT-CD4+ e carga viral (CV)• iniciar imediatamente TARV combinada (associação de três ARV) Independentemente do resultado de LT-CD4+ e CV
Entre a 14ª e a 28ª semana	Assintomática e com contagem de LT-CD4+ \geq 350 céls./mm ³	<ul style="list-style-type: none">• TARV combinada (associação de três ARV)
Independentemente da IG	Assintomática e com LT-CD4+ $<$ 350 céls./mm ³	<ul style="list-style-type: none">• TARV combinada (associação de três ARV)• A realização de quimioprofilaxia para infecções oportunistas (IO) (indicada se LT CD4+ for $<$ 200 céls./mm³)
Independentemente da IG	Sintomática*	TARV combinada (associação de três ARV) Realizar quimioprofilaxia primária para IO

*Considerar os sintomas associados à infecção pelo HIV, mesmo não definidores de aids.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes 2010

Quadro 3. Esquemas preferenciais para terapia antirretroviral

Preferencial	2 ITRN (inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo ou nucleotídeo) + IP (inibidor da protease)/r (ritonavir como adjuvante farmacológico)
Alternativo	2 ITRN + ITRNN (inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo)

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes 2010

Quadro 4. Drogas e combinações preferenciais e alternativas

Grupo farmacológico	Droga
2 ITRN	AZT (zidovudina) 300mg 12/12 hs + 3TC (lamivudina) 150mg 12/12 hs
IP	LPV (lopinavir) /r - 2 comprimidos. 12/12 hs
ITRNN	NVP (nevirapina) ⁽¹⁾ 200mg 12/12 hs

(1) a NVP deve ser usada com cautela em mulheres com LT-CD4+ \geq 250 céls/mm³ devido ao risco elevado de hepatotoxicidade.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes 2010

Algumas OBSERVAÇÕES IMPORTANTES no uso de terapia antirretroviral (TARV) na gestação:

- **Não há mais indicação de monoterapia com AZT.** Caso alguma gestante encontre-se nesta situação próximo ao parto, a via de parto deverá ser **cesária eletiva**;
- O AZT, sempre que possível, deverá fazer parte de qualquer esquema terapêutico que venha a ser adotado para gestante infectada pelo HIV;
- O efavirenz não deve ser utilizado na gestação devido à teratogenicidade;
- Cuidado com o uso da nevirapina em mulheres com CD4 \geq 250 céls/mm³ onde há maior risco de toxicidade hepática sintomática e rash cutâneo;
- Utilizar antirretrovirais mesmo nas pacientes com CD4 elevado, carga viral baixa ou indetectável;
- A TARV de preferência deve conter **LPV/r** pelo maior número de estudos do uso em gestante. No segundo e terceiro trimestres da gestação deve ser aumentado a sua dose para 03 comprimidos a cada 12 horas até duas semanas após o parto naquelas obesas ou com antecedente do uso de vários esquemas com IPs.
- Nas gestantes que já se encontram em tratamento, **os ARV não devem ser suspensos**, apenas readequados se necessário para segurança do binômio mãe/feto.

- É necessário garantir a **indetectabilidade da carga viral**, com troca de esquema mediante genotipagem de forma precoce em casos de falência terapêutica.
- Na **co-infecção HIV-HBV** dar preferência a TDF e 3TC associado à ITRNN ou IP caso tenha que tratar HBV e HIV;
- Nas pacientes em **acompanhamento psiquiátrico** deve-se sempre discutir a terapia e se houver necessidade de troca, a mesma deve ocorrer o mais breve possível;
- Está proscrito o uso de hipolipemiantes: fibratos e estatinas;
- **O AZT injetável deve ser usado no parto e oral no recém-nascido (RN) sempre**, mesmo para gestantes sem uso do medicamento durante a gestação devido a possibilidade de resistência viral.

2. Quais PROCEDIMENTOS são importantes de se realizar durante o PN da gestante HIV positiva?

O pré-natal deve seguir a **rotina habitual** no que se refere ao número de consultas e **tempo para retornos**:

- até 34 semanas - mensal;
- de 35 a 38 semanas - semanal;
- após o início dos ARV é necessário retorno após 15 dias para avaliar a aceitação e efeitos colaterais.

As consultas devem ser compostas de anamnese, exame físico geral, exames ginecológico e obstétrico.

Os procedimentos estão descritos no quadro a seguir. É importante que a cada consulta seja verificado se todos os passos foram realizados de acordo com a semana de gestação.

Quadro 5. Procedimentos a serem realizados durante o PN de acordo com o período gestacional da mulher HIV positiva e grávida

Primeiro trimestre
<ol style="list-style-type: none">1. Realizar anamnese, exame físico geral, ginecológico e obstétrico;2. Preencher dados no cartão da gestante e orientar a gestante sobre sua importância e conservação;3. Realizar avaliação do estado nutricional da gestante;4. Fazer o cálculo de idade gestacional (IG) e da data provável de parto (DPP);5. Verificar a atualização de vacinas. Lembrar que estão contra indicadas aquelas com vírus vivos atenuados como a tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) e contra varicela;6. Realizar avaliação odontológica quando necessário;7. Avaliar prescrição de vitaminas;8. Realizar avaliação de troca ou início de terapia antirretroviral (TARV);9. Realizar avaliação clínica e obstétrica;10. Fazer avaliação do risco gestacional baseado na história reprodutiva, doenças obstétricas e presença de co-morbidades;11. Fornecer orientações gerais.
Segundo trimestre
<ol style="list-style-type: none">1. Realizar imunização com imunoglobulina anti- D se a gestante for RH negativa, coombs negativo, em parceiro não testado para tipagem sanguínea2. Suspender o ácido fólico após 12 semanas da gestação;3. Realizar avaliação clínica e obstétrica.
Terceiro trimestre
<ol style="list-style-type: none">1. Orientar via de parto;2. Entregar “KIT” para o parto na 32ª semana de gestação, composto por:<ul style="list-style-type: none">- AZT- ampola para infusão endovenosa;- AZT-solução para o recém-nascido;- nevirapina-solução (para todos os RN de mães que não receberam TARV na gestação);- cabergolina para inibição da lactação e fórmula láctea para o RN;- carta de encaminhamento para maternidade ;3. Orientar a gestante sobre a importância de levar a carteira da gestante para a maternidade, consulta de retorno com obstetra pós-parto e consulta de puerpério da criança;4. Garantir/Encaminhar a gestante para agendamento de consulta na maternidade e na pediatria na 34ª semana de gestação;5. Realizar avaliação clínica e obstétrica.

3. Como funciona o ambulatório de gestantes do CRT DST/Aids-SP?

O ambulatório de gestantes do CRT tem o seguinte fluxo e procedimentos:

1. Realiza-se um encontro em grupo das gestantes com enfermeira, psicóloga, assistente social e médico;
2. Antes do grupo, a gestante passa em consulta com a enfermagem;
3. Após o grupo, a usuária passa em consulta com o médico obstetra e infectologista conjuntamente;
4. Na saída, a enfermagem orienta os encaminhamentos e encaminha o prontuário para o Núcleo Vigilância Epidemiológica/CRT DST/Aids-SP;
5. Na 32ª semana de IG, a usuária recebe o “KIT” para o parto;
6. Na 34ª semana, a enfermagem acompanha a gestante na visita à pediatria e agenda consulta;
7. O encaminhamento para agendamento de consulta na maternidade é realizado pelo médico obstetra em torno da 34ª semana de gestação.
8. A consulta da mulher pós-parto ocorre após 10 dias com médico obstetra.

4. Que PROFILAXIAS devem ser realizadas durante a gestação de portadora do HIV?

Os agentes antifúngicos como itraconazol ou fluconazol como tratamento ou profilaxia de criptococose não devem ser utilizados pelo elevado risco de teratogenicidade. Caso seja necessário deve ser dada preferência o uso da anfotericina B, principalmente no primeiro trimestre.

O sulfametoxazol-trimetoprim pode ser usado tanto como profilaxia da pneumocistose como para a toxoplasmose. Deve-se evitar o uso da pirimetamina para o tratamento da toxoplasmose.

A isoniazida é permitida para profilaxia da tuberculose, quando necessária.

TRABALHO DE PARTO

5. Quais são os critérios para escolher a VIA DE PARTO?

No quadro abaixo verifica-se a situação da gestante quanto a contagem de carga viral e idade gestacional para indicação de via de parto.

Além destes, outros fatores também são levados em consideração para escolha do parto, tais como: o histórico obstétrico da paciente, a existência de bolsa rota, a evolução do parto e o desejo da mulher.

Quadro 6. Recomendação para via de parto conforme situação da gestante

Situação de gestante		Recomendação de via de parto
CARGA VIRAL	IDADE GESTACIONAL	
≥1.000 cópias/ml	≥ 34 semanas	Cesárea eletiva
<1.000 cópias/ml	≥ 34 semanas	Via obstétrica

6. Como o AZT INJETÁVEL deve ser utilizado durante o trabalho de parto?

O uso do AZT injetável deve ser iniciado independente da via de parto escolhida, em infusão contínua, por um período de pelo menos três horas antes do parto até o clampeamento do cordão umbilical, conforme esquema abaixo:

ESQUEMA POSOLÓGICO DO AZT NA PARTURIENTE

AZT injetável- f/a 200mg com 20ml (10mg/ml)

Dose de ataque - 2mg/kg na 1ª hora

Dose de manutenção - 1mg/kg em infusão contínua

Preparo: diluir em 100ml de soro glicosado (SG) 5%, sendo que a concentração não deve exceder 4mg/ml

Na impossibilidade do uso de AZT injetável, utilizar AZT oral 300mg no início do parto e, a partir daí, 300mg a cada 3 horas até o clampeamento do cordão umbilical.

Cuidados importantes no parto:

- Estão contra indicados todos os procedimentos invasivos: amniotomia, fórceps, cordocentese e episiotomia;
- Evitar toques repetidos;
- Em caso de ruptura precoce de membranas amnióticas no trabalho de parto, este não deverá ultrapassar 4 horas de duração, podendo haver indicação de cesariana se necessário.

INIBIÇÃO DE LACTAÇÃO para gestante HIV positiva

É recomendado o uso de Cabergolina (Dostinex) 0,5mg - 2 comprimidos em dose única no dia seguinte ao parto.

O PÓS-PARTO da puérpera soropositiva para o HIV

A tendência atual é iniciar precocemente a TARV devido aos efeitos inflamatórios causados pela presença do HIV e também para reduzir o risco de transmissão horizontal.

Existem também recomendações atuais sobre a interrupção do tratamento das gestantes sem indicação de TARV: a recomendação britânica sugere manter a TARV quando este foi iniciado durante a gestação com CD4 abaixo de 500 células/mm³. Para aquelas que iniciaram com CD4 maior ou igual a 500 células/mm³ o tratamento deve ser suspenso após o parto, a menos que seja um casal sorodiscordante. O mesmo acontece com a recomendação americana de 2012 que sugere discutir risco/benefício de manter ou interromper a TARV.

No Brasil a recomendação mais recente para adulto orienta uso mais precoce da terapia antirretroviral e a **não suspensão da TARV** após o parto. Existem estudos que demonstraram os malefícios da suspensão da TARV, independente do nadir (o valor mais baixo) de CD4. O importante é lembrar sempre de individualizar os casos.

O **retorno em ambulatório da obstetrícia e da infectologia** ocorre pós 10 e 40 dias do parto para:

- avaliação ginecológica;
- orientação anticoncepcional;
- anotações sobre o que ocorreu no parto: qual a via de parto, se a maternidade fez uso do AZT injetável e por quanto tempo, se o RN encontra-se em uso do AZT oral e em acompanhamento com pediatra, se ocorreram intercorrências e outros;
- avaliação de fluxos e condutas corrigindo e orientando eventuais falhas. O objetivo principal é que ocorra atendimento correto nos locais de referência.

O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA nascida de mãe soropositiva para o HIV

A CRIANÇA deve iniciar acompanhamento com pediatra entre 7 e 10 dias do nascimento.

A comunicação do pré-natal deve ser mantida também com o ambulatório de pediatria avaliando os resultados relacionados à transmissão vertical do HIV e de outras infecções congênitas. Estes dados serão os parâmetros de qualidade do serviço e qualquer falha relacionada deve ser prontamente corrigida para prevenção de outras situações inadequadas.

Todo o seguimento da criança se encontra na parte B deste manual.

O PARCEIRO da gestante soropositiva para o HIV

A realização do pré-natal (PN) do homem é o momento para o parceiro acompanhar as consultas, realizar exames preventivos, constituindo-se em mais uma estratégia para o controle da transmissão vertical das DST. Além de trazer resultados positivos na adesão da mulher grávida ao PN e às orientações.

O serviço de saúde deve convidar o parceiro para atendimento individual, momento em que são ofertados exames sorológicos, além de aconselhamento a prevenção das DST, riscos e práticas sexuais seguras.

Na consulta de retorno para entrega de resultados ao parceiro é realizado aconselhamento pós-teste com orientações necessárias a saúde do bebê e dos pais.

Os exames do parceiro devem ser repetidos durante o PN da mulher.

Referências bibliográficas

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber RETAL, Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency vírus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trial Group Protocol 076 Study Group. New Engl J Med 1994; 331:1173- 1180.
2. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral, Ministério da Saúde, SVS, PNDST/AIDS, 2010.
3. DHHS Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Woman and Prevention of perinatal Transmission; Recommendations for use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIVInfected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce perinatal HIV Transmission in the United states; Public Health Service Task Force; Perinatal HIV Guidelines Working Group; 2012
4. Halima Dao, MD, MSc; Lynne M Moferson, MD, et al; International recommendations on antiretroviral drugs for treatment of HIV-Infected women and prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings:2006 update; American Journal of Obstetrics & Gynecology; Supplement to September 2007;S42-S55.
5. Paintsil, Elijah, Andiman, Warren A., Update on successes and challenges regarding mother-to-child transmission of HIV; Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins; 2009;94-101.
6. Nota Técnica número 388/2012CQV/D-DST-AIDS-HV/SMS/MS, Assunto: Introduzir Nevirapina (NVP) ao esquema de quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV para recém nascidos de mães vivendo com HIV/Aids que não receberam antirretrovirais na gestação.
7. Nota Técnica número 196/2013 CQV/DDAHV/SVS/MS, Assunto: Retirada da estavudina (d4T) 30mg e do Indinavir (IDV) 400mg e substituição por outros antirretrovirais para adultos que vivem com HIV.
8. Taylor GP, Clayden P., Dhar J, Gandhi K, Gilleece Y, Harding K, et AL, British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012. HIV Med. 2012 Sep; 13 Suppl 2;87-157.
9. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, 2012.
10. El-Sadr W et al. Episodic CD4-guided use of antiretroviral therapy is inferior to continuous therapy: results of the SMART study. Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 106LB, 2006.
11. Protocolo clínico e diretrizes terapeuticos para manejo da infecção pelo HIV para adultos, Ministério da Saúde, PNDST/Aids 2013.

Unidade B

- Revelação do diagnóstico do HIV para crianças e adolescentes63
- A transição de adolescentes comHIV/Aids para a clínica de adultos.....67
- Adesão ao Tratamento da Infecção pelo HIV.....71
- O direito da criança e do adolescente vivendo com HIV / aids.....81
- Manejo da criança exposta ao HIV.....91
- Manejo da criança infectada ao HIV 109
- Vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV 141



Unidade B

REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO HIV PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mariliza Henrique da Silva

Médica infectologista da Gerência de Assistência Integral – CRT DST/Aids-SP

mariliza@crt.saude.sp.gov.br

Eliana Galano

Psicóloga do Núcleo de Pediatria – CRT DST/Aids-SP

egalano@crt.saude.sp.gov.br

1. Porque é importante a REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA do HIV para crianças/adolescentes?

É importante a revelação do diagnóstico do HIV, pois o silêncio ou a mentira dos adultos podem tomar proporções bastante assustadoras e enigmáticas no psiquismo infantil e, estudos revelam que a interdição do saber expõe crianças e adolescentes a inibições afetivas, sentimentos de raiva e prejuízo no desenvolvimento psicossocial.

No caso dos adolescentes que desconhecem sua condição sorológica, a ausência de um diálogo honesto e aberto gera estados de depressão, retraimento e desconfiança que podem assumir um papel patogênico na construção de sua identidade de adulto.

2. QUEM deve estar envolvido no processo de revelação diagnóstica?

A prática da revelação diagnóstica é um momento de especial importância na clínica da aids pediátrica, e requer o envolvimento e disponibilidade dos: familiares, cuidadores e profissionais implicados no cuidado da criança e ou adolescente soropositivo.

3. QUANDO realizar a revelação do diagnóstico do HIV?

O processo de revelação diagnóstica deve ser iniciado o mais precocemente possível e guiado a partir das primeiras manifestações de curiosidade da criança. É desejável que a comunicação do diagnóstico à criança e ou adolescente seja tratada de forma individualizada, considerando as

particularidades de cada um, seu nível de compreensão intelectual, estágio de desenvolvimento, assim como seu contexto social e familiar¹.

4. COMO realizar a revelação do diagnóstico do HIV?

Cada pergunta deve ser respondida de forma simples e objetiva, com emprego de vocabulário que criança ou adolescente possam facilmente compreender.

O momento da revelação é crítico, especialmente em crianças menores que não conseguem guardar segredos. Independente da idade, com linguagem adequada, informações sobre a importância da tomada das medicações e os mecanismos de ação dos vírus no organismo, são recomendadas.

Os familiares e ou cuidadores devem consentir e participar ativamente do planejamento e construção de estratégias para a revelação diagnóstica dos filhos. Porém, os cuidadores receiam que o conhecimento da enfermidade possa causar impacto negativo na saúde mental dos filhos, afetando sua vontade de viver. Estudos confirmam que os responsáveis evitam revelar a doença porque temem que estas crianças e ou adolescentes sejam rejeitadas e sujeitas a preconceitos e isolamento social devido ao medo da criança não guardar segredo, especialmente entre os colegas da escola.

Dessa forma, os pontos centrais sugeridos para serem trabalhados com os familiares incluem o conhecimento de suas preocupações, bem como informações claras sobre riscos da não revelação.

5. APÓS A REVELAÇÃO do diagnóstico do HIV propriamente dita (que é um momento), o que deve ser feito?

Destaque especial deve ser direcionado ao acompanhamento pós-revelação diagnóstica. A divulgação da doença não se encerra no momento em que é nomeado o diagnóstico do HIV à criança ou ao adolescente. Nesse contexto, “acompanhar” significa “fazer companhia” e seguir com atenção os pensamentos e sentimentos desencadeados pelo conhecimento da doença.

Para a criança, a compreensão acerca dos mecanismos de ação da infecção pelo HIV são contínuos e paulatinos, e portanto, seu entendimento também

ocorre de forma lenta e gradual. Ressalta-se ainda que as intervenções não devem orientar-se somente para a temática da doença, especialmente porque o segredo do diagnóstico envolve outros segredos familiares (adoção, morte dos pais em decorrência da aids ou forma como os mesmos adquiriram a infecção) que podem perdurar por diversas gerações. Esta é outra temática que se coloca e discussões prévias com os familiares são recomendadas. É importante que os profissionais se coloquem à disposição para esclarecer dúvidas, acolher as angústias das crianças e adolescentes ajudando-as a verbalizarem com espontaneidade sobre sua enfermidade e outras questões.

Referências Bibliográficas

- 1 .Galano E, De Marco MA, Succi RC, Silva MH, Machado DM. Interviews with family members: a fundamental tool for planning the disclosure of a diagnosis of HIV/ aids for children and adolescents. Cien Saude Colet. 2012 Oct;17(10):2739-48.

A TRANSIÇÃO DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS PARA A CLÍNICA DE ADULTOS

Mariliza Henrique da Silva

Médica infectologista da Gerência de Assistência Integral – CRT DST/Aids-SP

mariliza@crt.saude.sp.gov.br

1. O que é TRANSIÇÃO NO SERVIÇO de saúde?

A transição é um processo de mudança de vida a ser vivenciado pelos pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde, com elaboração de estratégias que aumentem a possibilidade de sucesso. É um processo intencional e planejado que aborda as necessidades médicas, psicossociais, vocacionais e educacionais dos adolescentes e adultos jovens com doenças ou condições crônicas, ao se mudarem de um serviço pediátrico para um serviço que atende adultos.

A mudança do acompanhamento de um serviço de saúde para outro envolve grande capacidade de adaptação às novas situações.

2. QUANDO realizar a transição?

A transição de adolescentes para os serviços de adultos deve ser um processo gradual, não determinado apenas pela idade, mas pelas particularidades de cada adolescente.

É preciso um planejamento que envolva adolescentes, familiares, cuidadores e equipe dos serviços pediátricos e de adultos.

O momento mais adequado vai depender da prontidão dos adolescentes, de seu estado de saúde, assim como do preparo dos serviços de adultos.

O momento da transição deve ser individualizado e não concomitante a qualquer evento médico importante.

B

3. O QUE DEVE SER AVALIADO para uma adequada transição?

Torna-se importante **avaliar se o adolescente:**

- Consegue identificar sinais ou sintomas e descrevê-los à equipe de saúde;
- Sabe quando procurar o serviço médico de rotina ou emergencial;
- É capaz de marcar suas próprias consultas e reagendá-las quando necessário;
- Comparece sozinho às consultas no horário marcado;
- Solicita prescrições corretamente e antes do término dos medicamentos;
- Compreende o significado de seus exames para acompanhamento;
- Compreende a importância de uma boa adesão em todas as suas dimensões.

4. COMO realizar a transição?

O planejamento da transição deve ser visto como um componente essencial para a qualidade dos serviços de saúde na adolescência e alguns requisitos são necessários, tais como:

- Os serviços devem ter flexibilidade e foco voltado para as necessidades dos jovens.
- As equipes envolvidas devem discutir políticas específicas para a transição, com avaliações sistemáticas sobre as condutas e flexibilidade para mudanças.
- Garantir programas formais de transição, principalmente onde há grande contingente de adolescentes sendo transferidos para serviços de adultos.
- Os jovens não devem ser transferidos de serviços a menos que tenham condições de transitarem no serviço de adultos e tenham passado a fase de crescimento e puberdade.
- Um profissional da equipe pediátrica e da equipe que atende adultos deve ser responsável pela abordagem da transição. Há necessidade de uma boa comunicação e integração entre os dois serviços.
- É necessária avaliação constante de como esse processo está se desenvolvendo, com especial atenção a esses jovens nos serviços de adultos, por período variável após a transição ter sido efetivada.

- É recomendável que o serviço pediátrico mantenha uma ficha de avaliação da prontidão para a transição de cada adolescente, levando em consideração aspectos como: vivência da sexualidade, situação escolar, situação empregatícia, capacidade de autocuidado, adesão ao tratamento e acompanhamento, suporte familiar, inclusão em redes de apoio social. Essa ficha deve ser encaminhada ao serviço de adultos, assim como o resumo dos dados clínicos e laboratoriais desde o início do seguimento.

ADESÃO AO TRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV

Valvina Madeira Adão
Psicóloga, Ambulatório HIV/AIDS - CRT DST/Aids-SP
valvina@crt.saude.sp.gov.br

O sucesso do tratamento da infecção pelo HIV é diretamente vinculado à adesão à terapia antirretroviral. Esta realidade “obriga” todos os profissionais e pacientes a buscar a melhor estratégia de tratamento, além de instrumentalizar o usuário na superação de suas dificuldades na introdução do esquema ARV em sua vida, de acordo com sua rotina.

As orientações para o tratamento seguem diretrizes preconizadas em recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos, em Crianças e Adolescentes e em Gestantes, elaboradas por comitês assessores formados por especialistas da área, representantes da sociedade civil e de sociedades médicas. Essas recomendações são revistas e atualizadas à medida que novas drogas são registradas na Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) ou diante de novas necessidades orientadas por evidências científicas.

“Minha adesão é semanal, por isso venho todas as terças-feiras ao grupo de adesão”

COMPREENDENDO ADESÃO

Como um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre as partes.

Neste sentido, a adesão pode ser considerada um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado. Assim:

- Transcendendo à simples ingestão de medicamentos;
- Conhecendo a situação de vulnerabilidade individual, social e

programática e

- Estabelecendo um espaço de intervenção para o incremento da adesão.

1. A ADESÃO é importante?

A adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças de hábitos e estilo de vida.

A adesão adequada permite ao paciente:

- menor ocorrência de doenças oportunistas;
- progressão lenta da doença;
- melhoria na qualidade de vida;
- inclusões social e profissional.

Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008a).

A adesão é um fator fundamental na supressão (diminuição) da carga viral, apesar da potência dos esquemas terapêuticos estar bem estabelecida. É necessário que mais do que 97% das doses sejam tomadas adequadamente para que seja evitada a falha terapêutica.

2. O QUE é adesão?

De acordo com o Dicionário Aurélio adesão é ato de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, manifestação de solidariedade a uma ideia ou a uma causa.

Segundo o Ministério da Saúde: adesão/aderência à terapia antirretroviral é uma decisão compartilhada entre o prescritor/médico e seu paciente, visando estimulá-lo a adotar um plano de trabalho individualizado compatível com sua capacidade de apreensão e adequado ao seu modo de vida.

3. Como AVALIAR adesão?

Não existe um método padronizado para a avaliação da adesão. Atualmente, utilizam-se algumas estratégias ou indicadores, nos quais a adesão é investigada de forma indireta. A aferição é sempre imperfeita e nenhum método isolado fornece um resultado preciso. Todos apresentam vantagens e desvantagens, e o ideal é trabalhar com múltiplas abordagens para se traçar o perfil de uso das medicações.

Na prática clínica utilizamos o auto-relato, que é a descrição feita pelos próprios pacientes de como usam seus medicamentos (self-report) e pode ser feita por meio de entrevistas ou questionários.

4. COMO trabalhar adesão?

O tratamento não se limita à mera prescrição de medicamentos, para promover a adesão. Os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar uma aliança com o paciente.

Nesse processo de corresponsabilização, existe, ainda, uma rede familiar e social que, direta ou indiretamente, contribuirá para o sucesso ou possível falha no tratamento. Também é importante reconhecer que a adesão é um ato de caráter dinâmico, a ser constantemente estimulado.

É necessária atenção aos aspectos de caráter psicossocial. As intervenções psicoeducativas devem ser contínuas, ao longo do tratamento, com o objetivo de contribuir para a melhoria do bem-estar social e emocional dos indivíduos.

5. Quais são os FATORES que interferem na adesão?

Diversos fatores como: estilo de vida, apoio da família e da equipe de saúde e tipo de medicação podem influenciar na adesão das pessoas ao tratamento. Isto significa que não existe a melhor solução para todos. A falta de dinheiro, desemprego, habitação inadequada, uso de drogas e sentimento de isolamento e solidão também podem afetar a capacidade de adesão.

A depressão é comum entre as pessoas que vivem com HIV. Por isso, quanto mais cedo o paciente procurar ajuda, melhores serão os resultados de adesão ao tratamento.

É uma decisão difícil escolher o melhor momento para iniciar tratamento, no entanto, quanto mais motivado e consciente o paciente estiver, maiores são as chances – de quê? do sucesso do tratamento? Garantia de qualidade de vida?

6. Como ENFRENTAR as dificuldades com adesão?

No cotidiano dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso. Isso porque a vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, diferem de uma pessoa para outra. É no processo de **escuta** que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutive. De forma a:

- Reconhecer e **respeitar as diferenças** individuais, que significa aplicar o princípio da equidade nas práticas de saúde (BRASIL, 2008a).
- Possibilitar aos pacientes o **acesso** ao cuidado integral, um canal aberto não somente para a abordagem de questões relacionadas ao tratamento como também de apoio àqueles com baixa expectativa para adesão – ou perspectiva de adesão?
- Realizar **intervenções psicoeducativas** devem ser atividades contínuas, ao longo do tratamento, com o objetivo de contribuir para a melhoria do bem-estar social e emocional dos indivíduos.

A prescrição da terapia antirretroviral merece uma abordagem da **equipe interdisciplinar**, com a finalidade de facilitar a adesão adequada desde o momento em que o usuário tem a necessidade do uso medicamento.

O tratamento não se limita à mera prescrição de medicamentos, para promover a adesão, também é necessária atenção aos aspectos de caráter psicossocial, tais como:

- Consulta individualizada;
- Pré consulta de enfermagem;
- Atendimento em grupo;

- Envolvimento de toda a equipe no processo (recepção, auxiliar de enfermagem, oficiais administrativos e técnicos);
- Reuniões interdisciplinares;
- Dispensação pontual da medicação, se necessário.

O usuário deve ser compreendido como sujeito de seu autocuidado e fazer com que ambos, paciente e profissional de saúde, pensem em formas de lidar com a adesão ao tratamento em seu início.

“Todas as vezes que passo com minha médica esqueço tudo que tenho que perguntar. Ela tem tanta gente para atender que fico sem jeito”.

7. Quais ESTRATÉGIAS existem para a melhor adesão do paciente a terapia antirretroviral?

As estratégias de adesão preconizadas são baseadas nas diretrizes do SUS: humanização, integralidade, descentralização.

- O início do tratamento, as trocas de esquema e a ocorrência de efeitos adversos são momentos essenciais de reforço à adesão ao tratamento.
- O preparo em relação à adesão deve ser iniciado precocemente, antes mesmo do início da terapia, conforme as necessidades de cada paciente, mesmo para aqueles considerados inicialmente como “aderentes”.
- A adesão, como componente da convivência com a infecção pelo HIV, deve ser tratada como parte das discussões iniciais entre equipe de cuidado e paciente.
- Deve-se avaliar o modo de viver de cada usuário e, se possível, o médico deve adaptar o esquema de medicação ao estilo de vida do paciente, e não tentar alterar o estilo de vida da pessoa para que esta se adapte ao esquema de medicação.
- Os esquemas devem ser personalizados, adaptados à rotina e hábitos de vida de cada paciente desde o momento da prescrição, e as necessidades de adequações devem ser realizadas no acompanhamento. O conhecimento do estilo de vida de cada um, antes de iniciar o tratamento, faz aumentar as chances de sucesso na adesão.
- É preciso considerar não somente as experiências de tratamentos anteriores, mas também necessidades e preferências sobre a frequência

da medicação, possibilidades de efeitos colaterais e interações, por vezes, prejudiciais, com outras medicações.

Todas as estratégias procuram garantir que o paciente tenha acesso às informações, bem como a compreensão e internalização das mesmas. Sendo fundamental o estabelecimento de vínculo, estruturação de equipe de acolhimento, grupo técnico de aconselhamento no serviço de saúde e realização de visita domiciliar – quando autorizado.

8. Quais são as situações de maior VULNERABILIDADE para a não adesão?

O tratamento apresenta grande complexidade, o que acarreta aos usuários dificuldades em aderir e freqüentemente precisam de algum tipo de ajuda para manter o uso dos medicamentos em longo prazo. De um modo geral, todos devem ser acompanhados quanto às questões de adesão.

Vale ressaltar, que em situações de maior vulnerabilidade, a capacidade para enfrentar obstáculos pode estar comprometida e os pacientes podem encontrar maior dificuldade para superá-los. Por isso, identificar estas situações auxiliam o enfrentamento. Recomenda-se que sejam priorizadas as seguintes situações:

- Usuários de drogas;
- Pacientes com lipodistrofia;
- Pacientes com dificuldades de adesão (transtornos psiquiátricos, vulnerabilidade psicológica, abandono de tratamento, etc.);
- Coinfectados com vírus da hepatite C (HCV) ou com tuberculose (TB).

9. Quais são as ESTRATÉGIAS para algumas SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE?

Para usuários de drogas

- Formação do Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas: discussão técnica de casos, sensibilização e treinamento, etc;
- Atendimento em grupo para redução de danos;
- Atendimento individual e específico com psicológico e/ou psiquiátrico;

- Troca de seringas;
- Olhar diferenciado do médico;
- Agendamento mais freqüente;
- Discussão aberta ARV e drogas;
- Orientações e estratégias relacionadas ao tipo de droga utilizada;
- Programa de tratamento individualizado discutido com a equipe de referência.

Para aqueles com dificuldades de adesão

- Participação nos grupos de: adesão, arteterapia, depressão _ esse grupo tem esse nome mesmo? nunca ouvi falar desse grupo... e outros;
- Participação na feira criativa;
- Ter consultas personalizadas.

Para coinfectados HIV/TB

- Tratamento supervisionado;
- Consulta semanal de enfermagem e médica - 1 a 5 vezes por semana;
- Telefonemas;
- Equipe técnica específica;

Para GESTANTE

O Ministério da Saúde, por meio de portarias e outras normatizações técnicas, vem estabelecendo as bases para o aperfeiçoamento das ações que visam a eliminação da Transmissão Vertical do HIV no país. A disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e material técnico formam a base para a atuação profissional ética e competente. Sabe-se que com a plena realização das condutas padronizadas consegue-se uma significativa redução da transmissão do HIV da mãe para o feto, na quase totalidade dos casos.

Não obstante, no nível local de gestão, é fundamental a **organização da rede assistencial**, incluindo serviços de referência e de contra-referência, na medida em que há risco de perda de seguimento ou de demora nas tomadas de decisão quanto à terapêutica ou profilaxia, colocando em risco o sucesso da prevenção da infecção fetal. Desta forma, é necessário a implementação de:

- Definição de equipe específica;
- Consulta simultânea de infectologista e ginecologista;
- Pré e pós-consulta de enfermagem;
- Consulta com pediatra antes do parto;
- Aconselhamento;
- Grupo de gestante;
- Busca de faltosos;
- Articulação com a maternidade.

IMPORTANTE

- Elaborar intervenções voltadas para todos os pacientes aderentes ou não;
- Envolver todos os profissionais no processo do tratamento e atender de forma interdisciplinar, com a participação ativa e direta de todos os profissionais da equipe;
- Elaborar estratégias que visem garantir que o paciente tenha acesso às informações, bem como à compreensão e internalização das mesmas;
- É fundamental o estabelecimento de vínculo da equipe com o paciente ou com um dos cuidadores;
- Os esquemas devem ser personalizados, adaptados à rotina e hábitos de vida de cada paciente desde o momento da prescrição, e as necessidades de adequações devem ser realizadas no acompanhamento.

“Tomei o remédio para não ficar com a cara da aids e fiquei com a cara dela”.
(Frase do grupo de adesão do CRT)

Referências Bibliográficas

1. Vitória MAA. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Programa Nacional de DST/Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde [monografia na Internet] Brasília: Ministério da Saúde [acesso em janeiro de 2005]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/adesaoarv.html>.
2. Teixeira RP, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experiência. AIDS 2004;18: S5-S7.
3. Adherence to new HIV therapies: a research conference. Conference Report. Washington, D.C; November 1997.
4. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. Social Science & Medicine 2000;50(11):1599-1605
5. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EM, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection Annals of Internal Medicine 2000;133(1):21-30.
6. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids Bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_HIV... · Arquivo PDF www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5954.pdf · Arquivo PDF www.aids.gov.br/publicacao/adesao-ao-tratamento-antirretroviral-no-brasil-coletanea-de-estudos-do-projeto-atar
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 408 p. : il. – (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
8. Adesão - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/Adesao.pdf
9. consenso/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais www.aids.gov.br/tags/tagsdo-portal/consenso2000/2010; Consenso 2010; Consenso 2009; Consenso 2008; Consenso 2007.

O DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE VIVENDO COM HIV/AIDS

Derli Oliveira Barros

Assistente Social

Núcleo de Pediatria CRT DST/Aids-SP

derlioliveira@crt.saude.sp.gov.br

Maria Aparecida da Silva

Assistente Social

Vigilância Epidemiológica CRT DST/AIDS-SP

epidemio@crt.saude.sp.gov.br

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente ao jovem com absoluta prioridade, o direito à vida, a saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Art. 227 da Constituição Federal de 1988)¹

Os profissionais de saúde tem um importante papel na efetivação e garantia dos direitos da criança e adolescente, por isso é imprescindível que estes compreendam e atuem nas redes de proteção a esta população, principalmente no que se refere à atenção às crianças e adolescentes vivendo/convivendo com HIV/aids.

No contexto da assistência e prevenção do HIV/aids, algumas famílias e crianças apresentam situações de vulnerabilidades seja por: uso/abuso de álcool e outras drogas; privação de liberdade; baixa renda, baixa escolaridade; violência doméstica, situação de rua, entre outras, que transcendem o âmbito da saúde, exigindo, no planejamento e execução das intervenções, a articulação com outros órgãos governamentais e não governamentais: Assistência Social, Educação, Justiça, Conselho Tutelar, Poder Judiciário e outros.

B

“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” art. 7º do Estatuto da Criança e adolescente (ECA).²

No cotidiano do atendimento a esta população algumas situações requerem um maior cuidado da equipe de saúde.

1. O que fazer quando a mãe ou responsável NÃO TRAZ A CRIANÇA/ ADOLESCENTE HIV/aids NAS CONSULTAS AGENDADAS?

Recomenda-se que inicialmente, sejam utilizados todos os meios de comunicação, telefone, telegrama, email ou SMS, para contatar os responsáveis. Neste contato devem-se identificar os motivos e as dificuldades que estão impedindo a vinda da criança/adolescente ao serviço e já propor de imediato, medidas de intervenção que minimizem estas dificuldades.

Quando todos estes recursos forem esgotados o serviço social deverá realizar uma visita domiciliar para subsidiar o diagnóstico social e propor intervenções específicas.

Não havendo uma resposta satisfatória dos pais/cuidadores, o profissional deverá comunicar o Conselho Tutelar da região de moradia da família para prosseguimento do caso e providências cabíveis.

IMPORTANTE

Esgotando todas as possibilidades de retorno desta criança ao serviço, o Conselho Tutelar mais próximo deverá ser acionado.

Uma criança não localizada nos endereços fornecidos, ou que tenha mudado de residência sem comunicar a equipe do serviço, pode resultar em perda de seguimento. Neste caso, nem mesmo com a intervenção do Conselho Tutelar, a família poderá ser encontrada. Portanto, uma ação que precisa ser ampliada é a efetivação da comunicação entre os diversos serviços de saúde, vigilância epidemiológica e outros serviços na busca ativa destes casos.

Há possibilidade de utilizar sistemas de informação de diferentes serviços tais como: Sistema de informação de agravos de notificação compulsória (SINAN), Sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM), sistema de controle de exames laboratoriais (SISCEL), Cartão SUS, Assistência Social e outros sistemas de gerenciamentos municipais, como fonte de informação para busca de perda de seguimento de crianças pelo serviço.

B

2. O que fazer no caso de uso e abuso de **ÁLCOOL/DROGAS** por pais/cuidadores da criança/adolescente?

Desde o primeiro atendimento da criança/adolescente no serviço, além do diagnóstico sócioeconômico deverá ser investigado também a possibilidade do uso e abuso de álcool e outras drogas ilícitas por responsáveis pela criança/adolescente e se esta situação está comprometendo o acompanhamento e qualidade de vida da criança/adolescente.

Na confirmação desta possibilidade a equipe deve, conjuntamente com estes pais/cuidadores que fazem uso e abuso de álcool/drogas, estabelecer e propor um plano de intervenção envolvendo equipe de saúde mental do serviço e/ou os centros de atenção psicossocial (CAPS) álcool e drogas.

O CAPS³ é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, têm por finalidade realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis

e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Outras parcerias com serviços municipais ou instituições que prestam atenção a população dependente de drogas também deverão ser consideradas.

Esgotando todas as possibilidades de intervenção e na constatação de que o acompanhamento da criança/adolescente continua comprometido em decorrência do uso e abuso de álcool/drogas dos pais/cuidadores, o Conselho Tutelar mais próximo deverá ser acionado.

3. Quais os cuidados no acompanhamento da ADOLESCENTE GRÁVIDA?

Entre as gestantes HIV positivas notificadas no Estado de São Paulo, de 1999 a 30/06/2013, 581 tinham idade entre 13 e 17 anos (3%)¹. Estes dados demonstram a necessidade das equipes de saúde estarem atentas não só para as questões de sexualidade, mas também para contínuo processo de preparação deste adolescente no enfrentamento dos desafios e responsabilidades da vida adulta.

Na situação de adolescente grávida a equipe deve acompanhar o caso desde o início da gestação, redobrando os cuidados na investigação do contexto social /familiar desta adolescente, verificando principalmente se esta dispõe de apoio do pai da criança, se já socializou o diagnóstico de HIV com este parceiro e qual o impacto desta gestação em sua vida.

O serviço deverá organizar a agenda do serviço no sentido de garantir à gestante adolescente facilidade no acesso as consultas, exames de pré-natal e todo seu acompanhamento, assim como informar sobre direitos e benefícios voltados para gestantes, realizando os encaminhamentos necessários.

4. O que fazer quando os PAIS são MENORES DE IDADE e existe negligência no cuidado da criança?

Caso a equipe avalie que a (o) adolescente enfrenta dificuldades no cuidado a saúde e acompanhamento de seu filho, e mesmo após várias tentativas de intervenção concluir que a saúde seguimento da criança/filho encontra-se

¹Fonte: Sinan - Vigilância Epidemiológica DST/Aids Programa Estadual de DST/Aids de SP

em risco, os responsáveis legais por esta adolescente devem ser envolvidos neste processo de responsabilização do cuidado, haja visto que enquanto o adolescente não atingir a maioridade os pais são os responsáveis legais (ECA, Art 4)².

Não havendo uma resposta satisfatória, o profissional deverá comunicar o Conselho Tutelar da região de moradia da família para prosseguimento do caso e providencias cabíveis.

5. O que fazer na situação em que a TOMADA DA MEDICAÇÃO da criança / adolescente HIV/aids está sendo NEGLIGENCIADA pelos pais/cuidadores?

Na situação em que a criança/adolescente HIV/aids não está tomando adequadamente os ARVs , faz-se necessário conhecer quais os fatores que estão interferindo na baixa adesão para afirmar que o tratamento esta sendo negligenciado. Estes fatores podem ser clínicos, sociais, emocionais e outros, a equipe de saúde tem papel fundamental na elaboração de um plano de intervenção que viabilize a administração da medicação e adesão.

Entre as estratégias que podem facilitar a construção de um plano de intervenção temos a entrevista social e a visita domiciliar, realizadas pelo profissional do serviço social. Conhecer a realidade da criança/adolescente e compreender seu cotidiano possibilita propor medidas factíveis a sua realidade.

Finalmente, se a equipe identificar que não houve sucesso nas intervenções, e que o direito da criança não está sendo garantido (ECA, Art.4 parágrafo único)² os responsáveis deverão ser informados que o conselho tutelar será acionado.

IMPORTANTE

Existe uma política pública de isenção tarifária para portadores de doenças crônicas; os critérios de inclusão são estabelecidos de acordo com a legislação municipal e o serviço social poderá orientar, avaliar e encaminhar para o acesso a esta isenção.

6. O que fazer no caso de recém-nascido cuja mãe se encontra EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE⁴?

O sistema prisional é responsável por garantir o acompanhamento da criança enquanto esta estiver sob a tutela do Estado⁴.

O profissional de saúde onde a criança se encontra matriculada, deve trabalhar em conjunto com a equipe do sistema prisional (ECA, Art. 86)² com objetivo de garantir consultas periódicas, relatórios médicos atualizados, acesso as tomadas da medicamentos, registro civil, informar endereço e cuidador, caso a criança saia da sua tutela, visando a continuidade do seguimento da criança de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

O sistema prisional do estado de São Paulo também conta com uma coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário (SAP) e possui coordenadores regionais.

Conheça o site da Secretaria da Administração Penitenciária:
<http://www.sap.sp.gov.br>

7. Que providências devem ser tomadas caso a criança não tenha REGISTRO CIVIL?

O direito ao registro civil é nato. A ausência do registro fere a Lei nº 9053/95 que garante a toda criança nascida em território nacional ser dado o registro dentro do prazo de 15 dias (...) ⁵.

Ao identificar a ausência do registro civil da criança, o serviço social deve orientar e encaminhar os pais ou responsável para providenciar o documento junto aos órgãos competentes, tais como: cartórios, conselhos tutelares e vara da infância, de acordo com a necessidade que o caso requerer⁶.

“São obrigados a fazer declaração de nascimento⁵:

1º) o pai;

2º) em falta ou impedimento do pai, a mãe, sendo neste caso o prazo para declaração prorrogado por quarenta e cinco (45) dias;

3º) no impedimento de ambos, o parente mais próximo, sendo maior achando-se presente;

4º) em falta ou impedimento do parente referido no número anterior os administradores de hospitais ou os médicos e parteiros que tiverem assistido ao parto;

5º) pessoa idônea da casa em que ocorrer o parto, sendo fora da residência da mãe;

6º) Finalmente, as “pessoas (VETADO) encarregadas da guarda do menor” (art. 52 da Lei nº 6.015/73 com Redação dada pela Lei nº 6.216/75)

“Os filhos havidos fora do casamento poderão ser reconhecidos pelos pais, conjunta ou separadamente, no próprio termo de nascimento, por testamento, mediante escritura ou outro documento público, qualquer que seja a origem da filiação” (art. 26 da Lei 8069/90, com as alterações da Lei Nº. 12.010/2009)”

B

IMPORTANTE

O serviço social deverá monitorar os responsáveis garantindo assim que o registro seja realizado.

8. O que fazer quando o responsável não regularizou a ADOÇÃO/GUARDA da criança/adolescente HIV/aids que esta sobre seus cuidados?

Algumas crianças seja, por falecimento dos pais, rearranjo familiar, abandono, dependência química ou condições econômicas, são assumidas informalmente por parentes ascendentes ou descendentes, amigos, conhecidos e outros. Alguns destes cuidadores podem não compreender a necessidade da regularização da situação da criança frente à justiça.

O serviço social deve investigar os motivos que dificultam a regularização legal e **informar** sobre as possíveis implicações, dentre estas podemos citar:

- Em caso de internação, o responsável pode internar a criança, **mas não pode retirá-la na alta hospitalar**;
- Receber auxílio/pensão;
- Pleitear vagas em creches e escolas;
- Pleitear benefícios sociais (renda cidadã, bolsa família, outros);
- Realizar viagens intermunicipais, estaduais e internacionais.

Realizado o diagnóstico, esclarecimento e sensibilização, o profissional deve encaminhar o responsável para o conselho tutelar ou vara da infância para que a situação seja regularizada.

9. Quando a família refere DIFICULDADES FINANCEIRAS que interferem na qualidade de vida da criança/ adolescente HIV/aids?

Desde o primeiro atendimento da criança/adolescente no serviço, um diagnóstico sócio econômico deve ser realizado, para o planejamento e execução das medidas de intervenção.

O profissional deve ter claro que o grupo familiar pode ou não se mostrar capaz de desempenhar suas funções básicas, neste sentido, deve-se avaliar as intervenções levando-se em consideração a singularidade, a vulnerabilidade no contexto social, os recursos simbólicos e afetivos, bem como a capacidade e disponibilidade desta família para transformar sua realidade ⁷.

Os profissionais da saúde precisam também conhecer e acionar os direitos e as redes que possibilitam dar suporte às diversas demandas identificadas nestes atendimentos. Entre os direitos temos a Política Nacional de Assistência Social – PNAS6 – que garante por lei e prevê assistência social a todos que dela necessitam.

A assistência social de que trata esta lei esta organizada em serviços de proteção básica nos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)- e Proteção Social Especial – CREAS.

O CRAS atua como a principal porta de entrada do Sistema Único da Assistência

Social (SUAS), sua atuação é territorial e é o responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

Um dos serviços prestados pelo CRAS é a proteção e atendimento integral à família (PAIF). Este programa consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função projetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

O CRAS atende programas de transferência de renda como: o Bolsa Família, Renda Cidadã, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa de Capacitação para o Trabalho, dentre outros.

Centro de Referência Especializada de Assistência Social - CREAS

O CREAS é uma Unidade Pública Estatal, faz parte da Proteção Social Especial do SUAS, oferece apoio e orientação especializados a indivíduos e famílias vítimas de violência física, psíquica e sexual, negligência, abandono, ameaça, maus tratos e discriminações sociais.

O trabalho do CREAS baseia-se em: **Acolher vítimas de violência, acompanhar e reduzir a ocorrência de riscos, seu agravamento ou recorrência, desenvolver ações para diminuir o desrespeito aos direitos humanos e sociais.**

Outras instituições também prestam assistência às famílias de crianças/adolescentes em situação de vulnerabilidade social (ONG, instituições religiosas e outras), por isto a importância de se conhecer quem são seus parceiros na região.

IMPORTANTE

Há pacientes que preenchem os requisitos exigidos pelo INSS para acesso ao auxílio doença, ou seja, que estejam dentro da qualidade de segurado e incapaz para o trabalho comprovado através de laudo médico.

Para aqueles que não contribuíram há também a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS⁸ - que é específico para idosos e deficientes.

Referencias Bibliográficas:

1. Graciani ´MSS et al. Criança e Adolescentes têm Direitos: Conheça o sistema de garantia dos direitos e saiba como participar– Manufatura de idéias CONDECA 1 ed. São Paulo::, 2003.
2. São Paulo. Estatuto da Criança e do Adolescente – Governo do Estado de SP . Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania e Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – SP, 2012
3. Guia de direitos, Serviços Municipais de atendimento a dependentes de álcool e drogas <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html> visitado em 29/.1/2014
4. Lei nº 11.942, de 27 de maio de 2009 visto em 08/01/2014 as 10 horas http://www.eunanet.net/beth/presidios_on_line_16.php
5. São Paulo. Mães no Cárcere - Núcleo Especializado da Infância e Juventude – Defensoria Pública do Estado de SP http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-do-sistema-penitenciario/cartilha-maes-no-carcere/cartilha_maes_no_carcere.pdf , visto em 24/02/2014
6. Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e da Juventude – ABMP – Cadernos de Fluxos Operacionais Sistêmicos: Proteção Integral e Atuação em Rede na Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes – SP
7. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, novembro 2004.
8. Brasil. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) n. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

MANEJO DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Daniela Vinhas Bertolini

daniela.bertolini@crt.saude.sp.gov.br

Médica do Núcleo de Pediatria - CRT-DST/Aids-SP

B

1. Qual a definição de CRIANÇA EXPOSTA AO HIV?

Define-se criança exposta ao HIV, toda criança nascida de mãe infectada pelo HIV que esteja dentro do período que antecede a definição diagnóstica desta, devido à presença de anticorpos maternos circulantes da classe IgG anti-HIV. Inclui-se neste grupo também, as crianças amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV.

2. A situação de criança exposta ao HIV é de NOTIFICAÇÃO obrigatória?

Sim, a partir do ano de 2000, a gestante HIV e a criança exposta são de notificação compulsória em todo Brasil, existindo fichas específicas para notificação de tais situações. Veja Unidade B- Vigilância Epidemiológica.

3. Qual a POSSIBILIDADE de TRANSMISSÃO VERTICAL (TV) do HIV às crianças expostas ao HIV ?

Quando nenhum tratamento específico é realizado com a gestante nem com a criança, a taxa de transmissão vertical chega a 40%. Estabelecendo-se o protocolo de prevenção da transmissão vertical completo, essa taxa declina para 0,5 à 3%, à depender da região analisada.

O protocolo completo inclui:

- o uso de drogas antirretrovirais pela gestante de forma adequada e regular, atingindo a indetecção da carga viral e mantendo-se essa até o momento do parto;
- a programação da melhor via de parto;
- a administração de zidovudina (AZT) endovenosa durante o trabalho de

parto ou antes desse, nos casos de partos eletivos (até o clampeamento do cordão);

- a administração de AZT para o recém-nascido iniciada o mais precoce possível após o parto e mantida até a quarta semana de vida e a não realização do aleitamento materno.

Na prática, observa-se que os casos que culminam com a transmissão vertical do vírus HIV, habitualmente apresentam falhas no esquema de prevenção (ausência do pré-natal, uso irregular das drogas antirretrovirais pela gestante ou recém-nascido, amamentação, entre outros).

4. Quais os CUIDADOS a serem tomados com o RECÉM NASCIDO (RN) no momento do parto ?

- Deve-se limpar o RN logo após o parto com compressas macias, retirando-se todo o sangue e secreção visíveis, sendo adequado o banho com água corrente e sabão o mais precoce possível;
- Aspirar as vias aéreas do RN apenas em situações necessárias, devendo-se proceder de forma mais delicada possível, evitando-se traumatismos em mucosas;
- Os cuidados orientados devem ser individualizados em situações nas quais o recém-nascido apresente outras intercorrências que exijam condutas específicas;
- Deve-se sempre garantir um acolhimento adequado da dupla mãe-bebê, possibilitando, desde que as condições clínicas de ambos permitam, o contato destes já na sala de parto, com a vinda do bebê para o acalento da mãe, recomendando-se o alojamento conjunto em período integral, com o objetivo de reforçar o vínculo mãe-filho;
- Deve ser garantido, desde o momento do parto, o suporte necessário para essa mãe que **não poderá amamentar**, lembrando-se que em muitas situações, essa permanecerá em enfermarias, acompanhada da presença de outras mães que estarão amamentando, o que habitualmente traz grande angústia para essas puérperas infectadas pelo HIV, sendo necessário um suporte diferenciado da equipe multidisciplinar com relação a essas questões.

IMPORTANTE:

Deve ser garantido pela equipe de assistência da maternidade, condições que reforcem o vínculo mãe-bebê também para as crianças expostas ao HIV.

5. Quando INICIAR a profilaxia com a ZIDOVUDINA PARA O RN?

O uso da zidovudina pelo recém-nascido deve ser iniciada o mais precocemente possível, ainda na sala de parto após serem prestados os primeiros cuidados ou no máximo até 4hs após o nascimento.

6. Quando a GESTANTE NÃO TIVER REALIZADO A PROFILAXIA durante a gestação, ou se o diagnóstico da mãe tiver sido realizado no momento do parto, está indicado mesmo assim a introdução da zidovudina para o recém-nascido?

Sim, o AZT sempre deve ser indicado nestas situações. Não existem porém, estudos clínicos que comprovem a eficácia do seu uso, quando iniciada após as 48hs de vida do recém-nascido. A indicação, nestas situações, deve ser discutida individualmente, preferencialmente com o infectologista pediátrico.

A Nota Técnica nº. 388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS de 28 de Setembro de 2012 (http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/52297/nota_t_cnica_388_2012_11324.pdf), estabeleceu que **recém-nascidos de mães vivendo com HIV/aids que não receberam antirretrovirais na gestação**, ou aquelas diagnosticadas no momento do parto, deveriam ter a nevirapina adicionada ao esquema de quimioprofilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV, ou seja, nesses casos específicos, o esquema consistirá em **zidovudina e nevirapina**.

Além desses casos, a nova versão das “Recomendações para uso de Antirretroviral para crianças e adolescentes” do Ministério da Saúde, do segundo semestre de 2013, recomendou que a nevirapina tem de ser também recomendada para os bebês expostos ao HIV cujas mães utilizaram antirretroviral na gestação, porém **não possuem carga viral < 1.000 cópias/ml documentada no último trimestre de gestação**.

IMPORTANTE:

Os recém-nascidos de mães infectadas pelo HIV, que não realizaram profilaxia com antirretrovirais na gestação, ou que utilizaram terapia antirretroviral mas não possuem carga viral < 1.000 cópias/ml documentada no último trimestre de gestação, independente do uso de zidovudina no momento do parto, devem receber esquema com zidovudina e nevirapina.

7. Qual o esquema posológico da ZIDOVUDINA para O RECÉM-NASCIDO ?

A dosagem utilizada para o neonato de termo é de 4mg/kg/dose de 12/12hs via oral e 3mg/kg de 12/12hs quando a via utilizada for a endovenosa, ambos por 4 semanas. A apresentação da zidovudina solução oral é de 10mg/ml.

Orienta-se na alta da maternidade, que essa dose seja administrada com uso de uma seringa para que não haja erro na mensuração da dose pelos cuidadores.

IMPORTANTE:

A zidovudina deve ser prescrita de 12/12hs conforme orientado pelo Ministério da Saúde.

8. Em caso de CRIANÇAS PREMATURAS, a dosagem da zidovudina permanece a mesma?

Nem sempre, depende da idade gestacional no momento do parto.

- **Recém nascidos entre 30 e 35 semanas** de idade gestacional, recebem zidovudina na dosagem de 1,5mg/kg/dose, quando a via de administração for endovenosa e 2mg/kg/dose quando esta for via oral, no intervalo de 12/12hs nas primeiras 2 semanas de vida, sendo reajustada a mesma dosagem após esse período para 2,3mg/kg/dose de 12/12hs para via endovenosa e para 3mg/kg/dose de 12/12hs para via oral.
- **Em recém-nascidos com idade gestacional inferior a 30 semanas**, as dosagens e intervalos utilizados são os mesmos, a dosagem é 1,5mg/kg/dose de 12/12hs endovenoso e 2mg/kg/dose de 12/12hs.

- **Recém-nascidos com peso de nascimento menor que 1,5kg**, independente da idade gestacional ou da mãe ter ou não recebido esquema antirretroviral na gestação, devem receber apenas zidovudina. não estando indicada uso de nevirapina.

A administração de zidovudina pode ser feita POR VIA ENDOVENOSA?

Sim, em situações nas quais a via oral não for possível.

IMPORTANTE:

Atenção para esquemas posológicos diferenciados da zidovudina para recém-nascidos prematuros e aqueles com impossibilidade de uso da via oral.

9. Por quanto TEMPO deve ser administrado a zidovudina?

A zidovudina deve ser utilizada nas quatro primeiras semanas de vida.

10. Qual a DOSAGEM DE NEVIRAPINA a ser introduzida nos casos de recém-nascidos de mães que não receberam esquema antirretroviral durante a gestação?

A dosagem de nevirapina dependerá do peso de nascimento do recém-nascido.

- **Crianças com peso ao nascer entre 1,5 a 2kg** recebem 8mg (0,8ml)/dose.
- **Crianças com peso ao nascer >2kg**, recebem dose de 12mg (1,2ml)/dose. A nevirapina não está recomendada para recém nascidos com peso de nascimento **< 1,5kg**.

O esquema consiste em apenas três doses, sendo:

- 1ª dose nas primeiras 48 horas de vida;
- 2ª dose 48 horas após a 1ª dose e
- 3ª dose 96 horas após a 2ª dose.

A concentração da solução oral de nevirapina é 01ml= 10mg. Como o

esquema consiste de apenas três doses, esse poderá ser prescrito apenas na maternidade, devendo esta estar sempre atenta aos casos específicos necessários desse esquema diferenciado.

O esquema de nevirapina sempre será acompanhado do uso da zidovudina, conforme indicado acima.

11. Existem esquemas antirretrovirais de PROFILAXIA PARA O RECÉM-NASCIDO com outras drogas diferentes da zidovudina e nevirapina?

Até hoje, como conduta universal a ser tomada para todos os recém-nascidos expostos ao HIV, não existem estudos que orientem esquemas diferentes do que utiliza a zidovudina e nevirapina, quando essa for necessária.

Situações específicas, com uso de esquemas alternativos de antirretrovirais, devem ser discutidas caso a caso com o especialista.

12. Como deve ser realizada a EVOLUÇÃO do recém-nascido durante a permanência NA MATERNIDADE?

O recém-nascido deve ser acompanhado como os outros recém-nascidos normais, sem exposição a situações de risco, com:

- acompanhamento da evolução do peso;
- exame físico completo;
- monitoramento da alimentação;
- aceitação do leite artificial e
- orientação à mãe infectada sobre:
 - os cuidados com o recém-nascido,
 - o preparo e administração do leite artificial,
 - a não administração do leite materno, nem como aleitamento cruzado.

13. Como deve ser realizado o ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL do recém-nascido durante sua permanência na maternidade?

Durante a estadia do recém-nascido na maternidade recomenda-se que seja realizado:

- um primeiro **hemograma** para a avaliação da presença de anemia decorrente da exposição não apenas à zidovudina, mas também dos outros antirretrovirais utilizados durante a gestação;
- **glicemia**;
- provas de **função hepática** (TGO, TGP), Fosfatase alcalina e Gama GT) e
- **sorologias** nas crianças filhas de mães sem realização de pré natal ou quando estas tiveram seus resultados negativos no pré natal, considerando exames realizados em fase precoce da gestação, mas sem repetição ao final do terceiro trimestre da gestação, sendo recomendado então, sorologia de sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, HTLV.

14. Como deve ser a ORIENTAÇÃO ALIMENTAR do recém-nascido na maternidade?

O **aleitamento materno está totalmente contra-indicado para crianças expostas ao HIV**, pela possibilidade de transmissão do vírus. Deve ser indicada a administração de **fórmula láctea infantil**.

O Ministério da Saúde repassa recursos para a aquisição da fórmula infantil para os estados e prefeituras, sendo garantido o fornecimento desta até o 6º mês de vida. Alguns locais, por iniciativa própria, prolongam esse fornecimento até os 2 anos de vida, sendo fórmula infantil até os 12 meses, e então trocado esse fornecimento para leite integral.

Em **crianças prematuras ou com baixo peso**, que não possam ser alimentadas com fórmula láctea infantil, recomenda-se a introdução de leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite Humano credenciado pelo Ministério da Saúde.

Está totalmente contra indicado o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz) ou uso de leite humano com pasteurização domiciliar.

IMPORTANTE

No Brasil o aleitamento materno ou cruzado é totalmente contra-indicado.

15. Após a alta hospitalar como deve ser o ENCAMINHAMENTO do recém-nascido exposto ao HIV ?

Sempre na alta da maternidade, o recém-nascido deve ser encaminhado para um serviço de atendimento especializado em DST/aids, tendo **garantido o agendamento prévio** dessa consulta. Essa avaliação inicial deve ser realizada o mais precocemente possível, não ultrapassando 30 dias da alta hospitalar.

Caso o serviço para qual o recém-nascido tenha sido encaminhado não possa realizar o seguimento pediátrico de puericultura em paralelo, a criança deve ser encaminhada conjuntamente para uma unidade básica de saúde ou outro local para assistência pediátrica geral.

No momento da alta hospitalar, o paciente deve receber o **resumo de internação** com:

- anotação dos dados referentes ao parto;
- dados antropométricos do nascimento e da alta;
- intercorrências apresentadas no berçário;
- informações sobre o uso da zidovudina endovenosa pela mãe e oral pelo recém-nascido (com dados de dose e intervalo de uso);
- uso da nevirapina se houver sido necessária;
- alimentação;
- vacinação, além de outras informações pertinentes à situação.

O resumo de alta deve ser o mais completo possível. Além disto, a família deve receber a **receita com orientações** sobre a medicação, alimentação, sendo interessante sempre ressaltar na receita a contra indicação do aleitamento materno ou cruzado.

IMPORTANTE

Todo recém-nascido exposto ao HIV deve ser encaminhado (agendado previamente) após a alta da maternidade a um centro especializado na assistência em DST/aids.

16. Após a admissão do recém-nascido no serviço especializado, como deve ser o seu SEGUIMENTO?

O seguimento do recém-nascido deve ser **mensal nos primeiros seis meses e no mínimo, bimestral entre seis a doze meses**. Esse intervalo deverá ser reavaliado em situações específicas impostas pela condição clínica da criança.

As crianças que se revelarem **não infectadas** durante o acompanhamento, devem permanecer nas unidades especializadas, até 18 a 24 meses. Após essa fase, poderão ser encaminhadas às unidades básicas de saúde, devendo retornar a unidade especializada anualmente até o final da adolescência, para monitoramento decorrente da exposição às drogas antirretrovirais em fase muito precoce da vida (intrauterina e neonatal).

Considerando-se que essa modalidade de tratamento ainda é relativamente nova na prática da medicina, não existe total conhecimento das possíveis repercussões a médio e longo prazo de tais exposições. Até o momento, não temos ocorrência de efeitos colaterais graves, em proporções significativas, nas crianças expostas que estão em seguimento tardio, que pudessem contra indicar o uso dos antirretrovirais.

17. O que deve ser avaliado nas consultas de seguimento da criança exposta a TV do HIV?

Em todas as consultas deve ser realizada a:

- Anamnese completa, com avaliação das queixas atuais, intercorrências no período interconsulta, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação, uso de medicação.
- Avaliação de forma minuciosa, sintomas que possam sugerir indícios de outras infecções congênitas (sífilis, toxoplasmose, citomegalovirose,

entre outras) ou coinfeções (tuberculose), devendo, sempre que possível, acontecer a investigação do núcleo familiar com relação a dados de história e epidemiologia.

- O monitoramento criterioso de sinais e sintomas sugestivos de toxicidade mitocondrial deve estar também sempre presente, podendo ser estes de intensidade variáveis além de pouco específicos. Quando mais graves, podem ser identificados por: sintomas cardíacos (miocardiopatia e disfunção de ventrículo esquerdo), gastrointestinais (hepatite com esteatose hepática), neurológicos (encefalopatia, convulsões afebris, retardo de desenvolvimento), além de miopatia, retinopatia, pancreatite e acidose láctica.
- Após a anamnese, segue-se:
- Exame físico completo e detalhado, com avaliação antropométrica com medidas de peso, estatura, perímetro cefálico;
- Análise do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Avaliação de sinais clínicos de alerta da infecção pelo HIV como presença de adenomegalias, hepatoesplenomegalia, distrofia, candidíase oral e/ou genital, atraso de desenvolvimento, entre outros.

18. Após o término da profilaxia com zidovudina por 4 semanas, como realizar a PROFILAXIA PARA A PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI?

A pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* é a infecção oportunista mais comum em crianças infectadas pelo HIV e apresenta alta taxa de mortalidade.

Até que se defina o diagnóstico da criança como infectada ou não pelo HIV, após a suspensão do uso de ARV, deverá ser introduzida a profilaxia para pneumocistose para toda criança exposta ao HIV. Essa poderá ser suspensa, após definição da situação da infecção. A profilaxia com sulfametometazol +trimetropina (SMTX-TMP) será utilizada conforme orientação do Ministério da Saúde, seguindo quadro abaixo:

Quadro 1. Recomendação de profilaxia para pneumocistose segundo idade

Idade	Recomendação
Nascimento até 4 semanas	Não indicar profilaxia
4 semanas a 4 meses	Indicar profilaxia
4 a 12 meses	Iniciar ou manter profilaxias
- Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada	
- criança provavelmente não infectada (2 Cargas Virais indetectáveis)	Não indicar/suspender
- após os 12 meses - criança infectada	indicar de acordo com contagem de LT-CD4+
SMTX-TMP: 750mg de SMX/m2/dia em 2 doses, 3x/semana em dias consecutivos, ou às 2 ^a , 4 ^a e 6 ^a feiras	

19. Como deve ser realizado o SEGUIMENTO LABORATORIAL da criança exposta ao HIV?

A criança exposta ao HIV deve seguir um roteiro de acompanhamento laboratorial, proposto no Guia de Tratamento para Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV do Ministério da Saúde. A realização destas tem como objetivo realizar a triagem diagnóstica para definição da infecção pelo HIV, a identificação de coinfeções, além do monitoramento dos efeitos adversos possíveis da exposição aos antiretrovirais tanto a nível intrauterino, quanto neonatal.

Seguem os exames e época programada para realização:

Quadro 2. Exames a serem realizados para criança exposta a TV do HIV segundo idade

EXAMES	Idade				
	Nascimento	1 – 2 meses	4 – 5 meses	6 – 12 meses	12 – 18 meses
Hemograma	X	X	X	X	X
Provas de função Hepática*	X	X			X
Glicemia	X	X	X		X
Sorologia HIV**	X	X	X		X***
Carga Viral§		X	X		
TORCH	X				
Sífilis	X				
HBV e HCV#	X				
CD4/CD8		X	X		
HTLV 1/2	X				

* As provas de função hepática sugeridas são Transaminase Glutâmica Oxalacética (TGO), Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP), Gama-Glutamil Transferase (Gama-GT) e Fosfatase Alcalina (FA).

** Realizar sempre que houver dúvidas em relação ao estado sorológico da mãe (crianças abandonadas, abrigadas ou mãe sem realização de pré natal) e após no seguimento para investigação da infecção pelo HIV, em crianças realmente expostas ao HIV.

*** Caso o resultado da sorologia seja positivo ou indeterminado entre 12-18 meses, repetir após 03 meses.

§ Caso a carga viral seja detectável, deve-se repetir imediatamente. Caso essa seja indetectável, repeti-la após os 04 meses de idade, quando o primeiro teste tiver sido realizado após 1 a 2 meses de idade. Quando não tiver sido realizado dentro dessa idade, repeti-la em casos do primeiro resultado indetectável, após 02 meses da inicial. O fluxo explicativo da solicitação das cargas virais será exposto abaixo.

£ TORCH, inclui sorologia para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples.

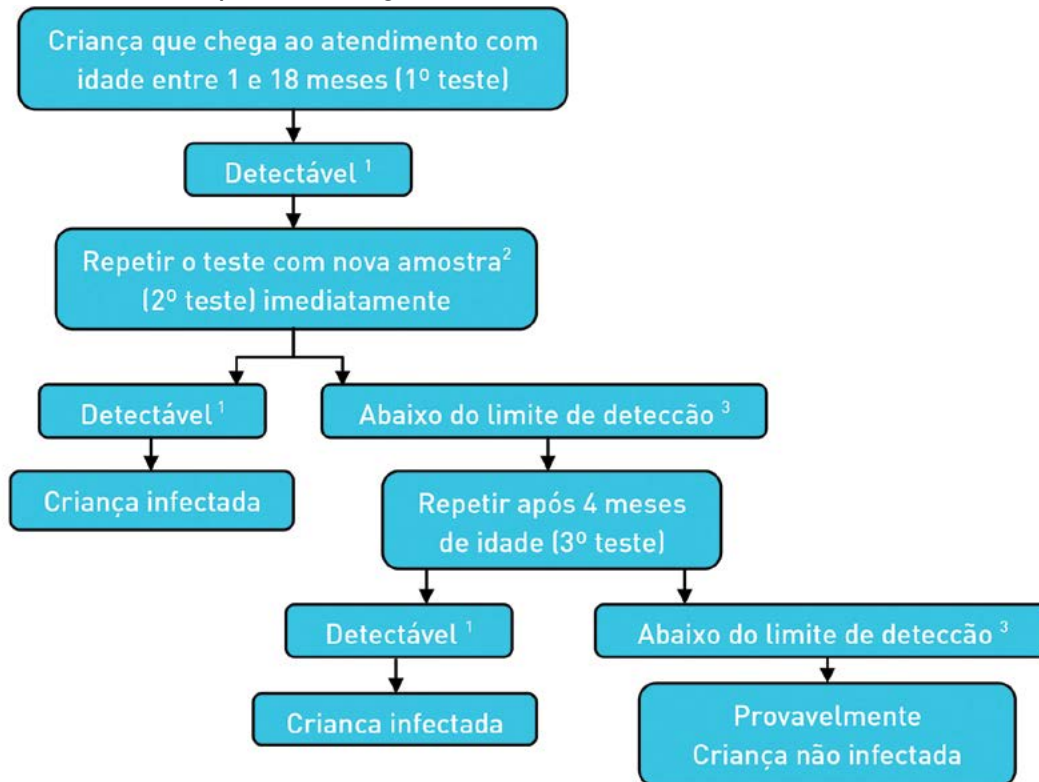
Realizar as sorologias para crianças expostas a duplas patologias (hepatites, sífilis, toxoplasmose, entre outras), conforme recomendações do Ministério da Saúde para investigação e seguimento de coinfeccções.

Caso tenha sorologia positiva para HTLV 1/2, repeti-la após 12 a 18 meses, para avaliação de coinfeccção.

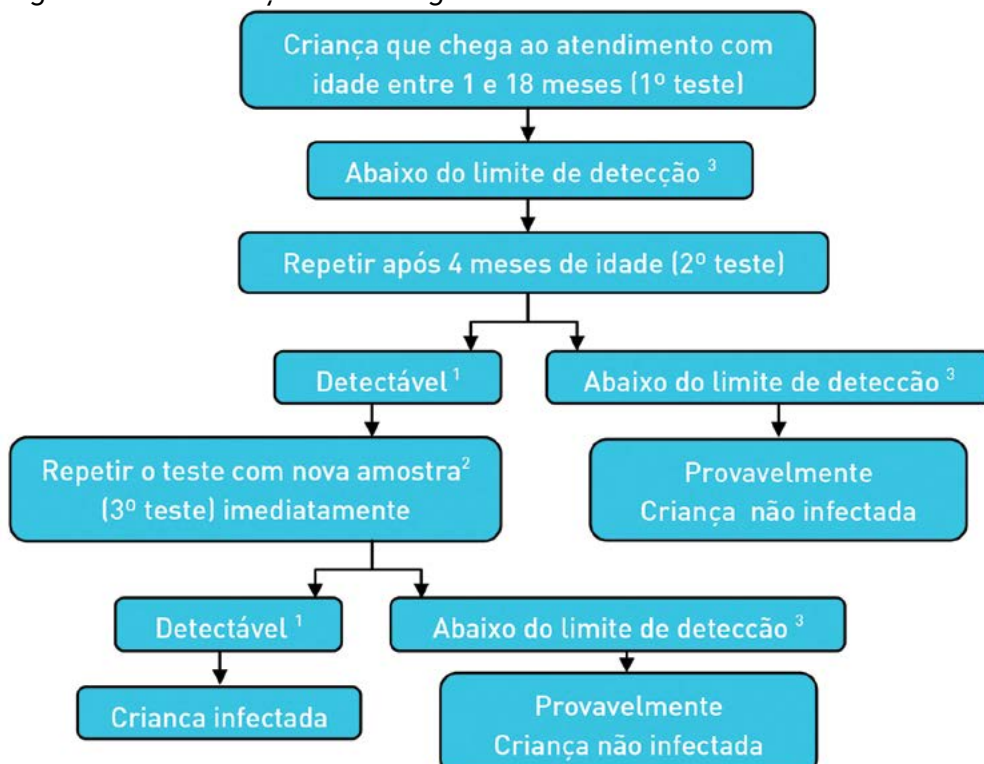
20. Como realizar a investigação da criança exposta ao HIV, com IDADE ENTRE 0 A 18 MESES, utilizando-se a carga viral?

Segundo fluxograma do Guia de Tratamento de Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV do Ministério da Saúde, a investigação com a carga viral deverá ser realizada da seguinte forma em crianças menores de 18 meses:

Fluxograma de criança com carga viral detectável no 1º teste:



Fluxograma de criança com carga viral indetectável no 1º teste:



Notas:

1. Este algoritmo foi elaborado para o uso de testes de quantificação do RNA viral plasmático – carga viral. Valores até 5.000 cópias/ml sugerem falso-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação assim que possível.
2. Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostras, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.
3. Manter o acompanhamento clínico nas crianças consideradas como provavelmente não infectadas, de acordo com as recomendações estabelecidas e fazer sorologia anti-HIV naquelas com mais de 12 meses.

Espera-se a negatificação da sorologia, com desaparecimento dos anticorpos circulantes maternos, na criança não infectada, após 12 a 18 meses de vida.

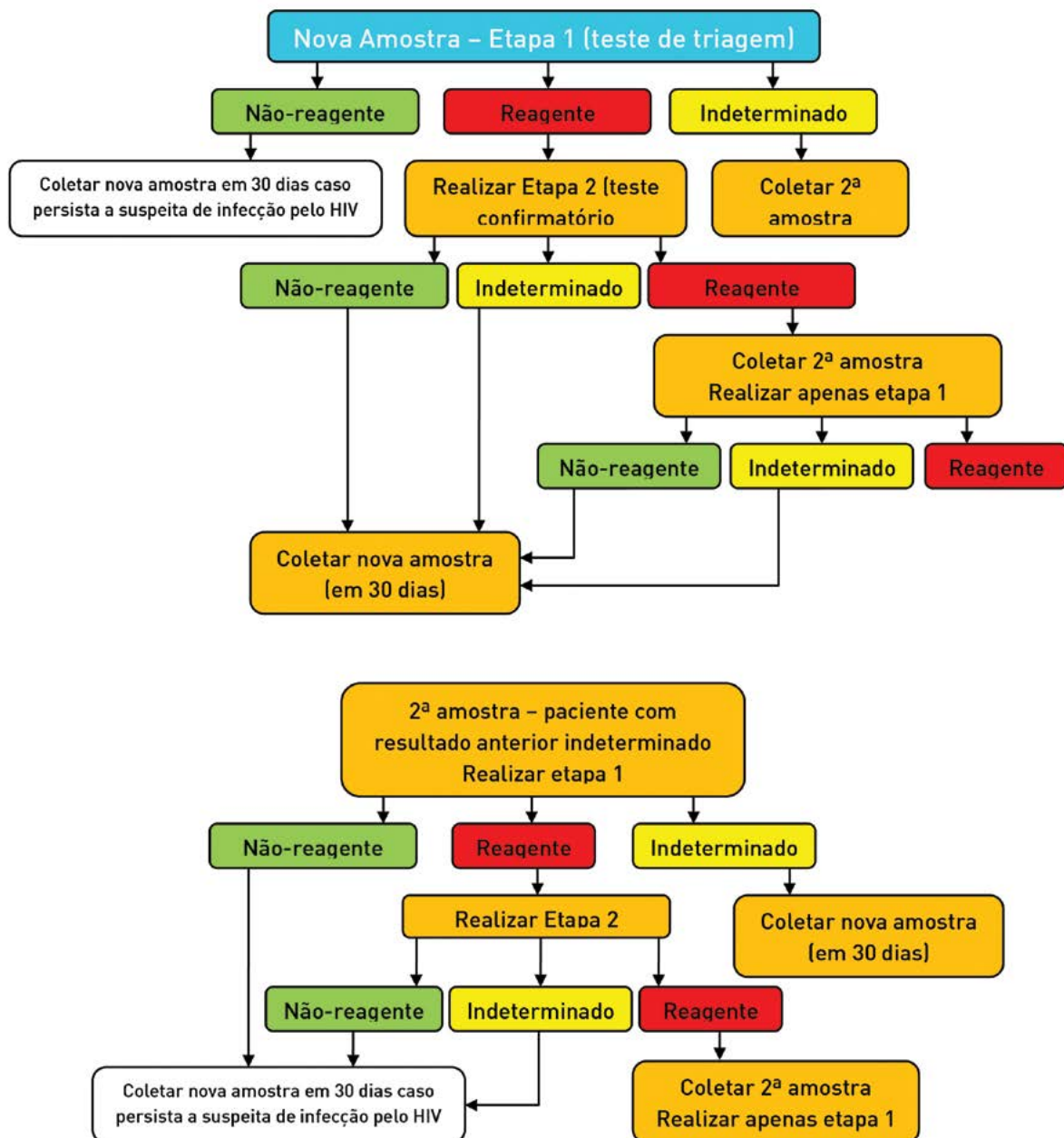
Caso a criança tenha sido amamentada, esse algoritmo deve ser iniciado após 02 meses da interrupção do aleitamento materno, visando minimizar a ocorrência de falso-negativos.

21. Como realizar a investigação da criança exposta ao HIV COM IDADE ACIMA DE 18 MESES?

Em crianças com idade superior a 18 meses, não amamentadas, a investigação poderá ser realizada apenas com a utilização da sorologia, já que os anticorpos maternos circulantes já deverão ter desaparecido.

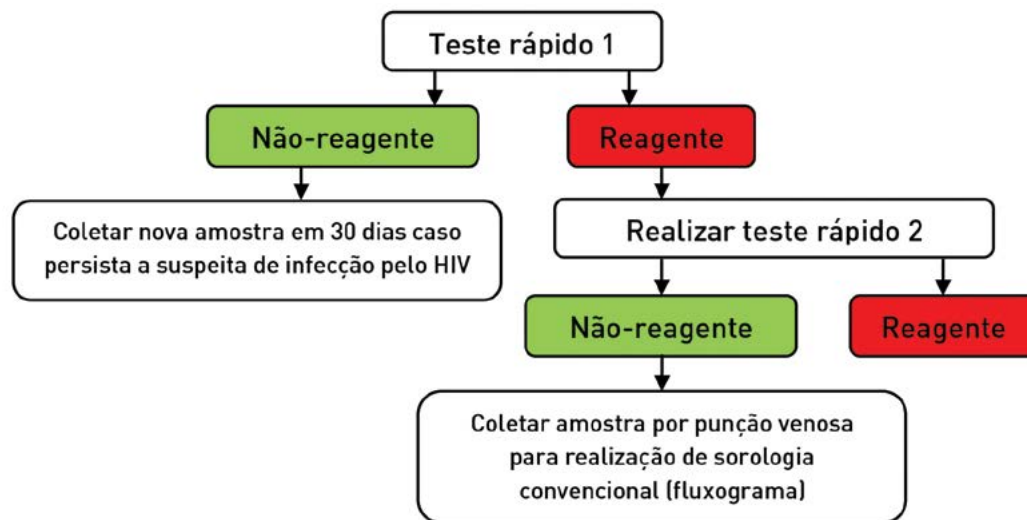
Nas crianças amamentadas poderá haver ainda a presença dos anticorpos maternos, o que inviabiliza a possibilidade do uso apenas da sorologia, sendo necessário nestas situações o uso do fluxograma da carga viral.

Segue abaixo, o fluxograma orientado pelo Ministério da Saúde para investigação com **uso apenas da sorologia**:



22. É possível a investigação de crianças expostas ao HIV, com idade superior a 18 meses, apenas com uso de testes rápidos para o HIV ?

Sim, é possível a realização da investigação dessa forma, segundo fluxograma do Ministério da Saúde descrito a abaixo:



23. Em concluindo-se a criança como NÃO INFECTADA PELO HIV, após negatização da sorologia anti-HIV, é possível a alta desta das unidades especializadas?

Sim, conforme descrito anteriormente, a alta da criança é possível, após exclusão total do diagnóstico da infecção pelo HIV, com negatização da sorologia, devendo a criança estar entre 12 a 18 meses, sendo então encaminhada para acompanhamento em unidade básica de saúde, para seguimento de puericultura, acompanhada de resumo de alta, com descrição dos exames mais relevantes realizados o que inclui a carga viral e sorologias. A família deverá ser orientada a retornar anualmente ao serviço especializado para seguimento anual de monitoramento do aparecimento de efeitos adversos tardios da exposição aos antirretrovirais.

Referências Bibliográficas

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-Infected Children. September 4, 2009. Disponível em: <http://www.aidsinfo.nih.gov/>.
2. PENTA Steering Committee. PENTA 2009 guidelines for the use of antiretroviral therapy in paediatric HIV-1 infection. British HIV Association. HIV Medicine (2009), 10, 591–613.
3. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
4. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Suplemento I - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
5. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Suplemento II - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
6. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013- Versão preliminar.

MANEJO DA CRIANÇA INFECTADA AO HIV

Daniela Vinhas Bertolini
Médica do Núcleo de Pediatria - CRT-DST/Aids-SP
daniela.bertolini@crt.saude.sp.gov.br

1. Como se define a CRIANÇA INFECTADA PELO HIV?

Conforme abordado no capítulo “Manejo da Criança Exposta ao HIV”, a definição da criança infectada pelo HIV varia de acordo com a faixa etária do paciente:

- A **criança menor de 18 meses de idade** define seu diagnóstico apresentando duas cargas virais detectáveis;
- **naquela com idade superior a 18 meses** o diagnóstico é definido quando esta apresenta uma amostra reagente segundo o fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV orientado pelo Ministério da Saúde, já descrito em capítulo anterior.

2. Após a definição do diagnóstico de infecção pelo HIV, como proceder relação ao SEGUIMENTO dessa criança?

Após a confirmação do diagnóstico, toda criança infectada pelo HIV deverá ser encaminhada a um serviço de referência em tratamento de DST/aids, onde exista preferencialmente um infectologista pediátrico.

Além do acompanhamento médico infectologista é fundamental que essa criança permaneça em seguimento de puericultura regular, o que poderá ser realizado em conjunto com o acompanhamento do infectologista pediátrico, por este próprio ou não, conforme a disponibilidade do profissional e do serviço. Caso isso não ocorra, essa criança necessitará ser encaminhada ao seguimento pediátrico habitual com toda avaliação de crescimento e desenvolvimento rotineira.

Nos serviços especializados, essa criança deve, conforme a possibilidade de cada serviço, ser acompanhada pela equipe multiprofissional, que consta de enfermagem, assistência social, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, nutricionista, educadores, além de outros que se fizerem necessários.

Devido à alta complexidade da doença e todos os aspectos envolvidos na situação, acredita-se que essas crianças terão uma melhor qualidade de vida, além de melhores possibilidades de resultado ao tratamento, entendendo-se aqui como o tratamento global, e não apenas como uso exclusivo de drogas antirretrovirais. Ainda, se ao lado do profissional médico, existir uma equipe multiprofissional o mais completa possível, a tentativa de minimizar todos os agravos relacionados ao HIV será mais facilitada.

IMPORTANTE

Toda criança infectada pelo HIV deverá realizar acompanhamento clínico e laboratorial regularmente, independente da necessidade de uso de drogas antirretrovirais.
O acompanhamento do paciente e família pela equipe multidisciplinar é fundamental.

3. Como CLASSIFICAR A CRIANÇA INFECTADA após a definição do diagnóstico?

Em virtude do grande espectro de manifestações clínicas decorrentes da infecção pelo HIV na criança, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) propôs em 1987 um sistema de classificação revisado e modificado em 1994. Trata-se de um sistema alfanumérico, baseando-se em parâmetros clínicos e imunológicos, relacionando a intensidade das manifestações clínicas às alterações imunológicas. Essa classificação foi modificada e adaptada a realidade epidemiológica do nosso país, incluindo-se a tuberculose pulmonar como um critério para a categoria clínica B.

Segue abaixo a classificação atualmente em uso no Brasil:

Quadro 1: Classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

Alteração imunológica	N Ausência de sinais e/ou sintomas clínicos	A sinais e/ou sintomas clínicos leves	B sinais e/ou sintomas clínicos moderados	C sinais e/ou sintomas clínicos graves
Ausente [1]	N1	A1	B1	C1
Moderado [2]	N2	A2	B2	C2
Grave [3]	N3	A3	B3	C3

Categorias Clínicas

Categoria N – Assintomática:

Ausência de sinais e/ou sintomas; ou com apenas uma das condições da categoria A.

Categoria A – Sinais e/ou sintomas leves

Presença de 2 ou mais das condições abaixo, porém sem nenhuma das condições das categorias B e C:

- linfadenopatia (maior que 0,5 cm em mais de 2 cadeias diferentes);
- hepatomegalia;
- esplenomegalia;
- parotidite; e
- infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).

Categoria B – Sinais e/ou sintomas moderados

- anemia (Hb < 8g/dl), neutropenia (<1.000/mm³) ou trombocitopenia (<100.000/mm³), por mais de 30 dias;
- tuberculose pulmonar (critérios CDC modificados pelo MS);
- meningite bacteriana, pneumonia ou sepse;
- candidíase oral persistindo por mais de 2 meses;
- miocardiopatia;
- infecção por Citomegalovírus (CMV), antes de 1 mês de vida;
- diarreia recorrente ou crônica;
- hepatite;
- estomatite pelo vírus do Herpes Simples (HSV) recorrente (mais do que 2 episódios/ano);
- pneumonite ou esofagite por HSV, com início antes de 1 mês de vida;
- herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- pneumonia intersticial linfocítica (LIP);
- nefropatia;
- nocardiose;
- febre persistente (> 1 mês);
- toxoplasmose antes de 1 mês de vida; e
- varicela disseminada ou complicada.

B

Categoria C – Sinais e/ou sintomas graves

Crianças com quaisquer das condições listadas abaixo:

- infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (confirmadas por cultura, 2 episódios em intervalo de 1 ano): sepse, pneumonia, meningite, infecções osteo-articulares, abscessos de órgãos internos;
- candidíase esofágica ou pulmonar;
- coccidioidomicose disseminada;
- criptococose extra-pulmonar;
- criptosporidíase ou isosporíase com diarreia (> 1 mês);
- CMV em locais além do fígado, baço ou linfonodos, a partir de 1 mês de vida;
- encefalopatia pelo HIV (achados que persistem por mais de 2 meses), em razão de:
 - déficit do desenvolvimento neuropsicomotor;
 - evidência de déficit do crescimento cerebral ou microcefalia adquirida identificada por medidas de perímetro cefálico ou atrofia cortical mantida em tomografias computadorizadas ou ressonâncias magnéticas sucessivas de crânio; e
 - déficit motor simétrico com 2 ou mais dos seguintes achados: parestias, reflexos patológicos ataxia e outros.
- infecção por HSV, úlceras mucocutâneas com duração maior do que 1 mês ou pneumonite ou esofagite (crianças >1 mês de vida);
- histoplasmose disseminada;
- Mycobacterium tuberculosis disseminada ou extrapulmonar;
- Mycobacterium, outras espécies ou não identificadas, disseminadas;
- Mycobacterium avium ou M. kansasii disseminados;
- pneumonia por Pneumocystis jiroveci;
- salmonelose disseminada recorrente;
- toxoplasmose cerebral com início após o 1º mês de vida;
- síndrome da caquexia, manifestada por:
 - perda de peso >10% do peso anterior; ou
 - queda de dois ou mais percentis nas tabelas de peso para a idade; ou
 - peso abaixo do percentil 5, em duas medidas sucessivas;
 - diarreia crônica (duração maior que 30 dias); ou
 - febre por 30 dias ou mais, documentada.
- leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- sarcoma de Kaposi; e
- linfoma primário do cérebro e outros linfomas.

Categorias imunológicas

Baseiam-se na contagem de LT-CD4+ de acordo com a idade, conforme quadro abaixo:

Quadro 2. Categorias imunológicas da classificação da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes menores de 13 anos.

Alteração Imunológica	Contagem de LT-CD4+		
	Idade		
	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
Ausente (1)	≥ 1500 (> 25%)	≥1000 (> 25%)	≥ 500 (> 25%)
Moderada (2)	750 – 1499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200 - 499 (15-24%)
Grave(3)	< 750 (< 15%)	< 500 (<15%)	<200 (<15%)

5. Como deve ser realizado o ACOMPANHAMENTO CLÍNICO da criança infectada pelo HIV?

O seguimento clínico cuidadoso de uma criança com infecção pelo HIV definida possibilitará a detecção precoce dos sinais clínicos que podem sugerir a doença e a orientação das medidas profiláticas e terapêuticas.

O **aporte nutricional** deve ser cuidadosamente verificado. O **aleitamento natural** está contra indicado considerando-se que o vírus pode ser transmitido pelo leite materno. É garantido pelo Ministério da Saúde o fornecimento gratuito de fórmula infantil à todas os lactentes expostos e infectados pelo vírus HIV.

Além disto, habitualmente, as crianças são orientadas a receberem dietas próprias para as suas idades, com exceção a situações específicas onde a dieta deverá ser ajustada as necessidades, como, por exemplo, crianças com desnutrição, baixo ganho pondero-estatural, obesidade, dislipidemia, entre outros. Nestas circunstâncias, o ideal seria um acompanhamento conjunto com um profissional da área da nutrição.

As crianças devem ser **acompanhadas mensalmente**, ou no máximo bimestralmente (quando estiverem muito estáveis) com exames clínicos completos e exames complementares sempre que necessário.

A **anamnese** deverá ser completa na primeira consulta, devendo ser checada a cada retorno com inquérito sobre queixas, intercorrências no

período, alimentação, vacinação, uso de medicações, desenvolvimento neuropsicomotor, aproveitamento escolar, mudanças na rotina de vida.

No caso dos **adolescentes** inclui-se também a avaliação da presença de tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, relacionamentos, vida sexual, planos futuros.

Em todas as consultas a **adesão ao tratamento** deve ser averiguada.

Alguns dados devem ser especialmente observados no **exame físico**, como:

- avaliação da **curva pôndero-estatural**, com avaliação de peso, estatura e perímetro cefálico (em lactentes apenas), em todas as consultas. O decréscimo ou estabilização dos percentis nas curvas de crescimento exigem acompanhamento e observação apurados, pois este pode ser o primeiro sinal de manifestação da doença pelo HIV;
- **observação clínica** cuidadosa com a finalidade de detectar sinais ou sintomas que possam indicar o início da doença. O exame físico deverá ser sempre completo e detalhado, com avaliação de todos os sistemas, pele e anexos, adenomegalias, sistemas respiratório, cardiovascular (com aferição da pressão arterial), neurológico, avaliação abdominal de visceromegalias, oroscopia, otoscopia, genitália com classificação de Tanner (nos adolescentes).

As **infecções bacterianas**, assim como outras intercorrências, devem ser pronta e eficazmente tratadas após o aparecimento de qualquer sinal ou sintoma. As hospitalizações devem ser evitadas sempre que possível.

As crianças infectadas podem e devem freqüentar **escolas e creches**, desde que suas condições momentâneas de saúde o permitam, assim como devem manter hábitos e rotinas de vida habituais de crianças saudáveis.

IMPORTANTE

Toda criança infectada pelo HIV necessita além do acompanhamento infectológico regular, do seguimento de puericultura, com consultas pediátricas completas com avaliação global, de todos os aspectos da criança.

6. Como deve ser realizado o ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL da criança infectada pelo HIV?

Ao lado do acompanhamento clínico, os dados laboratoriais são de suma importância, tanto para um diagnóstico precoce da evolução da infecção pelo HIV para aids, como para nos mostrar resposta terapêutica aos antirretrovirais, intercorrências ou eventos adversos às medicações.

A avaliação laboratorial da criança com infecção pelo HIV inclui além dos testes específicos, testes para detecção de anormalidades hematológicas, imunológicas e a possível associação com outras infecções. A realização completa da avaliação laboratorial depende dos recursos de cada serviço, porém esforços devem ser feitos no sentido de garantir o acompanhamento adequado destas crianças e adolescentes.

Na **consulta de primeira vez** da criança infectada devemos solicitar os exames relacionados no Quadro 3, sempre que possível:

B

Quadro 3. Exames a serem realizados na primeira consulta de uma criança infectada pelo HIV

- novo teste anti – HIV (confirmatório);
- PCR – carga viral;
- hemograma com contagem de plaquetas;
- contagem de linfócitos CD4, CD8, relação T4/T8;
- função hepática e renal;
- colesterol total e frações e triglicérides;
- glicemia de jejum;
- amilase;
- sorologias para sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes, hepatites B e C, pois são patologias com epidemiologia semelhante à da infecção pelo HIV ou são de alta prevalência na criança imunodeprimida;
- urina I;
- protoparasitológico de fezes com pesquisa de criptosporidium e isospora;
- radiografia de tórax;
- ultrassonografia de abdome;
- ecodopplercardiograma;
- eletrocardiograma;
- tomografia computadorizada de crânio;
- PPD;
- fundo de olho.

Outros exames podem ser solicitados na dependência de achados clínicos ou epidemiológicos.

Na evolução, os exames são repetidos normalmente a **cada 3 a 4 meses**, ou antes se assim se fizer necessário, devendo estar inclusos nestes controles: hemograma, contagem de CD4, CD8, carga viral e exames específicos para monitorar toxicidades pelos antirretrovirais em uso (por exemplo amilase e lipase, colesterol e triglicérides, função hepática e renal, entre outros).

Exames de fezes e urina são repetidos a cada 06 meses e exames radiológicos a cada ano, ou antes se necessário.

IMPORTANTE

Os serviços de saúde devem garantir o acompanhamento adequado da criança, tanto do ponto de vista clínico como laboratorial.

7. É necessário o acompanhamento com OUTRAS ESPECIALIDADES médicas?

É conveniente realizar acompanhamento com outras especialidades para monitoramento e busca de sinais precoces de avanço da doença, sempre que alguma queixa, sinal ou sintoma mostre essa necessidade.

Habitualmente as especialidades mais acessadas são neuropediatria, cardiopediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, dentre outras.

Todas as **adolescentes** deverão ser acompanhadas pela ginecologista. Esta avaliará a necessidade de introdução de anticoncepcionais ou medidas específicas conforme o caso.

8. Quando introduzir a terapêutica ANTIRRETROVIRAL para a população pediátrica?

O início da terapêutica com drogas antirretrovirais na população pediátrica tem como **objetivos**, segundo o guia “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV –2013 - Versão preliminar” do Ministério da Saúde do Brasil:

- diminuir a replicação viral até níveis de indetecção;
- reconstituir a função imune;
- prolongar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzindo a morbidade e garantindo um crescimento e desenvolvimento adequado das crianças e adolescentes infectadas pelo HIV;
- minimizar a toxicidade da terapia antirretroviral.

O momento do **início do uso** da medicação baseia-se, também conforme as determinações do Ministério da Saúde, em vários **parâmetros a serem considerados e avaliados** em conjunto. São eles:

- estadiamento clínico e imunológico do CDC (visto anteriormente);
- carga viral apresentada;
- disponibilidade de drogas em apresentações adequadas a faixa etária em questão (solução oral para as crianças menores, por exemplo);
- possibilidade do aparecimento dos eventos adversos às medicações prescritas, tanto a curto como a longo prazo;
- presença de outras patologias associadas ou coinfeções, como tuberculose, hepatites, sífilis, toxoplasmose, entre outras;
- uso concomitante de outras medicações e suas interações;
- capacidade de adesão ao tratamento não apenas da criança ou do adolescente, mas também dos seus cuidadores.

B Após avaliação de todos os parâmetros acima, será definido o melhor momento da introdução da medicação antirretroviral. Em definindo-se o momento de iniciar a TARV promover a adesão satisfatória a longo prazo, buscando o menor impacto possível sobre o bem estar, rotina diária e qualidade de vida do paciente, segundo o mesmo Manual do Ministério da Saúde.

Sempre solicitar **genotipagem do HIV** antes da introdução da terapia antirretroviral em crianças, não sendo necessária a espera pelo resultado para o início, podendo ser feitas adequações posteriores quando necessárias.

De forma geral, o início do tratamento antirretroviral está indicado, conforme orientação do guia “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV – 2013 - Versão Preliminar” do Ministério da Saúde do Brasil, segundo parâmetros descritos no Quadro a seguir.

Quadro 4. Recomendação para início de terapia antirretroviral segundo idade da criança e critérios clínico e laboratorial

Idade	Critérios	Recomendação
< 12 meses	Independente de manifestações clínicas, CD4 e carga viral	Tratar
1 a 4 anos	Critérios Clínicos : categoria CDC B* ou C	Tratar
	Critérios laboratoriais: - CD4: < 25%	Tratar
	- Carga Viral: > 100.000 cópias/ml	Tratar
> ou = a 5 anos	Critérios Clínicos : categoria CDC B* ou C	Tratar
	Critérios laboratoriais: - CD4 < 350 céls/mm ³	Tratar
	- CD4 >350 a 500 céls/mm ³ ou Carga Viral: > 100.000 cópias /ml	Tratar

*Exceto pacientes com um único episódio de pneumonia bacteriana

9. Como deve ser escolhido e conduzido o TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL na criança infectada pelo HIV?

O tratamento antirretroviral do HIV sempre compreende um esquema combinado de no mínimo três drogas potentes e preferencialmente sensíveis à cepa em questão.

Todo tratamento é baseado na orientação do guia “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV – 2013 - Versão Preliminar” do Ministério da Saúde do Brasil com todas as diretrizes recomendadas para início e trocas de esquema antirretroviral em casos de falha terapêutica, intolerância ou toxicidade as drogas, além das profilaxias necessárias em cada caso e tratamento das infecções oportunistas, sendo essas diretrizes seguidas em todo território nacional.

IMPORTANTE

Todo tratamento antirretroviral do paciente infectado pelo HIV deve seguir orientação dos guias formulados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

10. Como deve ser realizado o SEGUIMENTO DAS CRIANÇAS SEM INDICAÇÃO de introdução de drogas antirretrovirais?

Esse grupo de crianças infectadas pelo HIV deve manter o **seguimento clínico e laboratorial** habitual (descrito acima), com consultas médicas e realização de exames em intervalos regulares, com objetivo de detectar-se o mais precocemente possível a evolução da infecção pelo HIV para o quadro de aids.

Os **exames** solicitados rotineiramente são o hemograma, dosagem de linfócitos T CD4 e CD8, quantificação de carga viral e outros que se fizerem necessários para monitoramento conforme o caso. Anualmente repetem-se as sorologias e PPD.

IMPORTANTE

Toda criança infectada pelo HIV, mesmo sem indicação de uso de drogas antirretrovirais, deverá realizar seguimento clínico e laboratorial rigoroso para monitoramento da evolução da infecção.

11. Como deve ser orientada a IMUNIZAÇÃO das crianças infectadas pelo HIV?

A criança exposta ou infectada ao HIV recebe um **calendário de vacinação** amplo e completo, constando as vacinas do calendário oficial do Ministério da Saúde, com a orientação de troca da vacina Sabin pela Salk em todas as doses, além da inclusão da vacina contra varicela, tetra viral e hepatite A, além de gripe anual à princípio para todos os pacientes, já que pertencem a grupo de risco pela situação de imunodepressão. Os pacientes infectados recebem esquemas ampliados da vacina pneumocócica (pneumo 10 seguida de pneumo 23) e tem indicação de esquema com duas doses com a vacina meningocócica quando iniciada tardiamente, com reforço após 5 anos desta.

Todos os profissionais e serviços deverão se esforçar ao máximo para que esse calendário ampliado seja cumprido. Na ausência desses imunobiológicos considerados especiais no serviço que atende a criança, esses pacientes devem ser encaminhados a um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) de referência da região, munidos de relatório médico e prescrição da vacina, justificando tal encaminhamento.

A criança comprovadamente infectada pelo HIV deverá receber esse calendário na sua totalidade, tendo como única ressalva as vacinas de vírus ou bactérias vivos e atenuados (varicela, tetra viral e BCG). Neste caso, é preciso avaliar o grau de imunodepressão presente em cada caso.

Em paciente com grau de imunodepressão moderada a vacina de varicela é contra-indicada e em pacientes sabidamente infectados pelo HIV, a vacina BCG não é utilizada.

A criança exposta ao HIV receberá esse calendário até os 18 meses de vida. À partir dessa faixa etária, em excluindo-se a infecção pelo HIV, ou seja, havendo a negatificação da sorologia para o HIV, ela seguirá o calendário habitual do Ministério da Saúde para crianças saudáveis, com exceção das vacinas da varicela e a Salk (poliomielite inativada) que continuam indicadas pelo contato domiciliar com pacientes imunodeprimidos.

A seguir o calendário recomendado no guia “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV – 2013 - Versão preliminar,” do Ministério da Saúde do Brasil.

B

Quadro 5. Vacinas recomendadas para criança exposta a TV do HIV ou infectada pelo HIV segundo idade

CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EXPOSTAS OU INFECTADAS PELO HIV

Grupo alvo	Idade	BCG	HEPATITE B	PENTA	VIP	HIB	PNEUMO 10	MENINGO C	INFLUENZA	FEBRE AMARELA	TRÍPLICE VIRAL	VARICELA	HEPATITE A	PNEUMO 23	HPV	dT
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao Nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose											
	3 meses						1ª dose									
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose									
	5 meses							2ª dose								
	6 meses			3ª dose	3ª dose		3ª dose		1ª dose							
	7 meses								2ª dose							
	9 meses									Dose inicial						
	12 meses											1ª dose				
	15 meses			1º reforço	1º reforço	1º reforço		Reforço				2ª dose (com tetra viral)	2ª dose (com tetra viral)			
	18 meses															
	Adolescente	2 anos														
4 anos				2º reforço (com DTP)	2º reforço									1ª dose		
6 anos								2ª dose						2ª dose		
	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾			2 doses ⁽¹⁾	2 doses ⁽¹⁾			1 dose a cada 10 anos	2 doses ⁽¹⁾	2 doses ⁽¹⁾		3 doses	Reforço a cada 10 anos	

¹ Se não tiver recebido o esquema completo na infância Em destaque, nas colunas rosas, as vacinas que somente são disponibilizadas para HIV.

Referências Bibliográficas

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-Infected Children. September 4, 2009. Disponível em: <http://www.aidsinfo.nih.gov/>.
2. PENTA Steering Committee. PENTA 2009 guidelines for the use of antiretroviral therapy in paediatric HIV-1 infection. British HIV Association. HIV Medicine (2009), 10, 591–613.
3. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
4. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Suplemento I - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
5. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Suplemento II - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
6. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013- Versão preliminar.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Ângela Tayra e Maria Aparecida da Silva
Equipe da Gerência de Vigilância Epidemiológica-CRT DST/AIDS-SP
Programa Estadual DST/Aids-SP
epidemio@crt.saude.sp.gov.br

- Gestante HIV+
- Criança exposta ao HIV por transmissão vertical (TV)
- HIV em criança
- Aids em criança
- Anexos
 - Anexo I** - Ficha de notificação e investigação de gestante HIV+
 - Anexo II** - Gabarito comentado dos exercícios de notificação de gestante HIV+
 - Anexo III** - Ficha de notificação e investigação de Criança exposta ao HIV por TV
 - Anexo IV** -Gabarito comentado dos exercícios de notificação de criança exposta ao HIV por TV
 - Anexo V** -Ficha de Notificação e investigação de HIV e aids em criança (menores de 13 anos)
 - Anexo VI** -Gabarito comentado dos exercícios de notificação de HIV em criança (menores de 13 anos de idade)
 - Anexo VII** -Gabarito comentado dos exercícios de notificação de aids em criança (menores de 13 anos de idade)

B

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DE AIDS EM CRIANÇA

1. O que é VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA?

É uma importante ferramenta metodológica para a prevenção e controle das doenças em saúde pública. **Vigilância Epidemiológica** é definida como “...um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos” (Lei 8.080/90)¹.

2. O que é NOTIFICAÇÃO?

Notificação é a comunicação de ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção (Brasil, MS, SVS, p.21).

3. O que é doença de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA?

É um registro que obriga e universaliza as notificações de doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causarem surtos e epidemias exigem medidas rápidas e eficazes para a sua prevenção e controle.

Através dos dados gerados por este registro é possível se conhecer o comportamento de uma doença, propor e avaliar as medidas de prevenção e controle e assim subsidiar as políticas públicas saúde (Brasil, MS, SVS, p.21)⁴.

A última lista de doenças de notificação compulsória (LDNC) foi regulamentada pela Portaria nº 104 do Ministério da Saúde (MS) publicada no DOU em 26 de janeiro de 2011⁵.

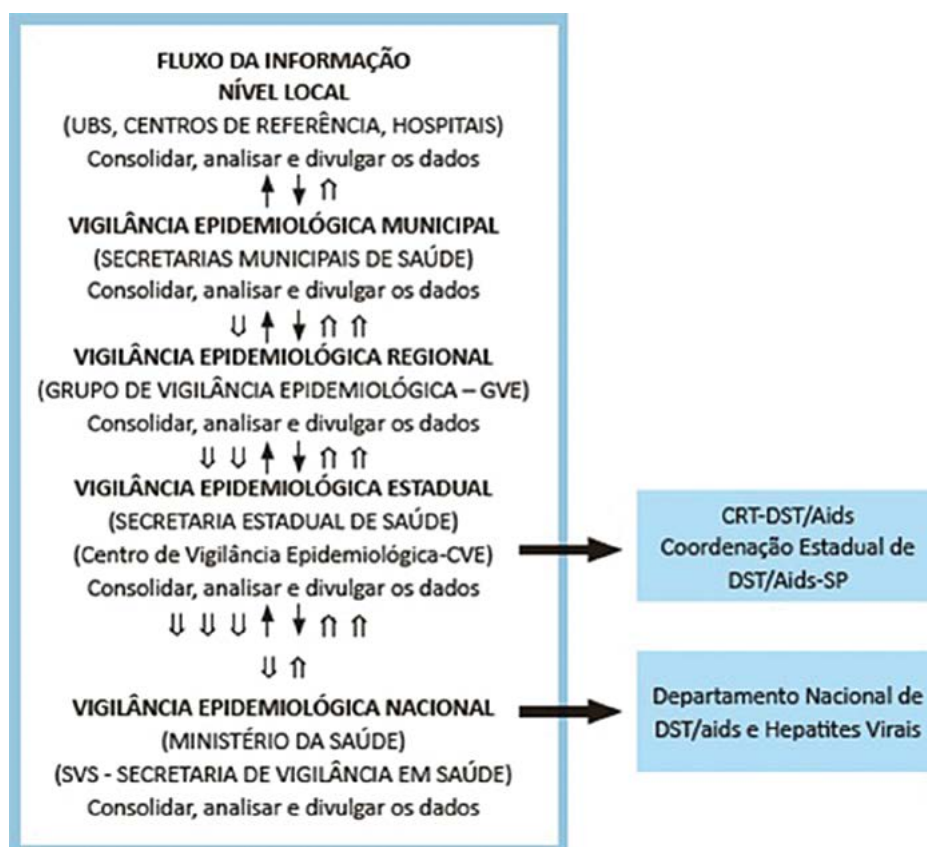
4. Qual é o SISTEMA DE INFORMAÇÃO utilizado para agravos de notificação compulsória?

Sistema de Informações Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

5. Qual é o FLUXO DE INFORMAÇÕES epidemiológicas?

O fluxo de informações é o mesmo para todos os agravos de notificação compulsória. Os serviços de saúde que realizam o diagnóstico devem notificar o agravo em instrumento específico e enviar ao serviço de vigilância epidemiológica (VE) do nível municipal. Da VE municipal, a informação segue para as respectivas VE regionais/estaduais e dessas para o nível nacional. A Figura 1 ilustra o fluxo de informação de VE no estado de São Paulo.

Figura 1: Fluxo de Informação para notificação das DST/Aids no SVE- SP



6. QUEM deve notificar?

No Brasil, de acordo com a Portaria nº33, de 14 de julho de 2005⁶, em seu artigo 3º os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de

saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975⁷, são **obrigados** a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças de interesse nacional.

O caráter compulsório da notificação implica em responsabilidades formais para todo cidadão. É uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde.

7. COMO deve ser realizado a notificação?

A notificação deve ser feita quando existe a suspeita da doença, salienta-se que não é necessário aguardar a confirmação do agravo para notificar. Dependendo do agravo é utilizado um instrumento denominado de **Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica**.

8. Qual é a IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE) na transmissão vertical (TV) do HIV?

Permite “A detecção precoce do HIV nas gestantes e as medidas de intervenção adotada na tentativa de prevenir a transmissão vertical do HIV, evitando o surgimento de futuros casos de aids infantil, demandam o desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV nas gestantes, parturientes e puérperas” (Brasil, MS, SVS, PNDST e aids, p.133)².

9. Qual é o OBJETIVO da VE na TV do HIV?

“A vigilância da infecção pelo HIV na gestante/parturiente/puérpera tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção entre gestantes e crianças expostas, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle” (Brasil, MS, SVS, PNDST e aids, p.113)³.

10. Qual é o OBJETIVO VE da aids e do HIV em crianças (menor de 13 anos de idade)?

O objetivo da vigilância da aids é conhecer o perfil epidemiológico da doença em crianças no país e suas tendências, auxiliar no direcionamento da resposta nacional à epidemia, nortear as ações de prevenção e controle, bem como subsidiar o planejamento das necessidades de assistência, como: logística de medicamentos, número de leitos etc.

11. Na TV do HIV QUANDO deve ser realizada a notificação?

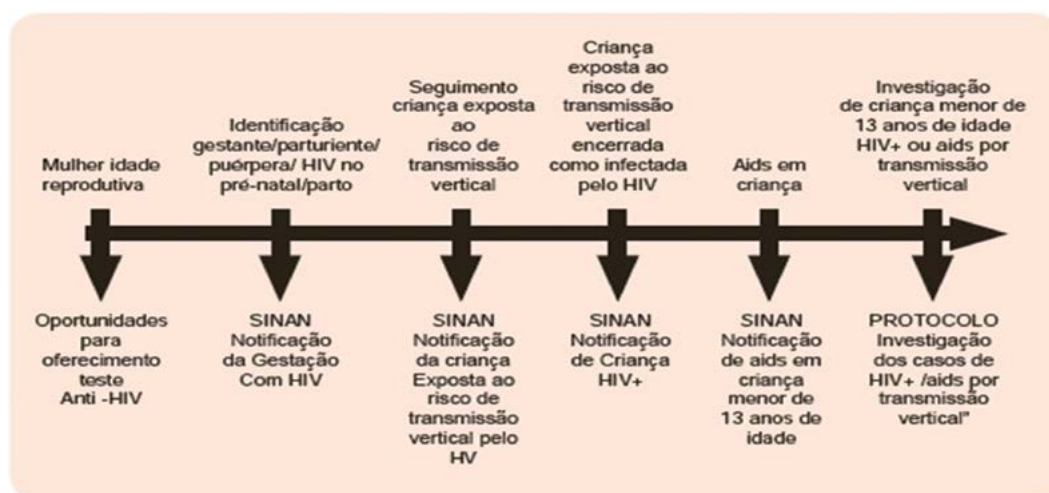
Assim que for realizado o diagnóstico de gestante soropositiva para o HIV, diante do nascimento de uma criança exposta à TV do HIV e frente ao diagnóstico de infecção pelo HIV em criança e ou de aids.

12. Quais as OPORTUNIDADES para realizar a notificação de caso relacionado a TV do HIV?

Vale ressaltar que a notificação é sinal que alguma medida deve ser realizada para impedir a transmissão ou reduzir a morbimortalidade pelo HIV.

Temos na linha do tempo do Quadro 1 a descrição de diversas oportunidades de notificação e de realização de ações que possam impedir que uma criança seja infectada pelo HIV ou que adoeça por aids uma vez infectada ou evolua a óbito.

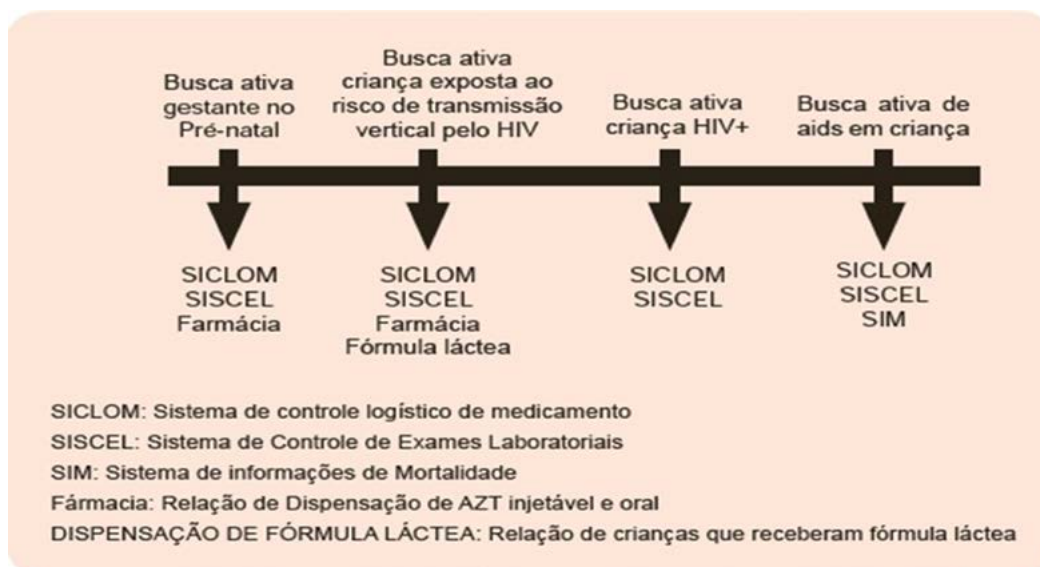
Quadro 1. Resumo da linha do tempo da Vigilância Epidemiológica da Transmissão Vertical do HIV



13. Quais são as FONTES DE INFORMAÇÃO para encontrar algum caso para ser notificado e investigado na transmissão vertical de do HIV?

Além da fonte primária que consiste na consulta médica ou algum outro atendimento no serviço de saúde, temos no Quadro 2 as diversas fontes de informação disponíveis atualmente para realização de busca ativa de casos relacionados à TV do HIV para investigação e notificação. São elas: o SINAN (sistema nacional de agravos de notificação), o SICLOM (sistema de logística de medicamentos antirretrovirais), o SISCEL (sistema de controle de exames laboratoriais de contagem de linfócitos TCD4 e de carga viral), o controle de fornecimento de fórmula láctea e de inibidor de lactação, o SIM (sistema de mortalidade), entre outros.

Quadro 2. Principais fontes de informação para a busca ativa de caso da transmissão vertical do HIV



B

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE HIV +

B

1. Qual o OBJETIVO da vigilância da Gestante HIV +?

A vigilância da infecção pelo HIV na gestante/parturiente/puérpera tem como objetivo conhecer o estado sorológico nessa população, para início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical. Além disso, visa acompanhar, continuamente, o comportamento da infecção entre gestantes e crianças expostas na população, serviço/município/região, para o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle².

2. Qual a DEFINIÇÃO DE CASO para notificação de gestante HIV + ?

Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ (incluídas a parturiente e a puérpera) aquela em que for detectada a infecção por HIV ou aquela que já tem o diagnóstico confirmado como aids⁸.

3. Quais os SERVIÇOS DE SAÚDE que devem investigar e notificar os casos de gestante com HIV?

Todo serviço de saúde (UBS, serviços especializados, hospitais, maternidade e outros) que identificar uma gestante/parturiente/puérpera soropositiva para o HIV deverá notificar o caso, exceto quando o serviço tem informação que o caso foi notificado por outro local.

4. Qual o INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO / investigação que deve ser utilizado?

A ficha de notificação e investigação da gestante HIV+ encontra-se no Anexo I.

Caso o profissional não tenha a ficha disponível em seu serviço, deverá solicitar ao nível municipal. Esta também se encontra disponível nos sites do Programa Estadual DST/AIDS-SP e do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: www.crt.saude.sp.gov.br e www.cve.saude.sp.gov.br respectivamente.

É importante que o profissional do serviço de saúde esteja atento para qualquer mudança que a VE dos níveis nacional/estadual promovam na ficha de notificação. Os profissionais envolvidos na assistência e vigilância epidemiológica devem estar sempre atualizados com as normas técnicas e instrumentos padronizados para cada agravo no país e Estado.

5. Qual é a DATA DE DIAGNÓSTICO da gestante HIV+?

A data de diagnóstico ocorre a partir de duas situações:

- Caso de gestante/parturiente/puérpera sabidamente HIV é: a data da última menstruação (DUM); ou data do exame de gravidez positivo; ou data que for referida no prontuário marcando a gestação.
- Caso de gestante/parturiente/puérpera que se descobre infectada pelo HIV durante o acompanhamento do pré-natal ou no momento do parto deverá ser considerada como data de diagnóstico a data da realização da coleta da sorologia anti-HIV.

6. Se uma mulher sabidamente HIV FICAR GRÁVIDA NOVAMENTE, a gestação deverá ser notificada?

Sim, todas as gestações ocorridas após a infecção pelo HIV na mulher deverão ser notificadas. Portanto, se a mulher tiver três gestações, todas deverão ser notificadas.

7. Se realizei a NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE HIV+, preciso fazer a NOTIFICAÇÃO DE HIV e/ou aids?

A notificação de gestante HIV+ não exclui a notificação do caso de aids se esta se enquadrar nos critérios de definição de caso da doença.

8. Na GESTAÇÃO GEMELAR devo realizar duas notificações de gestante HIV?

Não, deverá ser preenchida apenas uma ficha de gestante HIV. As crianças decorrentes desta gestação deverão ser notificadas em fichas separadas.

9. Nas situações em que a gestante já se encontra em tratamento para aids, como deve ser preenchido o campo em USO DE ANTIRRETROVIRAIS PARA PROFILAXIA?

A gestante que se encontra em uso de medicamentos para tratamento do HIV deve ser considerada como “em uso de antirretrovirais para profilaxia”. A data de início da profilaxia, nesta situação, será a data do início da gestação.

10. Onde e como a investigação de caso de gestante HIV deve ser ENCERRADA?

O encerramento de caso de gestante HIV+ deve ser realizado pelo serviço que notificou ou acompanhou a gestante com o preenchimento da informação da data do parto na ficha de notificação.

11.A notificação de gestação HIV+ que resultou em ABORTO OU NATIMORTO deve ser encerrada?

Sim, toda notificação de gestante HIV+ deve ser encerrada, indiferente do produto final.

O campo “data do parto” deve ser preenchido com a data que ocorreu o evento aborto (data da curetagem se for o caso) ou natimorto (data em que a criança nasceu morta).

12. Que sistema deve ser utilizado para a DIGITAÇÃO DA FICHA de notificação de gestante HIV+ e com qual código internacional de doença (CID)?

Utiliza-se para digitação da ficha o SINAN e o CID Z21.

13. Após o preenchimento da ficha de notificação de gestante HIV+ no serviço de atendimento de atendimento para onde deve ser ENCAMINHADA A FICHA?

A ficha de notificação e investigação deve ser enviada do serviço de vigilância municipal, através de rotina estabelecida previamente, deste para a vigilância regional, seguindo para o estadual e nacional. É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta, em tempo hábil.

14. Quem CONSOLIDA OS DADOS e analisa as informações de gestante HIV+?

A consolidação e análise dos dados devem ser realizadas nos diversos níveis de VE: nos serviços de saúde dos níveis municipal, estadual e federal.

É importante que as informações analisadas sejam devolvidas aos serviços que notificaram os casos, assim como o nível municipal trabalhe e discuta as informações com os serviços envolvidos no atendimento materno infantil. Cada nível hierarquicamente superior deverá enviar as informações a fim de que cada município/região possa discutir, avaliar e planejar suas ações. No estado de São Paulo o profissional de saúde pode tabular informações sobre este agravo no site do Programa Estadual DST/Aids - SP: www.crt.saude.sp.gov.br.

15. Onde posso ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO de gestante infectada pelo HIV?

A ficha de notificação de gestante infectada pelo HIV encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual DST/AIDS-SP: www.crt.saude.sp.gov.br
- Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br
- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais: www.aids.gov.br

Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de GESTANTE HIV+ -

Ler atentamente os casos abaixo relacionados e preencher a ficha de notificação de gestante HIV+

CASO 1 - nº da notificação 0273053 - gestante com HIV
(Gabarito no Anexo II)

Maria José da Silva tem 26 anos, mora no bairro da Boa Vista, em Lua Azul-SP, e trabalha como passadeira em uma malharia no município vizinho, Estrela Dalva. Estudou até a 8ª série do ensino fundamental. Em julho 2008, descobriu-se grávida de oito semanas. Iniciou o pré-natal (PN) com 12 semanas de gestação, em uma básica de saúde, próxima a sua residência.

Com 16 semanas de gravidez, em 14/09/2008 coletou sangue para o teste anti-HIV. Soube que o resultado foi positivo quando já estava na 24ª semana. Maria sofreu um grande choque, mas não pode negar que sempre temera por isso: seu namorado era muito “mulherengo”, utilizava drogas injetáveis de vez em quando e havia realizado o teste há um mês, cujo resultado foi positivo.

Maria José iniciou a terapia antirretroviral e, no final da gestação, na sexta consulta do PN, foi informada que seria encaminhada para uma maternidade de referência quando entrasse em trabalho de parto, onde receberia a profilaxia da transmissão vertical do HIV; e sua criança, ao nascer, o AZT xarope. Foi recomendado, ainda, que não deveria amamentar o bebê para não aumentar o risco de lhe transmitir o vírus. Por isso, ele receberia a fórmula infantil.

No dia 31/01/2009, às 10 horas da manhã, Maria José foi auxiliada por colegas de trabalho e conduzida à Maternidade de Estrela Dalva e, no caminho, ocorreu o rompimento das membranas amnióticas (bolsa d'água). Quando chegou, Maria foi examinada e entregou o papel do PN, explicando que sua sorologia para o HIV era positiva. Após coletar o material para exames de sangue (inclusive o VDRL), a paciente recebeu a primeira dose de AZT venoso, aproximadamente às 12 horas. Em seguida, foi iniciada a dose de manutenção do AZT até o clampeamento do cordão umbilical.

O parto ocorreu por via vaginal, próximo às 16 horas, e o recém-nascido, iniciou o AZT xarope às 19:30 horas.

Um mês após o parto, Maria José iniciou as consultas de seu filho, Júlio Cesar, no Hospital Criança Querida, em Lua Azul. Utilizou por mais duas semanas o AZT xarope e realizou a primeira carga viral aos 2 meses (coleta- 04/04/2009) com resultado indetectável. O menino apresentava bom crescimento e desenvolvimento para a sua idade.

Aos cinco meses de idade em 03/07/2009 a criança fez a segunda carga viral e o resultado foi também indetectável. Retornou para a realização da sorologia anti-HIV aos 18 meses (coleta em 07/07/2010) e o resultado foi não reagente.

Maria José da Silva – cor branca – data de nascimento: 04/04/1975; Endereço: Rua das Flores, no 25, Boa Vista – Lua Azul; Mãe: Maria Francisca da Silva

B

CASO 2 - nº da Notificação 0273055 - Gestante com HIV
(Gabarito no Anexo II)

Silvana Maria, 21 anos, estava com a menstruação atrasada há 15 dias e sentia enjoos. No Ginásio Municipal de Lua Azul, onde cursava a 8ª série do turno da noite, as amigas desconfiaram que era gravidez, já que ela encontrava-se com um namorado novo.

Assustada com a possibilidade da gravidez, Silvana não disse nada a sua mãe, dona Elizete, e no dia 18/05/2009 procurou o Centro de Referência em DST/Aids, local que fazia acompanhamento para o HIV.

Silvana é portadora do HIV há 3 anos, quando descobriu na primeira gestação, de outro parceiro. A única pessoa que tinha conhecimento do seu status sorológico era seu ex-parceiro que também é portador do HIV.

Durante a consulta, relatou sua desconfiança à médica, Dra. Alda. Após a conversa e o exame clínico, a médica orientou Silvana da necessidade de coletar o exame para confirmar a gravidez. Mesmo angustiada com a possibilidade da gravidez já que não havia planejado, fez o exame no mesmo dia e o resultado foi positivo.

Foi então orientado o agendamento de consulta com a obstetra do serviço de pré-natal.

No acompanhamento do pré-natal iniciou a terapia antirretroviral em 07/07/2009 e ao final da gestação foi encaminhada à Maternidade Municipal de Lua Azul para a realização do parto cesárea por indicação médica.

O parto foi agendado para o dia 12/02/2011, quando foram realizadas todas as medidas profiláticas e orientada quanto à importância do acompanhamento da criança na pediatria do Centro de Referência onde realizava acompanhamento.

Silvana Maria da Silva – cor parda – data de nascimento: 14/02/1984; Rua Beco dos Casados, 35, Santo Amaro – Lua Azul; Mãe: Elizete Maria da Silva.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV POR TRANSMISSÃO VERTICAL

B

1. Qual é o OBJETIVO da vigilância da criança exposta ao HIV por transmissão vertical?

A vigilância da criança exposta ao HIV materno tem por objetivo monitorar as medidas profiláticas, identificar fatores de riscos e as oportunidades perdidas para a prevenção da transmissão vertical ao HIV e redução da morbimortalidade por aids.

2. Qual a DEFINIÇÃO DE CASO de criança exposta ao HIV por transmissão vertical ?

Para fins de vigilância epidemiológica define-se como Criança exposta ao HIV por transmissão vertical, “toda criança nascida de mãe portadora do HIV ou amamentada por mulher portadora do HIV (mesmo aleitamento cruzado)”⁸.

3. Qual a DATA DO DIAGNÓSTICO da criança exposta ao HIV por transmissão vertical?

A data de diagnóstico do caso de criança exposta por transmissão vertical pode ocorrer em duas situações:

- **criança nascida de mãe infectada pelo HIV:** a data de diagnóstico é igual a data de nascimento da criança;
- **criança amamentada por mulher infectada pelo HIV:** a data de diagnóstico é igual a data do início da amamentação.

4. Qual é o INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO/investigação para registrar a criança exposta ao HIV por transmissão vertical?

Na ficha de investigação e notificação de criança exposta ao HIV por transmissão vertical com CID Z20.6. **No Estado de São Paulo foram incluídas informações complementares ao pré natal (Anexo 3).**

5. Como posso ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO de criança exposta a TV do HIV para impressão?

A ficha de notificação de gestante infectada pelo HIV encontra-se disponível nos sites do:

- Programa Estadual DST/Aids-SP: www.crt.saude.sp.gov.br
- Centro de Vigilância Epidemiológica –CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.

6. Quais SERVIÇOS DE SAÚDE devem notificar os casos de criança exposta ao HIV por transmissão vertical?

O caso de criança exposta deve ser notificado na maternidade no momento do parto e nos serviços especializados de DST/Aids (SAE) que realizam o acompanhamento da criança ou em qualquer outro serviço de saúde que atenda uma criança nascida ou amamentada de mãe HIV positiva.

7. Após a notificação no serviço, para onde deve SER ENCAMINHADA a ficha de criança exposta ao HIV por transmissão vertical?

A ficha de notificação / investigação deve ser enviada do serviço ao nível municipal para digitação no SINAN, que seguirá para o nível regional, estadual e nacional.

IMPORTANTE

No momento (2014), o SINAN, não contempla as variáveis da parte de investigação. No Estado de São Paulo resolveu-se incluir campos de investigação da mãe durante a gestação na ficha da criança exposta a TV do HIV e que uma cópia desta ficha preenchida deve ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual DST/Aids-SP. Rua Santa Cruz, 81 Vila Mariana – São Paulo-SP – Tel/fax 11 5539 3445.

8. Quem CONSOLIDA OS DADOS e analisa as informações de criança exposta ao HIV ou transmissão vertical?

A consolidação e análise dos dados devem ser realizadas nos diversos níveis de VE: nos serviços de saúde dos nível municipal, estadual e federal.

É fundamental que as informações analisadas sejam devolvidas aos profissionais dos serviços que notificaram os casos. Para tanto, a vigilância municipal deve discutir as informações com os serviços envolvidos no atendimento materno infantil. Cada nível hierarquicamente superior deverá devolver as informações a fim de que cada município/região possa avaliar e planejar suas ações para controle do agravo.

No estado de São Paulo, o profissional de saúde pode tabular informações sobre este agravo no site do Programa Estadual DST/Aids - SP - www.crt.saude.sp.gov.br

9. Posso ENCERRAR um caso de criança exposta ao HIV por transmissão vertical como não infectada apenas com o resultado da carga viral?

Não, para fins de vigilância epidemiológica, o encerramento do caso de criança exposta, classificada como não infectada, se dá com a realização de duas cargas virais com resultados indetectáveis e sorologia anti-HIV negativa a partir de 12 meses de idade .

O serviço deverá manter o acompanhamento clínico das crianças consideradas como provavelmente não infectadas (dois exames de cargas virais indetectáveis), de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde ⁹.

10. Como proceder se a criança exposta a TV do HIV MUDAR DE RESIDÊNCIA E/OU MUNICÍPIO de tratamento antes do encerramento da ficha?

O serviço de saúde que notificou o caso da criança exposta deverá entrar em contato com o serviço atual de acompanhamento para obtenção das informações dos exames laboratoriais (data de carga viral e sorologia anti-

HIV), que permitam o encerramento do caso.

É importante lembrar que a ficha só poderá ser atualizada pela unidade que notificou o caso pela primeira vez.

11. Os casos de crianças ENCERRADAS COMO INFECTADAS precisam ser notificadas como caso de HIV e aids em criança?

A notificação de criança exposta encerrada como infectada pelo HIV não substitui a notificação do caso de HIV e aids. Portanto quando a criança preencher os critérios de definição de caso destes agravos, deve-se preencher uma nova ficha de notificação.

Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de criança exposta ao HIV por transmissão vertical

Ler atentamente os casos abaixo relacionados e preencher a ficha de notificação de criança exposta ao HIV por transmissão vertical.

CASO 1 - nº da notificação 2533210 - criança exposta ao HIV por transmissão vertical
(Gabarito no Anexo 4)

Em 22 de janeiro de 2010, às 10:30 horas, Maria José, 22 anos, doméstica com ensino fundamental completo, chegou a Maternidade de Lua Azul sentindo as primeiras contrações do parto. A caminho da maternidade ocorreu o rompimento da bolsa d'água, por volta das 10:00h. Estava, então, com 38 semanas de gestação.

Bastante estressada e um pouco deprimida, não informou a equipe da maternidade sua condição de infectada pelo HIV descoberto no pré-natal. Na época foi encaminhada para o CR de Lua Azul onde fez uso de profilaxia. Após a realização dos exames, foi encaminhada para a sala de parto, onde foi coletado sangue para VDRL e teste rápido anti-HIV. Antes que saíssem os resultados do laboratório, Maria José foi encaminhada para a sala de parto, com 10 centímetros de dilatação do colo uterino.

João Paulo da Silva nasceu às 13:00 horas, de parto normal, em condições vitais satisfatórias. Por problemas no laboratório, o resultado do teste rápido só chegou 30 minutos após o parto, com resultado positivo. Às 14h30min foi iniciado o AZT xarope na criança.

Enquanto esteve na maternidade, o bebê não foi amamentado. Maria José recebeu alta no dia seguinte, levando as orientações para administração do AZT xarope, fórmula infantil (leite artificial) para alimentação do bebê e a carta de encaminhamento para acompanhamento no ambulatório do Hospital Criança Querida.

No ambulatório, foi realizado o acompanhamento da criança, que não foi amamentada, fez uso do AZT por 4 semanas, realização de duas cargas virais e sorologia anti-HIV após 12 meses.

Resultados dos exames laboratoriais da criança: 1ª carga viral em 23/03/2010 indetectável, 2ª carga viral em 23/05/2010 indetectável e sorologia anti HIV em 23/04/2011 não reagente.

Maria José da Silva – cor parda – data de nascimento: 14/02/1984; Rua Beco dos Casados, 35, Santo Amaro – Lua Azul; Mãe: Maria da Silva.

B

CASO 2 - nº da notificação 2533210 criança exposta ao HIV por transmissão vertical
(Gabarito no Anexo 4)

Em 21/10/2009, Dr^a Conceição atendia no Ambulatório de Especialidades em HIV/Aids de Lua Azul, quando recebeu Rosimeire Teixeira, 32 anos e seu filho de 3 semanas, Eduardo Teixeira, nascido em 02/10/2009, raça negra, moradores em Cruzeiro, bairro de Lua Azul.

Rosimeire havia dado à luz ao filho na Maternidade Lua Azul, em uma noite de domingo. Engravidara 40 semanas antes, mas não tinha certeza de quem era o pai: na época, tinha dois parceiros, um dos quais falecido um mês antes, com pneumonia.

Com 28 anos, Rosimeire havia perdido um bebê aos quatro meses de gestação, época em que foi diagnosticada sífilis e realizado tratamento com benzetacil. Comentou que na primeira gestação, não fez PN e havia “tido mais sorte”. Por isso, não realizou PN na terceira gravidez, achou que “poderia se cuidar sozinha”.

Segundo Rosimeire tinha entrado na maternidade em período expulsivo e após nascimento de Eduardo foi-lhe oferecido o teste rápido para HIV.

O resultado foi positivo e disseram-lhe que, por isso, seu filho tomaria um xarope de AZT e que não poderia ser amamentar com leite materno.

Após estas informações Rosimeire foi orientada a procurar o ambulatório para acompanhamento da criança.

Apesar das informações recebidas na maternidade, a criança estava sendo amamentada exclusivamente no peito desde o nascimento. O xarope tinha sido dado apenas nas duas primeiras semanas, quando o conteúdo do frasco terminou.

Durante a consulta, Dr^a Conceição informou Rosimeire que continuaria acompanhando a criança, e que seria importante continuar submetendo a criança a alguns exames e utilizar medicamentos até que tivesse o diagnóstico final sobre a transmissão – ou não - do vírus.

Aos dois meses de idade em 21/11/2009, a criança realizou exame de carga viral e o resultado foi detectável acima de 10.000 cópias. Logo após este resultado foi coletado sangue para nova carga viral em 02/12/2009 e o resultado foi acima do limite de detecção. A sorologia anti-HIV foi reagente em 21/04/2011.

Rosimeire Teixeira, profissão trocadora de ônibus, com escolaridade de terceira serie do ensino fundamental, residente à Rua Silva Teles, no 91, casa 1, Cruzeiro – Lua Azul; Mae: Adalgiza SilvaTeixeira.

B

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV EM CRIANÇA MENOR DE 13 ANOS

B

1. Qual é o OBJETIVO da vigilância do HIV em criança (em menor de 13 anos de idade)?

Os objetivos da vigilância do portador assintomático do HIV em crianças são: conhecer a magnitude e análise das tendências da epidemia, fornecer subsídios para o planejamento e avaliação das estratégias de prevenção e organização da assistência e reduzir a morbimortalidade deste agravo.

2. Qual é a DIFERENÇA entre caso de HIV em criança e aids em criança?

A criança infectada com HIV é assintomática, não apresenta sinais, sintomas e doenças indicativas de aids e/ou que apresenta contagem de linfócitos T CD4+ adequada para idade, ou seja, não preenche os critérios de definição de caso de aids.

3. Qual a DEFINIÇÃO de caso de HIV em criança?

Para fins de vigilância epidemiológica considera-se criança HIV+ toda criança menor de 13 anos de idade que possui diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV e que: não apresenta sinais, sintomas e doenças indicativas de imunodeficiência e/ou; não apresenta contagem de linfócitos T-CD4+ menor do que o valor esperado para a idade^{8,10}.

4. Qual o DIAGNÓSTICO LABORATORIAL do HIV para menor de 13 anos?

Segundo Portaria SVS/MS Nº 151, de 14 de outubro de 2009, considera-se diagnóstico laboratorial do HIV em crianças (menores de 13 anos de idade)¹¹:

- **Menores de 18 meses de idade**, expostas ao risco de transmissão vertical do HIV: A criança é considerada infectada quando houver detecção de RNA viral plasmático acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA

pró-viral, em duas amostras obtidas em momentos diferentes, após os dois meses de vida;

- **Com 18 meses de idade ou mais**, expostas ao risco de transmissão vertical do HIV: Considera-se a criança infectada quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem ou um confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos;
- **Crianças de qualquer idade**, em que a exposição ao HIV tenha ocorrido de outra forma que não a vertical: O diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV será confirmado quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem ou um confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.

5. Qual é a DATA DE DIAGNÓSTICO da infecção pelo HIV em Criança?

A data de diagnóstico é a mesma do diagnóstico laboratorial para infecção pelo HIV:

- **Crianças menores de 18 meses**, infectada por transmissão vertical, a data de diagnóstico é a data da coleta da segunda carga viral detectável.
- **Crianças maiores de 18 meses**, infectada por transmissão vertical, a data de diagnóstico é a data da coleta da sorologia anti-HIV reagente.
- **Crianças de qualquer idade** cuja exposição ao HIV tenha sido outra forma de transmissão que não a vertical, a data de diagnóstico é a data da coleta da sorologia anti-HIV reagente.

6. QUANDO notificar o HIV em criança?

A notificação deve ocorrer logo após a confirmação do diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV na criança.

7. QUEM deve notificar a criança infectada pelo HIV?

Os casos de HIV em criança deve ser notificado pelo Serviço Especializado de DST/ Aids (SAE) que a acompanha ou qualquer outro serviço que identifique um caso de HIV em criança menor de 13 anos de idade.

8. Qual é a FICHA DE NOTIFICAÇÃO para registrar o caso de criança com HIV?

A ficha encontra-se disponível nos sites do: Programa Estadual DST/Aids-SP: www.crt.saude.sp.gov.br e do Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.

9. Realizei a notificação de HIV em criança, devo realizar NOVAMENTE quando a mesma se tornar caso de aids?

Sim, a criança notificada como caso de infecção pelo HIV, quando preencher os critérios de definição de caso de aids em menor de 13 anos, deverá ser novamente notificada em uma nova ficha, e com novo número de SINAN.

Apesar da utilização da mesma ficha e do mesmo sistema, o HIV e a aids em criança são consideradas eventos diferentes, necessitando portanto de números de SINAN diferentes.

10. Onde DIGITO A FICHA de criança com HIV?

A ficha deve ser digitada no SINAN, utilizando o mesmo CID da entrada da notificação de casos de aids em criança menor de 13 anos - CID B24. O profissional deverá confirmar no final da digitação se o caso foi salvo como caso de HIV.

11. Após preenchimento da ficha de caso de criança com HIV (menor de 13 anos), para onde ENCAMINHO a mesma?

A ficha de notificação preenchida no serviço de saúde deve ser enviada à VE municipal, conforme de rotina estabelecida previamente, deste para o nível regional, seguindo para o estadual e nacional (Figura 1).

É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta, em tempo hábil.

12. Quem CONSOLIDA OS DADOS e analisa as informações de criança com HIV?

A consolidação e análise dos dados devem ocorrer nos diversos níveis de VE: no serviço de saúde dos nível municipal, estadual e federal.

É importante que as informações analisadas sejam devolvidas aos serviços que notificaram os casos, assim como o nível municipal trabalhe e discuta as informações com os serviços envolvidos no atendimento materno infantil. Cada nível hierarquicamente superior deverá enviar as informações a fim de que cada município/região possa discutir, avaliar e planejar suas ações.

No estado de São Paulo o profissional de saúde pode tabular informações sobre este agravo no site do Programa Estadual DST/Aids-SP (CRT) www.crt.saude.sp.gov.br.

13. Como posso ENCONTRAR A FICHA DE NOTIFICAÇÃO de HIV em Criança?

A ficha de notificação de criança infectada pelo HIV encontra-se disponível nos sites:

- Programa Estadual DST/Aids-SP (CRT): www.crt.saude.sp.gov.br
- Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br
- Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais: www.aids.gov.br

14. Após finalizar o preenchimento da ficha de notificação e investigação do caso de criança HIV positiva devo realizar MAIS ALGUM PROCEDIMENTO?

Sim, após o preenchimento da ficha é necessário iniciar a investigação do caso e preenchimento do **Protocolo para investigação dos casos de HIV/aids por transmissão vertical**.

15. O que é o PROTOCOLO PARA INVESTIGAÇÃO dos casos de HIV/aids por transmissão vertical?

No ano de 2010, no estado de São Paulo conforme orientação do Ofício Circular VE. Nº 039/ 2010, foi implantada e recomendada a investigação de todos os casos de infecção de HIV pela transmissão vertical, por meio do instrumento “Protocolo para investigação dos casos de HIV/Aids por transmissão vertical” ¹.

Este instrumento tem o objetivo de identificar as oportunidades perdidas de prevenção do caso, para subsidiar ações para evitar a ocorrência de novos casos de aids em crianças.

O protocolo é composto por um questionário que procura investigar as possíveis causas envolvidas no processo de transmissão vertical do HIV. Estão incluídas questões socioeconômicas, demográficas e outras, que possibilitam analisar as situações de vulnerabilidade vivenciadas pela mãe e que podem interferir no diagnóstico para o HIV, assim como tratamento e, adesão das medidas preventivas e profiláticas.

O protocolo deve ser preenchido em todos os casos de criança menor de 13 anos de idade infectada pelo HIV por transmissão vertical, com diagnóstico a partir de 2012.

Cada caso de ver discutido junto aos profissionais e gestores dos serviços envolvidos para que medidas sejam tomadas evitando assim novos casos.

16. Como tenho ACESSO AO INSTRUMENTO “Protocolo para investigação de dos casos de HIV/AIDS por transmissão vertical”?

O protocolo e o manual de preenchimento encontram-se disponíveis no site do Programa Estadual DST/Aids-SP: www.crt.saude.sp.gov.br

Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de criança com HIV (menor de 13 anos de idade)

Ler atentamente os casos abaixo relacionados e preencher a ficha de notificação de criança com HIV (menor de 13 anos de idade).

CASO 1 - nº da notificação 2545251 - criança com HIV (menor de 13 anos de idade)

(Gabarito no Anexo 6)

Paulo José Carlos, 3 anos de idade, nascido em 15/01/08, negro, proveniente do município de Alegre -SP, no bairro Gonçalo – Rua Amina, 5 apartamento 201, foi matriculado na creche comunitária local. Estava sendo acompanhado no ambulatório da Unidade de Referência de DST/HIV do município, desde o nascimento. A mãe, Sônia Maria Carla, 38 anos, negra, ensino fundamental completo, do lar, tem diagnóstico de aids há 3 anos, descoberto no momento do nascimento de Paulo. Acredita ter se infectado a partir do marido, já falecido.

Paulo realizou sorologia anti-HIV aos dois anos de idade (15/05/2010), com resultado reativo, neste período apresentou apenas um quadro de dermatite persistente. Na última consulta a criança assintomática. Foi solicitada nova contagem de linfócitos T CD4+, cujo resultado da contagem de linfócitos T CD4+: 1800 células/mm³ (coleta realizada em 20/03/2011).

B

CASO 2 - nº da notificação 2545445 - criança com HIV (menor de 13 anos de idade)
(Gabarito no Anexo 6)

Ana Júlia, 1 ano e 1 mês, nascida em 10/01/2010, filha de Antonia Maria cor Parda, residente no jardim de Céu Claro, Município de Lua Azul-SP, rua das flores, n.38, comparece no ambulatório da criança do município no dia 25/02/2011 para investigação de HIV por transmissão vertical. Sua mãe encontra-se grávida de 3 meses e descobriu ser portadora do HIV nesta gestação.

A mãe, Antonia Maria, 24 anos, cor parda, ensino fundamental incompleto, diarista, é usuária de crack e acredita que se infectou após o nascimento de Ana Júlia, quando conheceu seu atual parceiro que é portador do HIV. Amamentou a filha até dois dias atrás.

Ana coletou sangue para exame de carga viral e sorologia anti-HIV e outros exames de controle no mesmo dia do atendimento e logo após foi agendado nova consulta para o dia 05/03/2011. Nesta consulta, ela recebeu resultado reagente para HIV e carga viral detectável acima do limite de detecção. No mesmo dia foi coletada nova amostra de sangue para exame carga viral e CD4. O resultado 2ª carga viral detectável foi de 98.000 mil cópia se CD4= 2.200 cels/ mm³, foi iniciado protocolo para criança com aids.

B

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS EM CRIANÇA MENOR DE 13 ANOS

1. Qual o OBJETIVO da vigilância epidemiológica da aids em criança (em menor de 13 anos de idade)?

O objetivo da vigilância da aids é acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, de infecções e comportamentos de risco, visando orientar as ações de prevenção e controle do HIV/aids e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade associada à aids ¹⁰.

2. Qual a DEFINIÇÃO DE CASO de aids em criança (em menor de 13 anos de idade)?

Para fins de vigilância epidemiológica dois critérios definem os casos de aids em menor de 13 anos, o CDC Adaptado e o Critério óbito ^{8, 10}.

- **CDC adaptado:** todo indivíduo com menos de 13 anos de idade que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV e alguma evidência de imunodeficiência.

Para evidência de imunodeficiência em crianças considera-se:

- **Contagem de linfócitos T CD4 +** menor que o esperado para a idade da criança; e/ou.
- **Diagnóstico de pelo menos duas doenças, sinais ou sintomas** indicativos de aids de caráter leve; e/ou
- **Diagnóstico de pelo menos uma doença,** sinal ou sintoma indicativo de aids de caráter moderado ou grave .

- **Critério óbito:** Menção a aids/sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da declaração de óbito (DO) OU menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos Campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV e Investigação epidemiológica inconclusiva.

3. Qual é o VALOR DO CD4 para definição de imunodeficiência em criança?

Veja o quadro abaixo.

Quadro 1. Contagem de Linfócitos T- Cd4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a faixa etária, contagem total e percentual

FAIXA ETÁRIA	CONTAGEM TOTAL E PERCENTUAL
Inferior a 12 meses	<1.500 células por mm ³ (<25%)
1 a 5 anos	<1.000 células por mm ³ (<25%)
6 a 12 anos	<500 células por mm ³ (<25%)

4. Qual é o DIAGNÓSTICO LABORATORIAL do HIV para menor de 13 anos?

Segundo Portaria SVS/MS Nº 151, DE 14 de outubro de 2009, considera-se diagnóstico laboratorial do HIV em crianças (menores de 13 anos de idade) ¹¹:

- **Menores de 18 meses de idade**, expostas ao risco de transmissão vertical do HIV: A criança é considerada infectada quando houver detecção de RNA viral plasmático acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral, em duas amostras obtidas em momentos diferentes, após os dois meses de vida;
- **Com 18 meses de idade ou mais**, expostas ao risco de transmissão vertical do HIV: Considera-se a criança infectada quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem ou um confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos;
- **Crianças de qualquer idade**, em que a exposição ao HIV tenha ocorrido de outra forma que não a vertical: O diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV será confirmado, quando uma amostra de soro for reagente em um teste de triagem ou um confirmatório para pesquisa de anticorpos anti-HIV ou dois testes rápidos.

5. Notifiquei a criança infectada com HIV, tenho que NOTIFICÁ-LA como caso de aids?

Sim, a notificação de criança infectada pelo HIV assintomática não substitui a notificação do caso de aids. Portanto quando a criança preencher os critérios de definição de caso de aids deve ser preenchida uma nova ficha de notificação e um novo número de Sinan deve ser utilizado.

6. Quando a criança com aids fica adulta, tenho que notificar novamente como caso de aids em ADULTO?

Não. A criança notificada como caso de aids com menos de 13 anos de idade, não deve ser notificada novamente quando adulta.

7. Se a criança infectada cumprir os critérios de definição de caso de aids após os 12 anos de idade, que ficha deve ser preenchida? ADULTO OU CRIANÇA?

Os critérios de aids em criança são aplicados em criança com até 12 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Após esta idade deve ser preenchida a ficha de aids-adulto, cumprindo os critérios definidores de aids em indivíduo maior de treze anos de idade.

8. Qual a DATA DO DIAGNÓSTICO de aids em criança (em menor de 13 anos de idade)?

A data do diagnóstico da criança com aids será a data em que foram preenchidos os critérios de definição de caso, incluindo a necessidade da evidência laboratorial do HIV.

9. Qual é o INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO / investigação para notificar a criança com aids?

Na ficha de investigação e notificação da criança com aids em menor de 13anos de idade com CID B24 (Anexo 5). O mesmo instrumento é utilizado para a notificação de caso de criança infectada pelo HIV.

10. Onde posso encontrar a FICHA DE NOTIFICAÇÃO /investigação de aids em criança menor de 13 anos?

A ficha de aids em criança encontra-se disponível no site do Programa Estadual DST/Aids-SP: www.crt.saude.sp.gov.br ou no site do Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE: www.cve.saude.sp.gov.br.

11. Quais os SERVIÇOS DE SAÚDE que devem notificar os casos de aids em criança (menor de 13 anos de idade)?

O caso de aids deve ser notificado pelo Serviço Especializado de DST/aids (SAE) que acompanha a criança ou qualquer outro serviço que identifique um caso de aids em menor de 13 anos de idade.

12. Após preenchimento da ficha de caso de aids em criança (menor de 13 anos), para onde ENCAMINHO a mesma?

A ficha de notificação e investigação deve ser enviada do serviço de saúde à VE municipal, conforme de rotina estabelecida previamente, deste para o nível regional, seguindo para o estadual e nacional (Figura 1). É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta, em tempo hábil.

13. Como ocorre a CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS e análise destas informações?

A análise e consolidação dos dados devem ser realizadas nos diversos níveis de VE: nos serviços de saúde, dos níveis municipais, estaduais e federais.

É importante que as informações analisadas sejam devolvidas aos serviços que notificaram os casos, assim como o nível municipal trabalhe e discuta as informações com os serviços envolvidos no atendimento materno infantil.

Cada nível hierarquicamente superior deverá devolver as informações a fim de que cada município/região possa planejar suas ações.

No estado de São Paulo o profissional de saúde pode tabular informações sobre este agravo no site do Programa Estadual DST/Aids-SP (CRT) www.crt.saude.sp.gov.br.

14. O “PROTOCOLO PARA INVESTIGAÇÃO DE CASOS de HIV/aids por transmissão vertical” deve ser preenchido?

Sim, este protocolo é muito importante, pois busca identificar possíveis causas envolvidas no processo de transmissão vertical do HIV. Cada caso de ver discutido junto aos profissionais e gestores dos serviços envolvidos para que medidas sejam tomadas evitando assim novos casos.

15. Como tenho ACESSO AO INSTRUMENTO “Protocolo para investigação de dos casos de HIV/AIDS por transmissão vertical”?

O protocolo e o manual de preenchimento encontram-se disponível no site do Programa Estadual DST/Aids-SP - www.crt.saude.sp.gov.br.

16. Qual é o FLUXO PARA O ENCAMINHAMENTO do instrumento “Protocolo para investigação de dos casos de HIV/aids por transmissão vertical”?

O fluxo é o mesmo estabelecido para as notificações de agravos de notificação, o serviço de saúde envia uma cópia do protocolo para a VE do Programa Estadual DST/aids-SP via VE do município/regional.

B

Exercícios de preenchimento de ficha de notificação e investigação de criança com aids (menor de 13 anos de idade)

Ler atentamente os casos abaixo relacionados e preencher a ficha de notificação de criança com aids (menor de 13 anos de idade).

CASO 1 - nº da notificação 2533210 -criança com aids (menor de 13 anos de idade)

(Gabarito no Anexo 7)

Antônia Maria compareceu ao Ambulatório da Criança de Lua Azul, no dia 15/04/2011, com seu filho de 5 anos e 3 meses, apresentando candidíase oral e quadro de pneumonia recorrente (três episódios no último ano). André Antônio é infectado pelo HIV por transmissão vertical, foi amamentado pela mãe, que não fez pré-natal e parto ocorreu em domicílio.

Antônia tem 38 anos, estudou até a 4 série do ensino fundamental e trabalha como diarista, não é aderente ao tratamento justificando que não pode faltar as “limpezas” pois trata-se de sua única renda e já precisa faltar para trazer André ao Ambulatório.

A criança teve uma sorologia anti-HIV reagente em 21/04/2008 e o CD4 coletado em 15/04/2011 foi de 438.

André Antonia – raça branca – data de nascimento: 25/01/2006, Rua Pero Lopes, no 20, Cruzeiro – Lua Azul; Mae: Antonia Maria.

B

CASO 2 - nº da notificação 3535699 -criança com aids (menor de 13 anos de idade)
(Gabarito no Anexo 7)

Mariana Vieira, sexo feminino, nasceu em 12/03/2010, branca, filha de Maria Adelaide Vieira, residente em Lua Azul, bairro Livre, Rua Esperança, 89. Matriculada no Ambulatório do Hospital das Clínicas de Lua Azul em 10/04/2011, apresentado retardo no desenvolvimento pondero-estatural e história de três episódios de pneumonia resistente ao tratamento. A mãe refere ser usuária de drogas injetáveis, e após a investigação clínica e epidemiológica, foi solicitada sorologia anti- HIV. Para a criança foi solicitada a carga viral do HIV (Testes Moleculares quantitativos para detecção da infecção pelo HIV).

Sinais e sintomas apresentados pela criança: Tosse produtiva com secreção esverdeada, febre de 39°C há quatro dias, evoluindo nas últimas 24 horas com taquidispnéia e batimento de asas de nariz (BAN). Realizou radiografia de tórax que evidenciou extensa broncopneumonia com derrame pleural à direita.

Resultado de exames da criança: 1ª carga viral acima do limite de detecção coletado em 10/04/10, branca, cabeleireira, ensino fundamental incompleto.

B

Referências bibliográficas

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [documento na internet]. DOU, 20 set 1990. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília. 2010, p. 133-34.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Curso Básico de Vigilância epidemiológica de Sífilis Congênita, Sífilis em Gestantes, Infecção pelo HIV em Gestantes e Criança expostas [documento na internet]. Brasília, 2007, p.9-215. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cbve2007_sifilis_hiv_tv.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica [documento na internet]. 7ª Ed. Brasília, 2009 p. 19. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf.
5. Brasil. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. DOU, 26 jan 2011, p 37.
6. Brasil. Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional [documento na internet]. DOU, 15 jul 2005, p111. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=15/07/2005>.
7. Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças [documento na internet]. DOU, 30 out 1975, p. 14433. [Acesso em 13/02/2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei6259.pdf>.
8. São Paulo. Centro de Referência de DST/AIDS. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de Bolso: Definições de Casos de Agravos de Notificação em DST/Aids – 2012.
9. Brasil. Nota Técnica 116 de 20 de junho de 2006 UIV/PN-DST-Aids/SVS. Define

para fins de vigilância epidemiológica os critério para encerramento de caso de criança menor de 18 meses de idade exposta ao risco de transmissão vertical do HIV - Acesso em 10/06/2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2012/50996>



10. São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE Prof. Alexandre Vranjac. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – 2012: pág. 53.
11. Brasil. Portaria SVS/MS Nº 151, DE 14 de outubro de 2009 [documento na internet]. Aprova as etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas [documento na internet]. DOU, 16 out 2009. [Acesso em 15/02/2012]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=40&data=16/10/2009>.

Anexos

*no DVD que acompanha este guia
você tem acesso a todos os anexos.

B

Anexo 1 - Ficha de notificação e investigação de gestante HIV+

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

GESTHIV_NET 15/12/2006 MR COREL

Gestante HIV + Sinan NET SVS 17/07/2006

B

B

Anexo 2 - Gabarito comentado dos exercícios de notificação de gestante HIV+

CASO 1 – Nºnotificação 0273053 – gestante HIV+

CAMPO 1-Tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo doença – Gestante HIV

CAMPO 3 Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida

CAMPO 4 UF- SP CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua azul

CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora) - Posto de Saúde de lua azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico – 14/09/2008

CAMPO 8 Nome do Paciente – Maria José da Silva

CAMPO 9 Data de nascimento - 04/04/1975

CAMPO 10 Idade - Preenchido automaticamente, quando Campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este Campo se torna obrigatório.

CAMPO 11 Sexo - Feminino

CAMPO 12 Gestante – opção “2” 2 trimestre

CAMPO 13 Raça / Cor – opção “1” Branco

CAMPO 14 Escolaridade - Opção “4” (ensino fundamental)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da Mãe – Maria Francisca da silva

CAMPO 17 UF SP CAMPO 18 Município de residência - Município de Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro – Bom vista

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) – Rua Das Flores CAMPO 22 Número – 25

CAMPO 23 Complemento (apto/casa) Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 24 Geo Campo 1 –Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 -Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana CAMPO 30 País (se residente fora do - Brasil) Brasil

CAMPO 31 Ocupação - Passadeira

CAMPO 32 Evidência Laboratorial do HIV – Opção “2” “ durante o pn”

CAMPO 33 Fez pré – natal – Opção “1” sim

CAMPO 34 Uf de realização do pré-natal : SP

CAMPO 35 Município de realização de Pré-natal : Lua Azul

CAMPO 36 Unidade de realização do pré-natal UF - UBS de Lua Azul

CAMPO 37 nº da gestante no SISPRENATAL Município de realização do pré-natal - Em Branco (sem informação disponível relato)

CAMPO 38 Uso de ARV para tratamento/profilaxia – opção “1” “sim”

CAMPO 39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia – 14/11/2008

CAMPO 40 Uf de realização do Parto – SP **CAMPO 41** Município de realização do Parto – Estrela Dalva

CAMPO 42 Local de realização do parto – Maternidade de Estrela Dalva

CAMPO 43 Data do que ocorreu o Parto/Aborto - 31/01/2009

CAMPO 44 Tipo de Parto – Opção “1” “Vaginal”

CAMPO 45 Fez uso de Profilaxia anti-retroviral durante o parto – Opção “1” “sim”

CAMPO 46 Evolução da gravidez – Opção “1” “nascido vivo”

CAMPO 47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) – Opção “1” “nas primeiras horas”

MUNICIPIO / UNIDADE DE SAÚDE – UBS Município de Lua Azul

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

ASSINATURA –

CASO 2 – Nºnotificação 0273055 – gestante HIV+

- CAMPO 1** Tipo de notificação - Individual
- CAMPO 2** Agravo doença – Gestante HIV
- CAMPO 3** Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida
- CAMPO 4** UF- SP **CAMPO 5** Município de notificação - Município de Lua azul
- CAMPO 6** Unidade de saúde (fonte notificadora) – C R de DST/HIV lua azul
- CAMPO 7** Data do diagnóstico – 18/05/2009 (já era portadora então é a data do BHCG +)
- CAMPO 8** Nome do Paciente – Silvana Maria da Silva
- CAMPO 9** Data de nascimento - 14/02/1984
- CAMPO 10** Idade - Preenchido automaticamente, quando Campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este Campo se torna obrigatório.
- CAMPO 11** Sexo - Feminino
- CAMPO 12** Gestante – opção “1” 1 trimestre
- CAMPO 13** Raça / Cor – opção “4” Parda
- CAMPO 14** Escolaridade - Opção “3” (ensino fundamental incompleto)
- CAMPO 15** Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)
- CAMPO 16** Nome da Mãe – Elizete Maria da Silva
- CAMPO 17** UF SP **CAMPO 18** Município de residência - Município de Lua Azul
- CAMPO 19** Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 20** Bairro – Santo amaro
- CAMPO 21** Logradouro (rua, avenida) – Rua Becos dos Casados **CAMPO 22** Número – 35
- CAMPO 23** Complemento (apto/casa) Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 24** Geo Campo 1 –Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 25** Geo Campo 2 -Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 26** Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 27** CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 28** Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 29** Zona – Urbana **CAMPO 30** País (se residente fora do - Brasil) Brasil
- CAMPO 31** Ocupação - Estudante
- CAMPO 32** Evidência Laboratorial do HIV – Opção “1” “antes do pré-natal”
- CAMPO 33** Fez pré – natal – Opção “1” sim
- CAMPO 34** UF de realização do pré-natal - SP
- CAMPO 35** Município de realização de Pré-natal: Lua Azul
- CAMPO 36** Unidade de realização do pré-natal – CR DST/HIV Lua Azul
- CAMPO 37** nº da gestante no SISPRENATAL Município de realização do pré-natal - Em Branco (sem informação disponível relato)
- CAMPO 38** Uso de ARV para tratamento/profilaxia – opção “1” “sim”

CAMPO 39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia – 07/07/2009

CAMPO 40 UF de realização do Parto – SP **CAMPO 41** Município de realização do Parto – Lua Azul

CAMPO 42 Local de realização do parto – Maternidade de Lua azul

CAMPO 43 Data do que ocorreu o Parto/Aborto - 12/02/2011

CAMPO 44 Tipo de Parto – Opção “2” “cesárea eletiva”

CAMPO 45 Fez uso de Profilaxia anti-retroviral durante o parto – Opção “1” “sim”

CAMPO 46 Evolução da gravidez – Opção “1” “nascido vivo”

CAMPO 47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) – Opção “1” “nas primeiras horas”

MUNICIPIO / UNIDADE DE SAÚDE – CRT DST/AIDS município de Lua azul


NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento


ASSINATURA –

B

Anexo 3 - Ficha de notificação e investigação de criança exposta ao HIV por TV



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO
CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Nº

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) Z 20.6	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data de Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe		17 UF	
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
	31 Idade da mãe/nutriz	32 Escolaridade da mãe/nutriz	33 Raça/Cor da mãe/nutriz	
34 Ocupação da mãe/nutriz		35 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação		
36 Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto		37 Nº da Declaração de Nascimento Vivo		
38 Tipo de parto		39 UF		
40 Município do local de nascimento		Código (IBGE)	41 Local de nascimento (Unidade de Saúde)	
42 Aleitamento materno		43 Aleitamento cruzado	44 Uso de profilaxia com anti-retroviral oral	
45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):				
46 Dados laboratoriais da criança				
1º Teste de detecção de ácido nucléico		Teste de triagem anti-HIV		
2º Teste de detecção de ácido nucléico		Teste confirmatório anti-HIV		
3º Teste de detecção de ácido nucléico		Teste rápido 1		
		Teste rápido 2		
		Teste rápido 3		

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

B

Evolução do caso	47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV)	<input type="checkbox"/>				48 Data de encerramento da Investigação de 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.					
Observações adicionais:						
Município/Unidade de Saúde						
Investigador	Nome	Função			Assinatura	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO						
Antec. Epid. de Mãe/HIV	49 Evidência laboratorial do HIV	1- Antes do pré-natal 2- Durante o pré-natal 3- Durante o parto 4- Após o parto				<input type="checkbox"/>
Dados do Pré-natal	50 Fez/Faz uso de pré-natal?	<input type="checkbox"/>		51 UF	52 Município de realização do Pré-natal	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado					
	53 Unidade de realização do Pré-natal					Código (CNES)
Dados da Criança	54 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas)	<input type="checkbox"/>				
	1- nas 1 ^ª 24 horas do nascimento 2- Após 24 horas do nascimento 3- Não se aplica 4- Não realizado					
	55 Enc. ambulatorial da criança exposta	<input type="checkbox"/>		56 UF	57 Município de acompanhamento da criança exposta	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado					
	58 Unidade de acompanhamento da criança exposta					Código (CNES)

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 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 34 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 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. 3- 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. 3- Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

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

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

43- Aleitamento cruzado: 1- Criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2- Não houve amamentação cruzada; 3- 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; 3- Não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.

45- Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar 4, se for ignorado, registrar 9.

46- Dados laboratoriais da criança.

- São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: Várias gerações de ensaio por imunoborbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático quimioluminescência.

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

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

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

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

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

47- Evolução do caso.

1- Criança infectada: Quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia anti-HIV reagentes após os 18 meses;

2- Criança infectada: Quando duas amostras que apresentem resultado abaixo do limite de detecção, por meio da quantificação do RNA viral plasmático ou detecção do DNA pré-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 HIV/Aids: Quando o óbito ocorreu durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança e foi relacionado à Aids.

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

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

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA O ESTADO DE SP

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

Antecedentes epidemiológicos da mãe

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

Pré-Natal

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

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

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

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

Dados da Criança

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

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

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

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

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

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

Anexo 4- Gabarito comentado dos exercícios de notificação de criança exposta ao HIV por TV

CASO 1 – Nºnotificação 0273053 – criança exposta ao HIV por TV

CAMPO 1 Tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo doença – Criança exposta ao HIV por transmissão vertical

CAMPO 3 Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida

CAMPO 4 UF- SP CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua azul

CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora) – Maternidade de Lua Azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico – 22/01/2010

CAMPO 8 Nome do Paciente – João Paulo da Silva

CAMPO 9 Data de nascimento - 22/01/2010

CAMPO 10 Idade - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.

CAMPO 11 Sexo - Masculino

CAMPO 12 Gestante – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)

CAMPO 13 Raça / Cor – opção “4” Pardo

CAMPO 14 Escolaridade – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da Mãe – Maria José da Silva

CAMPO 17 UF SP CAMPO 18 Município de residência - Município de Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro – Santo Amaro

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) – Rua Beco dos casados CAMPO 22 Número – 35

CAMPO 23 Complemento (apto/casa) Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 24 Geo Campo 1 – Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana CAMPO 30 País (se residente fora do - Brasil) Brasil

CAMPO 31 Idade da Mãe / nutriz - 22

CAMPO 32 Escolaridade da Mãe / nutriz - Opção “2” “ ensino fundamental”

CAMPO 33 Raça/cor da mãe /nutriz - Opção “4” “ Parda”

CAMPO 34 Ocupação da mãe / nutriz - “Domestica”

CAMPO 35 Fez uso ARV para profilaxia/tratamento durante a gestação - Opção “1” “sim”

CAMPO 36 Fez uso ARV para profilaxia/tratamento durante o parto - Opção "2" "não"

CAMPO 37 nº da Declaração de Nascido vivo - Em Branco (sem informação disponível relato)

CAMPO 38 Tipo de parto - Opção "1" " vaginal"

CAMPO 39 UF- SP **CAMPO 40** Município do local de nascimento - Lua Azul

CAMPO 41 Unidade de Nascimento – "Maternidade de La Azul"

CAMPO 42 Aleitamento Materno – Opção "2" não

CAMPO 43 Aleitamento cruzado – Opção "2" não

CAMPO 44 Uso de profilaxia com Anti-retroviral oral – Opção "1" "sim"

CAMPO 45 Tempo Total de uso de profilaxia com anti-retroviral (semanas) - Opção "3" 6 semanas

CAMPO 46 Dados Laboratoriais da criança - 1º CV 23/02/2010 Indetectável; 2º CV 23/05/2010 indetectável, sorologia anit-HIV não reagente em 23/04/2011

CAMPO 47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV) – Opção "2" " não infectado"

MUNICIPIO / UNIDADE DE SAÚDE – Maternidade Município de Lua Azul

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

ASSINATURA –

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

CAMPO 49 Evidencia Laboratorial do HIV - Opção "1" antes do pré-natal

CAMPO 50 Fez Pré-natal - Opção "1" Sim

CAMPO 51 UF – SP **CAMPO 52** Município de realização do Pré-natal- Lua Azul

CAMPO 53 Unidade de Realização do Parto - CR Lua Azul

CAMPO 54 Inicio da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) - Opção "1" nas primeira horas

CAMPO 55 Encaminhamento ambulatorial da criança - "Ambulatório da criança"

CAMPO 56 UF – SP **CAMPO 57** Município de acompanhamento de criança exposta – Lua Azul

CAMPO 58 Unidade de acompanhamento de criança exposta - Ambulatorio criança

CASO 2 – Nºnotificação 02533555 – criança exposta ao HIV por TV

- CAMPO 1 Tipo de notificação** - Individual
- CAMPO 2 Agravo doença** – Criança exposta ao HIV por transmissão vertical
- CAMPO 3 Data da notificação** - data que a ficha de notificação for preenchida
- CAMPO 4 UF** - SP
- CAMPO 5 Município de notificação** - Município de Lua azul
- CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora)** – Maternidade de Lua Azul
- CAMPO 7 Data do diagnóstico** – 02/10/2009
- CAMPO 8 Nome do Paciente** – Eduardo Teixeira
- CAMPO 9 Data de nascimento** - 02/10/2009
- CAMPO 10 Idade** - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.
- CAMPO 11 Sexo** - Masculino
- CAMPO 12 Gestante** – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)
- CAMPO 13 Raça / Cor** – opção “2” preto
- CAMPO 14 Escolaridade** – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)
- CAMPO 15 Número do Cartão SUS** - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)
- CAMPO 16 Nome da Mãe** – Rosemeire Teixeira
- CAMPO 17 UF SP CAMPO 18 Município de residência** - Município de Lua Azul
- CAMPO 19 Distrito** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 20 Bairro** – Cruzeiro **CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida)** – Silva Teles
- CAMPO 22 Número** – 91**CAMPO 23 Complemento (apto/casa)** Casa 1
- CAMPO 24 Geo Campo 1** –Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 25 Geo Campo 2** -Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 26 Ponto de Referencia** Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 27 CEP** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 28 Telefone** - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 29 Zona** – Urbana **CAMPO 30 País (se residente fora do - Brasil)** Brasil
- CAMPO 31 Idade da Mãe / nutriz** - 32
- CAMPO 32 Escolaridade da Mãe / nutriz** - Opção “1” “ ensino fundamental incompleto”
- CAMPO 33 Raça/cor da mãe /nutriz** - Opção “2” “ negra”
- CAMPO 34 Ocupação da mãe / nutriz** - “trocadora de onibus”
- CAMPO 35 Fez uso ARV para profilaxia/tratamento durante a gestação** - Opção “2” “não”
- CAMPO 36 Fez uso ARV para profilaxia/tratamento durante o parto** - Opção “2” “não”
- CAMPO 37 nº da Declaração de Nascido vivo** - Em Branco (sem informação disponível relato)
- CAMPO 38 Tipo de parto** - Opção “1” “ vaginal”

CAMPO 39 UF - SPCAMPO 40 Município do local de nascimento- Lua Azul

CAMPO 41 Unidade de Nascimento – “Maternidade de La Azul”

CAMPO 42 Aleitamento Materno – Opção “1” sim

CAMPO 43 Aleitamento cruzado – Opção “2” não

CAMPO 44 Uso de profilaxia com Anti-retroviral oral – Opção “1” “sim”

CAMPO 45 Tempo Total de uso de profilaxia com anti-retroviral (semanas) - Opção “1” < de 3 semanas

CAMPO 46 Dados Laboratoriais da criança - 1º CV 22/11/2009 Detectável; 2º CV 02/12/2009 detectável, sorologia anit-HIV reagente em 21/04/2011

CAMPO 47 Evolução do caso (criança exposta ao HIV) – Opção “1” “ infectado”

MUNICIPIO / UNIDADE DE SAÚDE – Maternidade Município de Lua Azul

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

ASSINATURA –

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO

CAMPO 49 Evidencia Laboratorial do HIV - Opção “4” após o parto

CAMPO 50 Fez Pré-natal - Opção “2” não

CAMPO 51 UF - - (em branco não realizou PN)

CAMPO 52 Município de realização do Pré-natal - (em branco não realizou PN)

CAMPO 53 Unidade de Realização do Parto - Maternidade Lua Azul

CAMPO 54 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) - Opção “4” nas primeira horas

CAMPO 55 Encaminhamento ambulatorial da criança - Opção “1” “sim”

CAMPO 56 UF - SPCAMPO 57 Município de acompanhamento de criança exposta – Lua Azul

CAMPO 58 Unidade de acompanhamento de criança exposta - CR DST/AIDS Ambulatorio da criança lua azul ”

Anexo 5 - Ficha de Notificação e investigação de HIV e aids em criança (menores de 13 anos)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
AIDS (pacientes menores que 13 anos)
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

Nº

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 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	AIDS (pacientes menores que 13 anos)		B 24	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	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 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Antec. Epid. da Mãe	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
Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
	31 Idade da mãe	32 Escolaridade da mãe	33 Raça/cor da mãe	
Ant. epid. (cont.)	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação		
	INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS			
	Provável modo de transmissão		38 Transmissão sanguínea	
36 Transmissão vertical	37 Transmissão sexual	38 Transmissão sanguínea		
39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		
Informações sobre transfusão/acidente		43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?		

AIDS_CRI_NET 15/12/2006 MR COREL

Aids em menores que 13 anos SINAN NET SVS 14/06/2006

B

44 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado

Dados do Laboratório

Antes dos 18 meses de vida:

1º teste de detecção de ácido nucléico **Data da coleta** _____

2º teste de detecção de ácido nucléico **Data da coleta** _____

3º teste de detecção de ácido nucléico **Data da coleta** _____

Após os 18 meses de vida:

Teste de triagem anti-HIV **Data da coleta** _____

Teste confirmatório anti-HIV **Data da coleta** _____

Teste rápido 1 Teste rápido 2

Teste rápido 3 _____

45 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve

Aumento crônico de parótida Hepatomegalia

Dermite persistente Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Oíte ou Sinusite)

Esplenomegalia Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios

Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave

Anemia por mais de 30 dias Linfopenia por mais de 30 dias

Candidose de esôfago Linfoma não Hodgkin e outros linfomas

Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões Linfoma primário de cérebro

Candidose oral resistente ao tratamento Miocardiopatia

Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade) Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase)

Criptococose extrapulmonar Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (único episódio)

Criptosporidiose com diarreia > 1 mês Nefropatia

Diarreia recorrente ou crônica Nocardiose

Encefalopatia pelo HIV Pneumonia linfóide intersticial

Febre persistente > 1 mês Pneumonia por Pneumocystis carinii

Gengivo-estomatite herpética recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano) Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)

Hepatite por HIV Sarcoma de Kaposi

Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal Síndrome da emaciação (Aids Wasting Syndrome)

Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês idade Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade

Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo) Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade

Histoplasmose disseminada Trombocitopenia por mais de 30 dias

Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos) Tuberculose pulmonar

Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade Tuberculose disseminada ou extrapulmonar

Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês Varicela disseminada

Leiomiossarcoma

Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade)

< 1.500 células por mm³ (<25%) < 500 células por mm³ (<25%)

< 1.000 células por mm³ (<25%)

46 Critério óbito

Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Trat.

47 UF **48 Município onde se realiza o tratamento** **Código (IBGE)** **49 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento** **Código**

Evolução

50 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 - Transferência para outro município 9 - Ignorado **51 Data do óbito** _____

Investigador

Nome _____ **Função** _____

Assinatura _____

Anexo 6 - Gabarito comentado dos exercícios de notificação de HIV em criança (menor de 13 anos de idade)

CASO 1 – Nº notificação 2545251 – HIV em criança

CAMPO 1 tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo doença – AIDS (pacientes menores que 13 anos)

CAMPO 3 Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida

CAMPO 4 UF- SP

CAMPO 5 Município de notificação – Alegre

CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora) – Ambulatório de Referencia da Criança

CAMPO 7 Data do diagnóstico – 15/05/2010 (data da sorologia anti HIV reagente , não é caso de Aids)

CAMPO 8 Nome do Paciente – Paulo Jose Carlos

CAMPO 9 Data de nascimento - 15/01/2008

CAMPO 10 Idade - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.

CAMPO 11 Sexo - Masculino

CAMPO 12 Gestante – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)

CAMPO 13 Raça / Cor – Opção “2” “negra”

CAMPO 14 Escolaridade – Não se aplica (neste caso criança ainda sem idade escolar)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da Mãe – Sonia Maria Carla

CAMPO 17 UF SP CAMPO 18 Município de residência - Município Alegre

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro – Gonçalo

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) – Rua Amina CAMPO 22 Número – 5

CAMPO 23 Complemento – apto 201

CAMPO 24 Geo Campo 1 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana CAMPO 30 País (se residente fora do - Brasil) Brasil

CAMPO 31 Idade da Mãe / nutriz - 38

CAMPO 32 Escolaridade da Mãe - Opção “4” “ ensino fundamental completo”

CAMPO 33 Raça/cor da mãe - Opção “2” “ negra”

CAMPO 34 Ocupação da mãe - “Lar”

CAMPO 35 Tipo de investigação: Opção “2” AIDS em menores de 13 anos

CAMPO 36 Transmissão vertical – Opção “1” “sim”

CAMPO 37 Transmissão Sexual – Opção “4” “não foi transmissão sexual”

CAMPO 38 Transmissão Sanguínea – Opção “2” para todas as categorias

CAMPO 39 Informação sobre transfusão/acidente - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 40 UF da transfusão - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 42 Instituição onde ocorreu a Transfusão / acidente - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 43 Após a Investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão / acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 44 Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV – Sorologia anti HIV Reagente em 15/05/2010.

CAMPO 45 Critério HIV – Opção “1” sim para “dermatite persistente” e para as outras Opções aplicar “2” “não”.

CAMPO 46 Critério óbito – Opção “2” “não” (critério não é óbito)

CAMPO 47 UF do local de Tratamento - SP **CAMPO 48 Município onde realiza tratamento** – Alegro.

CAMPO 49 Unidade onde realiza tratamento – ambulatorio da criança de lua azul

CAMPO 50 Evolução do Caso – Opção “1” Vivo

CAMPO 51 Data do óbito - Em branco (não foi a óbito)

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

ASSINATURA – Assinatura de quem preencheu a ficha

CASO 2 – Nºnotificação 2545445 – HIV em criança

- CAMPO 1** tipo de notificação - Individual
- CAMPO 2** Agravado doença – AIDS (pacientes menores que 13 anos)
- CAMPO 3** Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida
- CAMPO 4** UF - SP
- CAMPO 5** Município de notificação - Município de Lua azul
- CAMPO 6** Unidade de saúde (fonte notificadora) – Ambulatório da Criança de Lua Azul
- CAMPO 7** Data do diagnóstico – 05/03/2011 (data da segunda carga viral, mas não fecha critério para caso de Aids)
- CAMPO 8** Nome do Paciente – Ana Julia
- CAMPO 9** Data de nascimento - 10/01/2010
- CAMPO 10** Idade - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.
- CAMPO 11** Sexo - feminino
- CAMPO 12** Gestante – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)
- CAMPO 13** Raça / Cor – Opção “4” “Parda”
- CAMPO 14** Escolaridade – Não se aplica (neste caso criança ainda sem idade escolar)
- CAMPO 15** Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não ter esta informação disponível no relato)
- CAMPO 16** Nome da Mãe – Antônia Maria
- CAMPO 17** UF SP
- CAMPO 18** Município de residência - Município de Lua Azul
- CAMPO 19** Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 20** Bairro – Jd. Céu Claro
- CAMPO 21** Logradouro (rua, avenida) – Rua Das Flores **CAMPO 22** Número – 38
- CAMPO 23** Complemento - Em branco
- CAMPO 24** Geo Campo 1 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 25** Geo Campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 26** Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 27** CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 28** Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)
- CAMPO 29** Zona – Urbana **CAMPO 30** País (se residente fora do - Brasil) Brasil
- CAMPO 31** Idade da Mãe – 24 anos
- CAMPO 32** Escolaridade da Mãe - Opção “3” “ ensino fundamental incompleto”
- CAMPO 33** Raça/cor da mãe - Opção “4” “ Parda”
- CAMPO 34** Ocupação da mãe - “Diarista”
- CAMPO 35** Tipo de investigação: Opção “2” AIDS em menores de 13 anos
- CAMPO 36** Transmissão vertical – Opção “1” “sim”
- CAMPO 37** Transmissão Sexual – Opção “4” “não foi transmissão sexual”

CAMPO 38 Transmissão Sanguínea – Opção “2” para todas as categorias
CAMPO 39 Informação sobre transfusão/acidente - Em Branco (não foi transfusão)
CAMPO 40 UF da transfusão - Em Branco (não foi transfusão)
CAMPO 41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente - Em Branco (não foi transfusão)
CAMPO 42 Instituição onde ocorreu a Transfusão/ acidente - Em Branco (não foi transfusão)
CAMPO 43 Após a Investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão / acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? Em Branco (não foi transfusão)
CAMPO 44 Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV – 1º CV Detectável em 25/02/2011, 2º CV detectável em 05/03/2011 e sorologia antiHIV em 25/02/2011
CAMPO 45 Critério HIV – Opção “2” não para todas as Opções
CAMPO 46 Critério óbito – Opção “ 2” “não” (critério não é óbito)
CAMPO 47 UF do local de Tratamento - SP **CAMPO 48 Município onde realiza tratamento** – Lua Azul
CAMPO 49 Unidade onde realiza tratamento – ambulatorio da criança de lua azul
CAMPO 50 Evolução do Caso – Opção “1” Vivo
CAMPO 51 Data do óbito - Em branco (não foi a óbito)
NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha
FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento
ASSINATURA –

B

Anexo 7 - Gabarito comentado dos exercícios de notificação de aids em criança (menores de 13 anos de idade)

CASO 1 – Nºnotificação 2533210 – aids em criança

CAMPO 1 tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo doença – AIDS (pacientes menores que 13 anos)

CAMPO 3 Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida

CAMPO 4 UF- SP

CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua azul

CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora) – Ambulatório da criança Lua Azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico – 15/04/2011

CAMPO 8 Nome do Paciente – André Antonio

CAMPO 9 Data de nascimento - 25/01/2006

CAMPO 10 Idade - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.

CAMPO 11 Sexo - Masculino

CAMPO 12 Gestante – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)

CAMPO 13 Raça / Cor – Opção “1” “Branca”

CAMPO 14 Escolaridade – Não se aplica (neste caso criança ainda sem idade escolar)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da Mãe – Antonia Maria

CAMPO 17 UF SP

CAMPO 18 Município de residência - Município de Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro – Cruzeiro

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) – Rua Pero Lopes **CAMPO 22 Número** – 20

CAMPO 23 Complemento - Em branco

CAMPO 24 Geo Campo 1 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana **CAMPO 30 País** (se residente fora do - Brasil) Brasil

CAMPO 31 Idade da Mãe / nutriz - 38

CAMPO 32 Escolaridade da Mãe- Opção “2” “ ensino fundamental completo”

CAMPO 33 Raça/cor da mãe - Opção “1” “ branca”

- CAMPO 34 Ocupação da mãe** - “Diarista”
- CAMPO 35 Tipo de investigação:** Opção “2” AIDS em menores de 13 anos
- CAMPO 36 Transmissão vertical** – Opção “1” “sim”
- CAMPO 37 Transmissão Sexual** – Opção “4” “não foi transmissão sexual”
- CAMPO 38 Transmissão Sanguínea** – Opção “2” para todas as categorias
- CAMPO 39 Informação sobre transfusão/acidente** - Em Branco (não foi transfusão)
- CAMPO 40 UF da transfusão** - Em Branco (não foi transfusão)
- CAMPO 41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente** - Em Branco (não foi transfusão)
- CAMPO 42 Instituição onde ocorreu a Transfusão/ acidente** - Em Branco (não foi transfusão)
- CAMPO 43 Após a Investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão / acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?** Em Branco (não foi transfusão)
- CAMPO 44 Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV** – Sorologia anti HIV Reagente em 21/04/2008
- CAMPO 45 Critério CDC Adaptado** – Opção “1” sim para “infecções bacterianas de repetição/ múltiplas (sepsse, pneumonia, meningite, osteoartites, absessos em órgão internos)” e “CD4 Menor que 500 Células”, as outras Opções aplicar “2”
- CAMPO 46 Critério óbito** – Opção “ 2” “não” (critério não é óbito)
- CAMPO 47 UF do local de Tratamento** - SP
- CAMPO 48 Município onde realiza tratamento** – Lua Azul
- CAMPO 49 Unidade onde realiza tratamento** – ambulatorio da criança de lua azul
- CAMPO 50 Evolução do Caso** – Opção “1” Vivo
- CAMPO 51 Data do óbito** - Em branco (não foi a óbito)
- NOME** – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha
- FUNÇÃO** – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento
- ASSINATURA** – Assinatura de quem preencheu a ficha

CASO 2 – Nºnotificação 3535699 – aids em criança

CAMPO 1 tipo de notificação - Individual

CAMPO 2 Agravo doença – AIDS (pacientes menores que 13 anos)

CAMPO 3 Data da notificação - data que a ficha de notificação for preenchida

CAMPO 4 UF- SP

CAMPO 5 Município de notificação - Município de Lua azul

CAMPO 6 Unidade de saúde (fonte notificadora) – Hospital das Clínicas de Lua Azul

CAMPO 7 Data do diagnóstico – 02/05/2011 (apesar do CD4 baixo ter sido realizado após esta data , ela precisa do resultado da 2 carga viral para confirmar o caso de acordo com a definição de caso de AIDS em criança)

CAMPO 8 Nome do Paciente – Mariana Vieira

CAMPO 9 Data de nascimento - 12/03/2011

CAMPO 10 Idade - Preenchido automaticamente, quando campo 9 estiver preenchido corretamente, entretanto na falta desta informação este campo se torna obrigatório.

CAMPO 11 Sexo - feminino

CAMPO 12 Gestante – Não se aplica (trata-se de pergunta padrão)

CAMPO 13 Raça / Cor – Opção “1” “Branca”

CAMPO 14 Escolaridade – Não se aplica (neste caso criança ainda sem idade escolar)

CAMPO 15 Número do Cartão SUS - Deixar em branco (neste caso por não termo esta informação disponível no relato)

CAMPO 16 Nome da Mãe – Maria Adelaide Vieira

CAMPO 17 UF SP CAMPO 18 Município de residência - Município de Lua Azul

CAMPO 19 Distrito - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 20 Bairro – Bairro Livre

CAMPO 21 Logradouro (rua, avenida) – Rua Esperança CAMPO 22 Número – 89

CAMPO 23 Complemento - Em branco

CAMPO 24 Geo Campo 1 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 25 Geo Campo 2 - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 26 Ponto de Referencia Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 27 CEP - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 28 Telefone - Em branco (neste caso por não termos esta informação disponível no relato)

CAMPO 29 Zona – Urbana CAMPO 30 País (se residente fora do - Brasil) Brasil

CAMPO 31 Idade da Mãe – 32 anos

CAMPO 32 Escolaridade da Mãe- Opção “3” “ ensino fundamental incompleto”

CAMPO 33 Raça/cor da mãe - Opção “1” “ branca”

CAMPO 34 Ocupação da mãe - “cabelereira”

CAMPO 35 Tipo de investigação: Opção “2” AIDS em menores de 13 anos

CAMPO 36 Transmissão vertical – Opção “1” “sim”

CAMPO 37 Transmissão Sexual – Opção “4” “não foi transmissão sexual”

CAMPO 38 Transmissão Sanguínea – Opção “2” para todas as categorias

CAMPO 39 Informação sobre transfusão/acidente - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 40 UF da transfusão - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 42 Instituição onde ocorreu a Transfusão / acidente - Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 43 Após a Investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão / acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? Em Branco (não foi transfusão)

CAMPO 44 Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV – 1º CV Detectável em 10/04/2011, 2º CV detectável em 02/05/2011

CAMPO 45 Critério CDC Adaptado – Opção “1” sim para “infecções bacterianas de repetição/ múltiplas (sepsis, pneumonia, meningite, osteoartites, abscessos em órgãos internos)” e “CD4 Menor que 1500 Células”, as outras Opções aplicar “2”

CAMPO 46 Critério óbito – Opção “2” “não” (critério não é óbito)

CAMPO 47 UF do local de Tratamento - SP **CAMPO 48 Município onde realiza tratamento** - Lua Azul

CAMPO 49 Unidade onde realiza tratamento – ambulatorio da criança de lua azul

CAMPO 50 Evolução do Caso – Opção “1” Vivo

CAMPO 51 Data do óbito - Em branco (não foi a óbito)

NOME – Nome do profissional responsável pelo preenchimento da ficha

FUNÇÃO – Função do profissional que preencheu a ficha e a data do preenchimento

ASSINATURA –

Unidade C

- Apresentações para informar, educar e comunicar 193
- Inserções Visibilidade Programática.....213
- Ilustrações e Sensibilização215
- Acervo de Artes Finais.....217
- Livros e Manuais.....229
- Publicação - Versão de internet239

The background of the page is composed of several overlapping geometric shapes in various shades of blue and white. These shapes create a sense of depth and movement, with some areas appearing to recede into the distance while others come forward. The overall effect is a clean, modern, and dynamic visual design.

Unidade C

Apresentações para informar, educar e comunicar



**ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO
VERTICAL DO
HIV E DA SÍFILIS:
COMPROMISSO
DE TODOS NÓS**



**ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO
VERTICAL DO
HIV E DA SÍFILIS:
COMPROMISSO
DE TODOS NÓS**

**Vigilância de
transmissão vertical**

**Vigilância de
oportunidades**

Informação para ação

**Eliminação da TV do HIV:
2 crianças HIV+ / 100 mães soropositivas**

**Eliminação da Sífilis Congênita:
0,5 caso em 1.000 nascidos vivos**



Plano de Eliminação da transmissão vertical de sífilis e HIV Estado de São Paulo

Elaboração:

Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica
Centro de Vigilância Sanitária
Instituto Adolfo Lutz
Saúde da Mulher
Saúde da Criança
Atenção Básica à Saúde
Conselho de Secretários Municipais de Saúde



Plano Estratégico do Estado de São Paulo - Objetivos

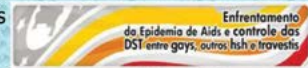
Até 2015 **reduzir para 15% o diagnóstico tardio de HIV e aumentar em 100% a população testada para HIV** pelo menos uma vez na vida no Estado



Até 2015 reduzir para 2 crianças HIV+/100 mães soropositivas e reduzir para 0,5/1000 nascidos vivos a taxa de incidência da sífilis congênita

Aprimorar o cuidado à Saúde Integral das PVHIV. Reduzir a morbi-mortalidade por causas relacionadas à infecção pelo HIV e demais eventos associados ao tratamento antirretroviral.

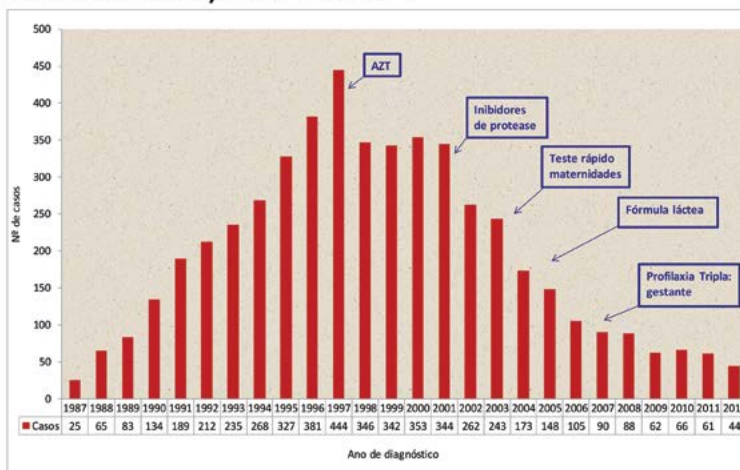
Ampliar e qualificar as ações de prevenção, assistência e tratamento das DST /HIV/AIDS para Gays, outros HSH e Travestis, considerando as demandas e especificidades desse grupo populacional. Promover políticas e ações intersetoriais para a redução das vulnerabilidades as DST/HIV/AIDS vivenciadas por Gays e outros HSH e Travestis.



Diminuir a incidência do HIV entre as mulheres
Aumentar o acesso das mulheres as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento às DST/HIV/AIDS e à saúde sexual e reprodutiva contemplando, situações específicas de vulnerabilidade.



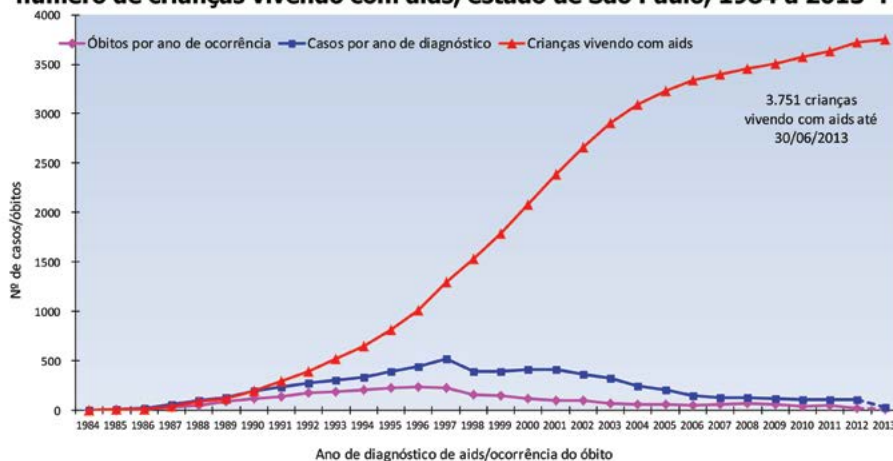
Casos notificados de crianças com AIDS por transmissão vertical, estado de São Paulo, 1987 a 2012*.



Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)
*Dados preliminares até 30/10/2013, sujeitos a revisão mensal



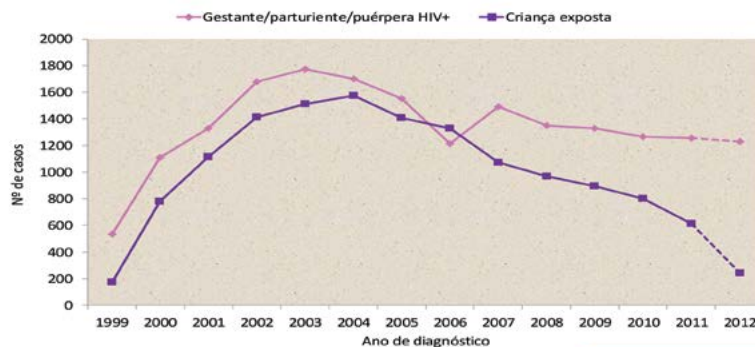
Casos e óbitos de aids em menores de 13 anos de idade e estimativa do número de crianças vivendo com aids, estado de São Paulo, 1984 a 2013*.



Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIP/AIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação SEADE, MS/SVS/Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais
Nota: * Dados preliminares até 30/06/13 (SINAN) e 31/12/11 (Seade), sujeitos a revisão mensal



Casos notificados de gestante/parturiente/puérpera HIV positivo e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1999 a 2012*.



**19.219 gestantes HIV+
13.888 crianças expostas**

Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP)
*Dados preliminares até 30/10/2012 - criança exposta e até 30/06/2013 - gestante HIV, sujeitos a revisão mensal



**Casos Notificados:
gestantes soropositivas ao HIV,
Sao Paulo, 2000 a 2009**

Diagnóstico do HIV:

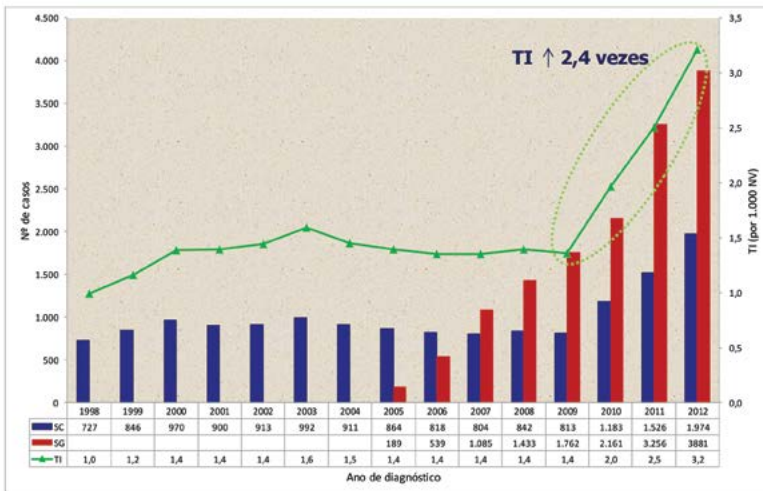
. Antes PN	53.8%	} 91,6%
. Durante PN	31.6%	
. Ao nascimento	6.2%	
. Pós-parto	2.4%	
. Desconhecido	6.0%	

. ARV no PN	79.2%
. Cesareana	57.1%
. ARV no parto	71.0%
. AZT criança	89.3%
. Aleit.materno	3.4%

S: PEDST/AIDS-SP 06/08



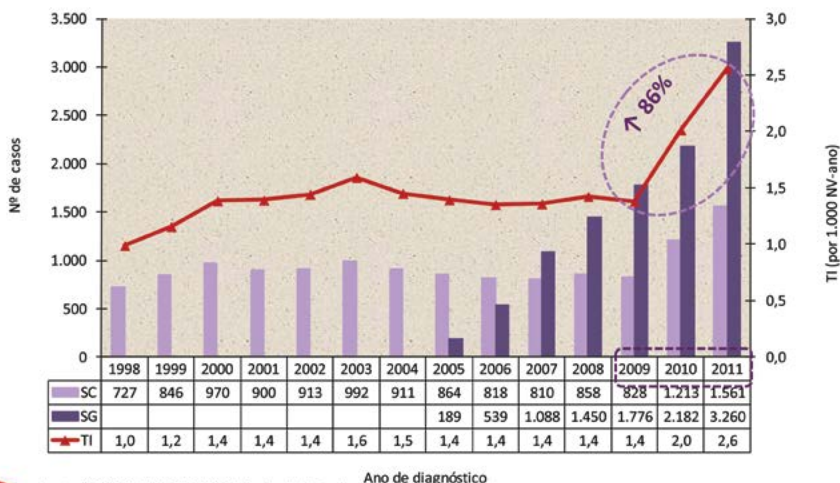
Casos de sífilis congênita, sífilis em gestante e tx de incidência (TI) por 1000 nascidos vivos-ano, segundo ano de diagnóstico, estado de SP, 1998-2012*



Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade



Figura 4– Casos de sífilis congênita (SC), sífilis em gestantes (SG) e taxa de incidência (TI), por 1.000 nascidos vivos-ano, segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1998 a 2011



Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade



Casos notificados de Gestantes Infectadas pelo HIV segundo idade (anos) e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1999 - 2011*

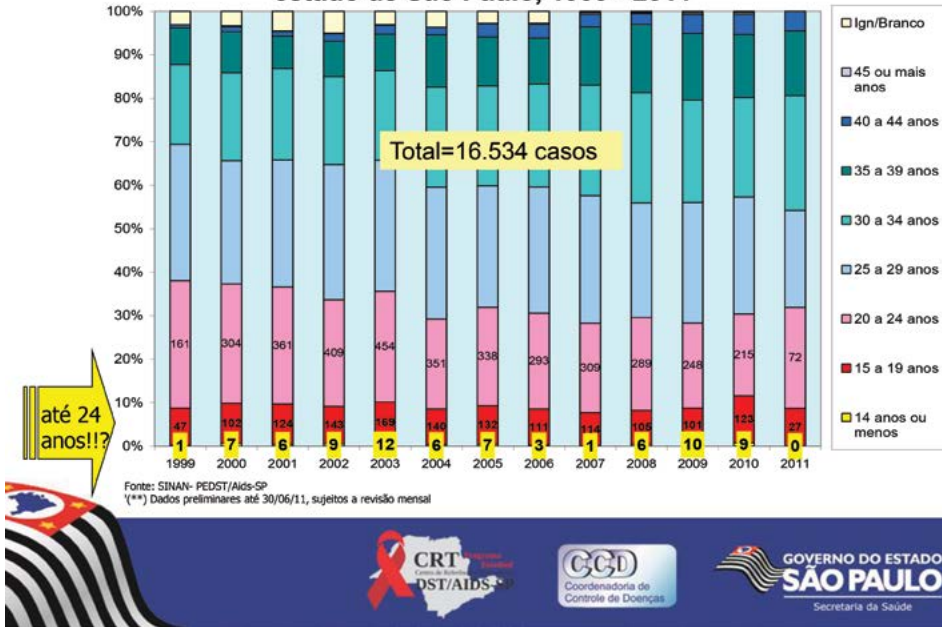


Figura 4– Casos de sífilis congênita (SC), sífilis em gestantes (SG) e taxa de incidência (TI), por 1.000 nascidos vivos-ano, segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1998 a 2011

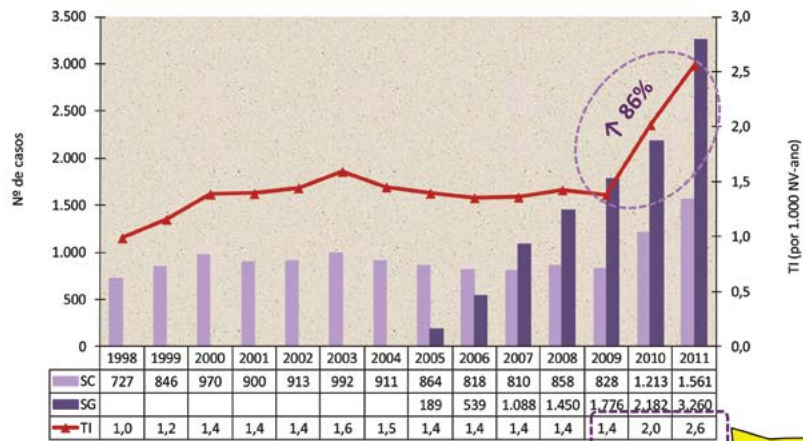
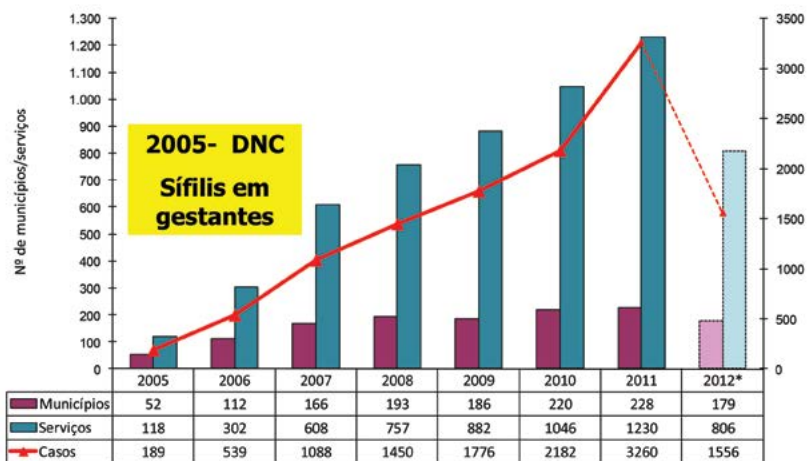


Figura 3 – Casos de gestantes com sífilis, segundo municípios e serviços de notificação, por ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2005 a 2012*



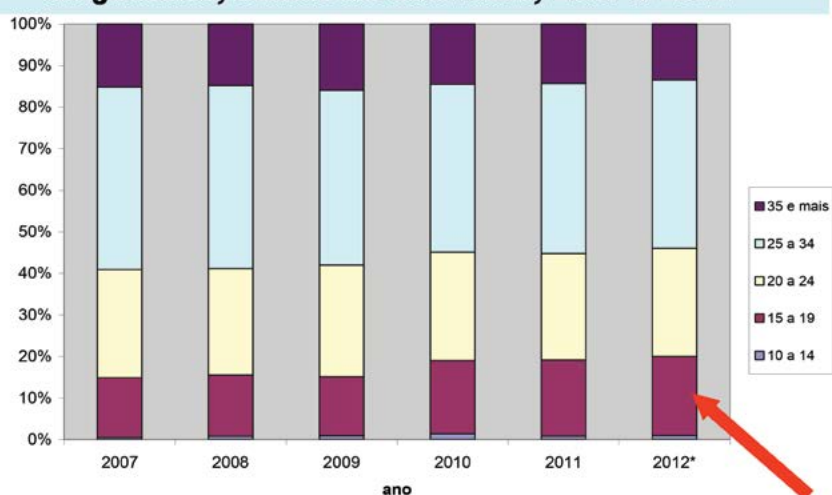
Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP
* Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão mensal

Ano de diagnóstico

2011 - 35% dos mun. ESP



Gestantes com Sífilis segundo idade e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2012*

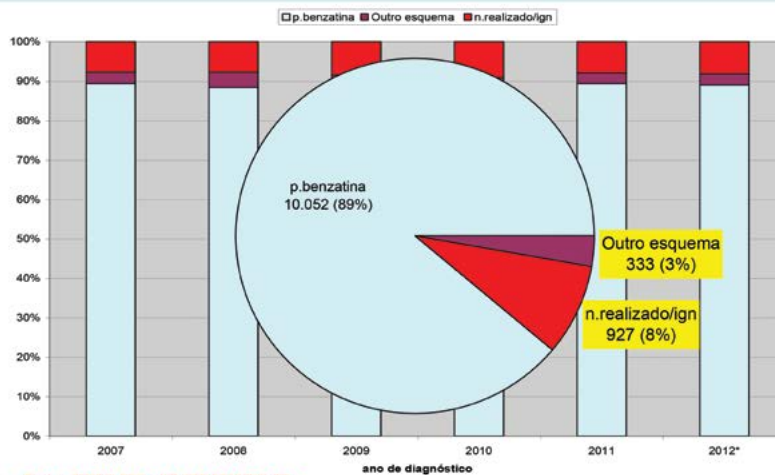


Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP

* Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão mensal



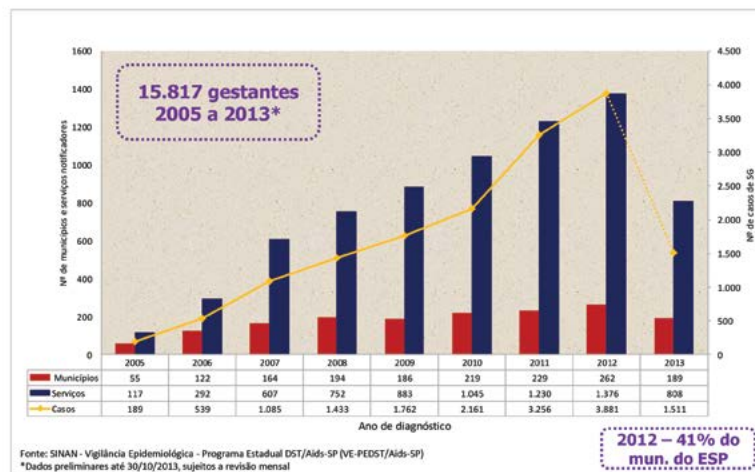
Gestantes com Sífilis segundo tratamento e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2012*



Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP
 * Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão mensal



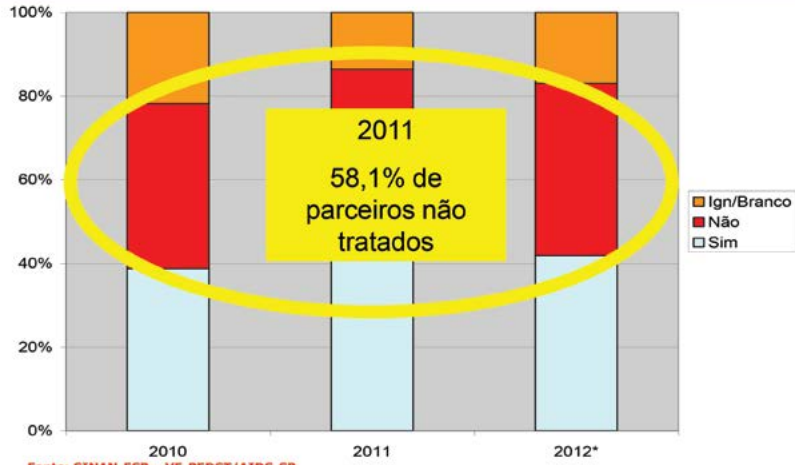
Casos de gestantes com sífilis, segundo municípios e serviços de notificação, por ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2005-2013*.



Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-SP (VE-PEDST/AIDS-SP)
 *Dados preliminares até 30/10/2013, sujeitos a revisão mensal



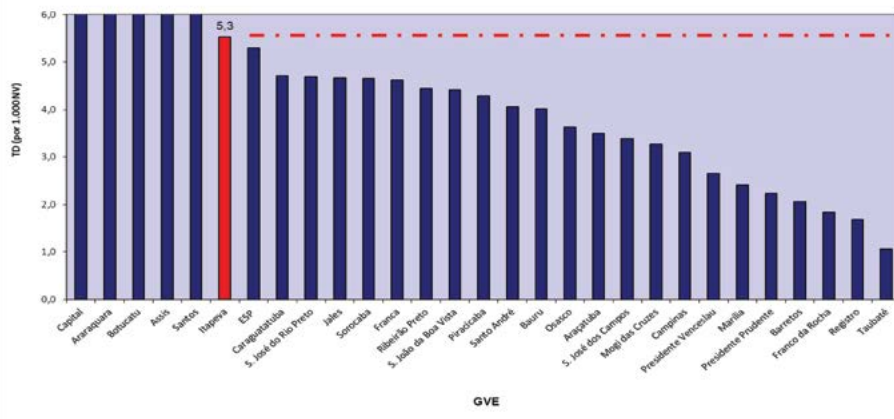
Gestantes com Sífilis segundo tratamento do parceiro e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2012*



Fonte: SINAN-ESP – VE-PEDST/AIDS-SP
* Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão mensal



Taxa de detecção (TD) de casos de sífilis na gestação (por 1.000 nascidos vivos**), segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de residência, estado de São Paulo, 2011*



Fonte: SINAN-Vigilância Epidemiológica-Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PE DST/AIDS-SP)
Notas: * Dados até 30/06/2012, sujeitos à revisão mensal
** População de nascidos vivos-Fundação Seade



C

Situação de vulnerabilidade e TV da sífilis e HIV,
Estado de São Paulo, 2007 a 2011*

situação	casos notificados		
	Sífilis na Gestação	Sífilis Congênita	Gestante HIV+
Parceiro presidiário	37	7	sem informação
Presidiária	27	11	14
Moradora de rua	10	5	sem informação
Uso de drogas	30	83	sem informação
Total de gestantes captadas	104	106	14
Total de gestantes notificadas de 2007 a 2011	7.464	4.524	7.260

Fonte: SIMAN- PEDST/Aids-SP
(**) Dados preliminares até 30/06/11, sujeitos a revisão mensal

Sistemas de vigilância devem ser flexíveis,
incorporar novos achados e telcnologias



Eliminação da TV do HIV:
2 crianças HIV+/100 mães soropositivas

Eliminação da Sífilis Congênita:
0,5 caso em 1.000 nascidos vivos





A transmissão vertical do HIV e/ou da Sífilis deve ser considerada um ***evento sentinela***



Cada criança infectada por transmissão vertical pode representar uma ***falha na identificação da gestante infectada*** ou na aplicação das medidas profiláticas para diminuir a transmissão.



Oportunidades para se evitar a infecção vertical do HIV e da Sífilis

Proporção de mulheres...

- infectadas
- gestantes
 - com pré-natal Inadequado ou ausência de pré-natal
 - com não oferecimento da pesquisa do HIV e do Tp
 - que recusaram o teste
 - que não realizaram a profilaxia/terapia
 - que recusaram a profilaxia/terapia
 - que não completaram a profilaxia
 - com parceiro sexual não tratado
 - com criança infectada

INVESTIGAÇÃO



IOM, 1998



"JUNTAR AS PEÇAS": Integrações necessárias



Programa Estadual de DST/Aids- São Paulo

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis **Ações no momento do parto**

- ✓ Oferecer a **pesquisa do HIV e da Sífilis** com acolhimento e aconselhamento;
- ✓ No caso da parturiente não ter sido tratada de maneira adequada (conforme as recomendações) para a sífilis, o **recém-nascido deverá ser tratado** como portador do *T. pallidum*; considerar a possibilidade de tratar a mãe e o **parceiro sexual** durante esta internação;
- ✓ Se a parturiente for identificada como **soropositiva para o HIV** neste momento, deve ser seguida a **Nota Técnica 388 de 2012** do MS;
- ✓ Se a parturiente for conhecida como **portadora do HIV**, devem ser aplicadas



Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis
Ações no momento do parto

- ✓ O recém-nascido nascido de mãe soropositiva ao HIV, após orientação e consonância da puérpera em questão, deve receber **fórmula láctea infantil** em substituição ao aleitamento materno, em ambiente adequado e tranquilo; e, este, na alta hospitalar deve receber latas de fórmula láctea infantil;

- ✓ A puérpera e seu recém-nascido, identificados como portadores do HIV (exposto no caso do recém-nascido) e ou portadores do *T. pallidum* (e, inicialmente tratados) devem ter alta hospitalar (com orientações), com as **consultas ambulatoriais marcadas** e munidos de relatório de alta hospitalar;



Medidas de Controle da SC

ATENÇÃO BÁSICA	Antes da gestação	No pré-natal	Na admissão para o parto
AÇÕES	VDRL na consulta ginecológica, preventivo	Captação precoce	VDRL todas as parturientes
	Planejamento familiar	VDRL na primeira consulta e 30a. Sem.	Tratamento casos identificados + parceiro
	Pré-nupcial	Tratamento dos casos diagnosticados + parceiro	Avaliação e tratamento do RN
	Presença de DST ou contactante	Seguimento mensal	Seguimento puerpério



C

Fatores que contribuem para a persistência da sífilis congênita

- ✓ **Falta de percepção** dos formuladores de políticas, gerentes de programas, prestadores de serviços, técnicos e usuários sobre o problema da sífilis materna e congênita e as possíveis consequências;
- ✓ **Barreiras de acesso** aos serviços de controle pré-natal;
- ✓ **Estigma e discriminação** relacionados às infecções de transmissão sexual.



DESAFIOS SC

✓ **Vontade política**

✓ **Pesquisar 100% das gestantes**

✓ **Definição de caso muito sensível**

✓ **VDRL: qualquer título reagente**

✓ **VDRL: 2 vezes na gestação e no momento do parto**

✓ **Diagnóstico e Tratamento na Atenção Básica**

✓ **Tratar o parceiro sexual**

✓ **Sexo seguro**

✓ **Coleta de sangue periférico no RN**

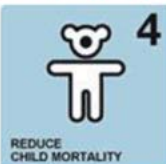
✓ **Notificação - Monitoramento - Avaliação**

✓ **Prevenção - Informação**

ATENÇÃO FEMELHO Não vamos deixar este compromisso escapar das nossas mãos!!



Metas do Milênio – Organização Mundial da Saúde



4

Meta 4: REDUZIR MORTALIDADE INFANTIL

Target 1:
Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

REDUCE CHILD MORTALITY

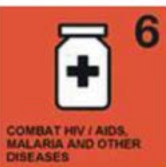


5

META 5: IMPLEMENTAR SAÚDE MATERNA

Target 1:
Reduce by three quarters the maternal mortality ratio
Target 2:
Achieve universal access to reproductive health

IMPROVE MATERNAL HEALTH



6

META 6: COMBATER HIV/AIDS, MALARIA & OUTRAS DOENÇAS

Target 1:
Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS
Target 2:
Achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it

COMBAT HIV / AIDS, MALARIA AND OTHER DISEASES

HIV / AIDS

WHO



Desafios Presentes no SUS em SP relacionados à Atenção da gestante e da Puérpera

- Integralidade da assistência
- Mortalidade e morbidade materna
- Qualidade do pré natal
- Atenção ao parto



A Transmissão Vertical da Sífilis é 100% prevenível !!

A Transmissão Vertical do HIV é 98% prevenível !!

As medidas de prevenção e controle da transmissão vertical da Sífilis estão disponíveis (Consensos, Recomendações, Insumos) e devem ser implantadas, implementadas de acordo com as condições locais para assegurar **resultados efetivos e sustentáveis**.



Ações para gerar IMPACTO

- **Interface** com: Área da Mulher, Materno-Infantil, Assistência Básica à Saúde, PACS/PSF, Laboratório, Sociedade Civil Organizada; Órgãos Formadores;
- Oferecer um **pré-natal** precoce e com **qualidade**;
- **Detecção precoce**: disponibilizar uma ágil pesquisa diagnóstica laboratorial com **aconselhamento**;
- Disponibilizar **medicamentos**;
- Acessar **parceiro sexual**;
- **Informar sempre sobre prevenção e controle.**



Sífilis e HIV na gestação tem sido fortemente associados :

- Uso de drogas (lícitas ou ilícitas)
- Adolescentes
- Moradoras de rua
- Imigrantes
- Privadas da liberdade
- Parceiras sexuais de homens integrantes de grupos de maior vulnerabilidade

Matida et al. JAIDS. Volume 57, Supplement 3, August 15, 2011



GESTANTES SOROPOSITIVAS - 2006

PN	n	%
SIM	808	89,0
NÃO	78	8,6
Ign	22	2,4
Evid.lab.HIV		
Antes PN	518	57,0
Durante PN	303	33,4
No parto	63	6,9
Após parto	13	1,4
Ign	11	1,2
Profilaxia Gestação		
SIM	735	79,6
NÃO	150	16,5
AZT parto		
SIM	768	84,6
NÃO	93	10,2
Ign	32	3,5
AZT xp		
SIM	710	78,2
NÃO	25	2,8
Ign	83	9,1
Aleitamento		
SIM	22	2,4
NÃO	829	91,3
Ign	57	6,3

CRIANÇAS COM AIDS - 2006

PN	n	%
SIM	38	56,7
NÃO	7	10,4
Ign	22	32,8
Evid.lab.mãe		
antes PN	11	16,4
durante PN	10	15,0
no parto	4	6,0
após parto	30	44,8
Ign	12	17,9
Profilaxia Gest.		
SIM	11	16,4
NÃO	45	67,2
Ign	11	16,4
AZT-EV		
SIM	16	23,9
NÃO	32	47,8
Ign	19	28,3
AZT XP		
SIM	17	25,4
NÃO	40	59,7
Ign	10	14,9
Aleitamento		
SIM	24	35,8
NÃO	22	32,8
Ign	21	31,3

SP: Estudo
Avaliação
TV
HIV/SÍFILIS
2009*



GESTANTE SOROPOSITIVA-2006

Categ. Exposição	%
TV	0,5
UDI	3,2
Sexual	89,2
Transf.Sg.	0,1
Ign.	6,9
Escolaridade	
Analfabeta	2,1
Fundamental	67,9
Ensino Médio	23,5
Ensino Superior	1,6
Ign	4,9
Raça	
Branca	53,4
Preta	13,1
Amarela	0,3
Parda	28,4
Ign.	4,8
Estado Marital	
Solteira	21,2
Casada-Companheiro	71,8
Separada-Divorciada	2,7
Viúva	1,4
Ign.	2,9

CRIANÇA COM AIDS-2006

Cat.Expos. Mãe	%
TV	0,5
UDI	9,4
Sexual	55,6
Transf.Sg.	1,1
Ign.	33,9
Escolaridade Mãe	
Analfabeta	1,7
Fundamental	51,1
Ensino Médio	8,9
Ensino Superior	38,3
Ign	0,1
Raça Mãe	
Branca	40,6
Preta	6,1
Amarela	0,6
Parda	24,4
Ign.	28,3
Estado Marital	
Solteira	11,7
Casada-Companheiro	57,8
Separada-Divorciada	4,4
Viúva	5
Ign.	21,1

SP: Estudo
Avaliação
TV
HIV/SÍFILIS
2009*



C

INÍCIO PROFILAXIA CÇA		
Até 2 horas	16	8,9
Entre 2 e 6 horas	10	5,6
Entre 6 e 24 horas	7	3,9
Após 24 horas	5	2,8
Não realizado	101	56,1
Ignorado	41	22,8
TEMPO PROFILAXIA CÇA		
Menos de 3 semanas	1	0,6
De 3 a 5 semanas	5	2,8
6 semanas	39	21,7
Não usou	99	55,0
Não se aplica/ Ignorado	36	20,0
ALEITAMENTO		
Sim	67	37,2
Não	53	29,4
Ignorado	59	32,8

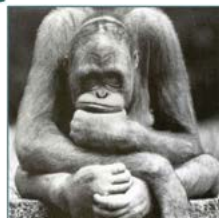


Há uma grande atenção e consequentes resultados positivos na prevenção do HIV por Transmissão Vertical



- Mesmo cenário
- Mesmos atores
- Conhecimento técnico disponível
- Insumos disponíveis

POR QUÊ não há a mesma ênfase para a prevenção da Sífilis Congênita??



C

Necessidade: Integração entre as áreas



Nota Técnica CCD - 001/2007 - Nº 185 - DOE 29/09/07
Assunto: Abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis

Nota Técnica 04/2007 - No 238 - DOE 19/12/07 Retificação No 5- DOE 09/01/08
Assunto: Padronização dos procedimentos laboratoriais para o diagnóstico sorológico da sífilis adquirida e congênita.

Nota Técnica em avaliação pelo DN-DST/AIDS
Assunto: "Diagnóstico Tardio do HIV em Crianças e Adolescentes Nascidas de Mães Portadoras do HIV".

Nota Técnica CCD – DOE 01/10/09
Assunto: O uso da penicilina benzatina na Rede de Atenção Básica à Saúde e demais Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo



2010
2012



Inserções Visibilidade Programática

Conselhos/Profissionais



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

13-03-2009

CREMESP e CRT DST/Aids de SP fazem parceria para combater sífilis congênita

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo e a Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP uniram-se para o enfrentamento da Sífilis Congênita.



Apenas 12,7% dos homens infectados procuram tratamento contra sífilis em SP







Jornal/Periódico

DO – SP
Seção I
Vol.118, nº 204
20/10/2008







Folder e cartazes destinados à população de gestantes e seus parceiros sexuais





C

Unimed
Paulistana

DIRRECoop - 01.01/2009
São Paulo, 19 de junho de 2009.

Envia: Médicos Cooperados Ginecologistas e Obstetras

Prezado Cooperado

Cumprido nosso Missão de promover soluções em saúde, sempre buscando a excelência, valorizando o trabalho do médico cooperado, atuamos em conjunto com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, no sentido de obtermos a erradicação de várias doenças e a redução da transmissão vertical do HIV.

Para tanto, estamos divulgando novamente as **recomendações técnicas** contidas na Portaria nº 89, de 2003, do Ministério da Saúde que aborda os exames de rotina no 2º trimestre de gestação para a realização de testes de sorologia VDRL e pesquisa de anticorpos para HIV no primeiro trimestre de gestação, **exames de rotina no 2º trimestre de gestação** e a administração de drogas antiretrovirais para grávidas com infecção por HIV reduzem a transmissão vertical desta doença.

Orienta seus pacientes a levarem à maternidade os resultados dos exames de VDRL e HIV, caso contrário os mesmos serão novamente realizados no momento da internação, gerando custos desnecessários à cooperativa.

Reiteramos a importância da leitura das recomendações de exames de rotina no pré-natal (eó anexo).

É também importante, em relação aos solicitações de exames, entendo, por exemplo, solicitar "sorologia para hepatite", e não o exame hepatograma que é o HBAG, o mesmo ocorrendo quando das solicitações de ultra-sonografias.

Temos a certeza de que com o seu empenhamento efetivo, a Unimed Paulistana continuará a prestar um atendimento de qualidade aos clientes, nosso maior patrimônio - e em consequência, todos nós cooperados passaremos a usufruir dos resultados obtidos.

Estamos à disposição para receber sugestões.

Cordialmente,

Dr. Mário Santiago Jr. Presidente
Dra. Jozia Regina C. Vianchi Diretora Secretária
Dr. José R. Gallo Ferrero Diretor Financeiro

ANEX - 01/01/07

Estabelecimento em Clonagem Nº 11-2113-8200 - Fax: 11-5118-2117
CNPJ Nº 06.908.000/0001-01
CNPJ Nº 11-2113-1910 - Fax: 11-2124-1044
CNPJ Nº 11-2113-3001 - Fax: 11-2119-0275



Sites importantes

- www.crt.saude.sp.gov.br
- www.aids.gov.br
- www.cve.saude.sp.gov.br
- www.saude.gov.br
- www.saude.sp.gov.br
- www.datasus.gov.br
- www.ibge.gov.br
- www.seade.gov.br

CRT- Programa Estadual de DST/Aids- São Paulo
epidemiocrt@crt.saude.sp.gov.br
11- 5087 9864 /9865



C

Ilustrações e Sensibilização

*Vai ser menino ou menina?
tanto faz.....*

*O importante é ...que venha SEM
infecção congênita.....*



Imatida@gmail.com



C

Acervo de Artes Finais

Seu filho, sua melhor vitória (2009)

AGCOM - Metodista



Seu filho é sua maior vitória. Comemore a saúde dele.

Durante a gravidez, a saúde do seu filho pode ser afetada pela Sífilis, que é uma doença sexualmente transmissível.

Cuide da vida do seu filho. Marque presença no posto de saúde e faça os exames.

O tratamento é fácil, rápido e garante a chegada de seu maior campeão ou campeã.

Mais informações no site www.crt.saude.sp.gov.br

Disque DST/AIDS: 0800 16 25 50



Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

Proteger mais (2005)



Você pode proteger mais do que as suas mãos alcançam.
Faça marcação cerrada e cuide da sua saúde.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser evitada com o uso da camisinha.

Faça o teste, a sífilis tem cura.

O tratamento é simples e evita a infecção da sua parceira.

Previna-se e jogue no time da saúde.

Consulte o serviço de saúde e comemore a vitória de uma vida repleta de saúde.

www.crt.saude.sp.gov.br DISQUE DST/AIDS: 0800 16 25 50



SECRETARIA
DA SAÚDE



Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

Seu filho espera uma vida saudável.

Faça o tratamento da sífilis e garanta
o nascimento de quem você ama.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode até provocar a morte do seu bebê.

O tratamento é simples e deve ser feito por você e seu parceiro.

Faça os exames e cuide de quem mais precisa da sua atenção.

A sífilis tem cura.

Mais informações no site www.crt.saude.sp.gov.br

DISQUE DST/AIDS: 0800 16 25 50



SECRETARIA
DA SAÚDE



Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

Diagnosticar e tratar grávidas



Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

C

Apoio institucional: CREMESP

COMO TRATAR EM CASO DE:

Sífilis Primária - com cancro duro:
Penicilina benzatina - 1 série** (dose única)
Dose total: 2.400.000 UI via IM.

Sífilis secundária - com lesões cutâneas não ulceradas e menos de um ano de evolução:
Penicilina benzatina - 2 séries (intervalo entre séries 7 semanas)
Dose total: 4.800.000 UI.

Sífilis terciária - sífilis com mais de um ano de evolução ou duração ignorada:
Penicilina benzatina - 3 séries (intervalo entre séries 7 semanas)
Dose total: 7.200.000 UI.

**1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo
Fonte: Manual para controle de Sífilis Congênita, Ministério da Saúde, p. 29, 2005.

Lembre-se! Anotar ou anexar na carteira da gestante todos os resultados, tratamento e datas, inclusive do parceiro sexual!

Orientar para que a gestante tenha a carteira em seu poder na hora do parto.

DESAFIOS PARA A ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

- Aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal com ações integradas;
- Ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e o consequente tratamento durante o pré-natal e no momento do parto.

ATENÇÃO REDOBRADA NA TRANSMISSÃO MATERNO INFANTIL

O feto não deverá ser considerado como tratado se o tratamento da mãe não tiver sido realizado com penicilina, ou, se realizado nos 30 dias anteriores ao parto.

Fonte: Manual para controle de Sífilis Congênita, Ministério da Saúde, p. 29, 2005.

NA GESTANTE COM SÍFILIS É CONSIDERADO TRATAMENTO INADEQUADO:

- A aplicação de qualquer terapia não penicilínica
- A aplicação diferente de terapia penicilínica incompleta
- Instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto ou
- Parceiro sexual não tratado

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS DE SÃO PAULO
Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana
São Paulo - SP - 04121-000

Disque DST/AIDS - 0800 16 25 50
E-mail: sifilis@crt.saude.sp.gov.br

Visite nossa página na Internet:
www.crt.saude.sp.gov.br

Apoiar: Realização:

Fontes: sites de diagnóstico e tratar as mulheres grávidas com sífilis (o bebê agradece e sua mãe também)

*Envio de 100.000 folhetos para todos os médicos do Estado de São Paulo

Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

C

Família, abordagem sindrômica: Sífilis

LEMBRE-SE
As DST são porta de entrada para o HIV (vírus da AIDS).
Tratando as DST você também se protege do HIV.

CONHEÇA AS
DST
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SÍFILIS

O uso correto de preservativos (masculino ou feminino) é fundamental na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

O tratamento é gratuito em todas unidades públicas de saúde. Parceiros (as) de pessoas com DST devem receber o mesmo tratamento.

Ligue gratuitamente:
DISQUE DST - AIDS
0800-162550

SÍFILIS

O que é Sífilis?
Doença Sexualmente Transmissível, a sífilis afeta homens e mulheres. Quando não tratada pode acarretar graves prejuízos à saúde.

Como se prevenir?
Use preservativo em todas as práticas sexuais (oral, anal, vaginal). O preservativo (masculino ou feminino) deve ser colocado desde o início da relação sexual.

Como saber se eu tenho sífilis?
Ao perceber qualquer um dos sinais ou sintomas citados, procure imediatamente um posto de saúde. Se você não apresenta nenhum sinal ou sintomas, mas teve contato sexual sem preservativo, procure um serviço de saúde para realização de exames para sífilis.

Quais são os sinais e sintomas ?
Em geral, um dos primeiros sinais da doença é uma pequena ferida (cancro duro), indolor, sem secreção e bordas duras, que pode surgir no pênis, vagina, ânus ou boca. A ferida costuma desaparecer após alguns dias, mesmo sem tratamento. Entretanto, o microrganismo causador da doença continua ativo na corrente sanguínea. Após alguns meses, a sífilis volta a se manifestar. Surgem manchas em várias partes do corpo, inclusive nas palmas das mãos e solas dos pés. Estes sintomas também desaparecem sem tratamento, porém a doença continua avançando. Quando não identificada e tratada, a sífilis pode provocar: cegueira, paralisia, doenças neurológicas e problemas no coração.

Atenção
A sífilis é transmitida de mãe para filho (sífilis congênita), caso não seja realizado o diagnóstico e tratamento da doença durante a gestação. Toda grávida deve fazer pré-natal e solicitar o exame para sífilis.

A doença tem cura?
Sim. Com diagnóstico e tratamento corretos a cura é de 100%.

Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

Livros e Manuais

HIV e Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo

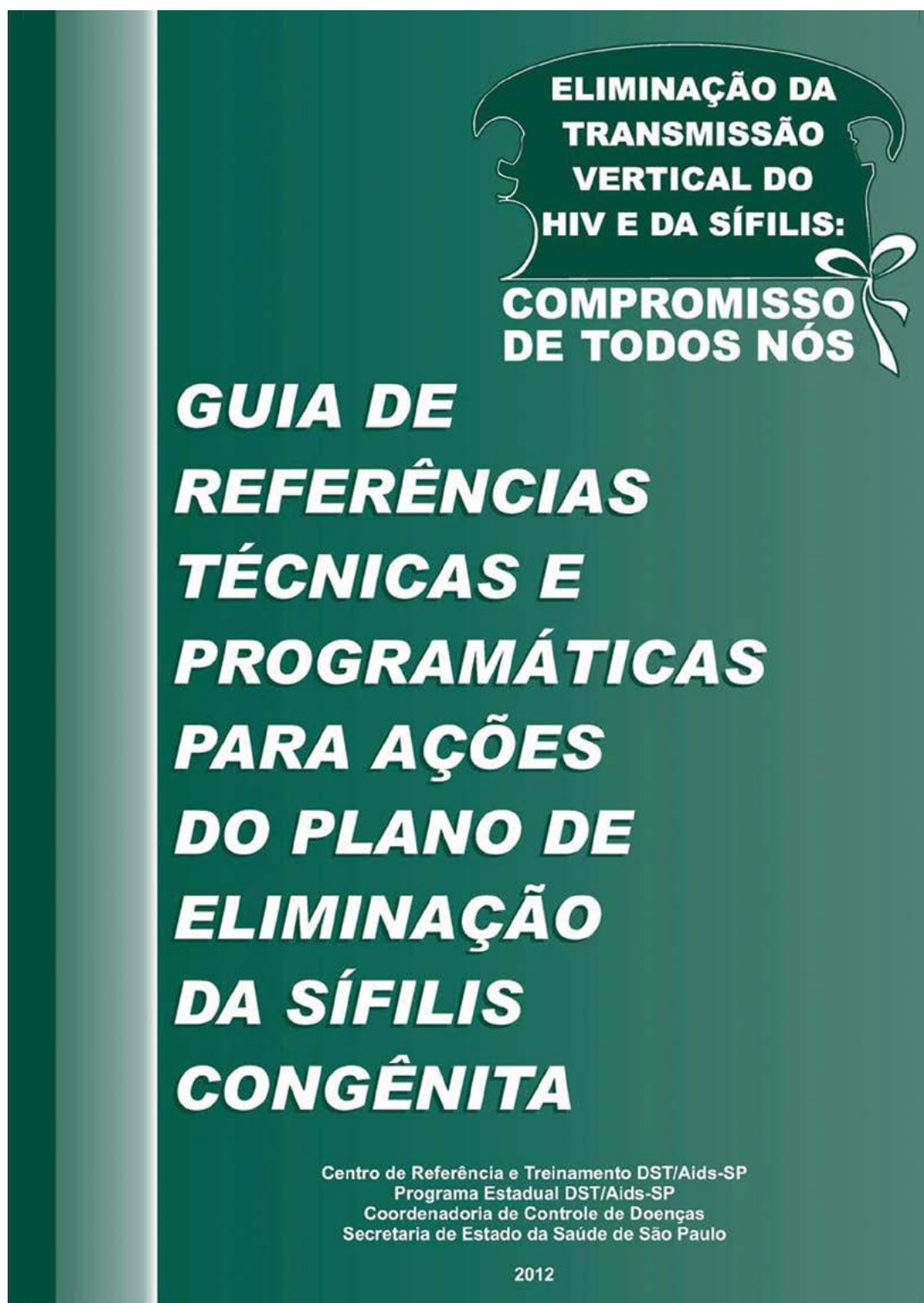


Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

C

Compromisso de todos nós

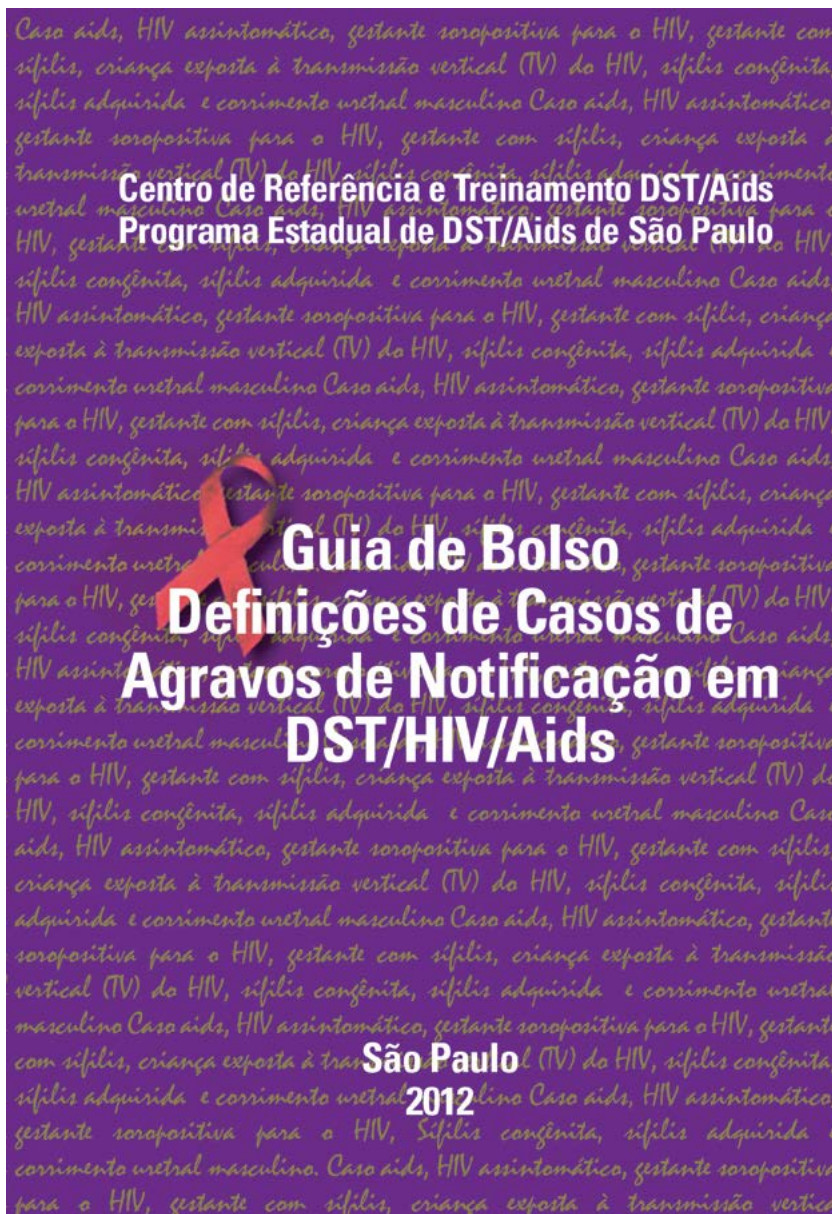


Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

C

Guia de Bolso
Definições de Casos de Agravos de Notificação em DST/HIV/Aids



Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

AIDS T

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

C.R.T. . DST/AIDS . C.V.E. . ANO XXX - Nº 1 . 2013

Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.-ano), estado de São Paulo

Ano	Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.-ano)
1985	0
1987	1
1989	5
1991	12
1993	18
1995	22
1997	18
1999	12
2001	10
2003	9
2005	8
2007	7
2009	6
2011	5
2013	4

30 ANOS DE EPIDEMIA
15 ANOS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE

Acesse a versão 2014 no site:

www.crt.saude.sp.gov.br

Veja mais publicações em:
issuu.com/crtdestaidsspertaids

issuu Upload publication About Business Create Account Sign In

FOLLOW 24 Publications 1 Stack 3 Followers

CRT DST/Aids
 São Paulo, Brazil

O Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS-SP (CRT-DST/AIDS) é uma unidade de referência normativa, de avaliação e de coordenação do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida AIDS no Estado de São Paulo.
www.crt.saude.sp.gov.br

Sociedade Civil - A Diferença na Resposta Paulista ao HIV/AIDS
 CRT DST/Aids

Portaria - Teste Rápido
 CRT DST/Aids

Boletim Epidemiológico 2013
 CRT DST/Aids

Bandeiras Positivas
 CRT DST/Aids

O tempo não para
 CRT DST/Aids
 Experiências de prevenção às DST, HIV e Aids com e para adolescentes e jovens

Boletim Epidemiológico 2012
 CRT DST/Aids

boletim2011
 CRT DST/Aids

HIV e Sifilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo
 CRT DST/Aids

You can create stacks of great publications and share them with friends.

boletim2010
 CRT DST/Aids

boletim2009
 CRT DST/Aids

Masculinidades e Prevenção às DST/AIDS

boletim2008
 CRT DST/Aids

bandeiras positivas

C

Veja a página desta publicação:

www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhiv



The image shows the cover of a technical and programmatic guide. At the top left, there is a logo with two stylized figures, one holding a heart, and the text: "Eliminação da Transmissão Vertical do HIV Compromisso de todos nós". To the right of the logo, the title of the guide is written in large, bold letters: "GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV". Below the title, there is a list of menu items on the left side: "Apresentação", "Guia (versão digital)", "Anexos", "Materiais Educativos", "Vídeos", "Programas Úteis", and "Expediente". In the center, there is a section titled "Seja Bem-Vindo" followed by a paragraph and a bulleted list of contents: "Apresentação", "Guia (Versão Digital)", "Anexos", "Materiais Educativos", "Artigos, Textos e Manuais", "Vídeos", "Legislação", and "Programas Úteis". At the bottom of the central section, there is a small instruction: "Clique nas opções do menu ao lado (lateral esquerda), para ter acesso aos itens acima e visualizar o Guia na Versão Digital." The background of the cover is light blue with a faint watermark of the logo and text.

Eliminação da Transmissão Vertical do HIV
Compromisso de todos nós

GUIA DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS E PROGRAMÁTICAS PARA ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Apresentação

Guia (versão digital)

Anexos

Materiais Educativos

Vídeos

Programas Úteis

Expediente

Seja Bem-Vindo ao Contéudo do Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do plano de eliminação da Sífilis Congênita, neste CD você irá encontrar:

- Apresentação
- Guia (Versão Digital)
- Anexos
- Materiais Educativos
- Artigos, Textos e Manuais
- Vídeos
- Legislação
- Programas Úteis

Clique nas opções do menu ao lado (lateral esquerda), para ter acesso aos itens acima e visualizar o Guia na Versão Digital.

www.crt.saude.sp.gov.br



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-99792-23-0



9 788599 792230



www.crt.saude.sp.gov.br