



Manejo da criança ao exposta HIV

Cynthia Rodamilans Serra Lorenzo
Infectopediatra - CEDAP

10/06/2025

Membro do Comitê Técnico Assessor para Tratamento Antirretroviral em Crianças e Adolescente - MS

Médico Pediatra de Referência em Genotipagem do HIV - MS

Membro da câmara Técnica de HIV - Sesab

Mestre em Medicina e Saúde- UFBA



Considerações Iniciais



- ❑ Estima-se 39.9 milhões [36,1 milhões – 44,6 milhões] de pessoas vivendo com HIV em 2023 2024.
- ❑ Cerca de 1,4 milhão [1,1 milhão-1,7 milhão] de crianças vivem com HIV/AIDS em 2023. 2024, 86% na África subsaariana.
- ❑ Desde 2010, novas infecções por HIV em crianças diminuíram em 62%, de 310 000 [210 000-490 000] em 2010 para 120.000 relacionadas [83.000-170.000] em 2023.
- ❑ Crianças corresponderam a 12% das mortes por doenças relacionadas à AIDS apesar de representarem apenas 3% do total das infecções por HIV.

2024 GLOBAL AIDS UPDATE - 22/07/2024

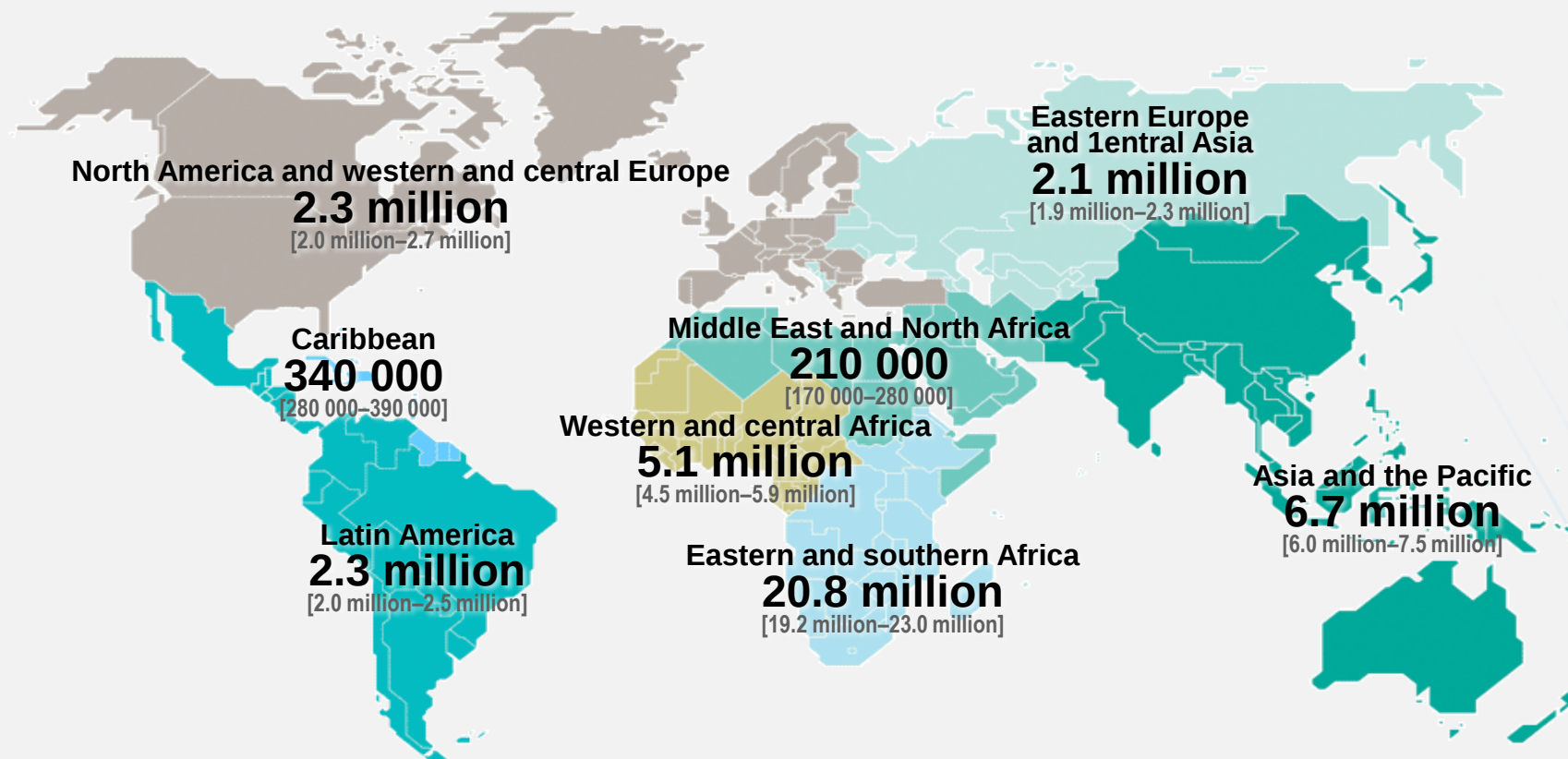
- ❑ EUA : 53 casos diagnosticados em 2021 comparados com 105 em 2017; entre 2017-2021 , 12.569 crianças foram expostas ao HIV e nasceram sem infecção por TV

<https://hivinfo.nih.gov/acessado> 28/05/25

HIV na infância: doença negligenciada'



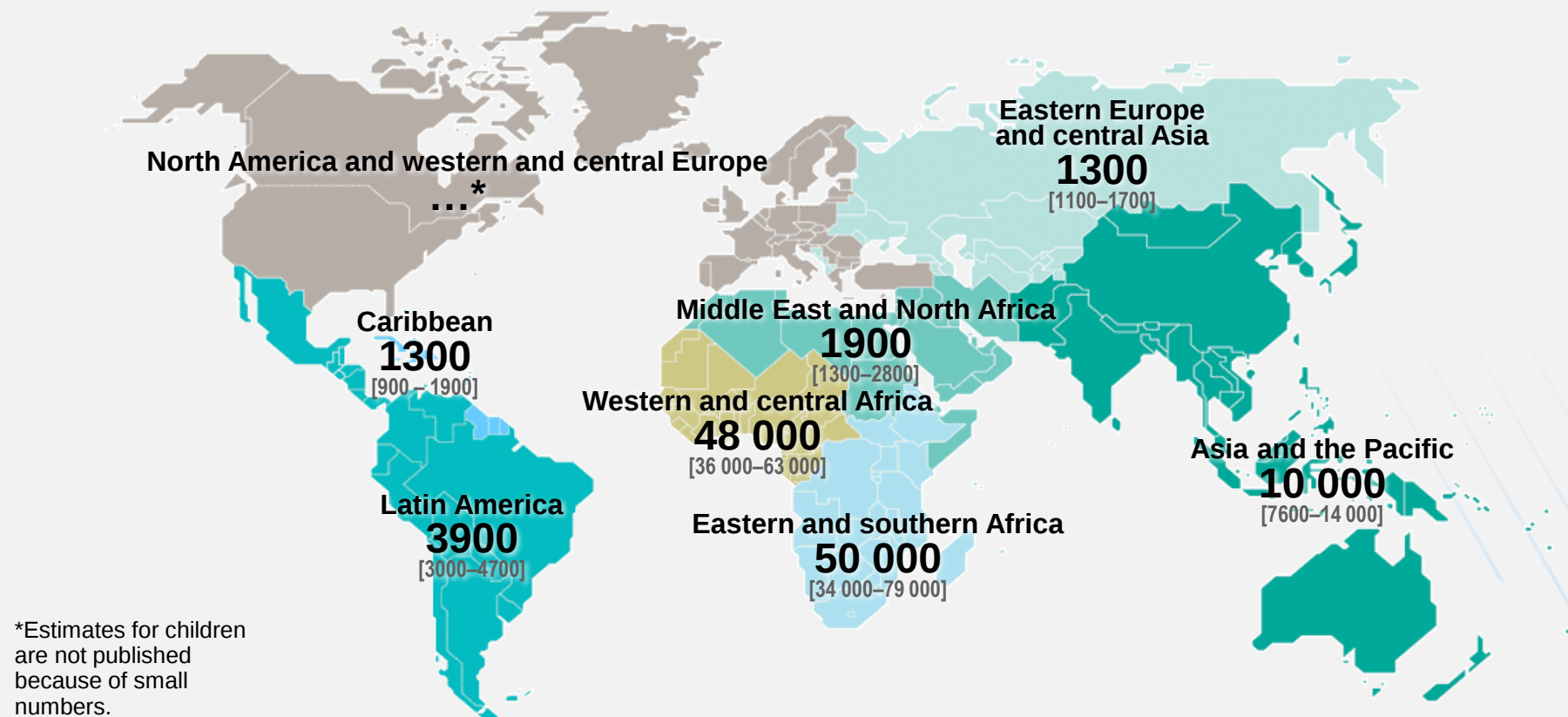
Número estimado de adultos e crianças vivendo com HIV



Total: 39.9 million [36.1 million–44.6 million]

Número estimado de crianças (<15 years) com novas infecções pelo HIV 2023

web
PALES
TRA



Total: 120 000 [83 000-170 000]



Metas para acelerar a resposta



Até 2020

90-90-90

Tratamento

Até 2030

95-95-95

Tratamento

500 000

Novas infecções em adultos

200 000

Novas infecções em adultos

ZERO

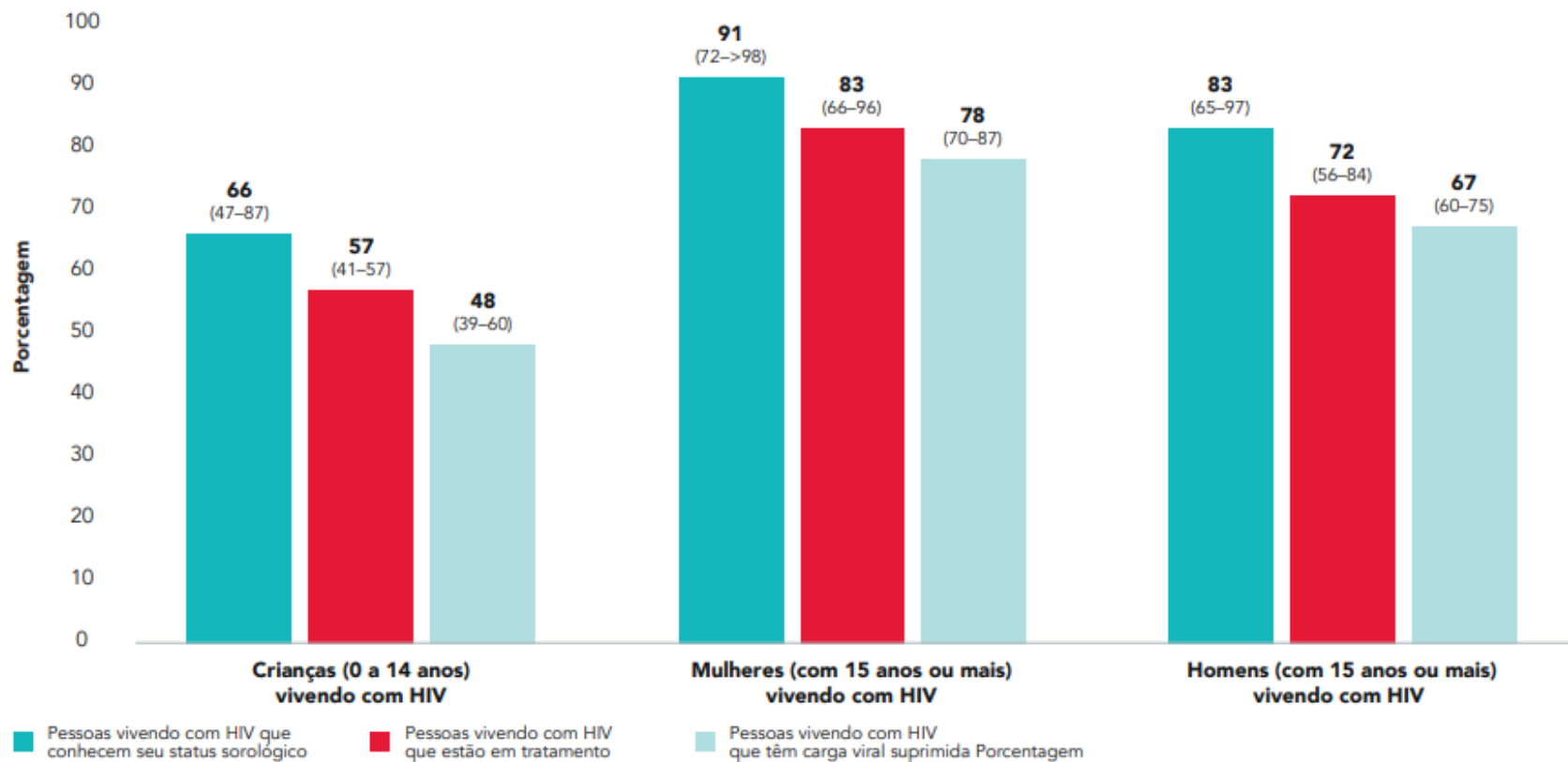
Discriminação

ZERO

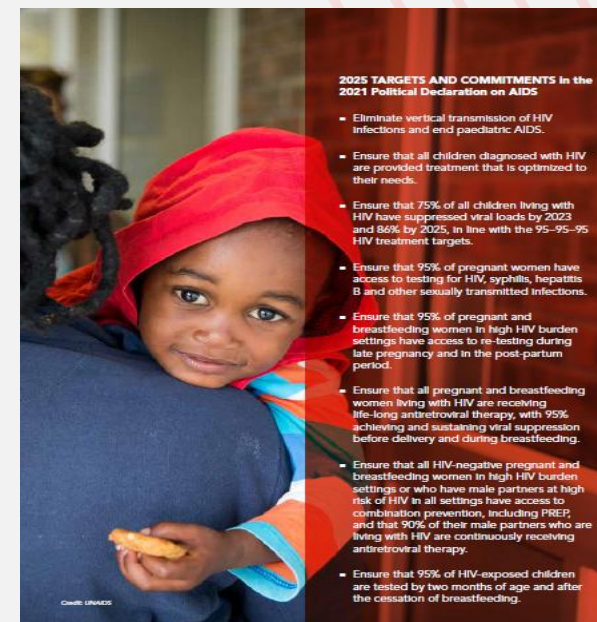
Discriminação



Figura 0.7 Cascata de teste e tratamento entre crianças, mulheres e homens, global, 2023



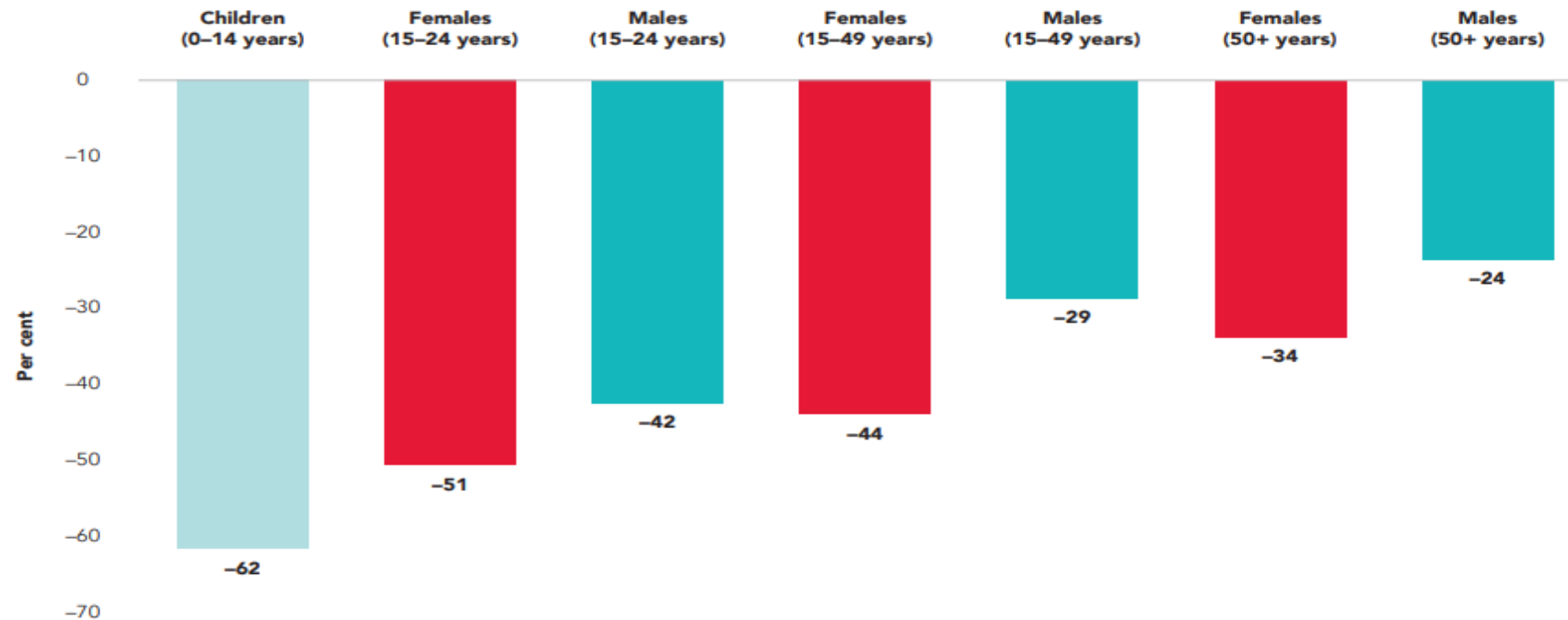
Fonte: Análise adicional das estimativas epidemiológicas do UNAIDS, 2024.



Proporção de declínio do número de novas infecções entre 2010-2023 em diferentes grupos

web
PALES
TRA

Figure 1.5 Percentage change in annual new HIV infections between 2010 and 2023 by age group and sex, global



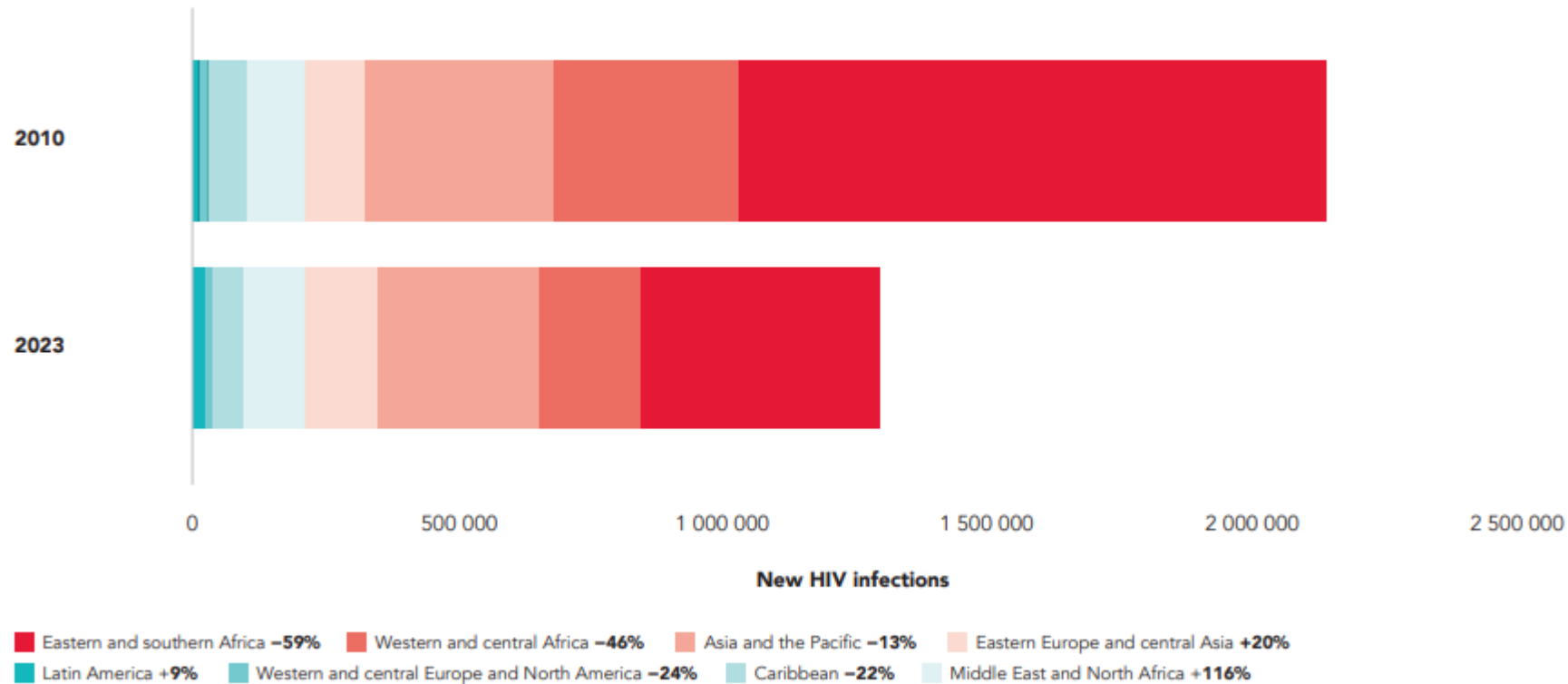
Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

- 2024 GLOBAL AIDS UPDATE

Distribuição de novas infecções por HIV em crianças



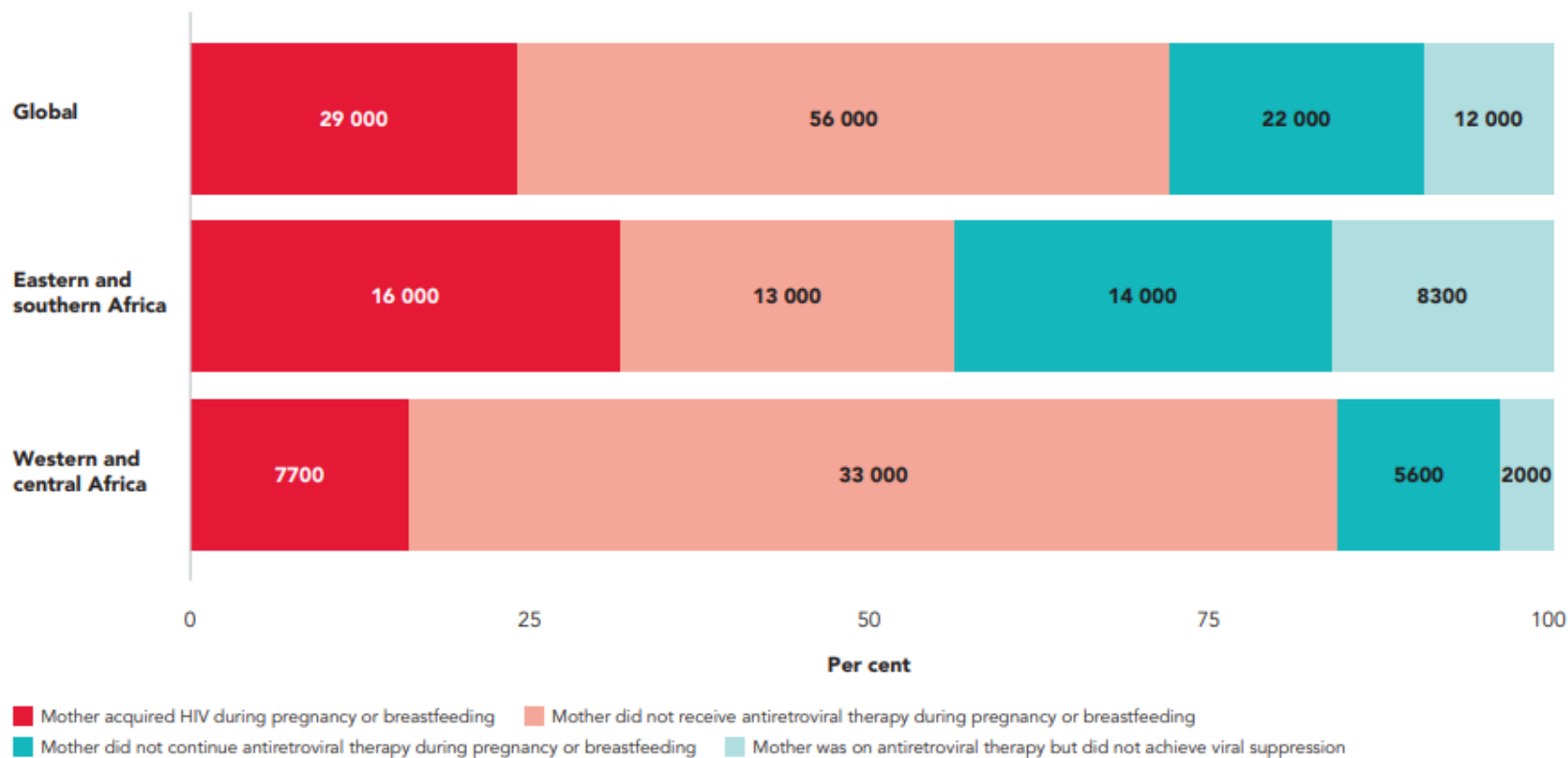
Figure 1.2 Distribution of new HIV infections and percentage change between 2010 and 2023, total population, by region



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Percentual de novas infecções por TV por causa de transmissão

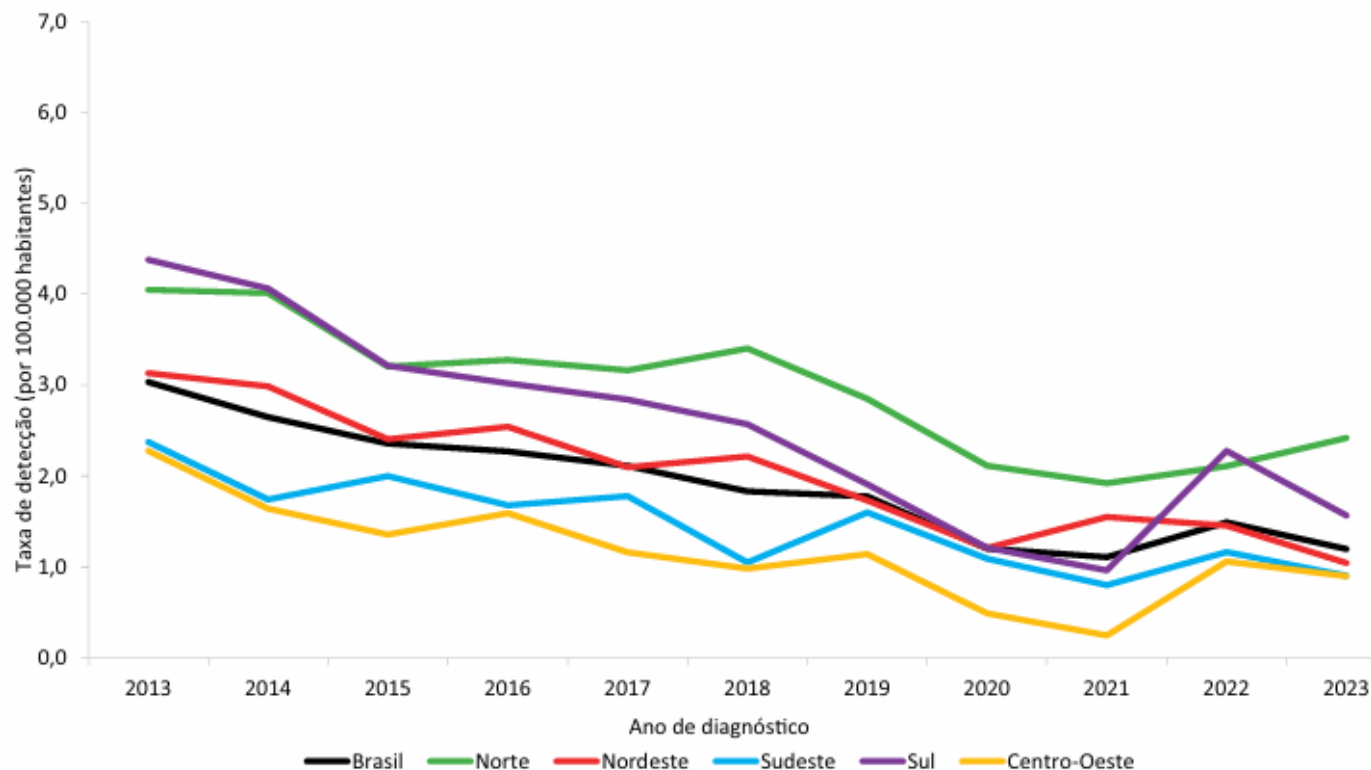
Figure 4.3 Percentage of new vertical HIV infections by cause of transmission, global and selected regions, 2023



Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

- 68% das mães não receberam ARV durante a gestação ou amamentação
- 32% das mães não conseguiram deixar de se infectar durante a gestação ou amamentação

Taxa de detecção de AIDS (100.000 hab.) em menores de 5 anos; segundo Unidade federativa e capital de residência. Brasil 2023



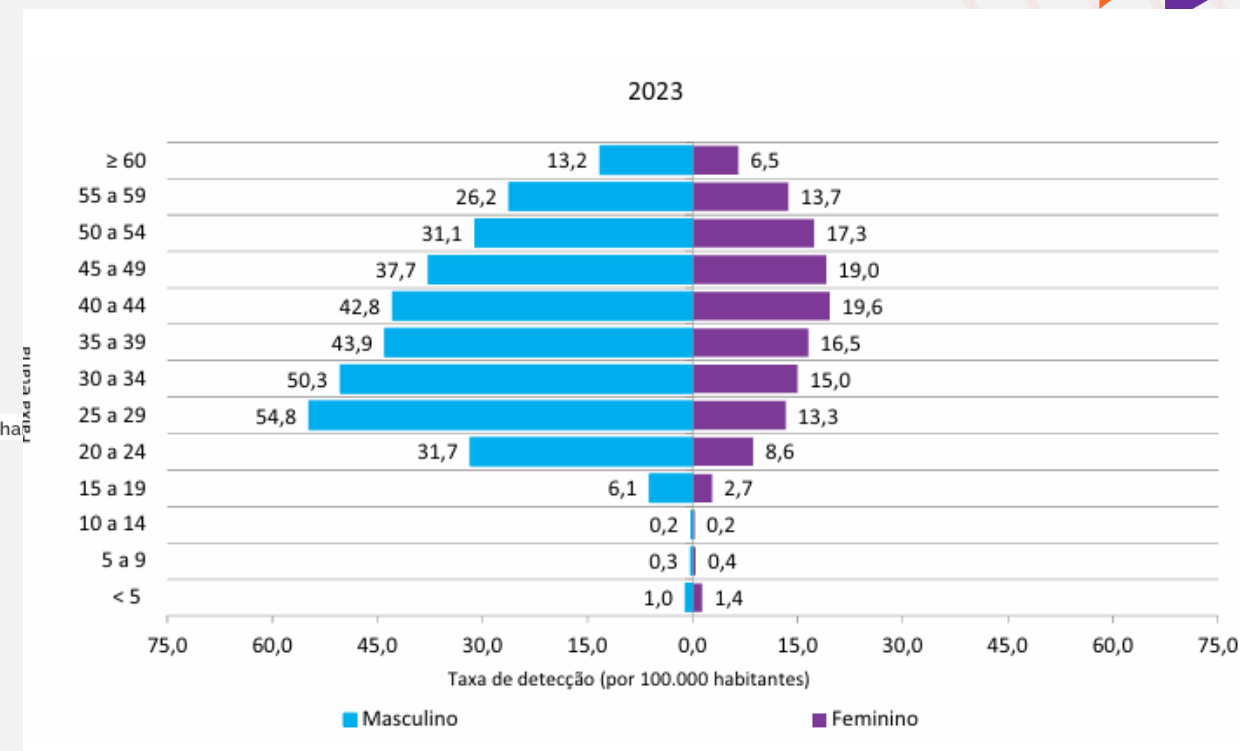
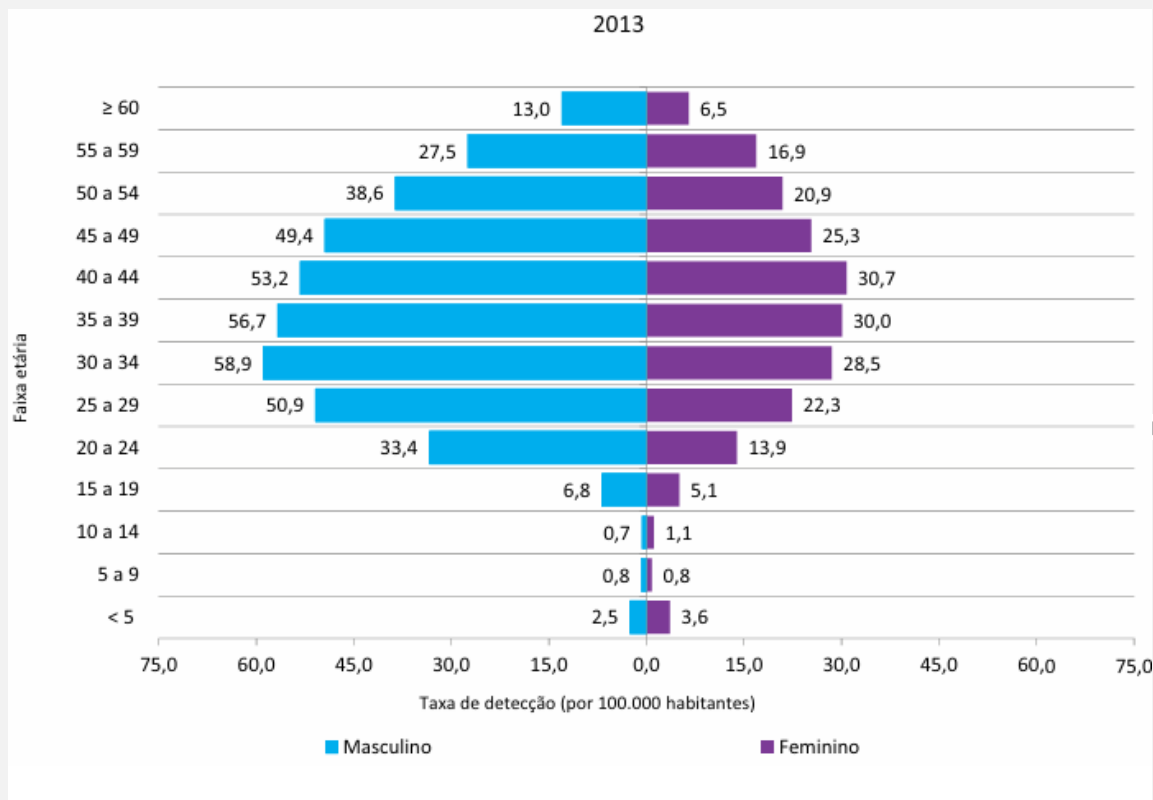
Fonte: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/SVSA/MS; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (dados extraídos em outubro de 2024).

Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2024; no SIM, de 2000 a 2023.

2023:
Casos HIV em
< 13 anos :
• 88,1% dos
casos TV
• 11,9%
ignorados-

Taxa de detecção de AIDS (100.000 hab.) segundo faixa etária e sexo. Brasil 2013-2023

web
PALES
TRA

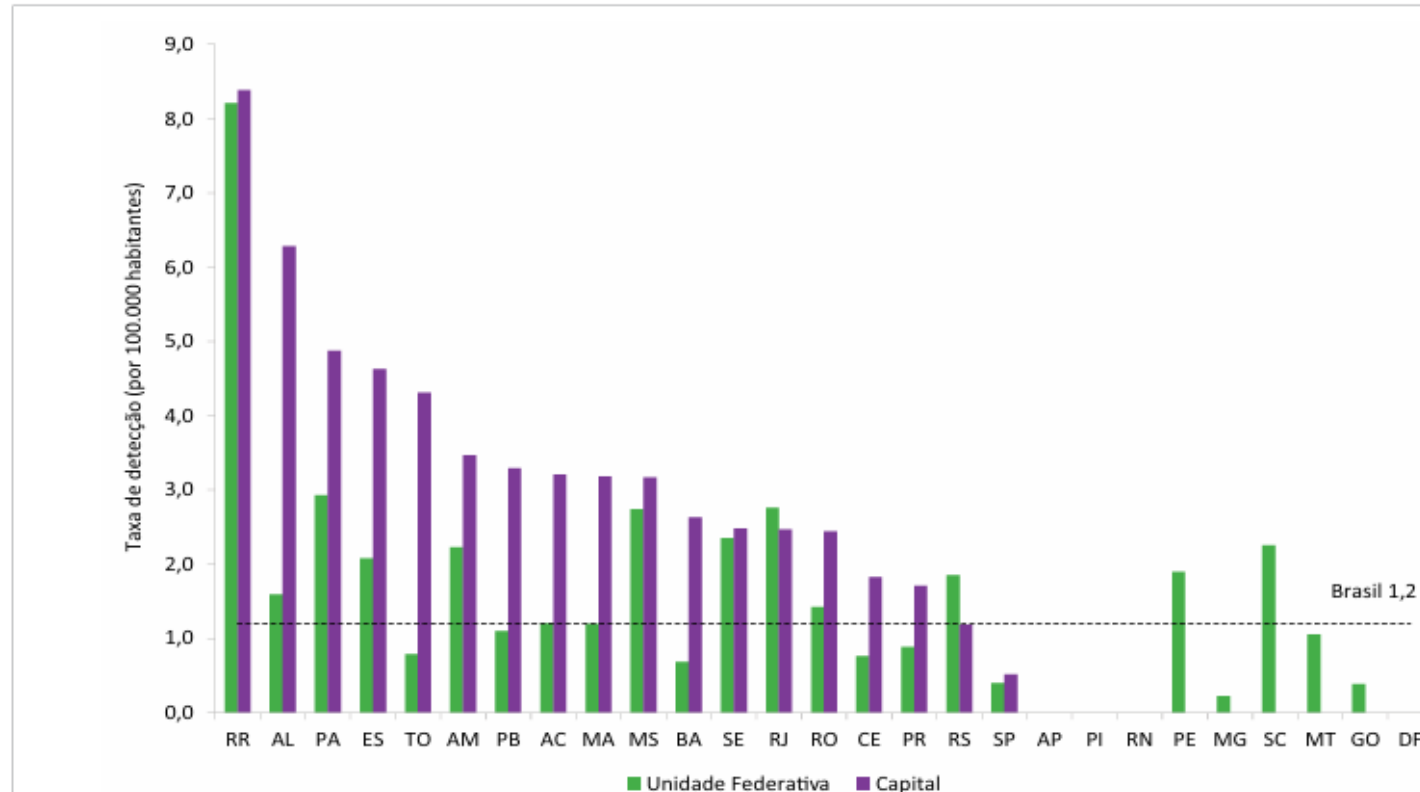


Fonte: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/SVSA/MS; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (dados extraídos em outubro de 2024). Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2024; no SIM, de 2000 a 2023.

Taxa de detecção de AIDS (100.000 hab) em menores de 5 anos; segundo Unidade federativa e capital de residência. Brasil 2023



FIGURA 14 Taxa de detecção de aids (por 100.000 habitantes) em menores de 5 anos, segundo Unidade Federativa e capital de residência. Brasil, 2023⁽¹⁾



Fonte: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/SVSA/MS; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (dados extraídos em outubro de 2024).

Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2024; no SIM, de 2000 a 2023.

Transmissão Vertical do HIV



- ❑ Corresponde a > 90% dos casos de infecção em < 15 anos (*Siberry et al, 2014*).
- ❑ TV sem intervenção ocorre em 15-45% dos casos (*Sperling et al, 1996*). Pode ser evitada em $\approx 99\%$ dos casos quando todas as medidas para profilaxia são adotadas. (*Cooper et al, 2002; Hazra et al 2010*).
- ❑ Cada criança infectada diagnosticada é considerada um "evento sentinela" em locais com programas de PTV bem estruturados (*Fowler, 2010*).





Considerações iniciais

Criança
exposta ao
HIV:

criança $\leq$ 18 meses cuja mãe é soropositiva para HIV (diagnóstico anterior ou durante a gestação) ainda sem definição diagnóstica (ainda sem resultado de carga viral e/ou DNA proviral).



SOROLOGIA POSITIVA APENAS INDICA INFECÇÃO MATERNA E NÃO DA CRIANÇA!

Criança
infectada ao
HIV:

1

criança $>$ 18 meses com sorologia ou TRD positivo para HIV (diagnóstico igual adulto).

2

criança $<$ 18 meses com diagnóstico por carga viral e/ou DNA proviral confirmado.

Transmissão vertical do HIV

web
PALES
TRA

Momento da transmissão:



Intraútero: PCR RNA (+) até 72h de vida

20-25%



Periparto: PCR RNA (-) até 72h e (+) até 6 semanas

35-50%



Pós-parto: PCR RNA (-) até 6 semanas e (+) depois

25-35%



O RISCO DE TRANSMISSÃO É GRANDE QUANDO A MULHER ADQUIRE O HIV DURANTE A GESTAÇÃO/AMAMENTAÇÃO

Protocolo de prevenção TV HIV

➤ Ideal diagnóstico antes da gestação

Testagem da futura gestante
e parceria

Iniciar
ARV

CV
indetectada

➤ Testagem na 1ª consulta de PN no diagnóstico da gestação

Teste rápido HIV e sífilis

➤ Uso de ARV para TODAS as gestantes

➤ Atingir a CV indetectável o mais rápido possível

HIV na Gestação - Via de Parto



CV não detectável na 34^a sem gestacional

- Indicação obstétrica, preferencialmente vaginal. Não utilizar AZT venoso.
- TARV habitual, via oral

CV detectável, porém < 1000 cp/mL na 34^a sem gestacional

- Indicação obstétrica, pode ser vaginal
- Uso de AZT, EV, no parto

CV detectável ou desconhecida na 34^a sem gestacional

- Cesareana, eletiva, empelicado, a partir de 38^a sem
- Uso de AZT, EV, no parto



SECRETARIA
DA SAÚDE

Protocolo de prevenção TV HIV

web
PALES
TRA

Escolha da via de parto adequada

Uso de AZT endovenoso para parturiente

Cuidados com o RN

Introdução do ARV para o RN

Não amamentação (materno ou cruzado)

Manejo do RN exposto ao HIV

web
PALES
TRA

Classificação de risco de exposição ao HIV

Baixo Risco

Uso de TARV desde a primeira metade da gestação **E** com carga viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) **E** sem falha na adesão à TARV

Alto Risco

Mães sem pré-natal **OU**;
Mães sem TARV durante a gestação **OU**;
Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam **OU**;
Mães com início da TARV após a 2ª metade da gestação **OU**;
Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento **OU**;
Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não a TARV **OU**;
Mães sem CV-HIV conhecida **OU**;
Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico ou seguimento prévio)

PGDT/MS, 2024

OBS: carga viral do HIV indetectável = resultado inferior a 50 cópias

carga viral do HIV detectável = resultado igual ou superior a 50 cópias

Manejo do RN exposto ao HIV



Sala de parto

Cuidados em sala:

- ✓ Parto empelicado (quando possível)
- ✓ Evitar manipulação excessiva
 - Compressas macias, evitar aspiração
- ✓ Banho precoce (se bebê em condições)
- ✓ Clampeamento precoce do cordão umbilical (imediato se mãe instável)
 - Especialmente em casos de alto risco

Coleta da carga viral:

- ✓ Preferencialmente antes da profilaxia
 - Não atrasar seu início à espera da coleta
- ✓ Amostra **NÃO** deve ser coletada do cordão umbilical

Manejo do RN exposto ao HIV

web
PALES
TRA



Sala de parto

➤ Profilaxia iniciada ainda na sala de parto

Preferencialmente nas primeiras
4h de vida

Até 48h



Após esse prazo avaliação
individualizada

Resultado da
carga viral
detectado



Nova coleta
imediata para
confirmação
diagnóstica



Solicitar
genotipagem

Incluir integrase se mãe em
uso de INST

PCDT/MS, 2024

Profilaxia RN exposto

web
PALES
TRA



Profilaxia:

Administração ARV (1 a 3 drogas) a RN sem infecção documentada pelo HIV

Profilaxia RN exposto

web
PALES
TRA



Tratamento preemptivo do HIV

Administração de regime de 3 drogas a um RN com alto risco de infecção

Objetivo é iniciar tratamento precoce de uma criança confirmada como infectada posteriormente

Profilaxia RN exposto

web
PALES
TRA

Tratamento do HIV

Administração de regime de 3 drogas a um RN com
infecção pelo HIV documentada

Manejo do RN exposto ao HIV

web
PALES
TRA

Quadro 2 – Seguimento laboratorial da criança exposta ao HIV com carga viral

EXAME	QUANDO COLETAR
Carga viral	Ao nascimento
	Aos 14 dias de vida
	2 semanas após o término da profilaxia (6 semanas de vida)
	8 semanas após o término da profilaxia (12 semanas de vida)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Assim, a criança será considerada positiva para a infecção pelo HIV (criança vivendo com HIV) quando apresentar:

- › um resultado de carga viral do HIV detectável seguido de um exame de DNA pró-viral detectável,

OU

- › dois resultados de carga viral do HIV detectáveis, sendo o segundo com valor igual ou superior a 100 cópias/mL.

Fazer DNA proviral ou repetir CV imediatamente se CV detectada em qualquer número de cópias .

Se 1ª CV detectado: coletar amostra para genotipagem junto com o segundo exame e aguardar até resultado;
Passar para 3 drogas se em uso de profilaxia apenas com AZT.

PCDT/MS, 2024

Manejo do RN exposto ao HIV

web
PALES
TRA

Quadro 2 – Seguimento laboratorial da criança exposta ao HIV com carga viral

EXAME	QUANDO COLETAR
Carga viral	Ao nascimento
	Aos 14 dias de vida
	2 semanas após o término da profilaxia (6 semanas de vida)
	8 semanas após o término da profilaxia (12 semanas de vida)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Assim, a criança será considerada positiva para a infecção pelo HIV (criança vivendo com HIV) quando apresentar:

- › um resultado de carga viral do HIV detectável seguido de um exame de DNA pró-viral detectável,

OU

- › dois resultados de carga viral do HIV detectáveis, sendo o segundo com valor igual ou superior a 100 cópias/mL.

Não suspender ARV até
definição diagnóstica
(tratamento preemptivo)

Dar alta da maternidade
com consulta em serviço
especializado já
agendada

Preferencialmente
após checagem do
resultado da CV inicial

PCDT/MS, 2024



TelessaúdeBA

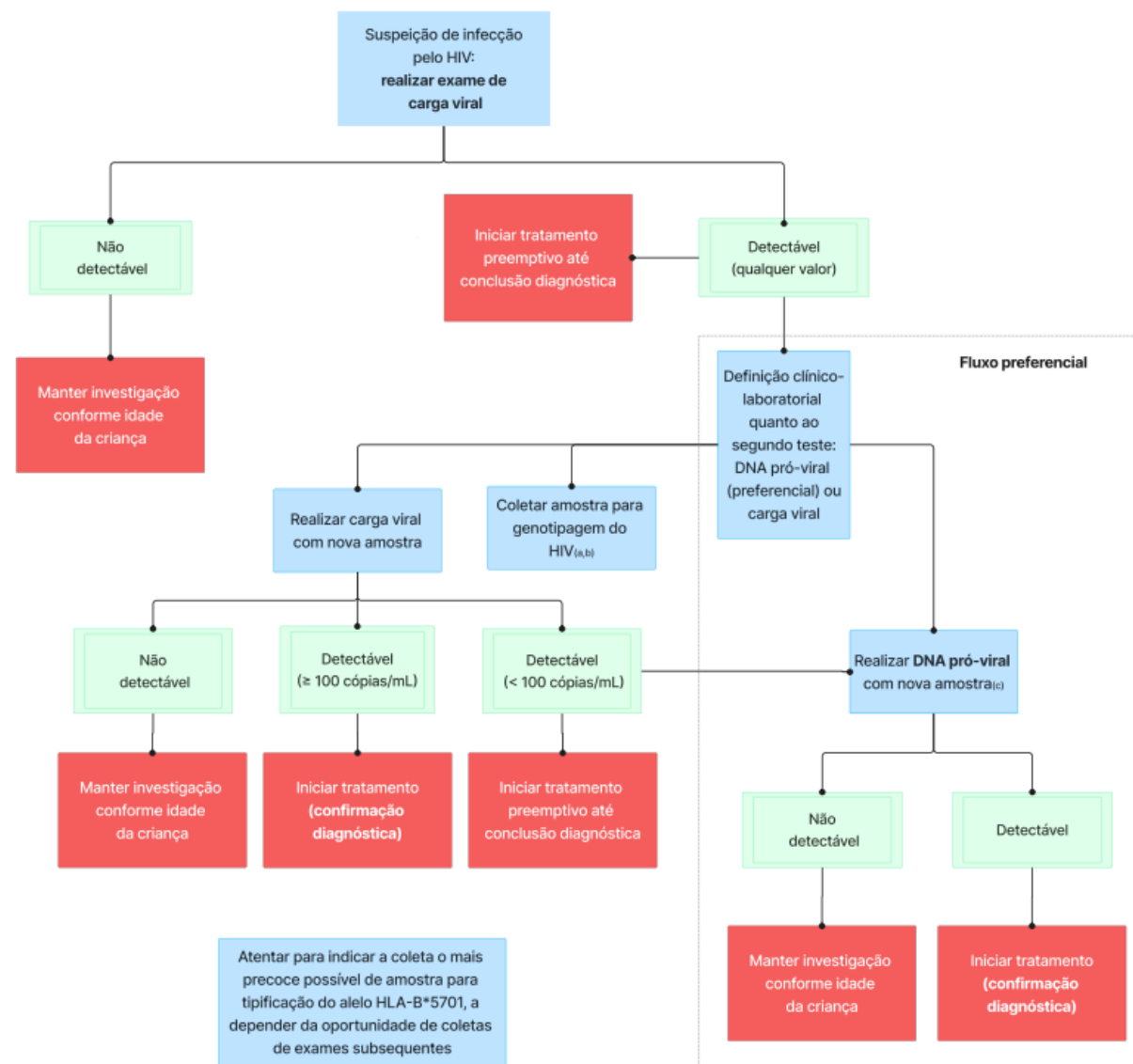
FCSF SUS
Fundação Estadual Saúde da Família

SUS

PALESTRA

SECRETARIA
DA SAÚDE

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



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) A amostra deve ser coletada logo após o resultado de carga viral detectável, mas o exame somente será realizado após a conclusão diagnóstica.

^(b) O exame de genotipagem somente será realizado se o resultado da primeira carga viral for superior a 500 cópias/mL.

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

Observações:

1. Não postergar o início ou a manutenção da terapia antirretroviral até o resultado da genotipagem do HIV.

2. Atentar para a indicação da coleta o mais precoce possível de amostra para tipificação do alelo HLA-B*5701, conforme a oportunidade de coletas de exames subsequentes.

web
PALESTRA

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA SAÚDE



**DIAGNÓSTICO PRECOCE
NA MATERNIDADE É
MANDATÓRIO!**

Esquemas profiláticos para RN expostos

web
PALES
TRA

RISCO DE TV	IG (SEMANAS)	ARV INDICADOS	DURAÇÃO
Baixo risco	Qualquer	Zidovudina	4 semanas
Alto Risco	37 ou mais	<u>Opção preferencial:</u> zidovudina + lamivudina + raltegravir <u>Opção alternativa:</u> zidovudina + lamivudina + nevirapina	4 semanas
	34 a 37	Zidovudina + lamivudina + nevirapina	
	Menos de 34	Zidovudina	

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Legenda: TV = transmissão vertical; IG = idade gestacional; ARV = antirretrovirais.

Doses dos ARVs de acordo com a IG

Zidovudina (VO)	35 ou mais	4 mg/kg/dose de 12/12h.	4 semanas
	30 a 35	2 mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias + 3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia.	
	Menos de 30	2 mg/kg/dose de 12/12h. Se necessário, a dose intravenosa corresponderá a 75% da dose VO, de 12/12h.	
Lamivudina (VO)	34 ou mais	Do nascimento até 4 semanas de vida: 2 mg/ kg/dose de 12/12h.	4 semanas
Raltegravir (VO)	37 ou mais ^(c)	1ª semana: 1,5 mg/kg/dose 1x por dia ^(d) . A partir da 2ª semana até 4ª semana: 3 mg/kg/ dose de 12/12h.	4 semanas
Nevirapina (VO)	34 a 37	1ª semana: 4 mg/kg/dose de 12/12h. A partir da 2ª semana até 4ª semana: 6 mg/kg/ dose de 12/12h.	4 semanas
	37 ou mais (alternativa ao raltegravir no alto risco)	6 mg/kg/dose de 12/12h.	

Dose Zidovudina intravenosa

web
PALES
TRA

Quadro 7 – Esquemas de administração de zidovudina injetável a serem utilizados na impossibilidade de administração por via oral a recém-nascidos expostos ao HIV

IG (SEMANAS)	DOSE DE ZIDOVUDINA (IV)	DURAÇÃO
35 ou mais	3 mg/kg de 12/12h	4 semanas
30 a 35	1,5 mg/kg/dose de 12/12h nos primeiros 14 dias de vida + 2,3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia de vida	4 semanas
Menos de 30	1,5 mg/kg/dose de 12/12 horas	4 semanas

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Legenda: IG = idade gestacional ao nascimento; IV = intravenosa.

Orientações na maternidade

web
PALES
TRA

Dispensar fórmula infantil e orientar o uso



Vacinas podem ser administrada sem contraindicação

Fornecer informações das condutas em relatório de alta



Acolher mãe, avaliar suporte emocional e fornecer estratégias que evitem a amamentação após a alta ou abandono do seguimento

PCDT/MS, 2024



SECRETARIA
DA SAÚDE

Orientações na maternidade

web
PALES
TRA



Agendar o RN para serviço de referência em até 7-15 dias



Coletar segunda CV ou DNA proviral + amostra para genotipagem imediatamente se CV inicial detectada

Orientar manter TARV até definição diagnóstica reforçando necessidade de consulta no SAE



Preencher ficha de notificação de "Criança Exposta ao HIV"



PCDT/MS, 2024



SECRETARIA
DA SAÚDE



Preencher ficha de notificação

CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Ministério da Saúde SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Criança exposta ao HIV: Entende-se como criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado(a)	Código (CID10)	3 Data de Notificação
	CRIANÇA EXPOSTA AO HIV		Z.21
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7 Data de Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor		
Notificação Individual	14 Escolaridade		
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe
	17 UF		18 Município de Residência
Dados de Residência	19 Código (IBGE)		20 Distrito
	21 Bairro		22 Logradouro (rua, avenida, ...)
	23 Número		24 Geo campo 1
Dados de Residência	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência
	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona
Dados Complementares do Caso	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Idade da mãe/nutriz		32 Escolaridade da mãe/nutriz
	33 Raça/Cor da mãe/nutriz		34 Ocupação da mãe/nutriz
Dados Complementares do Caso	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 Nascido Vivo		38 Tipo de parto
	39 UF		40 Município do local de nascimento
Dados Complementares do Caso	41 Local de nascimento (Unidade de Saúde)		
	42 Código (IBGE)		43 Local de nascimento (Unidade de Saúde)
	44 Código		



TelessaúdeBA



SECRETARIA DA SAÚDE



Quadro 9 – Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas ao HIV

EXAMES	IDADE					
	Ao nascer	2 semanas	6 semanas	12 semanas	6 a 12 meses	12 a 18 meses
Carga viral ^(a)	Sim	Sim	Sim	Sim	NA	NA
Hemograma	Sim	NA	Sim	Sim	Sim	Sim
AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas	Sim	NA	Sim	NA	NA	Sim
Glicemia	Sim	NA	Sim	Sim	NA	Sim
Sorologia para HIV ^(b)	NA	NA	NA	NA	NA	Sim ^(c)
TORCH ^(d)	Sim	NA	NA	NA	NA	NA
Sífilis (VDRL, RPR)	Sim	NA	NA	NA	NA	NA
Anti-HBs ^(e)	NA	NA	NA	NA	NA	Sim
Anti-HTLV-1/2 ^(f)	NA	NA	NA	NA	NA	Sim
Sorologia anti-HCV	NA	NA	NA	NA	NA	Sim
Sorologia para doença de Chagas ^(g)	NA	NA	NA	NA	NA	Sim

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Legenda: NA = não aplicável; AST = aspartato transaminase; ALT = alanina transaminase; FA = fosfatase alcalina; GGT = gama glutamil transferase; VDRL = *venereal disease research laboratory*; RPR = *rapid plasma reagin*.

^(a) Crianças com idade inferior a 18 meses e sintomáticas devem ter a coleta de carga viral imediata.

^(b) Indicada sempre que houver dúvidas em relação ao status de infecção da mãe em crianças com idade superior a 18 meses (p. ex., crianças abandonadas ou mães sem documentação confiável em relação a seu status de infecção).

^(c) Caso o resultado da sorologia seja positivo ou indeterminado, recomenda-se repetir o exame.

^(d) Sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples.

^(e) Coletar anti-HBs para verificar soroconversão 30 a 60 dias após o término de esquema de vacinação. Todas as crianças têm indicação de vacina para HBV.

^(f) Indicado para crianças cujas mães têm exame reagente para HTLV-1/2. Em caso de sorologia reagente da criança, encaminhar para serviço especializado.

^(g) Indicado para locais em que a doença de Chagas é endêmica, ou caso a mãe esteja infectada.

Vacinação da criança exposta



Tabela 11 Esquema vacinal para crianças e adolescentes de 0 a 19 anos expostos/infectados pelo HIV

IDADE (MESES/ANOS)	VACINA				
0 (RN)	BCG ¹	HB ²			
2 meses	VIP ³	Penta ⁴	VPC13 ⁵	Rota ⁶	
3 meses	MenACWY ⁷				
4 meses	VIP	Penta	VPC13	Rota	
5 meses	MenACWY				
6 meses	VIP	Penta	VPC13	INF3 ⁸	
7 meses	INF3				
9 meses	FA ⁹				
12 meses	SCR ¹⁰	VPC13	VZ ¹¹	HA ¹²	
15 meses	Penta	VIP	MenACWY ⁷	SCR	VZ
18 meses	HA ¹²				
24 meses	VPP23 ¹³				
4 anos	DTP	VIP	FA		
6 anos	MenACWY				
7 anos	VPP23				
11 anos	MenACWY				
14 a 19 anos	dT	MenACWY			
9 a 19 anos	HPV4 ¹⁴				

Crianças expostas verticalmente ao HIV devem receber as vacinas indicadas nesse calendário até os 18 meses de idade. Após essa idade e excluída a infecção pelo HIV, devem seguir o esquema básico vacinal da criança, recomendado pelo PNI, à exceção de:

- **Pólio:** devem receber vacina inativada, VIP, durante todo o esquema, e reforços, por conviverem com pessoas com imunodeficiência.
- **Influenza:** devem receber anualmente a vacina, enquanto conviverem com pessoas com imunodeficiência.

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

PCDT/MS, 2024



SECRETARIA DA SAÚDE

Recomendações para profilaxia primária *P. jirovecii*



IDADE		RECOMENDAÇÃO
Do nascimento até 4 semanas		Não indicar profilaxia.
4 semanas a 4 meses		Indicar profilaxia até definição diagnóstica, independentemente de CD4.
4 meses a 12 meses	> Criança não infectada	Não indicar, ou suspender a profilaxia.
	> Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada	Indicar e manter profilaxia até definição diagnóstica. Para as crianças infectadas, a profilaxia será mantida até pelo menos os 12 meses.
Após os 12 meses: > Criança infectada		Indicar profilaxia de acordo com a contagem de CD4 e a idade: De 1 até 6 anos: Se CD4 inferior a 500 células/mm ³ ou abaixo de 22%. Entre 6 e 12 anos: Se CD4 inferior a 200 células/mm ³ ou abaixo de 14%.

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Legenda: CD4 = contagem de linfócitos T-CD4+.

PCDT/MS, 2024



SECRETARIA
DA SAÚDE

Seguimento da criança exposta ao HIV

web
PALES
TRA

- ❑ Consultas mensais até 6 meses, bimensais até 1 ano e trimestrais até 18m ou alta após sorologia HIV não reagente, mediante relatório de alta;
- ❑ Além dos exames de carga viral investigação diagnóstica são realizados exames para avaliação de efeitos colaterais dos ARVs e investigação TORCHS, além de demandas que ocorram dentro da puericultura/pediatria;
- ❑ Sorologia ou TRD podem ser solicitados para alta ambulatorial a partir dos 12 meses (se reagente repetir após 18 meses);
- ❑ Crianças de alta recebem orientação de retorno anual ao Serviço para seguimento de crianças expostas não infectadas (devido ao uso de ARVs e não para investigação de HIV, salvo se nova exposição detectada);

Seguimento da criança exposta ao HIV



- ❑ Liberação de fórmula infantil: 1 (partida)= 12 latas/mês < 6 meses; 2 (seguimento)= 10 latas/mês ≥ 6 meses a <12 meses;
- ❑ Orientação de vacinação: não receber pólio oral, manter vacinação de influenza anual mesmo > 6 anos, liberação para vacinas de vírus vivo apenas após infecção excluída; se possível encaminhamento para CRIE;
- ❑ Bebês com outras infecções congênitas ou que tenham infecção pelo HIV confirmada devem continuar em acompanhamento com infectopediatria, estes últimos seguirão o fluxo de crianças infectadas pelo HIV.



Criança exposta ao leite materno



A amamentação é **contraindicada** por pessoas vivendo com HIV, mesmo por aquelas com carga viral indetectável e em uso regular de antirretrovirais.

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada **imediatamente após o parto em puérperas com diagnóstico de infecção pelo HIV**, utilizando **cabergolina 1 mg via oral, em dose única** (dois comprimidos de 0,5 mg por via oral).

Código do procedimento hospitalar: 06.03.04.001-2 – cabergolina 0,5 mg (por comprimido).



PCDT/MS, 2024





72 weeks post-partum follow-up of dolutegravir versus efavirenz initiated in late pregnancy (DolPHIN-2): an open-label, randomised controlled study

web
PALES
TRA

Lancet HIV 2022; 9: e534-43



Thokozile R Malaba, Irene Nakatudde, Kenneth Kintu, Angela Colbers, Tao Chen, Helen Reynolds, Lucy Read, Jim Read, Lee-Ann Stemmet, Megan Mrubata, Kelly Byrne, Kay Seden, Adelline Twimukye, Helene Theunissen, Eva Maria Hodel, Justin Chiong, Nai-Chung Hu, David Burger, Duolao Wang, Josaphat Byamugisha, Yussif Alhassan, Sharon Bokako, Catriona Waitt, Miriam Taegtmeier, Catherine Orrell, Mohammed Lorde, Landon Myer, Saye Khoo, for the DolPHIN-2 Study Group

- ✓ Ensaio clínico randomizado, realizado em Uganda e África do Sul, incluiu 280 gestantes no 3º trimestre, de janeiro a agosto de 2018, comparou esquema com Dolutegravir vs Efavirenz (com tenofovir+emtricitabina ou TDF+3TC).
- ✓ 3 Transmissões ao nascer no grupo do DTG -> Infecção Intraútero
- ✓ 1 Transmissão na amamentação no grupo do Efavirenz -> mãe com CV supressa
- ✓ Conclusão dos autores: A transmissão infantil do HIV pode ocorrer durante a amamentação, apesar de persistentemente carga viral materna indetectável, destacando a necessidade de testes continuados em bebês.

Evidências com TARV atual



- 2 casos acompanhados rigorosamente na Bélgica - sem transmissão (Bansaccal et al, 2020)
- 10 bebês, nos EUA, acompanhados mensalmente, com CV e exames lab, em uso de terapia tripla(AZT+3TC+NVP) por 4-6 sem, seguida de NVP até 6 sem pós cessar a amamentação. Mães são descendentes africanas, em terapia tripla desde a concepção. CV < 30 cp/ml até o parto e permanece indetectável após. sem Transmissão (Yusuf et al, 2022)
- 3 bebês com mães com CV indetectáveis sustentadas, Canadá. Sem transmissão. (Nashid et al, 2020)
- 13 bebês com mães com CV indetectáveis sustentadas, na Itália. RNs usaram AZT por 4 semanas. Sem transmissão. (Prestileo et al, 2022)
- 72 bebês com 90% das mães com CV indetectável no parto, nos EUA e Canadá. TARV materna variada. 94% dos bebês sem transmissão. 6% perda de follow-up. (Levison et al, 2023)

Profilaxia para criança exposta ao leite materno



- › **imediata interrupção da amamentação;**
- › realização do exame de **carga viral;**
- › início da profilaxia pós-exposição (PEP) simultaneamente à investigação diagnóstica;
- › Realização de novos exames de carga viral duas e oito semanas após o final da PEP.

PEP:

- ☐ < 30 dias de vida = à criança exposta
- ☐ > ou = 30 dias de vida e > ou = 3 KG: trocar RAL ou NVP por Dolutegravir (DTG)

PCDT/MS, 2024



Considerações finais:



- ☐ Assegurar o diagnóstico precoce é mandatório;
- ☐ RNs de alto risco devem ser monitorados de perto e carga viral deve ser checada independente da consulta médica;
- ☐ Mães devem ser advertidas sobre as consequências da não realização do exame de carga viral; Conselho tutelar deve ser acionado se necessário. Por outro lado devem ser acolhidas e respeitadas em seus anseios e vulnerabilidades;
- ☐ Lactentes/crianças podem necessitar re-investigação em situações de nova exposição (pré-mastigação, amamentação, abuso) com carga viral se < 18 meses ou sorologia se > 18 meses;
- ☐ Sorologia negativa para HIV em crianças que iniciaram TARV com até 6 meses de vida não afasta o diagnóstico de infecção - ocorre em cerca de 50% (*Helen Payne et al, Lancet Infect Dis 2015 Jul;15(7):803-9*).

Obrigada!



cynthia_rodamilans@yahoo.com.br
Infectopediatra - CEDAP- Salvador, Ba

web
PALES
TRA





NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

