

# Atendimento ao RN exposto ao HIV na sala de parto e manejo da criança exposta



Daniela Vinhas Bertolini

CRT DST/Aids – Programa Estadual São Paulo

Sae DST/Aids Lapa – Programa Municipal São Paulo



# Declaração de conflito de interesse

Sem conflitos de interesse

# Introdução



- Após quatro décadas do início da descrição da Aids → mudança do perfil da doença na área materno-infantil
- Progressos no seguimento e desenvolvimento da TARV levam a conversão da Aids de doença grave para infecção crônica controlável
- Aumento da sobrevivência e redução das infecções oportunistas – “envelhecimento” da população pediátrica – 80-90% dos pacientes pediátricos infectados são adolescentes / jovens → adultos
- Saúde sexual / reprodutiva, direitos sexuais / reprodutivos
- Aumento das gestações nos adolescentes infectados pelo HIV TV – 3º geração



- Sucesso na redução da transmissão vertical → redução significativa dos casos novos com estabilização nos últimos anos (TV meta <2%).
- Crianças expostas ao HIV
- Crescente diminuição da TV HIV no Brasil – investimentos sustentáveis no diagnóstico, tratamento e manejo clínico do binômio mãe-filho – Brasil inicia processo de certificação da eliminação da TVHIV (2017)
- Estruturação de linha de cuidado bem articulada → integração multissetorial dos serviços de ginecologia e pediatria (maternidades e UBS) x infectologia x infectologia pediátrica



## FACT SHEET 2022

### Pessoas vivendo com HIV

- Em 2021, havia 38,4 milhões [33,9 milhões – 43,8 milhões] de pessoas vivendo com HIV.  
Sendo:
  - 36,7 milhões [32,3 milhões – 41,9 milhões] pessoas adultas (idade igual ou superior a 15 anos).
  - 1,7 milhão [1,3 milhão – 2,1 milhões] crianças (de 0 a 14 anos).
  - 54% de todas as pessoas vivendo com HIV eram mulheres e meninas.
- 85% [75 – 97%] de todas as pessoas vivendo com HIV sabiam do seu status para HIV em 2021.
- Cerca de 5,9 milhões de pessoas não sabiam que viviam com HIV em 2021.

### Pessoas vivendo com HIV com acesso à terapia antirretroviral

- 81% [63 – 97%] de mulheres grávidas vivendo com HIV tiveram acesso a antirretrovirais para prevenir a transmissão vertical para suas crianças em 2021.

### Novas infecções por HIV

- Mulheres e meninas foram 49% de todas as pessoas recém-infectadas em 2021.

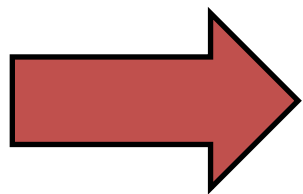
## FACT SHEET 2022

|   | 2000  | 2005  | 2010  | 2020  | 2021  |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>Pessoas vivendo com HIV</b>                      | 26 milhões<br>[22,9 milhões – 29,7 milhões] | 28.5 milhões<br>[25,1 milhões – 32,5 milhões] | 30.8 milhões<br>[27,2 milhões – 35,2 milhões] | 37.8 milhões<br>[33,3 milhões – 43,1 milhões] | 38,4 milhões<br>[33,9 milhões – 43,8 milhões] |
| <b>Novas infecções por HIV (Total)</b>              | 2,9 milhões<br>[2,2 milhões – 3,9 milhões]  | 2,5 milhões<br>[1,9 milhão – 3,3 milhões]     | 2,2 milhões<br>[1,7 milhão – 2,9 milhões]     | 1,5 milhão<br>[1,2 milhão – 2 milhões]        | 1,5 milhão [1,1 milhão – 2,2 milhões]         |
| <b>Novas Infecções por HIV (15+ anos)</b>           | 2.4 milhões<br>[1,8 milhão – 3,2 milhões]   | 2 milhões<br>[1,5 milhão – 2,7 milhões]       | 1,9 milhão<br>[1,4 milhão – 2,5 milhões]      | 1,4 milhão [1 milhão – 1,8 milhão]            | 1,3 milhão [990 mil – 1,8 milhão]             |
| <b>Novas Infecções para o HIV (0 a 14 anos)</b>     | 520 mil [350 mil – 770 mil]                 | 470 mil [320 mil – 700 mil]                   | 320 mil [220 mil – 480 mil]                   | 170 mil [110 mil – 250 mil]                   | 160 mil [110 mil – 230 mil]                   |
| <b>Mortes relacionadas à AIDS</b>                   | 1,7 milhão<br>[1,3 milhão – 2,2 milhões]    | 2 milhões<br>[1,6 milhão – 2,6 milhões]       | 1,4 milhão<br>[1,1 milhão – 1,8 milhão]       | 690 mil<br>[540 mil – 900 mil]                | 650 mil<br>[510 mil – 860 mil]                |
| <b>Pessoas com acesso à terapia antirretroviral</b> | 560 mil                                     | 2 milhões                                     | 7,8 milhões                                   | 27,2 milhões                                  | 28,7 milhões                                  |
| <b>Recursos disponíveis para a resposta ao HIV*</b> | US\$ 5,1 bilhões                            | US\$ 9,3 bilhões                              | US\$ 16,7 bilhões                             | US\$ 21,6 bilhões                             | US\$ 21,4 bilhões                             |

# Protocolo de prevenção TV HIV



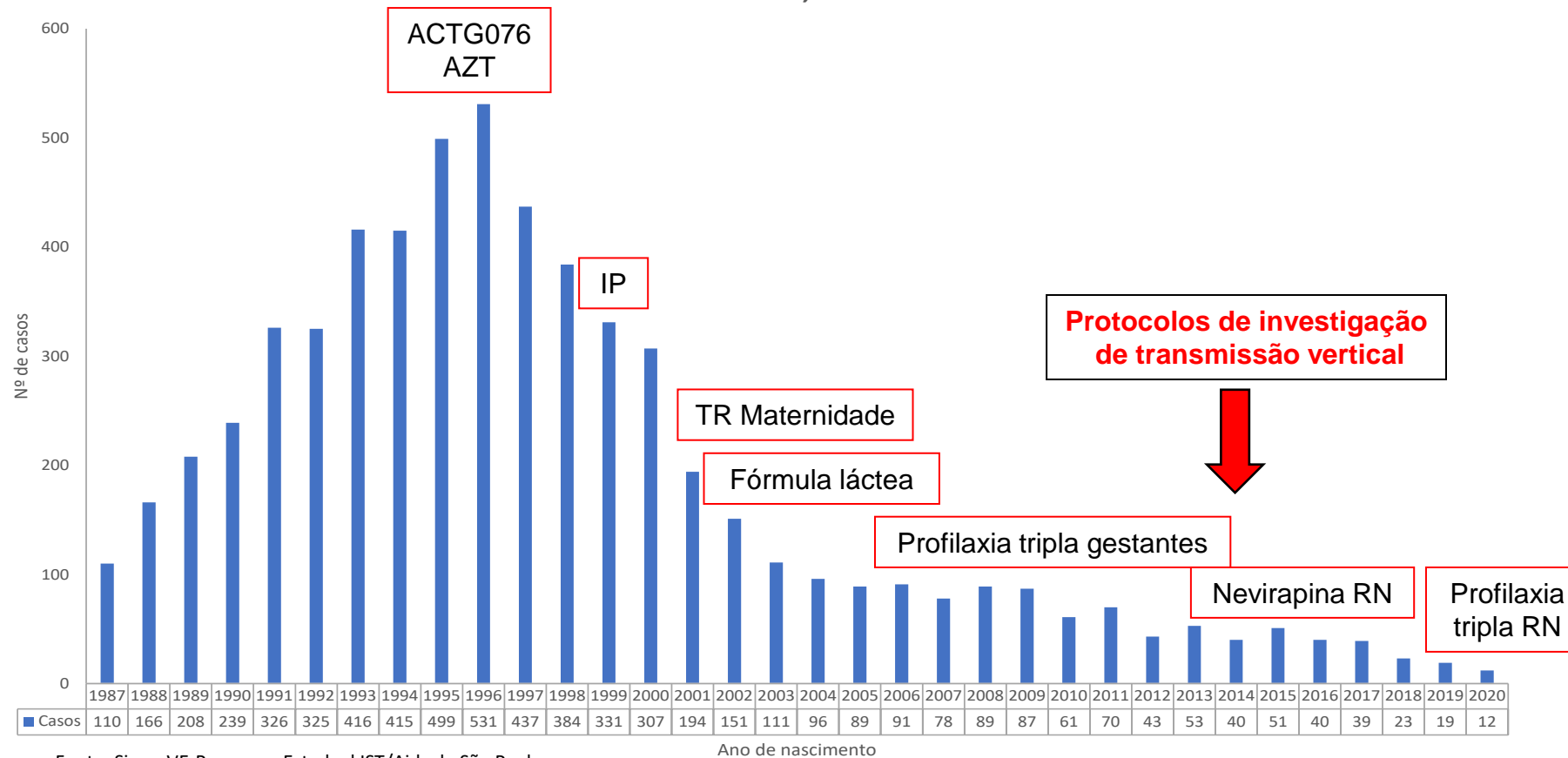
- Ideal diagnóstico antes da gestação – testagem da futura gestante e parceiro - iniciar ARV – CV indetectável
- Testagem na 1º consulta de PN no diagnóstico da gestação – teste rápido HIV e sífilis
- Uso de ARV para TODAS as gestantes
- Atingir a CV indetectável o mais rápido possível
- Escolha da via de parto adequada
- Uso de AZT endovenoso para parturiente
- Cuidados com o RN
- Introdução do ARV para o RN
- Não amamentação – materno ou cruzado



# Impacto das medidas na redução da TV



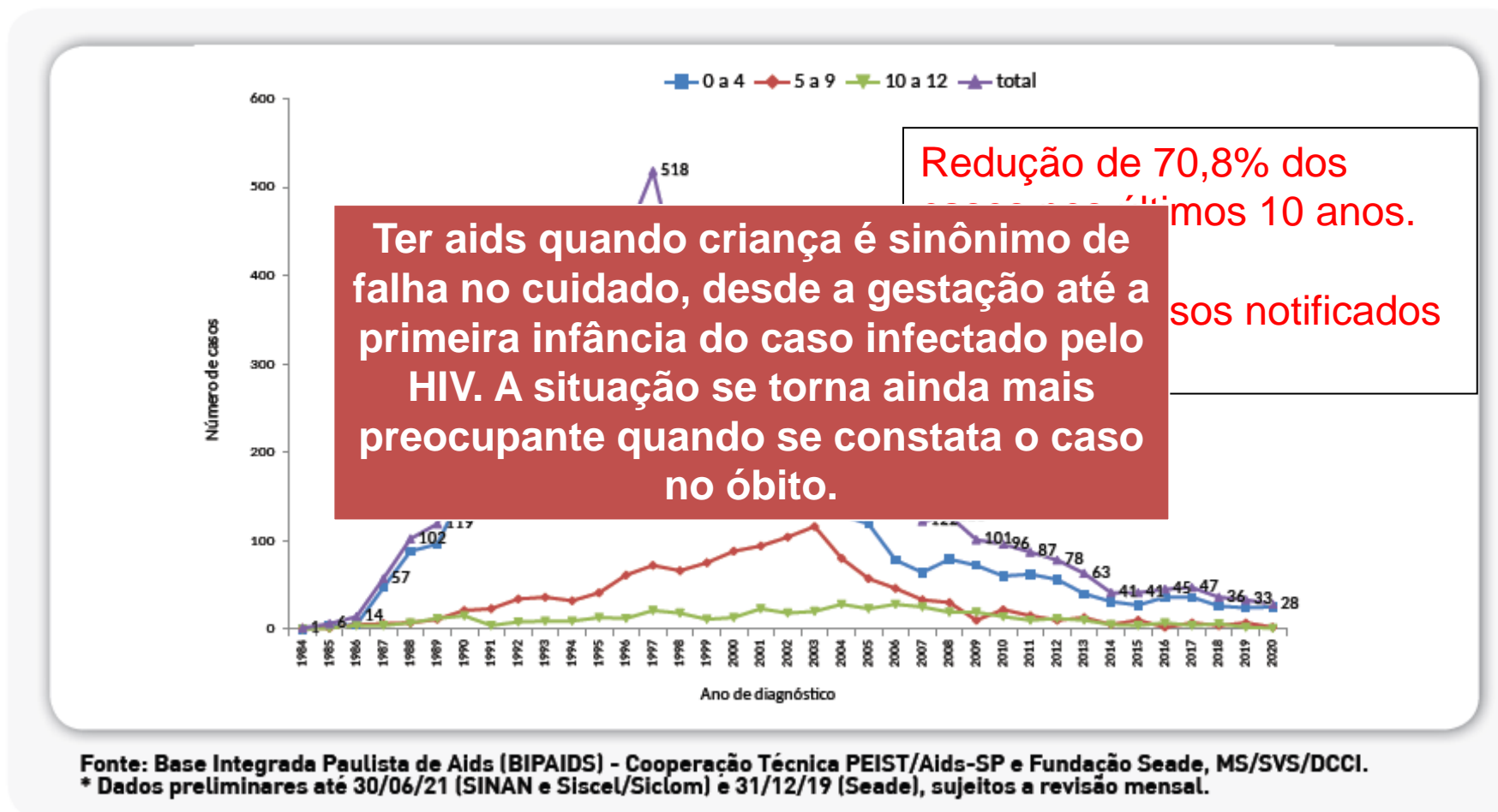
Número de crianças com HIV/aids por transmissão vertical segundo ano de nascimento.  
Estado de São Paulo, 1987 a 2020



Fonte: Sinan-VE-Programa Estadual IST/Aids de São Paulo



**Figura 1. Casos notificados de aids em menores de 13 de idade, segundo faixa etária (anos) e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1984 a 2020\*.**



# Gestantes / Crianças expostas ao HIV



## ✓ Mundo

- 1.2 milhões de mulheres com HIV tornam-se gestantes anualmente
- 16 milhões cças expostas – não infectadas pelo HIV

## ✓ BR

- 2000 até junho de 2021 → 141.025 gestantes
- 2017 estimava-se 107.734 cças expostas

## ✓ SP

- 2007 até 2021 → 18.257 gestantes
- 2000 até junho de 2017, foram notificadas 22.703 crianças expostas

[UNAIDS data](#)

[Slogrove AL et al, Lancet Glob Health, 2020](#)

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv aids-2021>

<https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dst aids-sp/publicacoes/boletins-epidemiologicos>



# Momento do Parto



- Parto é um momento crucial para a prevenção da TVHIV
- Taxa de transmissão do HIV sem intervenção em torno de 25-30% (25% intraútero e **75% intraparto**).
- **Todo o esquema de prevenção DEVE funcionar 100% - SEM FALHAS**
- Escolha da via de parto, AZT endovenoso mãe, cuidados RN, introdução do ARV RN, não amamentação.



# Manejo do RN exposto na sala de parto



- ✓ Sempre que possível – parto empelicado
- ✓ Clampear imediatamente o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha
- ✓ Limpeza com compressas macias e banho em água corrente (chuveirinho ou torneira) – evitar qualquer traumatismo na pele
- ✓ Aspiração de vias aéreas – realizar apenas se necessário, evitando traumatismos
- ✓ Aspiração gástrica – realizar apenas se necessário – sangue → lavagem com SF



# Manejo do RN exposto na sala de parto



- ✓ Colocar o RN junto à mãe o mais brevemente possível – pele a pele
- ✓ Iniciar a profilaxia para prevenção da TV HIV – sala de parto – máximo até 4hs de vida
- ✓ Alojamento conjunto em período integral, com o intuito de fortalecer o vínculo mãe-filho
- ✓ Contra-indicação da amamentação (materno ou cruzado) – inibição da lactação cabergolina





# Profilaxia da criança exposta



- ✓ Todo RN exposto ao HIV deve receber profilaxia com ARV – independente da CV e assistência materna
- ✓ Escolha do esquema adequado
- ✓ Iniciar o mais precocemente possível, preferencialmente na sala de parto, até 4hs de vida
- ✓ Primordial registro detalhado do pré-natal para conduta com RN
- ✓ Maternidade DEVE dispor de medicação ARV SEMPRE – se necessário dividir o mesmo kit com mais de um RN

# Profilaxia da criança exposta



## NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS

- Baixo risco → AZT 28 dias
- Alto risco → AZT / 3TC / RAL ou NVP
  
- ❖ NVP esquema efetivo mas não supressivo
- ❖ Alta eficácia + elevada incidência de resistência (transmitida e adquirida) aos ITRNN





| QUADRO 1. Classificação de Risco de exposição ao HIV |  |
|--|--|
| Alto Risco   | Mães sem pré-natal <b>OU</b> ;<br>Mães sem TARV durante a gestação <b>OU</b> ;<br>Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam <b>OU</b> ;<br>Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação <b>OU</b> ;<br>Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento <b>OU</b> ;<br>Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV <b>OU</b> ;<br>Mães sem CV-HIV conhecida <b>OU</b> ;<br>Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio). |
| Baixo Risco  | Uso de TARV desde primeira metade da gestação <b>E</b> com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) <b>E</b> sem falha na adesão à TARV  |





| <b>Quadro 2. Utilização de antirretroviral na profilaxia de criança exposta conforme idade gestacional (IG) e risco de exposição</b> |                                |            |            |            |            |
|--|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Risco</b>   | <b>IG</b>                      | <b>AZT</b> | <b>3TC</b> | <b>RAL</b> | <b>NVP</b> |
| <b>Baixo Risco</b>   | <b>Qualquer IG</b>             | X          | Não usar   | Não usar   | Não usar   |
| <b>Alto Risco</b>  | <b>37 semanas ou mais</b>      | X          | X          | X          | Não usar   |
|  | <b>34 semanas a 37 semanas</b> | X          | X          | Não usar   | X          |
|  | <b>&lt; 34 semanas</b>         | X          | Não usar   | Não usar   | Não usar   |

- **≥ 37sem AZT, 3TC, RAL 28 dias**
- **34 a 37sem AZT, 3TC 28 dias e NVP 14 dias**
- **< 34sem AZT 28 dias**

# Profilaxia de ARV no RN exposto – doses recomendadas

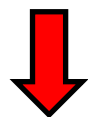


|   |  |
|---|--|
| Zidovudina (AZT)<br>Sol Oral 10mg/mL                    | a) > 35 sem: 4mg/kg/dose, 12/12 h;<br>b) 30 a 35 sem: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia;<br>c) < 30 sem: 2mg/kg/dose, de 12/12h;<br>d) AZT EV: é 75% da dose para uso oral, com o mesmo intervalo. |
| Lamivudina (3TC)<br>Sol Oral 10mg/mL                    | a) > 34 sem: 2mg/kg/dose, de 12/12h.   |
| Raltegravir (RAL)<br>100 mg granulado<br>para susp oral | a) > 37 sem:<br>1ª semana: 1,5 mg/kg 1x por dia;<br>2ª até 4ª semana: 3 mg/kg/dose 2 x por dia   |
| Nevirapina (NVP)<br>Susp Oral 10mg/mL                   | a) 34 a 37 sem:<br>1ª semana: NVP 4 mg/Kg por dose 2 x por dia;<br>2ª até a 4ª semana: NVP 6 mg/Kg por dose 2 x por dia.   |

# Coleta da carga viral do RN



Coletar a primeira CV nas 1as horas de vida, preferencialmente antes da 1ª dose de ARV (em nenhuma hipótese a coleta deve atrasar a introdução do ARV)



Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS

*Dispõe sobre a recomendação do medicamento Raltegravir 100mg (RAL) granulado para suspensão oral no tratamento de crianças expostas ou vivendo com HIV, o diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças com menos de 18 meses de idade e sobre o tratamento para crianças vivendo com HIV, e inclui orientações do manejo de crianças expostas ao HIV pré-termo e ou/ baixo peso.*

**17 de março de 2021**

<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-62021-dccisvms>



# Coleta da carga viral do RN



- ✓ Crianças menores de 18 meses → passagem transplacentária de ac maternos
- ✓ Teste molecular para quantificação do HIV-RNA/carga viral do HIV ou detecção do DNA pró-viral do HIV
- ✓ SEMPRE coletado por punção periférica, NUNCA deve ser feita a coleta de material de cordão umbilical
- ✓ Monitoramento laboratorial – hemograma, função hepática, sorologias (caso não as possua do pré-natal)



# Coleta da carga viral do RN

NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-CGIST/.DCCI/SVS/MS



*Dispõe sobre a recomendação do procedimento de coleta de amostra para realização de exame de carga viral ou DNA pró-viral em recém-nascidos (RN), incluindo RN pré-termo e/ou baixo peso, visando o diagnóstico da infecção pelo HIV.*

## Instruções para coleta, armazenagem e envio das amostras PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CARGA VIRAL DO HIV:



### COLETA DE AMOSTRA DO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO:

- **Tipo de amostra:** exclusivamente sangue periférico obtido por punção venosa.
- **Volume de amostra:** pelo menos 2 mL de sangue total em **Tubo EDTA K2 de 2 mL** ou em **04 Microtubos EDTA K2 de 0,5mL** cada para a obtenção de 1 mL de plasma. Salienta-se que não haverá quantidade de amostra suficiente para uma eventual repetição do teste.

#### Tudo EDTA K2 – 2mL



#### Microtudo EDTA K2 – 0,5mL



- Caso não seja possível coletar 2 mL de sangue, devido a particularidades do neonato, colher o máximo de sangue possível e encaminhar ao laboratório de referência de carga viral, relatando a dificuldade encontrada.

# Coleta da carga viral do RN



## Instruções para coleta, armazenagem e envio das amostras PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CARGA VIRAL DO HIV:

### ARMAZENAMENTO:

- **Tubo de EDTA k2 de 2mL:** Homogeneizar a amostra por 06 a 07 vezes, deixar em posição vertical e armazenar em geladeira de 02°C a 08°C. Enviar ao laboratório de referência em até 24 horas. Se possível a amostra deve ser centrifugada.
- **Microtubo de EDTA k2 de 0,5 mL:** Homogeneizar a amostra por 06 a 07 vezes, deixar em posição vertical e armazenar em geladeira de 02°C a 08°C. Enviar ao laboratório de referência em até 24 horas. Se possível a amostra deve ser centrifugada.
- **CASOS ESPECIAIS QUANDO NÃO HOUVER EXPEDIENTE NOS LABORATÓRIOS MUNICIPAIS:** Às madrugadas (de sexta para sábado e de sábado para domingo), às sextas feiras (após o horário do transporte) aos sábados e domingos ou em feriados prolongados: Para os partos realizados nestas datas, quando não houver possibilidade de encaminhar a amostra em até 24 horas ao laboratório de referência, o material poderá ser coletado conforme indicações acima e encaminhado ao laboratório de referência no próximo dia de transporte, desde que não ultrapasse 03 dias entre a coleta da amostra e a chegada do material no laboratório.



*Fonte: Ofício 149.2019 – Abbott; Orientações do CENTRO DE VIROLOGIA NDSS – CARGA VIRAL HIV/IAL*

# Coleta da carga viral do RN



## Ofício 149.2019 - Abbott

Tabela 1. Coleta e armazenamento de amostras para o ensaio Abbott RealTime HIV-1.

|  | Abbott RealTime HIV-1  |  |
|--|--|--|
| Tipo de amostra  | Plasma   |  |
| Tipo de tubo   | ACD-A e EDTA   | Com gel separador  |
| Armazenamento de sangue total (antes da centrifugação) | 15 °C a 30 °C até 6 horas<br>2 °C a 8 °C até 24 horas  | 15 °C a 30 °C até 6 horas<br>-----   |
| Separação do plasma                                    | Para a centrifugação do tubo primário consulte as instruções do fabricante do tubo.  |  |
| Armazenamento de plasma (após centrifugação)           | Transferir plasma para tubo secundário:<br><br>15 °C a 30 °C por até 24 horas<br>2 °C a 8 °C por até 5 dias<br>≤ -70 °C por período prolongado | Plasma pode ser armazenado diretamente em tubo com gel separador:<br><br>15 °C a 30 °C por até 24 horas<br>2 °C a 8 °C por até 5 dias<br>≤ -70 °C por período prolongado |
|  | <i>O tubo deverá ser re-centrifugado a 2.000 × g por 5 minutos antes da realização do teste.</i>   |  |
| Após descongelamento*                                  | 2 °C a 8 °C por até 6 horas  |  |

\* Evite múltiplos ciclos de congelamento/descongelamento. Armazene as amostras em alíquotas.



# Coleta da carga viral do RN



Instruções para coleta, armazenagem e envio das amostras PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CARGA VIRAL DO HIV:

## PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DO NEONATO:



Preencher o “Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV” com todos os dados:

- Nome, data de nascimento, cartão SUS, CPF, nome da mãe;
- Data e hora de coleta, unidade solicitante;
- Todos os demais itens com \*.

## **IMPORTANTE:**

- O preenchimento dos itens com (\*) são obrigatórios, sem eles o laboratório não consegue cadastrar a solicitação do exame no SISCEL;
- Apenas médico e enfermeiro podem assinar a solicitação do exame de carga viral HIV;
- Na ausência de nome definido para o RN, o preenchimento da solicitação de exame (Laudo Médico para Emissão de BPA-I) pode ser realizado como "RN de ..." e indicado o CPF da mãe.
- Link: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/laudo-medico-para-emissao-de-bpa-i-quantificacao-de-acido-nucleico-carga-viral-do-hiv>



# Coleta da carga viral do RN



Instruções para coleta, armazenagem e envio das amostras PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE QUANTIFICAÇÃO DE CARGA VIRAL DO HIV:

## CADASTRO NO SISCEL

### MATERNIDADE

- O cadastro da Maternidade é realizado pelo laboratório de referência para carga viral HIV.
- Importante constar no pedido do exame os dados corretos da maternidade que devem ser iguais aos que estão no CNES.

### PROFISSIONAL – ENFERMEIRO OU MÉDICO

- Para solicitar acesso ao sistema Laudo, o profissional (médico ou enfermeiro), deverá preencher e assinar o Termo de Responsabilidade (disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/termo-de-responsabilidade-laudo-siscel>) e anexa-lo juntamente com a cópia do RG, CPF e identidade profissional (formato PDF, JPG, JPEG ou PNG), no momento em que for preenchido o formulário de solicitação on-line.
- A solicitação e a documentação será avaliada pela coordenação local e o usuário receberá por e-mail a resposta da sua solicitação.





## Coleta do DNA Pró-viral do HIV

- **Volume de amostra:** deve ser coletado 1 tubo de cada paciente contendo, no mínimo, 2 mL de sangue total.
- **Tubos** com anticoagulante EDTA sem gel separador – fornecedor ou não
- **Armazenamento:** os tubos devem ser armazenados de 2° a 8°C em geladeira. O tempo de armazenamento não deve exceder 5 dias. Os tubos não podem ser congelados
- **Autorização do exame:** o formulário deverá ser preenchido, digitalizado e enviado para o e-mail [clab@aids.gov.br](mailto:clab@aids.gov.br) para análise da solicitação
- Após autorização, empresa prestadora irá retirar o material – transporte em temperatura ambiente em caixa própria
- **Formulário de solicitação para impressão:** <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/formulario-parasolicitacao-de-exame-deteccao-do-dna-pro-viral-do-hiv-1>

NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-CGIST/.DCCI/SVS/MS Dispõe sobre a recomendação do procedimento de coleta de amostra para realização de exame de carga viral ou DNA pró-viral em recém-nascidos (RN), incluindo RN pré-termo e/ou baixo peso, visando o diagnóstico da infecção pelo HIV.

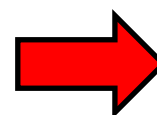


| TABELA 1. SEGUIMENTO LABORATORIAL DA CRIANÇA EXPOSTA |  |
|--|--|
| Exame  | Quando coletar                                     |
| CV-HIV <sup>A,B</sup>                                | Ao nascimento                                      |
|  | 14 dias de vida                                    |
|  | 2 semanas após término da profilaxia (6 semanas de |
| Anticorpos Anti - HIV <sup>C</sup>                   | 12 meses   |

**EM CASO DE ATRASO NA PROGRAMAÇÃO, COLETAR CV IMEDIATAMENTE APÓS A IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA EXPOSTA E SEGUIR O FLUXO**

A - Toda CV-HIV detectável, independentemente do valor, necessita de nova coleta de CV-HIV imediatamente.  
B - Crianças sintomáticas deverão ser investigadas imediatamente.  
C - Caso anti - HIV reagente, repetir exame com 18 meses.

CV Detectável

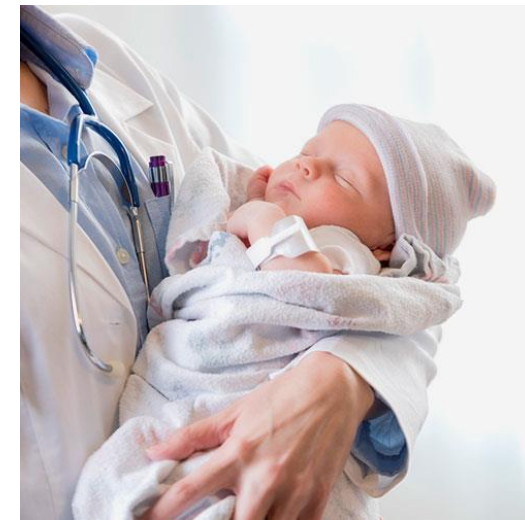


Repetir imediatamente

# Coleta da carga viral do RN



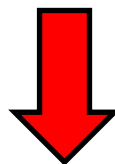
- ✓ SEMPRE CHECAR O RESULTADO – ENTREGAR OU CONVOCAR A FAMÍLIA
- ✓ Resultados inferiores a 5.000 cp/mL NÃO devem ser usados isoladamente para conclusão do diagnóstico de infecção pelo HIV
- ✓ NESSA SITUAÇÃO → **DNA pró-viral**
- ✓ DNA pró-viral – alta especificidade desde o nascimento da criança e está indicado nas seguintes situações:
  - ❖ Crianças com CV-HIV abaixo de 5.000 cópias/mL
  - ❖ Resultados discordantes: primeira amostra detectável e segunda com resultado indetectável
  - ❖ RN com peso < 2500gr
- Especificidade 99.8% ao nascer e 100% nas idades 1, 3 e 6 meses



# Coleta da carga viral do RN



Criança infectada = 2 CV detectáveis > 5.000 cópias/mL ou um DNA pré-viral positivo.



## Genotipagem e Tratamento

**SEMPRE LEMBRAR QUE OS  
ESQUEMAS ARV ALTAMENTE  
EFETIVOS PODEM INDETECTAR A  
CV RAPIDAMENTE. RESPEITAR O  
PROTOCOLO DAS COLETAS  
PRECOSES!!!**



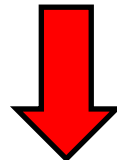
# Fórmula infantil



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis

NOTA INFORMATIVA Nº 4/2021-CGIST/.DCCI/SVS/MS

Dispõe sobre a recomendação do medicamento cabergolina 0,5mg e da fórmula láctea infantil na prevenção da transmissão vertical do HIV e do HTLV.



- ✓ Contra indicação da amamentação (materno ou cruzado)
- ✓ Fornecimento de fórmula infantil para TODA criança exposta ao HIV até pelo menos 6m, podendo ser estendido conforme política local de dispensação
- ✓ Crianças seguidas em serviços públicos ou privados tem direito a fórmula infantil
- ✓ Risco TV HIV pelo aleitamento materno – até 30 a 40%

*A amamentação é contraindicada para mulheres infectadas pelo HIV.*

- O risco de TV do HIV continua por meio da amamentação - o fato de a mãe utilizar ARV não controla a eliminação do HIV pelo leite, e não garante proteção contra a TV.
- Recomendação da contraindicação é feita no pré-natal, consulta pediátrica com a gestante e na maternidade.
- Inibidor da lactação (cabergolina) / Enfaixamento das mamas
- **Aleitam cruzado, misto ou leite materno pasteurizados são contraindicados**
- Toda mulher infectada deve ser informada sobre o direito de receber Fórmula láctea – 6m com possibilidade de extensão desse fornecimento

\* Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da TV de HIV, Sífilis e Hepatites Virais

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

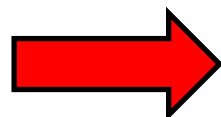
\* Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>



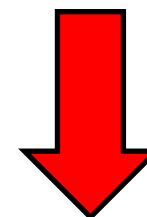
## Composição do LM

- Alfa-lactoalbumina
- Lactoferrina
- Célis tronco
- **Macrófagos** / Neutrófilos
- **Monócitos**
- **LyT CD4/CD8**
- Imunoglobulinas
- Defensinas
- Citocinas
- Fatores de crescimento



Vale para LM???

HIV é encontrado livre no LM ou no interior das células imunológicas, parte delas infectadas de forma latente, sem replicação e com pouca ação do ARV



Infeção na cça através da mucosa nasofaríngea ou gastrointestinal





- 14 sítios / 7 países de baixa e média renda, 2431 pares mães-bebês randomizados
- **Probabilidade de TV 0,3% em 6m, 0,6% em 12m, 0,9% em 24m – casos de TV via amamentação de mulheres indetectáveis**
- Ser indetectável no sangue não significa estar indetectável do LM – vírus presente em céls do LM e em forma livre
- Volume de LM consumido durante o período de amamentação e a quantidade de células potencialmente infectadas no LM significam que o risco difere da transmissão sexual e pode ser muito maior, apesar da CV indetectável no sangue
- **Conclusão**
- **Indetectável não significa intransmissível no caso da amamentação.**
  
- Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal/187/antiretroviral-management-of-newborns-with-perinatal-hiv-exposure-or-perinatal-hiv>
- Flynn PM et al. Association of maternal viral load and the CD4 count with perinatal HIV-1 transmission risk during breastfeeding in the PROMISE postpartum component. 22ª Conferência Internacional de AIDS, Amsterdã, resumo THPEB115.
- Flynn PM et al. Prevention of HIV-1 transmission through breastfeeding: efficacy and safety of maternal antiretroviral therapy versus infant nevirapine prophylaxis for duration of breastfeeding in HIV-1-infected women with high CD4 count (IMPAACT PROMISE): a randomised, open-label, clinical trial. J Acquir Immune Defic Syndr, 77(4): 383-392, 2018.



- Passagem dos ARV para o LM em níveis variados – eventos adversos graves nos bebês sob profilaxia (anemia, alterações hepáticas, renais e ósseas) em taxas semelhantes as maternas.
- Avaliação dos eventos adversos a curto prazo – efeitos a longo prazo desconhecidos.
- **Criança infectada pelo aleitamento materno de mãe em uso de TARV tem mais chance de infecções por cepas multiresistentes pois apresentam níveis subterapêuticos dos ARV no LM – mães com viremias mesmo com TARV**
- **FL, LM de banco de leite são as únicas formas efetivas de prevenção de TV via aleitamento materno**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente  
Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

NOTA INFORMATIVA Nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS

Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível ( I = I ) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses.

Não há evidência científica suficiente para afirmar que I = I no contexto da amamentação. Por esse motivo, mesmo no quadro da indetecção da carga viral do HIV, a amamentação segue sendo contraindicada para as PVHIV. O fornecimento de cabergolina para a inibição da lactação e de fórmula láctea para alimentação do recém-nascido que foi exposto ao HIV durante a gestação e parto é assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2019/-notas\\_informativas/nota\\_informativa\\_5\\_2019\\_diahv\\_svs\\_ms-informa\\_sobre\\_o\\_conceito\\_do\\_termo\\_indetectavel.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2019/-notas_informativas/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf)

Importante!



- ✓ Mamadeira x Copinho
- ✓ Humanização / Hospital Amigo da Criança
- ✓ Crianças que nunca irão ser amamentadas no peito
- ✓ Apoio as puérperas que não podem amamentar – enfermarias onde todas amamentam / grupos de amamentação
- ✓ Muitas vezes (a maioria) a família desconhece o diagnóstico da mulher
- ✓ Apoio e garantia ao sigilo
- ✓ Amamentação é um momento crítico de todo o processo – sofrimento psíquico, frustração
- ✓ OLHAR DIFERENCIADO PARA A SITUAÇÃO



# Alta do RN da maternidade



- ✓ É obrigatório o agendamento da consulta do RN no Serviço Especializado em IST/Aids antes da alta da maternidade - **ATÉ NO MÁXIMO 14 DIAS DE VIDA** → monitorar ida a unidade especializada → Falta = convocação – não podemos ter perdas de seguimento!!!
- ✓ Resumo de alta adequado, legível, de fácil entendimento, completo, cópia dos exames – principalmente carga viral
- ✓ Receita clara e ARV prescritos em ml **SEMPRE** – checar compreensão da prescrição – cuidado na dispensação!!! apresentação adequada para o RN





## Sugestão de resumo de alta da maternidade



RN de \_\_\_\_\_ Nº prontuário \_\_\_\_\_

Pré-natal: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ Número de consultas: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de HIV da mãe:

- Anterior ou durante a gestação \_\_\_\_\_
- No periparto \_\_\_\_\_ Quanto tempo antes do parto? \_\_\_\_\_
- Após o parto \_\_\_\_\_

Uso de ARV na gestação: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Início do ARV: \_\_\_\_\_ semanas de gestação

Esquema utilizado: \_\_\_\_\_

Última carga viral materna antes do parto \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Último LT-CD4+ materno \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outras comorbidades maternas \_\_\_\_\_

AZT injetável para a parturiente: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Início do AZT injetável: \_\_\_\_\_ horas antes do parto



## Sugestão de resumo de alta da maternidade



Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_ semanas  
Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_  
Parto: \_\_\_\_\_ Gemelar: ( ) Sim ( ) Não Apgar: 1° \_\_\_ 5° \_\_\_  
Manobras de reanimação: ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

**Uso de ARV** Início das medicações \_\_\_ horas de vida

Zidovudina: ( ) Sim ( ) Não Dose e periodicidade: \_\_\_\_\_

Lamivudina: ( ) Sim ( ) Não Dose e periodicidade: \_\_\_\_\_

Raltegravir: ( ) Sim ( ) Não Dose e periodicidade: \_\_\_\_\_

Nevirapina: ( ) Sim ( ) Não Dose e periodicidade: \_\_\_\_\_

Coleta de Carga Viral: ( ) Sim data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Não Resultado: \_\_\_\_\_

Outros exames: \_\_\_\_\_

Outras sorologias positivas: \_\_\_\_\_

Triagens: \_\_\_\_\_

Vacinas realizadas no RN: \_\_\_\_\_

Diagnósticos do RN: \_\_\_\_\_

Condutas: \_\_\_\_\_

Agendamento em Serviço Especializado

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**ANEXAR TODOS EXAMES REALIZADOS NA MATERNIDADE**



## Sugestão de receita médica - alta da maternidade



Nome da criança: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

Uso interno

1) Zidovudina solução oral (10mg/ml) -----

Dar \_\_\_\_\_ ml via oral de 12/12horas até 28 dias de vida. Término em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2) Lamivudina solução oral (10mg/ml) -----

Dar \_\_\_\_\_ ml via oral de 12/12horas até 28 dias de vida. Término em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3) Raltegravir grânulos (sachê de 100mg) -----

Diluir 1 envelope em 10ml (solução de 10mg/ml) de água e dar \_\_\_\_\_ ml via oral 1x ao dia até o dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . Após passar a dar \_\_\_\_\_ ml via oral de 12/12horas até 28 dias de vida.

Após diluído a solução deve ser utilizada em até 30 minutos. O volume residual deverá ser descartado. Término em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4) Nevirapina solução oral (10mg/ml) -----

Dar \_\_\_\_\_ ml via oral de 12/12horas até dia até o dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . Após passar a dar \_\_\_\_\_ ml via oral de 12/12horas até 14 dias de vida. Término em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





## Sugestão de receita médica - alta da maternidade



Nome da criança: \_\_\_\_\_

### **Alimentos**

- Seguir a orientação da alimentação infantil e preparo da fórmula conforme realizado na maternidade.
- A diluição sempre é 1 medida rasa do leite para cada 30 ml de água.
- Prestar atenção na higienização dos alimentos, volume e concentração recomendada, posição da mãe e do bebê ao mamar e após essa, posição para dormir no berço após ser alimentado.
- NÃO AMAMENTAR NEM PERMITIR QUE OUTRA MULHER AMAMENTE SEU FILHO(A).
- NÃO RETIRAR LEITE MATERNO E OFERECER AO SEU FILHO(A), MESMO QUE SEJA FERVIDO.

### **Agendamento em Serviço Especializado** (NO MÁXIMO ATÉ 14 DIAS DE VIDA)

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

# Alta do RN da maternidade



- ✓ O esquema vacinal do RN na maternidade deverá ser o mesmo de todo RN (BCG e hepatite B)
- ✓ Todo RN deve ter alta com a dispensação da fórmula láctea suficiente até a data da consulta agendada e com os ARVs em uso.
- ✓ Notificação “Criança Exposta ao HIV”
- ✓ Cuidado na anotação das informações na carteira de vacinas – garantia ao sigilo!!!!



Carteira de Saúde da Criança

### DADOS SOBRE GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Pré-natal  
Pré-natal iniciou no: ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre  
Número de consultas pré-natais: \_\_\_\_\_  
Gravidez: ( ) simples ( ) múltipla

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (código do CID-10):  
Z21: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada  
Trim. 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )  
A53: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada  
Trim. 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )  
B18: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada  
Trim. 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )  
B58: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada  
Trim. 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )

Imunização:  
dT + dTpa ( ) Esquema completo ( ) Esquema incompleto  
( ) Não realizou ( ) Sem informação  
Hepatite B ( ) Esquema completo ( ) Esquema incompleto  
( ) Não realizou ( ) Sem informação  
Influenza ( ) Dose anual ( ) Não realizou ( ) Sem informação  
Suplementações de ferro: ( ) Sim ( ) Não realizou ( ) Sem informação

Parto e pós-parto  
Parto realizado: ( ) Hospital/clínica ( ) Domicílio  
( ) Casa de parto ( ) Outro  
Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesáreo  
Indicação: \_\_\_\_\_

Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (código do CID-10):  
Z21: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada  
A53: ( ) Não realizada ( ) Normal ( ) Alterada

Intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38

# Exposição pós-natal do RN ao HIV



- Transmissão pós-natal – aleitamento materno
- Aconselhamento da puérpera/mãe soronegativa no momento do parto
- Avaliar vulnerabilidades e orientar a prevenção da infecção pelo HIV após o parto – uso de preservativo
- Infecção materna durante amamentação – alto risco de infecção para criança – interromper a amamentação imediatamente – introduzir PEP – fluxos de CV (imediate, 2 e 8 semanas após o término da PEP)
- Possibilidade de Prep para puérperas com alta vulnerabilidade para infecção pelo HIV



# Chegada do RN exposto ao HIV ao ambulatório



- Prioridade no agendamento da consulta!!!!
- Respeitar os prazos e protocolos é FUNDAMENTAL para diagnósticos precoces, condutas adequadas e desfechos favoráveis.
- **1º consulta**
  - ✓ Acolhimento e vinculação!!!!
  - ✓ Dar continuidade a consulta da gestante – caso tenha sido realizada
  - ✓ Anamnese com todo histórico materno (gestação e prévio a essa), pré-natal, vacinas, parceiro, parto e internação na maternidade
  - ✓ Histórico neonatal do RN + exames realizados
  - ✓ **CARGA VIRAL DA MATERNIDADE**



# Chegada do RN exposto ao HIV ao ambulatório



- ✓ Checar medicações – dose, intervalo, diluições – ficar atento aos reajustes orientados!!!! – peso e protocolo
- ✓ Checar vacinas – mãe e RN – família
- ✓ Checar possibilidade de coinfeções ou “coexposições”
- ✓ Exame físico completo
- ✓ Solicitação de exames – ficar atento ao tempo programado do protocolo!!!!
- ✓ Reorientar alimentação – salientar riscos do aleitamento materno / cruzado
- ✓ Fornecer fórmula láctea
- ✓ Encaminhar para puericultura caso não seja realizada em conjunto
- ✓ Orientações pediátricas habituais – binômio mãe x bebê!!!!



# Chegada do RN exposto ao HIV ao ambulatório



## ✓ **RETORNO BREVE!!!!**

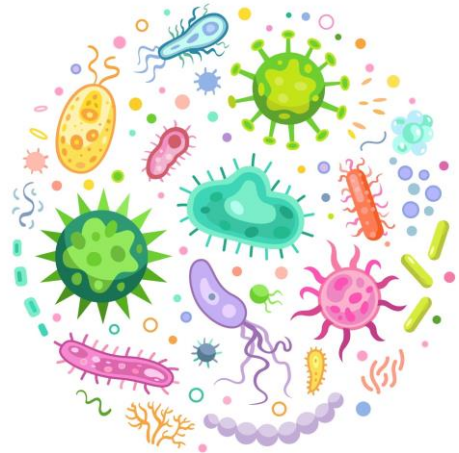
- ✓ Checar resultado da nova CV o mais rapidamente possível – laboratório em alerta para exames de RN
- ✓ CV detectáveis → nova coleta imediata para conclusão diagnóstica
- ✓ Se necessário → DNA pró-viral
- ✓ Checar adesão, dificuldades, esclarecimento de dúvidas
- ✓ Checar eventos adversos dos ARV (exposição desde intraútero)
- ✓ Acolher – tensão e ansiedade familiar!!!
- ✓ Suspensão da profilaxia ARV e início da profilaxia de pneumocistose



# Profilaxia primária para a pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*



| Idade  | Recomendação   |
|--|--|
| Nascimento até 4 – 6 semanas                           | Não indicar profilaxia   |
| 4 – 6 semanas a 4 meses                                | Indicar profilaxia até definição do diagnóstico  |
| 4 meses a 12 meses:<br>› Criança não infectada         | Não indicar profilaxia   |
| › Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada | Manter profilaxia  |
| Após os 12 meses:<br>› Criança infectada               | Indicar profilaxia de acordo com a contagem de LT-CD4+.<br>Idade 1 a < 6 anos: LT-CD4 < 500 céls/mm <sup>3</sup> ou < 15%<br>Idade 6 a 12 anos: LT-CD4 < 200 céls/mm <sup>3</sup> ou < 15% |



**Dosagem SMX-TMP 750mg de SMX/m<sup>2</sup>/dia de 12/12hs, 3x/semana em dias consecutivos ou às 2°, 4° e 6° feiras.**





## Rotina de acompanhamento da criança exposta

- ✓ Acompanhamento mensal até 6m, bimestral no 2º semestre, trimestral após 1 ano.
  - ✓ Avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento
  - ✓ Reconhecimento de coinfeções
  - ✓ Anamnese e Exame físico detalhado
  - ✓ Consultas com outros especialistas
- 
- Acompanhamento em unidades especializadas até definição do diagnóstico
  - Recomendação de seguimento periódico anual das crianças não infectadas na unidade especializada até o final da adolescência (exposição ao HIV e ARV).





# Rotina de acompanhamento laboratorial da criança exposta



| EXAMES                    | Idade  |       |       |        |          |          |
|---------------------------|--|-------|-------|--------|----------|----------|
|                           | Nascim   | 2 sem | 6 sem | 12 sem | 6 a 12 m | 12 a 18m |
| CV-HIV                    | X  | X     | X     | X      |          |          |
| Hemograma                 | X  |       | X     | X      | X        | X        |
| TGO, TGP,<br>GGT, FA, BTF | X  |       | X     |        |          | X        |
| Gli                       | <b>SEM RECOMENDAÇÃO DE COLETA DE CD4/CD8 NA CÇA EXPOSTA, APENAS SE CONCLUIR COMO INFECTADA</b> |       |       |        |          |          |
| An                        |  |       |       |        |          |          |
| TORCH                     | X  |       |       |        |          |          |
| Sorol Sífilis             | X  |       |       |        |          |          |
| Anti-HBs                  |  |       |       |        | X        |          |
| Anti-HTLV 1/2             |  |       |       |        |          | X        |
| Sorol hep C               |  |       |       |        |          | X        |
| Sorol Chagas              |  |       |       |        |          | X        |

| GRUPO-ALVO | IDADE     | BCG        | HEP B         | PENTA/<br>DTP | HIB           | VIP     | PNEUMO 10 | ROTAVÍRUS | MENINGO<br>C | INFLUENZ<br>A |
|------------|-----------|------------|---------------|---------------|---------------|---------|-----------|-----------|--------------|---------------|
| Criança    | Ao nascer | Dose única | Dose nasc     |               |               |         |           |           |              |               |
|            | 2 meses   |            | 1ª dose Penta | 1ª dose Penta | 1ª dose Penta | 1ª dose | 1ª dose   | 1ª dose   |              |               |
|            | 3 meses   |            |               |               |               |         |           |           | 1ª dose      |               |
|            | 4 meses   |            | 2ª dose Penta | 2ª dose Penta | 2ª dose Penta | 2ª dose | 2ª dose   | 2ª dose   |              |               |
|            | 5 meses   |            |               |               |               |         |           |           | 2ª dose      |               |
|            | 6 meses   |            | 3ª dose Penta | 3ª dose Penta | 3ª dose Penta | 3ª dose | 3ª dose   | 3ª dose   |              | 1ª dose       |





| GRUPO-ALVO | IDADE    | HEP B              | PENTA/DTP          | HIB                | VIP        | PNEUMO 10 | MENINGO C | INFLUENZ A | FEBRE AMARELA | HEP A   | SCR     | VARICELA |
|------------|----------|--------------------|--------------------|--------------------|------------|-----------|-----------|------------|---------------|---------|---------|----------|
| Criança    | 7 meses  |                    |                    |                    |            |           |           | 2° dose    |               |         |         |          |
|            | 9 meses  |                    |                    |                    |            |           |           |            | Uma dose      |         |         |          |
|            | 12 meses |                    |                    |                    |            | Reforço   | Reforço   |            |               | 1° dose | 1° dose | 1° dose  |
|            | 15 meses | 1° Reforço (penta) | 1° Reforço (penta) | 1° Reforço (penta) | 1° Reforço |           |           |            |               |         | 2° dose | 2° dose  |
|            | 18 meses |                    |                    |                    |            |           |           |            |               | 2° dose |         |          |

**Crianças expostas ao HIV recebem o mesmo calendário das crianças infectadas até 18 meses. Após devem ter como diferenciação a substituição da VOP pela VIP sempre.**

# Investigação da criança exposta



## ➤ Criança não infectada:

- pelo menos 2 CV indetectáveis obtidas após a suspensão da profilaxia ARV, sendo uma coletada com pelo menos 2 semanas e outra com pelo menos 8 semanas após a suspensão;
- boas condições clínicas, bom desenvolvimento neuropsicomotor e sem evidência de déficit imunológico;
- anti-HIV não reagente **depois** de 12 meses de idade. Na presença de não ocorrência de sororeversão nesta idade, deve se aguardar até os 18 meses para nova coleta de anti-HIV.



## Investigação da criança exposta



- **Criança presumivelmente não infectada:**
  - Criança não está sendo amamentada, está assintomática e com imunidade normal, e com pelo menos 2 CV negativas, sendo uma coletada com pelo menos 2 semanas e outra com pelo menos 8 semanas após o término da profilaxia ARV
- **Criança infectada:** 2 CV detectáveis  $> 5.000$  cópias/mL ou um DNA pró-viral positivo.

## Importante



- Sempre documentar a sororeversão (sorologia anti-HIV) negativa antes da alta da unidade especializada – necessária para encerramento do caso.
- 95% das cças sororevertem aos 12m
- Quase 100% sororevertem entre 15-18m
- Raras cças sororevertem próximo de 24m – sororevertores tardios → repetir a sorologia até a negativação.
- DNA pró-viral
- ATENÇÃO – infecção pelo aleitamento materno.
  
- Encerramento do caso - após resultado de 2CV indetectáveis e negativação da sorologia entre 12-18m, podendo ter alta para UBS apenas depois da sororeversão.

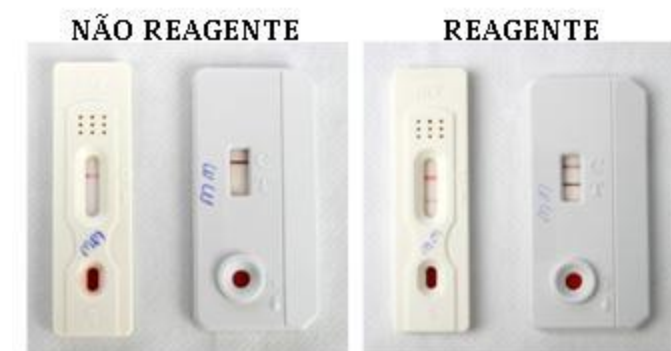


**ATENÇÃO !**

## Criança maior de 18m



- Criança SEM aleitamento materno há mais de 3 meses!!!
- Possível diagnóstico com uso da sorologia
- Teste com sorologia (Etapa 1 - triagem) reagente → Etapa 2 – teste confirmatório reagente → CRIANÇA INFECTADA HIV
- Uso do teste rápido



# Crianças expostas não infectadas pelo HIV



Grupo bastante expressivo de crianças – população global em expansão

Múltiplas exposições precoces na vida

- HIV e ARVs
- ambiente intraútero imunologicamente perturbado
- potencial doença física e algumas vezes psíquica materna
- exposição amplificada a patógenos infecciosos
- circunstâncias socioeconômicas desafiadoras
- nutrição infantil abaixo do ideal

**ATENÇÃO AS CRIANÇAS EXPOSTAS MESMO APÓS A “ALTA” DO SERVIÇO ESPECIALIZADO**





# Adesão ao seguimento



- Grupo de gestantes
- Consulta da gestante na pediatria – 3º trimestre
- Monitoramento das gestantes
- Agendamento prévio ao parto da 1º consulta do RN
- Seguimento multidisciplinar – Psicologia / Serviço Social / Enfermagem – atendimento as mães e bebês
- Busca de faltosos – convocação, visita domiciliar, notificação ao CT
- Fornecimento de fórmula láctea / leite
- Vínculo forte família x serviços de saúde

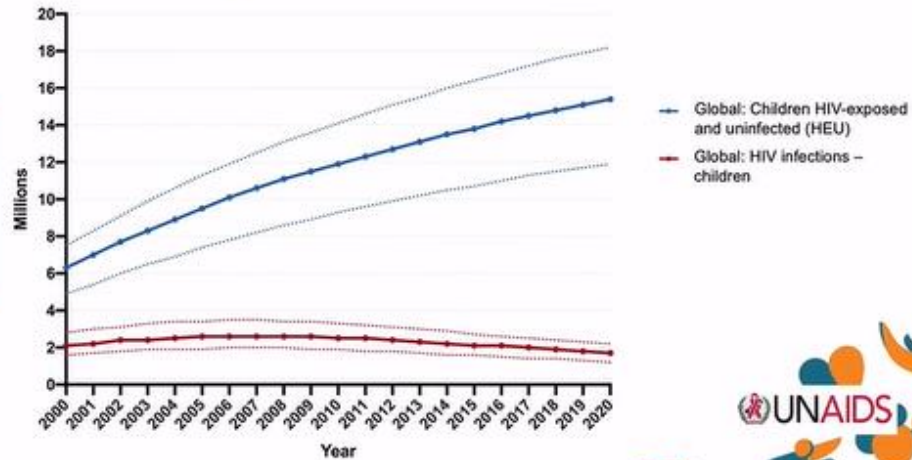


# Crianças e adolescentes: o que o futuro nos reserva?



~16 million children who are HEU

## Global population of children who are HIV-exposed and uninfected



29 July - 2 August - Montreal & virtual

aidi2022.org

Recent Advances in the Neurological and Neurodevelopmental Impacts of HIV. 2022. In Press  
Figure created by CJ Wedderburn. Data source: UNAIDS.





Obrigada!!!

[danielabertolini@hotmail.com](mailto:danielabertolini@hotmail.com)  
[daniela.bertolini@crt.saude.sp.gov.br](mailto:daniela.bertolini@crt.saude.sp.gov.br)