

# 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  |   | Código (CID10)  | 3 Data da Notificação                 |   |
|  | CRIANÇA EXPOSTA AO HIV                             |  | Z 20.6  |   |                                       |   |
|  | 4 UF   | 5  | Município de Notificação                            | Código (IBGE)   |                                       |   |
| Notificação Individual   | 6  | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)                           |   | Código  | 7 Data de Diagnóstico                 |   |
|  | 8  | Nome do Paciente   |   |   | 9                                     | Data de Nascimento  |
|  | 10 (ou) Idade                                      | 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano                                | 11 Sexo   | M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado                           | 12 Gestante                           | 13 Raça/Cor   |
|  | 14   | Escolaridade   |   | 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela<br>4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado |                                       |   |
| Dados de Residência  | 15   | Número do Cartão SUS   |   | 16 Nome da mãe  |                                       |   |
|  | 17 UF  | 18   | Município de Residência                             | Código (IBGE)   | 19 Distrito                           |   |
|  | 20   | Bairro   |   | 21  | Logradouro (rua, avenida,...)         | Código  |
|  | 22   | Número   | 23  | Complemento (apto., casa, ...)  | 24                                    | Geo campo 1   |
|  | 25   | Geo campo 2  |   | 26  | Ponto de Referência                   | 27 CEP  |
|  | 28   | (DDD) Telefone   | 29  | Zona  | 30 País (se residente fora do Brasil) |   |
|  |  |  | 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado |   |                                       |   |
|  | <b>Dados Complementares do Caso</b>                |  |   |   |                                       |   |
|  | Autéc. Epiol. da Mãe/Nutriz                        | 31   | Idade da mãe/nutriz                                 | 32  | Escolaridade da mãe/nutriz            | 0 - Analfabeto<br>1-1ª série incompleta do EF<br>2-4ª série completa do EF<br>3-5ª à 8ª série incompleta do EF<br>4-Ensino fundamental completo<br>5-Ensino médio incompleto<br>6-Ensino médio completo<br>7-Educação superior incompleta<br>8-Educação superior completa<br>9-Ignorado |
|  |  | 33   | Raça/cor da mãe/nutriz                              |   | 34 Ocupação da mãe/nutriz             |   |
| 35   |  | Fez uso de anti-retroviral para profilaxia/tratamento durante a gestação |   | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado                          |                                       |   |
| Investigação da criança exposta ao HIV   | 36   | Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto               |   | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado                          |                                       |   |
|  | 37   | Nº da Declaração de Nascido Vivo   |   | 38  | Tipo de parto                         |   |
|  |  |  | 1 - Parto vaginal 2 - Parto cesáreo 9 - Ignorado    |   |                                       |   |
|  | 39 UF  | 40   | Município do local de nascimento:                   | Código (IBGE)   | 41                                    | Local de nascimento (Unidade de Saúde):   |
|  |  |  |   |   | Código                                |   |
|  | 42   | Aleitamento materno:   |   | 43  | Aleitamento cruzado:                  |   |
|  | 1 - Sim 2 - Não 3 - Alimentação mista 9 - Ignorado |  | 1 - sim 2 - não 9 - ignorado                        |   | 44                                    |   |
|  |  |  |   | 44  |                                       |   |
|  |  |  |   | 44  |                                       |   |
|  |  |  |   | 44  |                                       |   |
| 45 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):  |  |  |   |   |                                       |   |
| 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - Ignorado  |  |  |   |   |                                       |   |
| 46 Dados laboratoriais da criança  |  |  |   |   |                                       |   |
| 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado<br>5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado |  |  |   |   |                                       |   |
| <input type="checkbox"/>   | 1º Teste de detecção de ácido nucléico             | Data da coleta   | <input type="checkbox"/>                            | Teste de triagem anti-HIV   | Data da coleta                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | 2º Teste de detecção de ácido nucléico             | Data da coleta   | <input type="checkbox"/>                            | Teste confirmatório anti-HIV  | Data da coleta                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | 3º Teste de detecção de ácido nucléico             | Data da coleta   | <input type="checkbox"/>                            | Teste rápido 1 <input type="checkbox"/> Teste rápido 3                  | Data da coleta                        |   |
|  |  |  | <input type="checkbox"/>                            | Teste rápido 2  | Data da coleta                        |   |

238

|                  |  |                          |   |
|------------------|--|--------------------------|---|
| 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<br>5 - Transferência para outro Município e/ou Estado 6 - Óbito por HIV/Aids<br>7 - Óbito por outras causas. |                          |   |

Observações adicionais:

---



---



---

|              |                            |            |
|--------------|----------------------------|------------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Assinatura |
|              | Nome                       |            |

**DADOS COMPLEMENTARES DO CASO PARA O ESTADO DE SÃO PAULO**

|                |                                  |   |                          |
|----------------|----------------------------------|---|--------------------------|
| Antes: 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? | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | <input type="checkbox"/> | 51 UF | 52 Município de realização do Pré-natal | Código (IBGE) |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------|---|---------------|

|                  |                                       |               |
|------------------|---------------------------------------|---------------|
| Dados da Criança | 53 Unidade de realização do Pré-natal | Código (CNES) |
|------------------|---------------------------------------|---------------|

|                  |  |  |                          |
|------------------|--|--|--------------------------|
| Dados da Criança | 54 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas) | 1- nas 1 <sup>o</sup> 24 horas do nascimento 2- Após 24 horas do nascimento 3- Não s aplica 4- Não realizado | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--|--|--------------------------|

|                  |   |                              |                          |       |   |               |
|------------------|---|------------------------------|--------------------------|-------|---|---------------|
| Dados da Criança | 55 Enc. ambulatorial da criança exposta | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | <input type="checkbox"/> | 56 UF | 57 Município de acompanhamento da criança exposta | Código (IBGE) |
|------------------|---|------------------------------|--------------------------|-------|---|---------------|

|                  |   |               |
|------------------|---|---------------|
| Dados da Criança | 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 1<sup>o</sup> dia do mês e ano referente ao período aproximado da exposição). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

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. 9- Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

36- Fez uso de anti-retroviral para profilaxia durante o parto? 1- Assinalar na situação em que a parturiente recebeu AZT por via endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clampamento do cordão umbilical ou em situação excepcional de não disponibilidade do AZT injetável utilizou-se esquema alternativo de zidovudina oral segundo recomendações estabelecidas pelo Programa Nacional de DST/AIDS. 2- Parturiente não realizou profilaxia/tratamento. 3- Assinalar essa categoria quando a exposição foi apenas por aleitamento cruzado. 9- Não foi possível, após a investigação, informar se a gestante realizou profilaxia/tratamento.

38- Tipo de parto: Assinalar se o parto foi do tipo vaginal, ou do tipo Cessário, ou Ignorado quando, após a investigação, não foi possível identificar o tipo de parto.

42- Aleitamento materno, assinalar: 1- Criança foi amamentada exclusivamente (independente do tempo); 2- Criança não foi amamentada; 3- Alimentação mista; 9- Não foi possível, após a investigação, informar se a criança foi amamentada ou não.

43- Aleitamento cruzado: 1- A criança foi amamentada por outra mulher que não a sua mãe; 2- Não houve amamentação cruzada; 9- Não foi possível, após investigação, informar se a criança foi amamentada por sua mãe ou por outra mulher.

44- Uso de profilaxia com anti-retroviral oral, assinalar: 1- Criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde; 2- Criança não recebeu profilaxia com anti-retroviral oral; 9- Não foi possível, após investigação, informar se a criança recebeu profilaxia com anti-retroviral oral segundo recomendação do consenso terapêutico do Ministério da Saúde.

45- Informar o tempo total de uso da profilaxia oral em semanas. Se não fez uso de profilaxia registrar 4, se for ignorado, registrar 9.

46- Dados laboratoriais da criança.  
- São testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV: Várias gerações de ensaio por imunoborbância ligada à enzima (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, ELISA), ensaio imunoenzimático com micropartículas (Microparticle Enzyme Immuno Assay, MEIA) e ensaio imunoenzimático quimioluminescência.

- São testes confirmatórios: Imunofluorescência Indireta, Immunoblot, 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, considerando-se criança infectada quando houver a presença de RNA viral plasmático detectável acima de 10.000 cópias/ml ou detecção do DNA pró-viral em duas amostras obtidas em momentos diferentes (conforme fluxograma do consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças pelo HIV em vigência).

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 pró-viral (a segunda amostra deverá ser realizada após o 4<sup>o</sup> 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 1<sup>o</sup> 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 da 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).