

HIV na criança — exposição vertical e criança vivendo com HIV

Profilaxia do recém-nascido por risco, não amamentação, diagnóstico por carga viral, sulfametoxazol-trimetoprima, vacinas, seguimento no SAE, revelação diagnóstica, adolescência e PEP, segundo os PCDT do Ministério da Saúde

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Todo recém-nascido (RN) de mãe vivendo com HIV recebe **profilaxia antirretroviral (ARV) nas primeiras 4 horas de vida**, por **4 semanas**: **zidovudina** no **baixo risco** (mãe em TARV com carga viral < 50 cópias/mL desde a 28ª semana) e **zidovudina + lamivudina + raltegravir** no **alto risco** (nevirapina entre 34 e 37 semanas; < 34 semanas, só zidovudina) (PCDT 2024). **Não amamentar e inibir a lactação com cabergolina 1 mg em dose única** na mãe. Diagnóstico por **carga viral ao nascer, aos 14 dias, com 6 e com 12 semanas**; sorologia só para documentar a sororreversão. **Sulfametoxazol-trimetoprima a partir de 4 semanas** até duas cargas virais indetectáveis. Seguimento **compartilhado entre o SAE e o pediatra** (●); carga viral detectável, criança sem seguimento ou suspeita clínica de HIV: **encaminhar com prioridade ao SAE** (●); febre ou desconforto respiratório na criança imunodeprimida, toxicidade grave e exposição de risco nas últimas 72 horas (PEP): **pronto-socorro** (●). Onde a SBP não tem posição, o site segue o Ministério da Saúde.

1. O que é e como se apresenta

Criança exposta é a nascida de pessoa vivendo com HIV ou amamentada por ela; **criança exposta não infectada (ENI)**, a que teve a infecção excluída. A transmissão ocorre na gestação, no parto e pelo **leite materno**. Sem tratamento, 20–30% das crianças infectadas têm doença grave já no 1º ano (PCDT 2024).

Sinais que levam a investigar HIV em qualquer idade, mesmo com sorologia materna negativa (PCDT 2024, Quadro 1): infecções de vias aéreas, sinusite, otite e **pneumonias de repetição**; **linfadenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, parotidite recorrente; candidíase oral persistente**; diarreia crônica; **déficit de peso e estatura**; atraso do desenvolvimento; febre de origem indeterminada; PTI, anemia, linfopenia, plaquetopenia.

As **ENI** têm mais infecções bacterianas graves no 1º ano e podem ter efeitos dos ARV (anemia pela zidovudina, toxicidade mitocondrial).

Classificação imunológica pelo CD4 (PCDT 2024):

IMUNODEPRESSÃO	< 1 ANO	1 A 6 ANOS	≥ 6 ANOS
Ausente	≥ 1.500 (≥ 34%)	≥ 1.000 (≥ 30%)	≥ 500 (≥ 26%)
Moderada	750–1.490 (26–33%)	500–999 (22–29%)	200–499 (14–25%)
Grave	< 750 (< 26%)	< 500 (< 22%)	< 200 (< 14%)

Infecção oportunista define imunodepressão grave, qualquer que seja o CD4; prioriza-se o valor absoluto.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Exposto com cargas virais indetectáveis, assintomático, crescendo bem; ENI; criança vivendo com HIV em TARV, carga viral indetectável, sem imunodepressão	Pediatra em cuidado compartilhado com o SAE : puericultura, vacinas, adesão; ENI com consulta anual no SAE até o fim da adolescência
● Moderada	Carga viral detectável ; exposto sem vínculo com o SAE ou com exame atrasado; suspeita clínica de HIV; diagnóstico novo; má adesão, falha virológica, imunodepressão moderada; anemia ou neutropenia pela zidovudina	Encaminhar com prioridade ao SAE / infectologista pediátrico ; carga viral detectável = tratamento preemptivo imediato
● Grave	Exposição de risco nas últimas 72 h (amamentação, violência sexual, material biológico); RN exposto sem profilaxia; febre, taquipneia, SpO2 < 92%, sepse ou desidratação em criança com imunodepressão grave ou não tratada; suspeita de pneumocistose; toxicidade grave por ARV	Pronto-socorro / referência com urgência : PEP o quanto antes; estabilizar, oxigênio, acesso

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 12 meses (progressão rápida; pneumocistose mais frequente e letal).
- Mãe sem pré-natal ou TARV, com viremia no 3º trimestre, diagnóstico no parto ou infecção aguda.
- Prematuridade, coinfeções (sífilis, hepatites, HTLV, CMV, tuberculose), desnutrição, má adesão, vulnerabilidade social.

3. Diagnóstico no consultório

Até 18 meses, nunca diagnosticar por anticorpos (o IgG materno persiste até 18 e, raramente, 24 meses). Usam-se **carga viral (RNA)** e **DNA pró-viral** (PCDT 2024, Módulo 1):

EXAME	QUANDO COLHER
Carga viral	Ao nascer (sangue periférico, nunca de cordão; antes da 1ª dose, sem atrasá-la), 14 dias, 6 semanas e 12 semanas (2 e 8 semanas após o fim da profilaxia)
Anti-HIV	12 meses (sororreversão); se reagente, aos 18 e aos 24 meses

- **Carga viral detectável (qualquer valor):** colher de imediato **DNA pró-viral** (preferencial) ou nova carga viral, e amostra para genotipagem, e **iniciar o tratamento preemptivo** até a definição.
- **Infecção confirmada:** carga viral detectável + DNA pró-viral detectável, **ou** duas cargas virais detectáveis, a segunda ≥ 100 cópias/mL.
- **Exclusão presuntiva:** criança não amamentada, assintomática e com **duas cargas virais indetectáveis após o fim da profilaxia**; **exclusão definitiva** quando há também a **sororreversão**.
- Exame atrasado ou criança sintomática < 18 meses: **carga viral imediata. Acima de 18 meses:** testes anti-HIV, como no adulto.

Seguimento laboratorial (PCDT 2024, Quadro 9): hemograma ao nascer, com 6 e 12 semanas e até 18 meses; provas hepáticas e glicemia ao nascer, com 6 semanas e aos 12–18 meses; TORCH e VDRL ao nascer; **anti-HBs 30–60 dias após o esquema da hepatite B**; anti-HCV, anti-HTLV (mãe reagente) e Chagas (se indicado) aos 12–18 meses.

Diferencial: infecções congênitas, tuberculose, erro inato da imunidade, desnutrição, PTI, aplasia.

4. Tratamento e seguimento

Na maternidade (PCDT 2024): banho precoce, aspiração só se necessária, **clampeamento imediato** se houver viremia, alojamento conjunto, **notificação obrigatória (compulsória)** da criança exposta, consulta no SAE agendada na alta, a tempo da carga viral dos 14 dias, e resumo de alta com ARV, doses e data de término.

Profilaxia antirretroviral do RN (PCDT 2024, Módulo 1, Quadro 5; SBP sem posição própria — segue o MS):

- **Baixo risco:** mãe em TARV na gestação, **carga viral < 50 cópias/mL a partir da 28ª semana** e sem falha de adesão → **zidovudina** por 4 semanas.
- **Alto risco:** sem pré-natal ou TARV; TARV só na 2ª metade da gestação ou no parto; profilaxia do parto não feita; infecção aguda; **carga viral ≥ 50 cópias/mL no 3º trimestre ou desconhecida; teste rápido reagente no parto** → **três ARV por 4 semanas:** ≥ 37 semanas, **zidovudina + lamivudina + raltegravir** (nevirapina como alternativa); 34 a 37 semanas ou < 2 kg, **zidovudina + lamivudina + nevirapina**; < 34 semanas, **zidovudina isolada**.
- Após 48 horas de vida: decisão individualizada.
- **PCDT de Transmissão Vertical (2022) × Módulo 1 (2024):** o de 2022 dava nevirapina por 14 dias; o site segue o mais recente: 28 dias, e nevirapina como alternativa ao raltegravir ≥ 37 semanas.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Zidovudina VO	≥ 35 sem: 4 mg/kg/dose; 30–35 sem: 2 mg/kg/dose por 14 dias, depois 3; < 30 sem: 2 mg/kg/dose	12/12 h	4 semanas	Todos os riscos; IV = 75% da dose oral (PCDT 2024)
Lamivudina VO	2 mg/kg/dose	12/12 h	4 semanas	Alto risco, ≥ 34 semanas (PCDT 2024)
Raltegravir granulado 100 mg VO	1ª semana: 1,5 mg/kg/dose; 2ª à 4ª: 3 mg/kg/dose	1x/dia, depois 12/12 h	4 semanas	Alto risco, ≥ 37 sem e ≥ 2 kg; raltegravir materno 2–24 h antes do parto: 1ª dose com 24–48 h (PCDT 2024)
Nevirapina VO	34–37 sem: 4 mg/kg/dose na 1ª semana, 6 mg/kg/dose da 2ª à 4ª; ≥ 37 sem (alternativa): 6 mg/kg/dose	12/12 h	4 semanas	Alto risco; a dose de 200 mg/m² é só para infecção confirmada (PCDT 2024)
Sulfametoxazol-trimetoprima VO	SMX 750 mg/m²/dia + TMP 150 mg/m²/dia	3 dias por semana (1–2 tomadas/dia)	Da 4ª semana até 2 cargas virais indetectáveis	Profilaxia de <i>P. jirovecii</i> (PCDT 2024)
Cabergolina VO (na mãe)	1 mg (2 comprimidos de 0,5 mg)	Dose única	Logo após o parto	Repetir se lactação rebote (PCDT-TV; PCDT 2024)

Sulfametoxazol-trimetoprima (PCDT 2024, Quadro 8): não indicar até 4 semanas; de 4 semanas a 4 meses, para todos até a definição diagnóstica; de 4 a 12 meses, suspender na criança não infectada e manter na infectada ou indeterminada; **na infectada, manter até 12 meses** qualquer que seja o CD4 e, depois, se CD4 < 500 ou < 22% (1 a 6 anos) ou < 200 ou < 14% (6 a 12 anos).

Alimentação: fórmula infantil pelo menos até 6 meses; contraindicados aleitamento misto, cruzado e leite pasteurizado em casa (banco de leite credenciado é permitido). **Aleitamento identificado:** suspender, colher carga viral e **iniciar PEP**, com cargas virais 2 e 8 semanas após o fim. **Teste rápido reagente no parto:** três ARV e sem aleitamento; cabergolina só se confirmado; se excluído, suspender a profilaxia e liberar a amamentação (PCDT 2024).

Criança vivendo com HIV (decisão do SAE; PCDT 2024, Módulo 2): TARV para todas, logo após o diagnóstico, qualquer que seja o CD4, com genotipagem sem adiar o início.

Preferenciais: **1º mês**, zidovudina + lamivudina + raltegravir; depois, **dolutegravir** (5 mg dispersível por peso a partir de 4 semanas e 3 kg; 50 mg acima de 6 anos e 20 kg) com zidovudina ou abacavir (≥ 3 meses, **HLA-B*5701 negativo**) + lamivudina; **> 12 anos**, tenofovir + lamivudina + dolutegravir. Carga viral e CD4 antes, **6 semanas** após iniciar e **a cada 3–4 meses**.

O que o pediatra faz: puericultura com peso, comprimento e perímetro cefálico (consultas mensais até 6 meses e no mínimo bimestrais no 2º semestre, com o SAE — PCDT 2024); confere doses e término dos ARV e do sulfametoxazol-trimetoprima; reforça a não amamentação; vacina; trata intercorrências (bacterianas mais graves); reconhece toxicidade; investiga coinfeções (ver **Infeções Congênitas (TORCH e Sífilis)**); protege o **sigilo** (Lei nº 14.289/2022), inclusive na Caderneta da Criança.

Vacinas (SBP, DC Imunizações 2020; Manual dos CRIE 2023; PCDT 2024) — detalhes em Vacinação da criança imunocomprometida:

- **ENI:** calendário da criança vivendo com HIV **até 18 meses**; depois, o do PNI, com **VIP em todo o esquema**.
- **BCG ao nascer, se assintomático; rotavírus permitido; hepatite B ao nascer** e anti-HBs após o esquema.
- Criança vivendo com HIV: **tríplice viral e varicela** só com **CD4 > 15% até 5 anos e > 200/mm³ acima de 6 anos, há pelo menos 6 meses** (SBP 2020); **varicela monovalente**, não tetraviral (SBP); **VPC20, MenACWY, hepatite A, HPV em 3 doses e influenza anual** no CRIE; vacinar os conviventes.

Revelação diagnóstica (PCDT 2024, Módulo 2): precoce e gradual, guiada pela curiosidade da criança e planejada com o cuidador; o segredo favorece depressão e má adesão. Vale para as ENI.

Adolescência: adesão, saúde mental, sexualidade, **preservativo** e PrEP para as parcerias; pode ser atendido sozinho; **transição gradual** ao serviço de adultos, pela prontidão e não só pela idade (PCDT 2024).

Não fazer: sorologia para diagnóstico < 18 meses; sangue de cordão; atrasar o ARV para colher exame; liberar aleitamento por carga viral indetectável; VOP; tetraviral.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Exposição de risco nas últimas 72 horas** (amamentação por pessoa com HIV, **violência sexual**, acidente com material biológico) → **PEP o mais cedo possível, até 72 h, por 28 dias** (PCDT PEP 2024); de 4 semanas a 6 anos, zidovudina + lamivudina + dolutegravir 5 mg; maiores, dolutegravir 50 mg com zidovudina ou tenofovir + lamivudina (PCDT 2024, Módulo 2). Na violência, ver **Trauma e violência** (Saúde mental).

- RN de mãe com HIV (ou teste rápido reagente) **sem profilaxia** iniciada.
- Febre $\geq 37,5$ °C axilar com toxemia, taquipneia, **SpO2 < 92%**, sepse ou desidratação em criança não tratada ou com imunodepressão grave; tosse seca com hipoxemia desproporcional (**pneumocistose**).
- Pneumonia sem imunodepressão grave: critérios do site (SpO2 $\geq 95\%$ casa; 92–94% observação; < 92% internação).
- Anemia grave, icterícia, vômitos persistentes, taquipneia ou letargia (**toxicidade por ARV**, acidose láctica), exantema extenso.

Como encaminhar

1. ABC; **oxigênio para manter SpO2 $\geq 94\%$** ; acesso venoso se houver choque.
2. Seps: seguir **Seps e choque séptico na criança**, sem atrasar o antibiótico.
3. Exposição de risco: anotar horário e tipo e encaminhar de imediato ao serviço que dispensa PEP.
4. Contato com o SAE ou o plantão; SAMU (192) se instável.
5. **Relatório** (com sigilo): ARV e doses, término da profilaxia, último CD4 e carga viral, vacinas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O remédio do bebê é de 12 em 12 horas por 4 semanas, sem pular doses."
- "Não amamente nem deixe outra pessoa amamentar; use só a fórmula, com água fervida e mamadeira limpa."
- "Os exames aos 14 dias, com 6 e com 12 semanas mostram se o bebê tem o vírus. Não falte."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** febre com prostração, respiração rápida, lábios arroxeados, palidez intensa, olhos amarelos, vômitos que impedem o remédio, desidratação, sonolência; ou se o bebê tiver sido amamentado.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Profilaxia, bai- xo risco	Sem posição própria (segue o MS)	Zidovudina 4 semanas	Remete ao painel HHS	Sem diretriz; BHIVA 2025: zidovudina 2 semanas	Zidovudina 4 semanas (2 se muito baixo risco)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE (BHIVA)
Profilaxia, alto risco	Segue o MS	Zidovudina + lamivudina + raltegravir 4 semanas	Remete ao painel HHS	BHIVA: nevira- pina 2 sem + zidovudina e lamivudina 4 sem	Zidovudina + lamivudina + nevirapina; ral- tegravir se resistência	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE (BHIVA)
Diagnóstico	Segue o MS	Carga viral ao nascido, 14 dias, 6 e 12 semanas; anti- corpos 12–24 meses	—	BHIVA: nascer, 2 (alto risco), 6 e 12 semanas; anticorpos 24 meses	< 48 h, 15–21 dias, 6 sema- nas, > 3–4 me- ses; anticorpos 12–18 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE (BHIVA)
Sulfametoxa- zol- trimetoprima	Segue o MS	Todas as ex- postas, de 4 semanas até 2 cargas virais indetectáveis	—	BHIVA: só se PCR positiva ou infecção	Só quando não se pode excluir a infecção	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE (BHIVA)
Amamentação	Sem documen- to específico; site — contraindicada	Contraindicada mesmo com carga viral in- detectável; cabergolina	Evitar é o úni- co risco zero; apoiar se car- ga viral < 50 sustentada (2024)	BHIVA 2025: apoia aleita- mento exclusi- vo se supressão	Contraindicada (A-I); acompa- nhar a mãe que insiste	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE (BHIVA)
Vacinas vivas	BCG ao nas- cer se assinto- mático; SCR e varicela por CD4	ENI: calendá- rio HIV até 18 meses; CRIE	—	BHIVA: BCG adiada no alto risco até PCR de 12 semanas	Vivas não con- traindicadas na ENI	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE (BHIVA)

Leitura: há concordância no essencial — profilaxia nas primeiras horas, esquema combinado no alto risco e diagnóstico molecular até 18 meses. Divergem a duração no baixo risco (BHIVA, 2 semanas), o terceiro fármaco no alto risco (raltegravir no MS; nevirapina na BHIVA e na AEP), o **sulfametoxazol-trimetoprima** (para todas as expostas no MS; só na infecção provável na BHIVA e na AEP) e a **BCG** (adiada no alto risco pela BHIVA). A maior divergência é a **amamentação**: AAP (2024) e BHIVA (2025) apoiam a mãe com supressão viral sustentada que deseja amamentar; MS e AEP mantêm a contraindicação. Sem documento da SBP sobre profilaxia, diagnóstico e alimentação, o site segue o **Ministério da Saúde** (Módulo 1 de 2024, o mais recente) e a **SBP** nas vacinas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Profilaxia nas primeiras 4 horas: zidovudina no baixo risco; zidovudina + lamivudina + raltegravir no alto risco (nevirapina se 34–37 semanas; só zidovudina < 34 semanas).
2. Não amamentar, nem com carga viral indetectável; cabergolina 1 mg dose única na mãe; fórmula pelo menos até 6 meses.
3. Carga viral ao nascer, aos 14 dias, com 6 e com 12 semanas; qualquer resultado detectável = SAE com prioridade e tratamento preemptivo.
4. Sulfametoxazol-trimetoprima a partir de 4 semanas, 3 dias por semana, até duas cargas virais indetectáveis.
5. BCG ao nascer se assintomático, VIP sempre, rotavírus permitido; vivas na criança infectada conforme o CD4.
6. Exposição de risco nas últimas 72 horas, inclusive amamentação flagrada e violência sexual, é urgência: PEP por 28 dias.

Veja também, nesta Biblioteca: **Infecções Congênitas (TORCH e Sífilis)** e **Aleitamento Materno e Nutrição do RN** (Neonatologia); **Sífilis congênita** (Temas em Neonatologia); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** e **Profilaxia pós-exposição** (Imunizações); **Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança** (Saúde mental); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências); **Tuberculose na infância 2026** (Temas SBP 2026).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes — Módulo 1 (crianças expostas), 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes — Módulo 2 (crianças e adolescentes vivendo com HIV), 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (Portaria SCTIE/MS nº 55/2020), 2ª ed., 2022; anexo alterado em 04/07/2024. [PDF 2022](#); [página do PCDT](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Imunizações. Imunizações em crianças e adolescentes que vivem com HIV/Aids (Documento Científico, 2ª atualização, 2020). [PDF](#)

- American Academy of Pediatrics. Abuogi L, Noble L, Smith C. Infant Feeding for Persons Living With and at Risk for HIV in the United States: Clinical Report. Pediatrics, 2024 (cópia em PDF). [PDF](#)
- DCVIHT, SEGO, GeSIDA e SEIP. Documento de consenso — VIH, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto, 2023. [PDF](#)
- British HIV Association. BHIVA guidelines on the management of HIV in pregnancy and the postpartum period, 2025. [PDF](#)
- NICE. HIV testing — increasing uptake (NG60), atualizada em 2025. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Brasil. Lei nº 14.289/2022 (sigilo da pessoa que vive com HIV). planalto.gov.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.