

**COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS - PROGRAMA
ESTADUAL DE IST/AIDS – CCD – SES-SP**

NOTA INFORMATIVA Nº 001/2024/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP

Dispõe sobre os critérios de definição de caso para a notificação compulsória da Infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas, Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV no estado de São Paulo

A Infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas, Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HTLV foram incluídas na Lista de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, por meio da Portaria GM/MS Nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024. Para que a notificação compulsória seja realizada faz-se necessária a divulgação dos critérios de definição de caso estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Essa Nota Informativa tem como objetivo apresentar os critérios de definição de caso para a vigilância epidemiológica e orientar o processo de notificação no Sistema de Vigilância Epidemiológica.

1. Definição de caso para vigilância epidemiológica

1.1. Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera

- **CID-10: Z22.6 - Portador de infecção pelo vírus T-linfotrópico tipo 1 (HTLV-1)**
Esse CID10 deverá ser utilizado exclusivamente para a notificação da **Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera**. Ressalta-se que esse código deverá ser utilizado para notificar gestante com HTLV com o vírus tipo I ou II.
- **Definição de caso:** Para fins de notificação, entende-se por gestante com HTLV aquela em que for detectada a infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humana Tipo 1 ou 2 (HTLV-1/2) durante a gestação/parto/puerpério ou mulheres com diagnóstico prévio confirmado da infecção por esse vírus e encontram-se no período gestacional. Os critérios para conclusão diagnóstica da infecção pelo HTLV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde – *Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV* (https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf/view).
- **Tipo de notificação - CASO CONFIRMADO:** Serão notificados apenas os casos confirmados de infecção pelo HTLV (**teste de triagem + teste confirmatório**), seguindo os fluxogramas vigentes.
- **Quando notificar:** A notificação da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera ocorrerá a cada evento gestacional (toda vez que mulher com HTLV estiver gestante deverá ser notificada).
- **Periodicidade da notificação:** A notificação é semanal, individual e não precisa de encerramento, pois somente serão notificados casos confirmados, conforme a PORTARIA GM/MS Nº 3.148, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2024.
- **Ficha de notificação:** Nesse momento, deverá ser utilizada a **Ficha do Sinan de Notificação e Conclusão** (modelo anexo). Os campos relacionados abaixo deverão ser preenchidos da seguinte forma:

- a) Campo 7 – Data dos primeiros sintomas: preencher com a data do diagnóstico da gestação com HTLV.
- Para gestantes com diagnóstico do HTLV durante o pré-natal ou parto ou puerpério, a data de diagnóstico deverá ser a data da coleta do exame confirmatório com resultado reagente;
 - Para gestantes vivendo com HTLV, ou seja, com diagnóstico de HTLV confirmado e anterior a gestação, a data de diagnóstico de gestante com HTLV será a data de início da gestação (data da DUM ou do teste de gravidez ou do US).
- b) Campo 31 – Data da investigação: preencher com a data do diagnóstico (igual ao Campo 7).
- c) Campo 32 – Classificação Final: Assinalar a Opção **1-Confirmado**, pois será notificado o evento gestação cursando com HTLV com teste confirmatório.
- d) Campo 33 – Critério de Confirmação/Descarte: Assinalar a opção **1-Laboratorial**. Para a infecção pelo HTLV na gestação, a conclusão diagnóstica é baseada exclusivamente nos resultados de testes diagnósticos, não sendo considerado critério Clínico-Epidemiológico.

1.2. Criança exposta ao risco de transmissão vertical de infecção pelo HTLV

- **CID-10: Z20.8 - Contato com e exposição a outras doenças transmissíveis.** Esse CID10 deverá ser utilizado exclusivamente para a notificação da **Criança exposta ao risco de transmissão vertical de infecção pelo HTLV.**
- **Definição de caso:** Entende-se por criança exposta aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo Vírus Linfotrófico de Células T Humana Tipo 1 ou 2 (HTLV-1/2). Os critérios para conclusão diagnóstica da infecção pelo HTLV materno estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde – *Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV*

(https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf/view).

- **Tipo de notificação:** Serão notificadas todas as crianças expostas ao HTLV durante a gestação, parto ou por amamentação.

- **Quando notificar:** A notificação da criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HTLV deverá ser realizada preferencialmente na maternidade, após o nascimento, para que a vigilância epidemiológica possa ter conhecimento do caso e promover as ações de orientação e monitoramento do seguimento ambulatorial dessas crianças.

- **Periodicidade da notificação:** A notificação é semanal, individual e não precisa de encerramento, pois a ficha a ser utilizada não permite o seguimento do caso, conforme a PORTARIA GM/MS Nº 3.148, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2024.

- **Ficha de notificação:** Nesse momento, deverá ser utilizada a **Ficha do Sinan de Notificação e Conclusão** (modelo anexo). Os campos relacionados abaixo deverão ser preenchidos da seguinte forma:
 - a) Campo 7 – Data dos primeiros sintomas: preencher com a data de diagnóstico da criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HTLV, conforme o modo de transmissão:
 - Crianças cujas mães eram sabidamente HTLV positivas ou que foram diagnosticadas durante o pré-natal/parto, a data de diagnóstico será a data de nascimento da criança;
 - Crianças que foram amamentadas por mães que se infectaram durante o período de aleitamento ou estavam em aleitamento materno cruzado, a data de diagnóstico de criança exposta será a data da coleta do exame confirmatório materno ou da nutriz com resultado reagente para o HTLV (no período de amamentação).

- b) Campo 31 – Data da investigação: preencher com a data do diagnóstico (igual ao Campo 7).
- c) Campo 32 – Classificação Final: Assinalar a Opção **1-Confirmado**, pois será notificado o evento criança exposta ao risco de transmissão vertical infecção pelo HTLV.
- Campo 33 – Critério de Confirmação/Descarte: Assinalar a opção **2-Clínico-Epidemiológico** para a criança exposta. Lembrar que mãe deverá ter diagnóstico confirmado de infecção pelo HTLV (teste de triagem + teste confirmatório) de acordo com os critérios para conclusão diagnóstica da infecção pelo HTLV materno descritos em publicação específica do Ministério da Saúde – *Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV* (https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf/view).

1.3. Infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV)

- **CID-10: B33.3 - Infecção por retrovírus SOE (Infecção por retrovírus não classificada em outra parte).** Esse CID inclui o Vírus Linfotrópico de Células T Humanas -HTLV, tipo 1 e tipo 2, e deverá ser utilizado exclusivamente para a notificação dos casos confirmados com a infecção pelo HTLV (exceto gestantes).
- **Definição de caso:** Todo indivíduo com diagnóstico confirmado de infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humana Tipo 1 ou 2 (HTLV-1/2), seguindo os fluxogramas vigentes. Os critérios para conclusão diagnóstica da infecção pelo HTLV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde - – *Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV* (https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf/view).
- **Tipo de notificação - CASO CONFIRMADO:** Serão notificados apenas os casos confirmados de infecção pelo HTLV (**teste de triagem + teste confirmatório**), seguindo os fluxogramas vigentes.

- **Quando notificar:** A notificação da Infecção pelo HTLV deverá ser realizada após a confirmação do caso (sintomático ou assintomático).
- **Periodicidade da notificação:** A notificação é semanal, individual e não precisa de encerramento, pois somente serão notificados casos confirmados, conforme a PORTARIA GM/MS Nº 3.148, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2024.
- **Ficha de notificação:** Nesse momento, deverá ser utilizada a **Ficha do Sinan de Notificação e Conclusão** (modelo anexo). Os campos relacionados abaixo deverão ser preenchidos da seguinte forma:
 - a) Campo 7 – Data dos primeiros sintomas: preencher com a data de diagnóstico da infecção pelo HTLV. A data de diagnóstico deverá ser a data da coleta do exame confirmatório com resultado reagente, conforme fluxogramas vigentes.
 - b) Campo 31 – Data da investigação: preencher com a data do diagnóstico (igual ao Campo 7).
 - c) Campo 32 – Classificação Final: Assinalar a Opção **1-Confirmado**, pois a notificação da infecção pelo HTLV I/II será de casos confirmados.
 - d) Campo 33 – Critério de Confirmação/Descarte: Assinalar a opção **1-Laboratorial**. Para a infecção pelo HTLV, a conclusão diagnóstica será baseada exclusivamente nos resultados de testes diagnósticos, não sendo considerado critério Clínico-Epidemiológico.

Vigilância Epidemiológica:

1. Todos os casos que preencherem o critério de definição de caso de gestante, parturiente ou puerpera com HTLV, criança exposta ao risco de transmissão vertical pelo HTLV e casos confirmados de HTLV assintomáticos ou sintomáticos devem ser inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), versão Net.
2. As crianças expostas precisam ser notificadas às vigilâncias epidemiológicas para o monitoramento do seguimento.

3. Toda gestante com diagnóstico de HTLV deverá ser notificada preferencialmente durante o pré-natal. Caso o diagnóstico tenha ocorrido no momento do parto ou no pós-parto, a maternidade deverá realizar a notificação. Portanto, para evitar duplicidade de casos, recomenda-se que seja anotado o número do Sinan na caderneta das gestantes notificadas durante o pré-natal.

São Paulo, 01 de julho de 2024.


Dra. Rosa de Alencar Souza
Diretora Técnica de Saúde III
Substituta

pt **Alexandre Gonçalves**
Diretor Técnico de Saúde III
CRT-DST/Aids – Programa Estadual de IST/Aids – SES/SP

Anexo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença		Código (CID-10) 3	Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não se aplica 9 - Ignorado		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito		20 Bairro
Dados de Residência	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Conclusão						
	Conclusão	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
Local Provável da Fonte de Infecção							
34 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado				35 UF 36 País			
37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito		39 Bairro		
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado					
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento					
Informações complementares e observações							
Observações adicionais							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005		