

# INFORME TÉCNICO

Vigilância e manejo clínico do  
**HTLV-1/2** no município de São Paulo.



# Secretaria Municipal da Saúde

Secretaria Executiva de Atenção Básica,  
Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS)

## ORGANIZAÇÃO

### Coordenadoria de Atenção Básica - CAB

Área Técnica de Saúde da Criança  
Área Técnica de Saúde da Mulher  
Área Técnica de Enfermagem  
Área Técnica de Assistência Laboratorial  
Divisão de Atenção Primária – Vigilância em Saúde

### Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA

Núcleo de Vigilância em Infecções Sexualmente Transmissíveis  
(NVIST) - Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)

### Coordenadoria de IST/AIDS

Setembro/2025



SEABEVS

Secretaria Executiva  
Atenção Básica  
Especialidades e  
Vigilância em Saúde



PREFEITURA DE  
SÃO PAULO

## **INFORME TÉCNICO Nº1/2025 – CAB/COVISA/IST-AIDS**

### **VIGILÂNCIA E MANEJO CLÍNICO DO HTLV-1/2 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

#### **INTRODUÇÃO**

O vírus linfotrófico de células T humanas, HTLV, é um agente infeccioso que é pouco conhecido pela população, profissionais e gestores de saúde. É um vírus de impacto mundial com características únicas e diversidades de manifestações clínicas. São tipos de retrovírus oncogênico que afetam principalmente os linfócitos T CD4+.

Estima-se que entre 5 e 10 milhões de pessoas no mundo estejam infectadas, com uma distribuição geográfica concentrada em regiões específicas, como o sudoeste do Japão, partes da África, o Caribe e a América do Sul. O Brasil é o país que provavelmente apresenta o maior número de pessoas infectadas por HTLV no mundo. A infecção por HTLV ocorre de forma silenciosa e desconhecida pelo grande público, caracterizando-se muitas vezes como uma doença negligenciada.

No Brasil, estima-se que pelo menos 800 mil indivíduos estejam infectados, sendo este número um dos maiores vistos entre os países do mundo. A infecção pelo HTLV apresenta uma distribuição desigual, com maior prevalência em regiões do Nordeste, especialmente na cidade de Salvador, Bahia. É mais comum entre mulheres negras/pardas e pessoas com níveis educacionais mais baixos. Além disso, a prevalência aumenta com a idade, sendo mais alta em indivíduos mais velhos.

Atualmente, não há tratamentos antivirais eficazes ou vacinas disponíveis para o HTLV-1/2, diferente do que acontece com outras infecções virais. A prevenção da transmissão é fundamental, incluindo a triagem de doações de sangue, triagem na gestação e a promoção de práticas seguras de amamentação e relações sexuais.

## **TRANSMISSÃO DO HTLV-1/2**

A infecção por HTLV ocorre pela transmissão de linfócitos infectados, presentes em fluidos corpóreos (sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno), os quais podem ser transmitidos por transfusão de sangue e hemocomponentes celulares, transplante de órgãos, uso de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas, relações sexuais desprotegidas e transmissão vertical (mãe para filho). A transmissão vertical pode ocorrer por via placentária, durante o parto e, principalmente, pelo aleitamento materno.

A carga proviral do HTLV-1 e o tempo de exposição têm relação direta com o aumento do risco de transmissão, especialmente pela via sexual ou aleitamento materno. O risco associado à transfusão de sangue e derivados foi significativamente reduzido com a introdução de triagem sistemática de sangue e órgãos e com a depleção leucocitária de hemocomponentes.

A infecção também está associada a outras condições inflamatórias e imunossupressoras, que podem reduzir a expectativa de vida dos indivíduos infectados.

## **PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR HTLV-1/2 EM GESTANTES**

A prevalência da infecção pelo HTLV é maior em mulheres negras, com menor escolaridade, e aumenta com a idade. Em gestantes, a prevalência da infecção por HTLV ainda é desconhecida em vários estados brasileiros. A variação mostrada é de 0 a 1,05%. As regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores prevalências em gestantes, sendo do estado da Bahia a taxa mais elevada (1,05%). Na região Sudeste, no estado do Rio de Janeiro, a prevalência alcançou 0,74%. Na região Sul, apenas o estado do Paraná possui dados disponíveis, com prevalência de 0,33%. A prevalência estimada de infecção nas gestantes do município de São Paulo é de 0,15%. A notificação compulsória do agravo contribuirá para o estudo da prevalência real no município.

As infecções em gestantes são, aparentemente, mais frequentes do que em doadores de sangue e a prevenção e controle da infecção por HTLV nessa subpopulação é da maior importância para diminuir a frequência da infecção e da doença na população geral. Sendo assim, faz-se necessária a vigilância e prevenção dos casos de HTLV em gestantes, uma vez que a transmissão mãe/filho é uma das mais importantes vias para a disseminação silenciosa do vírus e a infecção na infância está associada a risco aumentado de desenvolvimento de doenças associadas ao HTLV.

## **SINTOMAS**

- Neurológicos e osteomusculares: fraqueza muscular, dor, câibras, especialmente nos membros inferiores.
- Urinários neurogênicos: incontinência e urgência urinária, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
- Alterações sensitivas: parestesias, formigamentos e sensação de peso nas pernas.
- Disfunções intestinais: constipação.
- Manifestações dermatológicas raras: eritema infeccioso ou infecções cutâneas crônicas.
- Sintomas relacionados a condições hematológicas ou oncológicas associadas ao HTLV, como linfadenomegalia, emagrecimento, febre persistente e lesões cutâneas, vinculadas principalmente à leucemia/linfoma de células T do adulto, que são raros em gestantes.

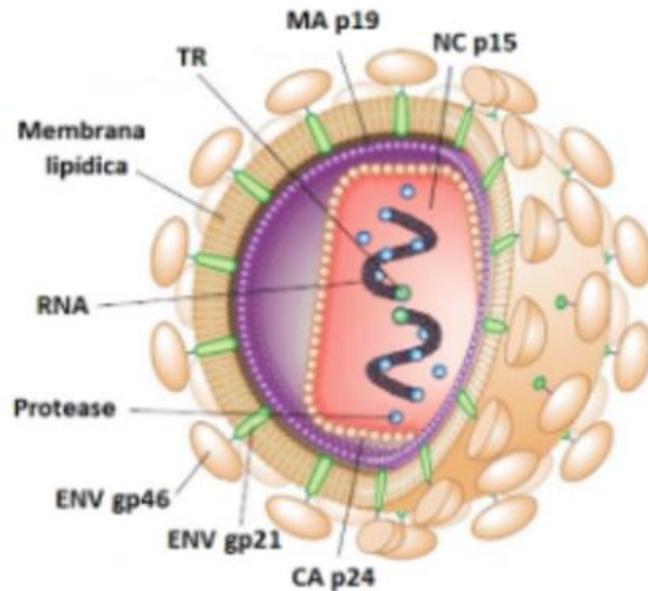
## **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO POR HTLV-1/2**

A infecção pelo HTLV é um desafio para a saúde pública global, com implicações significativas para os sistemas de saúde. Nesse contexto, o diagnóstico laboratorial é um componente essencial para o monitoramento, prevenção e controle eficaz dessa infecção.

O HTLV (Figura 1) infecta principalmente linfócitos T CD4+, células essenciais para a resposta imunológica. Em resposta à infecção, o sistema imunológico inicia a

produção de anticorpos específicos contra os antígenos do HTLV. Além dos anticorpos, a resposta imune celular, mediada por linfócitos T citotóxicos, também desempenha um papel significativo na contenção da propagação do vírus.

**Figura 1** – Representação esquemática da partícula HTLV.



Fonte: SES SP

Estes anticorpos podem ser detectados por meio de testes sorológicos como o ensaio imunoenzimático - ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) ou ensaio de quimioluminescência - CLIA (*Chemiluminescent Immunoassay*).

Os testes de triagem detectam a presença de anticorpos contra o HTLV-1 e o HTLV-2, porém, não apresentam capacidade discriminatória entre essas infecções, fazendo-se necessária a complementação/confirmação do resultado por ensaios de alta especificidade como o *Western blot* (WB) ou o imunoensaio de linha – LIA (*Line Immunoassay*), capazes de distinguir a infecção causada pelo HTLV-1 daquela causada pelo HTLV-2.

Uma alternativa que pode ser utilizada como teste confirmatório é a biologia molecular, por meio da reação em cadeia da polimerase (PCR), que se baseia na amplificação do DNA proviral do HTLV presente nas células infectadas.

O diagnóstico do HTLV-1/2 está disponível nas Unidades de Saúde Municipais e segue um protocolo baseado em um algoritmo que inclui testes de triagem e confirmatórios (Figura 2), conforme descritos abaixo.

- **Teste de Triagem**

- **Sorológico Triagem - Quimioluminescência (CLIA)**

Atualmente, o teste disponível na rede municipal, para a triagem sorológica do HTLV, é o ensaio de quimioluminescência e apresenta alta sensibilidade. O resultado positivo (“soro reagente”) indica a presença de anticorpos contra o HTLV-1/2 e, o resultado negativo (“soro não reagente”), indica a ausência desses anticorpos. Resultados inconclusivos/indeterminados podem ser indicativos da presença de baixas concentrações de anticorpos, tornando necessária uma investigação complementar/confirmatória.

- **Testes complementares/confirmatórios**

- **Sorológico Confirmatório - *Western blot* (WB)**

Para validar os resultados **positivos** ou **inconclusivos/indeterminados** no teste sorológico triagem, a SMS SP disponibiliza o teste de *Western blot* (WB), de alta especificidade, que detecta anticorpos contra proteínas específicas do HTLV-1/2, proporcionando uma confirmação detalhada da infecção.

Abaixo seguem as principais causas de resultados inconclusivos nos testes sorológicos confirmatórios:

1. Fase de soroconversão;
2. Critérios de positividade excessivamente rígidos do fabricante;
3. Cepas de HTLV circulantes distintas das usadas na confecção dos testes;
4. Presença de partículas virais defectivas;

5. Mutações pontuais em regiões promotoras do LTR (Região Terminal Repetida Longa) viral e em regiões que codificam proteínas estruturais e reguladoras, principalmente de envelope viral;
6. Baixa carga proviral, sobretudo de HTLV-2.

#### **População-alvo para realização de teste confirmatório no município de São Paulo:**

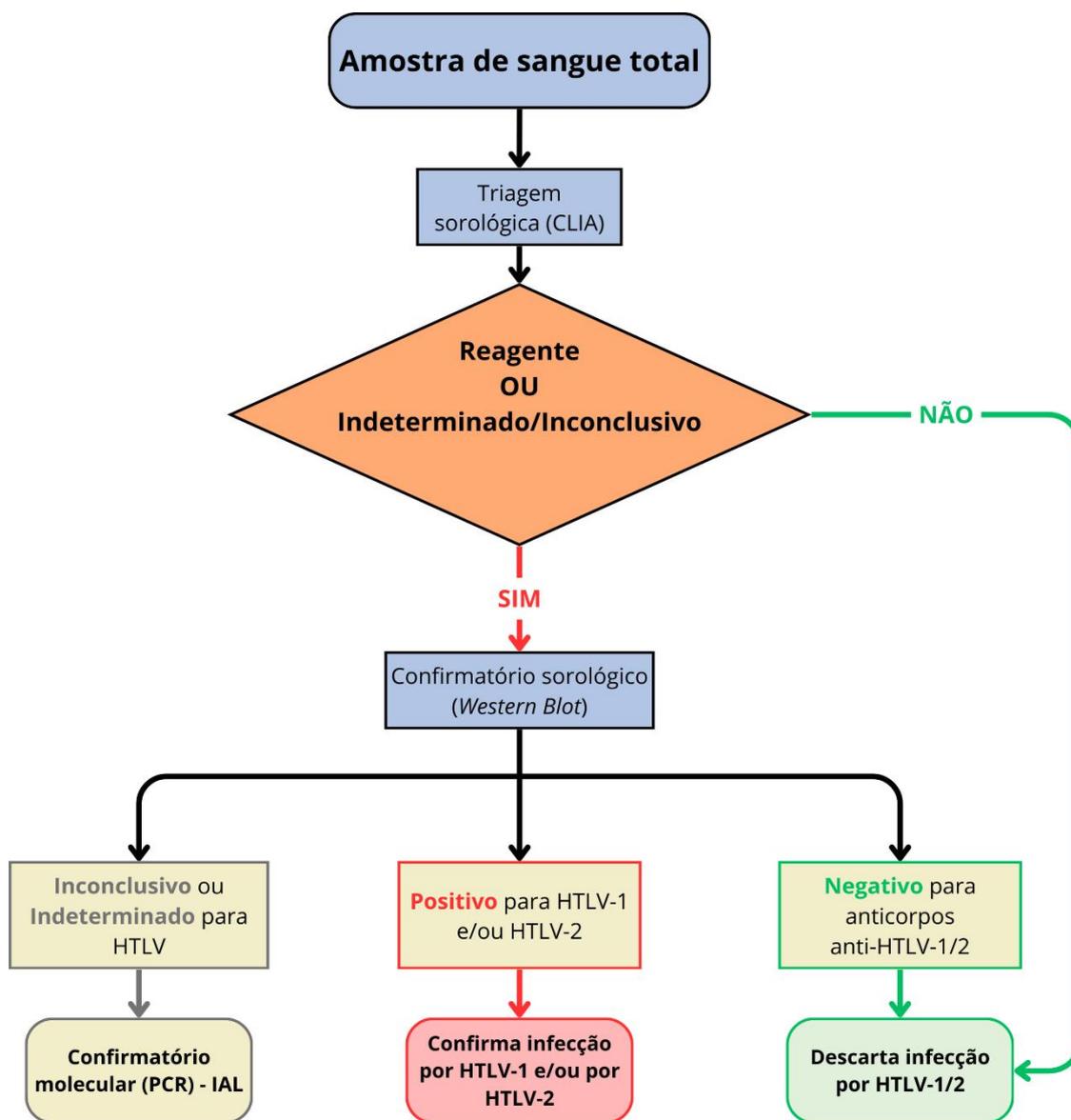
- Gestante;
- Puérpera;
- Criança a partir de 18 meses exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV-1/2;
- Doador de sangue (banco de sangue);
- Doadora de leite materno (banco de leite);
- Filhos e parcerias sexuais de gestantes com resultado reagente no exame confirmatório\*

\*Atenção! No caso de gestante com resultado reagente no exame confirmatório para HTLV-1/2 (*Western blot*): convoca-se seus filhos e parcerias sexuais para serem submetidos ao exame sorológico de triagem. A depender dos resultados obtidos, deverá ser realizado o encaminhamento para o exame confirmatório HTLV-1/2, pela metodologia *Western blot*, conforme as orientações da Nota Técnica n ° 07/2025 (Orientações para o exame laboratorial confirmatório *HTLV-1/2-Western blot*).

#### **Molecular confirmatório - Reação em cadeia da polimerase (PCR)**

O exame molecular confirmatório, a PCR, apresenta alta sensibilidade e especificidade e, pode detectar pequenas quantidades de DNA proviral. Este exame deverá ser realizado para pacientes que apresentarem resultados **inconclusivos/ indeterminados** para HTLV-1/2 no teste sorológico confirmatório bem como no diagnóstico precoce da **transmissão vertical**. A combinação de resultados de triagem e confirmatórios, junto com a avaliação clínica e epidemiológica, é essencial para assegurar a interpretação correta e segura dos exames para HTLV.

**Figura 2** - Fluxograma de testes laboratoriais para o diagnóstico da infecção por HTLV-1 e HTLV-2, nas unidades de saúde do município de São Paulo (Notas Técnicas Assistência Laboratorial nº 07 e 08/2025 no Anexo).



Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2021.

Legenda: CLIA = ensaio de quimioluminescência; IAL = Instituto Adolfo Lutz

## HTLV EM GESTANTES/PUÉRPERAS

A infecção por HTLV em gestantes geralmente é assintomática na maioria dos casos, assim como ocorre na população adulta em geral e não há diferenças clínicas significativas nos sintomas iniciais da infecção devido à condição gravídico-puerperal. Apenas cerca de 5% dos infectados desenvolvem doenças associadas ao HTLV ao longo da vida, sendo rara ocorrência durante a gravidez. Sendo assim, a principal ação a ser realizada durante a gestação é a prevenção da transmissão vertical. O diagnóstico em gestantes se dá principalmente via triagem sorológica pré-natal e, quando necessário, teste confirmatório (*Western blot*) e PCR (Figura 3). A investigação de sintomas só é indicada em caso de manifestações atípicas que sugiram doenças relacionadas ao HTLV.

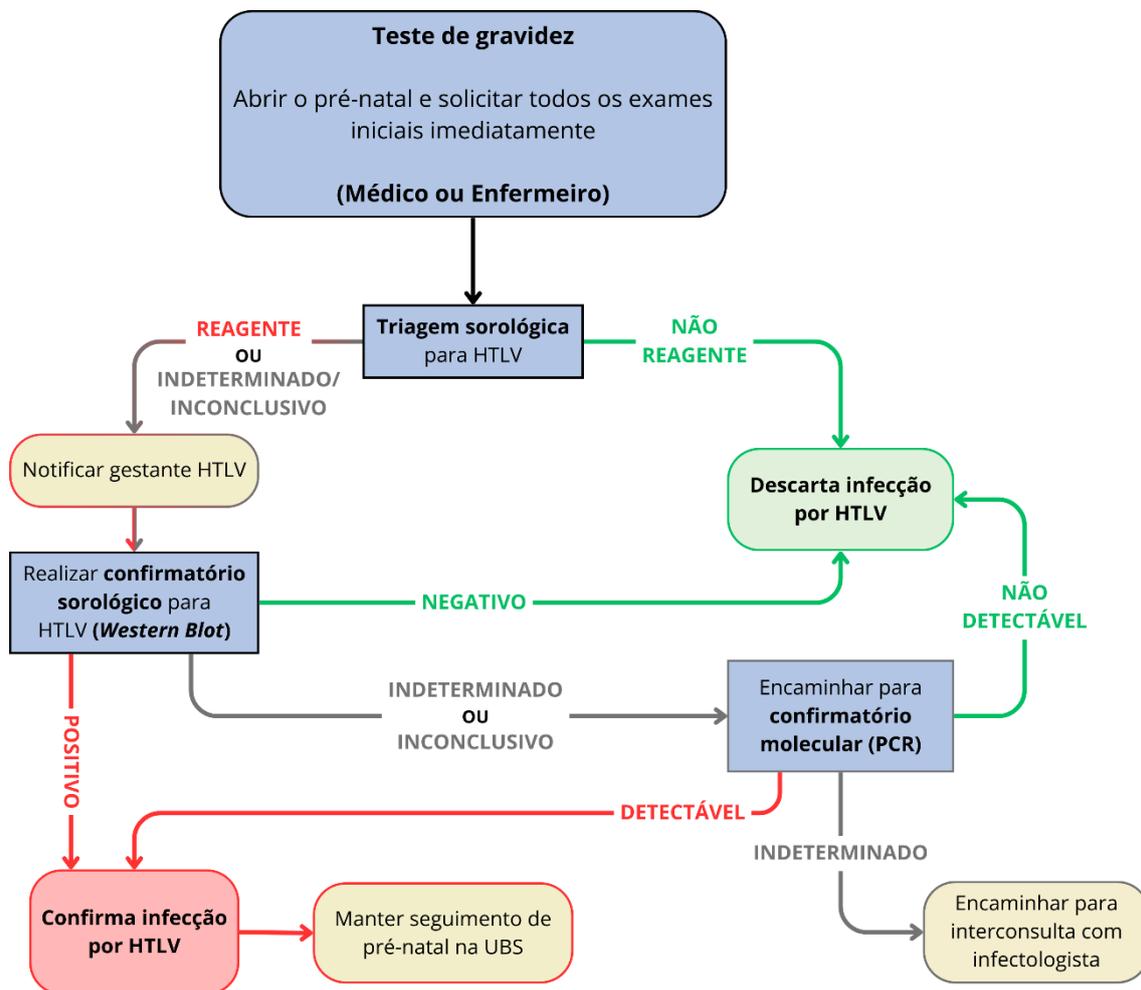
Na maternidade, deve ser avaliado se a gestante, que realizou sorologia de triagem no pré-natal, também realizou o teste confirmatório (*Western blot*), quando o teste de triagem for reagente ou indeterminado/inconclusivo. Deve ser seguido o fluxograma de resultados para adoção de condutas quanto à amamentação (Figura 4).

Caso a sorologia de triagem para HTLV não tenha ocorrido durante a gestação, deve ser realizada no momento da internação na maternidade (Figura 5). Em caso de resultado reagente ou indeterminado/inconclusivo para o teste de triagem na maternidade, a gestante deve ser encaminhada para a UBS para realização do teste confirmatório (*Western blot*) e o aleitamento deve ser suspenso até a obtenção do resultado.

A suspensão da amamentação, quando necessária, deve ser feita na maternidade com uso de Cabergolina 0,5 mg (2 comprimidos em dose única no pós-parto). Seguir o fluxograma para condutas de acordo com os resultados dos exames.

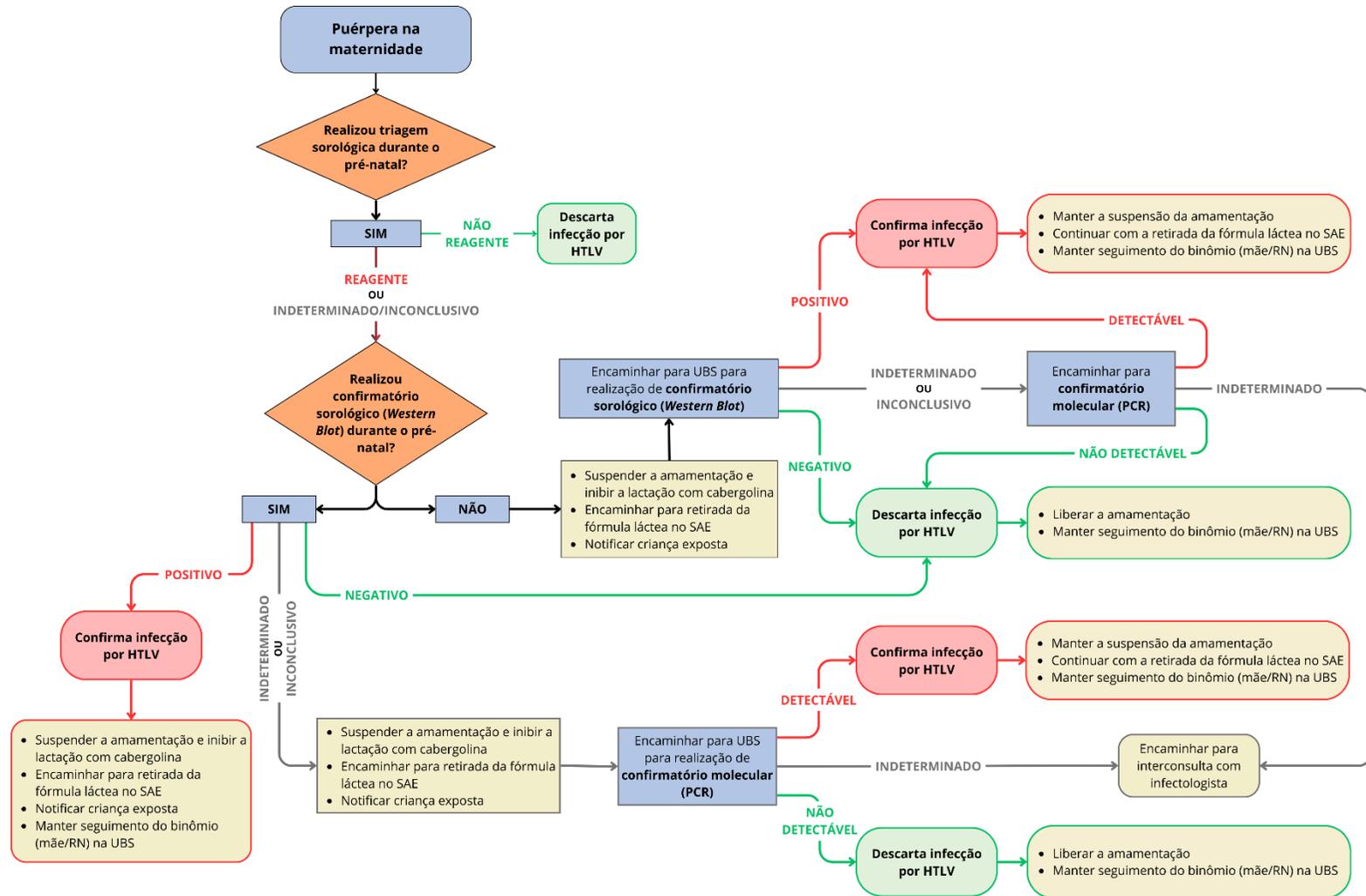
Para casos confirmados de infecção pelo HTLV deve ser realizado acolhimento e orientação para uso de preservativo, por se tratar de doença sexualmente transmissível. Ademais, o paciente deve receber orientações sobre os sintomas que podem surgir e receber apoio psicológico por meio da eMulti (equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde).

**Figura 3** - Fluxograma para o diagnóstico da infecção por HTLV-1 e HTLV-2 em gestantes, nas unidades de saúde do município de São Paulo.

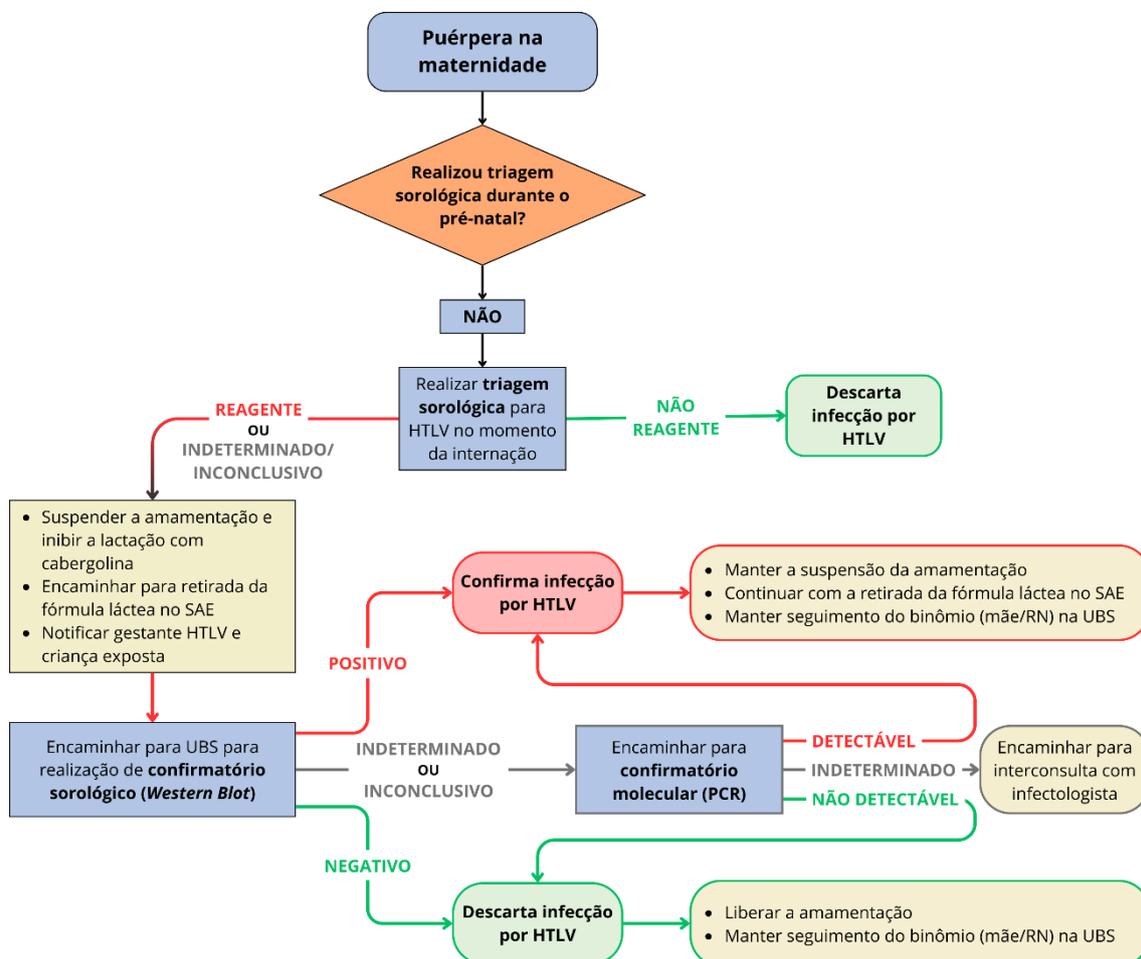


Fonte: Elaborado por Área Técnica Saúde da Mulher/CAB/SMS

**Figura 4** - Fluxograma para o diagnóstico da infecção por HTLV-1 e HTLV-2 em puérperas que **realizaram** sorologia de triagem no pré-natal, nas unidades de saúde do município de São Paulo



**Figura 5** - Fluxograma para o diagnóstico da infecção por HTLV-1 e HTLV-2 em puérperas que **não realizaram** sorologia de triagem no pré-natal, nas unidades de saúde do município de São Paulo



Fonte: Elaborado por Área Técnica Saúde da Mulher/CAB/SMS

*OBS: Nas maternidades que não realizam sorologia de triagem, as puérperas devem ser encaminhadas para a UBS de referência para realização do teste e deve ser seguido o fluxograma de diagnóstico.*

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA EVITAR A TRANSMISSÃO DO HTLV

- **Transmissão Parenteral**

Visando prevenir a transmissão parenteral, recomenda-se que se tomem medidas gerais como a testagem para doadores de sangue e receptores de órgãos/sangue, ofertas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, testagem em casos de acidente com material perfurocortante, aconselhamento aos infectados.

- **Transmissão Sexual**

- Uso de preservativo em todas as relações sexuais.
- Triagem para HTLV-1/2 em indivíduos com suspeita ou infecção por IST.
- Oferta de triagem sorológica para parceiros sexuais de pessoas vivendo com HTLV-1/2.
- Reprodução assistida para casais soro divergentes que desejam a concepção.
- Triagem laboratorial para HTLV-1/2 na seleção de doadores e pacientes para reprodução assistida
- Aconselhamento aos infectados.

- **Transmissão Vertical**

Recomenda-se a realização da sorologia de triagem para HTLV já no acolhimento do pré-natal, sendo o pedido feito tanto por médicos quanto enfermeiros. É necessária a realização de exame confirmatório (*Western blot*) nas gestantes com sorologia de triagem reagente ou inconclusiva/indeterminada. Deve ser feito acolhimento e aconselhamento às gestantes soropositivas antes do parto.

Independentemente do resultado do teste confirmatório, essa gestante deverá manter acompanhamento de Pré-Natal em sua unidade básica, ainda que seja em conjunto com outros equipamentos de saúde.

Ainda não está claro se a infecção residual ocorre *in útero* ou durante o parto. Até o momento, não existem informações conclusivas que demonstrem a necessidade de parto cesárea em mulheres vivendo com HTLV 1 e 2. No entanto, todo cuidado deve ser tomado para evitar o contato de sangue materno com o sangue fetal durante o nascimento.

A transmissão de mãe para filho ocorre principalmente pelo aleitamento materno. Fatores como elevada carga viral e tempo de aleitamento influenciam no risco de transmissão do vírus, que pode chegar a mais de 30%, quando o aleitamento materno ocorre por um período superior a seis meses. Por outro lado, esse risco é reduzido para 2,5% quando há substituição de leite materno por fórmula láctea infantil, indicando que existem outras formas secundárias de transmissão do HTLV de mãe para filho.

No Brasil, é contraindicado o aleitamento materno por mães vivendo com o HTLV. Nesses casos, recomenda-se o uso de inibidores de lactação e o provimento de fórmulas lácteas infantis.

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se Cabergolina 1mg, VO, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg), administrada antes da alta hospitalar. Essa indicação ocorre pelas vantagens que a cabergolina apresenta em relação a outros medicamentos, tais como efetividade, comodidade posológica e raros efeitos colaterais (gástricos). Diante da ocorrência de lactação rebote, fenômeno pouco comum, pode-se administrar uma nova dose do inibidor.

A fórmula láctea deve ser liberada pelos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) IST/AIDS de referência da gestante/puérpera.

## **CRIANÇA EXPOSTA AO HTLV**

### **Definição de caso:**

Entende-se por criança exposta aquela nascida de mãe infectada **ou** que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humana Tipo 1 ou 2 (HTLV-1/2) com teste confirmatório positivo, diagnosticadas no pré-natal (PN), parto ou puerpério.

A principal forma de transmissão vertical ocorre pelo aleitamento materno. No Brasil e no município de São Paulo, é contraindicado o aleitamento materno por mães vivendo com o HTLV-1/2. Nesses casos, recomenda-se o uso de inibidores de lactação e

o provimento de fórmulas lácteas infantis que serão retiradas nos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) de referência da residência da família.

### **Manifestações clínicas da infecção pelo HTLV em crianças e adolescentes**

A maioria permanece assintomática, mas o HTLV- 1 pode causar patologias graves na criança ou adolescente. Na criança, a principal manifestação clínica é a dermatite infecciosa associada ao HTLV-1 (DIH). A DIH mostra lesões eritemato-descamativas, infectadas e crostosas envolvendo couro cabeludo, pavilhões auriculares, região retroauricular, pescoço, dobras, região inguinal, genitália e em várias outras partes do corpo, apresentando prurido menos intenso que o da dermatite atópica. Podem aparecer lesões nas fossas nasais e/ou rinite e, com frequência, blefaroconjuntivite.

A doença pode ser generalizada e mostra pústulas, pápulas eritemato-descamativas ou foliculares e fissuras retroauriculares. Associa-se sempre à piodermite e infecções parasitárias como escabiose e estrogiloidíase.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com a dermatite atópica na criança e dermatite seborreica no adolescente. Sempre que houver dermatite atópica grave ou dermatite infecciosa a criança deve ser investigada para HTLV.

Casos de dermatite infecciosa sempre devem ser acompanhados com exame clínico e neurológico periódico pois há o risco de evoluir com complicações neurológicas do HTLV e leucemia/linfoma de células do adulto.

Como a estrogiloidíase constitui um cofator predisponente para a evolução para leucemia/linfoma de células T, levando a expansão clonal dos linfócitos, e considerando que essa parasitose é frequentemente assintomática, **é importante que seja pesquisada cuidadosamente em todos os pacientes com DIH, pois o tratamento adequado pode reverter a expansão clonal.**

Embora a principal manifestação do HTLV na infância seja a dermatite infecciosa, quadros de mielopatia associada ao HTLV-1, a paraparesia espástica tropical e a uveíte

também podem se manifestar na infância/adolescência apesar de ser mais uma manifestação clínica do adulto infectado por HTLV.

Durante a evolução clínica da mielopatia/paraparesia espástica tropical, invariavelmente ocorrem sinais e sintomas motores e/ou sensitivos relacionados com limitação funcional crural simétrica. Nestes, estão incluídos a fadiga durante a marcha decorrente de espasticidade progressiva dos membros inferiores, hiperreflexia, clônus, fraqueza muscular e queixas sensitivas, como dor lombar, câibras, dormência e/ou formigamento.

De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), o quadro clínico e a presença de anticorpos anti-HTLV no soro e no líquido são considerados critérios essenciais para o diagnóstico da mielopatia.

A grande maioria dos casos da forma infanto-juvenil da mielopatia/paraparesia ocorreu em pacientes com DIH ou que tiveram DIH.

Disfunção vesical caracterizada por dificuldade no esvaziamento da bexiga, urgência e incontinência urinárias, que podem ser observadas na mielopatia/paraparesia tropical do adulto, são também encontradas na forma infanto-juvenil dessa doença.

A leucemia/linfoma de células T do adulto (ATL) constitui forma grave e geralmente fatal de leucemia/linfoma etiologicamente associada ao HTLV-1. Muito embora a ATL seja geralmente relacionada à transmissão vertical, o período de latência para seu desenvolvimento é muito longo. No Brasil, já foram detectados casos e a média de idade varia de 42 a 49 anos.

O recém-nascido exposto ao HTLV terá o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde sendo considerado como um recém-nascido de médio risco e deve ser seguido por pediatra ou equipe de Saúde da Família, juntamente com a equipe e-Multi da unidade para consultas de puericultura, monitoramento do desenvolvimento integral e detecção precoce de manifestações clínicas do HTLV, assim como para acompanhamento laboratorial.

Quadro 1- Periodicidade das consultas de puericultura

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando Médico	Quando Enfermeiro
Médio	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º, 3º, 5º, 6º, 8º, 10º e 12º mês	2º, 4º, 7º, 9º mês
	2º ano de vida	4	15º, 21º e 24º mês	18º mês
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais	Compartilhado

### Monitoramento laboratorial da criança exposta ao HTLV

O acompanhamento com exames do recém-nascido exposto ao HTLV materno será feito por PCR no 3º, 6º e 12º meses de vida para avaliação da carga viral. Aos 18º meses de vida deverá ser realizada sorologia de triagem. Se o resultado for reagente ou inconclusivo/indeterminado deverá ser solicitado um teste confirmatório *Western blot* (Figura 6)

Se teste confirmatório *Western blot* aos 18 meses for positivo, deverá ser mantido o monitoramento periódico de puericultura até a adolescência. Se forem detectadas alterações dermatológicas e/ou neurológicas na criança ou no adolescente, deverão ser encaminhados ao dermatologista e neurologista pediátrico respectivamente.

As avaliações oftalmológica e audiológica também devem ser solicitadas para toda criança exposta ao HTLV no primeiro ano de vida. Exames laboratoriais como hemograma para contagem de linfócitos devem ser realizados anualmente assim como outros que se fizerem necessários correlacionando achados clínicos durante o seguimento da criança.

No caso da família, se a criança for considerada exposta ao HTLV, o parceiro ou parceria e os outros irmãos deverão ser investigados.

### Em relação ao aleitamento materno

- Importantíssimo obter o resultado do teste confirmatório o mais rápido possível para que, se for negativo, o recém-nascido possa ser amamentado;

- Para tanto, a equipe de saúde deve orientar a puérpera a utilizar o copinho, sem a mamadeira, para a oferta da fórmula láctea, a fim de não haver confusão de bicos e posterior desmame precoce;
- A equipe de saúde pode orientar a puérpera a extrair o leite materno e o deixar no freezer integrado com congelador (pode ficar até 15 dias). Se o confirmatório for negativo, esse leite poderá ser ofertado para o recém-nascido, no copinho, ou, doado ao Banco de Leite Humano;
- Se o resultado confirmatório for negativo, orientar a relactação. Se houver dúvidas sobre o procedimento, a puérpera deve ser encaminhada ao Banco de Leite Humano mais próximo de sua residência;
- Se não for possível a relactação, a oferta da fórmula láctea deverá ser mantida.

## Resumo do seguimento da criança e do adolescente

### Criança exposta:

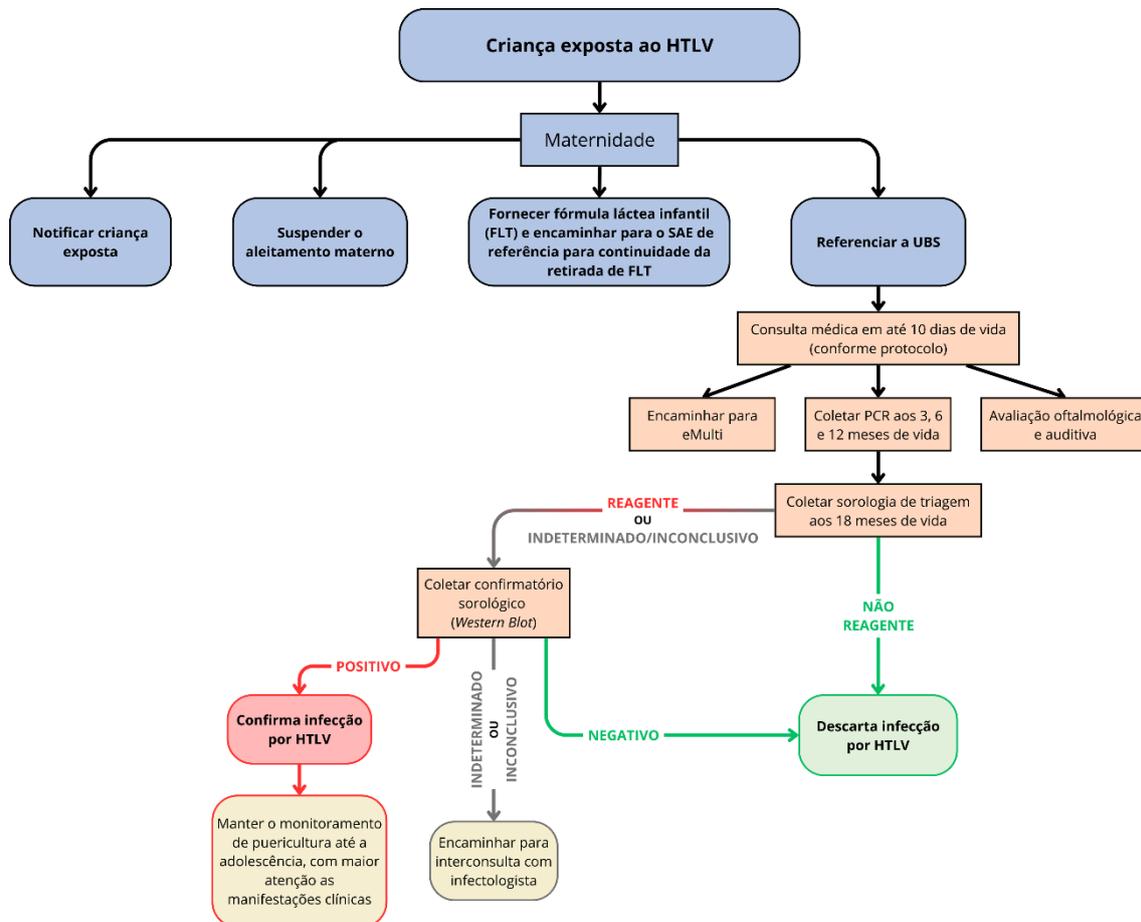
- 1) Suspender o aleitamento materno e retirar a fórmula láctea no SAE.
- 2) Frequência das consultas de puericultura na Atenção Básica: quadro 1
- 3) Avaliação oftalmológica e audiológica no 1º ano de vida.
- 4) Solicitar o PCR aos 03, aos 06 e aos 12 meses de vida.
- 5) Solicitar hemograma anualmente.
- 6) Realizar triagem aos 18 meses de vida.

**Se o confirmatório for negativo:** descarta infecção. Seguir na puericultura habitual.

**Se o confirmatório for positivo:** confirma infecção. Seguir na puericultura e monitorar o aparecimento de manifestações clínicas até a fase adulta.

**Se o confirmatório for indeterminado ou inconclusivo:** encaminhar para interconsulta com infectologista pediátrico, seguir na puericultura e monitorar o aparecimento de manifestações clínicas até a fase adulta.

**Figura 6** - Fluxograma para o diagnóstico da infecção por HTLV em crianças, nas unidades de saúde do município de São Paulo



Elaborado pela Área Técnica da Saúde da Criança – CAB/SMS

## VIGILÂNCIA DO HTLV

Em 6 de fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS nº3.148, que dispõe da inclusão da infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas - HTLV, Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV, na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

O Programa Estadual CRT/DST/AIDS publicou em 01.07.24 a NOTA INFORMATIVA 001/2024/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP, que 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 notificação permite a produção de indicadores confiáveis para planejamento de ações, como quantitativo de insumos necessários para o diagnóstico e prevenção do agravo, assim como monitorar e qualificar a rede de atenção básica à saúde, especialmente em relação às gestantes e crianças expostas.



## Notificação de casos, exceto em gestantes, na infecção pelo Vírus Linfotrófico de Células T Humanas (HTLV)

- **CID 10: B33.3** - Inclui HTLV tipo 1 e 2 para os casos confirmados com a infecção pelo HTLV - exceto em gestantes.
- **Definição de caso:** todo indivíduo com diagnóstico confirmado de infecção pelo HTLV-1/2), seguindo o fluxograma laboratorial vigente como indicado no Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV do Ministério da Saúde. ([https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia\\_htlv\\_internet\\_24-11-21-2\\_3.pdf/view](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**) na ficha de notificação/conclusão com o CID 10: B33.3.
- **Quando notificar:** A notificação da infecção deve ser realizada após a confirmação do caso (sintomático ou assintomático).
- **Periodicidade:** Semanal, individual e apenas casos confirmados.
- **Campos da ficha de notificação:**
  - a. **Campo 7 - Data dos primeiros sintomas:** data de diagnóstico da infecção pelo HTLV, ou seja, data da coleta do exame confirmatório com resultado reagente.
  - b. **Campo 31 - Data da investigação:** preencher com a data do diagnóstico, que corresponde ao campo 7.
  - c. **Campo 32 - Classificação Final:** Assinalar a opção **1 - Confirmado**, pois essa notificação será apenas para os casos confirmados.
  - d. **Campo 33 - Critério de Confirmação/Descarte:** Assinalar a opção **1 - Laboratorial**, pois a conclusão diagnóstica será baseada exclusivamente no resultado positivo do teste confirmatório.

## Notificação da Infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV) em gestante, parturiente ou puérpera

- **CID 10: Z22.6** - Inclui HTLV tipo 1 e 2 para os casos de infecção pelo HTLV tipo 1 e 2 na gestante.
- **Definição de caso:** Para fins de notificação, entende-se por gestante com HTLV, quando for detectada a infecção pelo HTLV tipo 1 ou 2 durante a gestação, parto ou puerpério; ou em mulheres com diagnóstico prévio confirmado de infecção e que encontram-se no período gestacional.
- **Tipo de notificação:** Além dos casos confirmados, serão notificados casos suspeitos: gestante, parturiente ou puérpera com a sorologia de triagem reagente ou inconclusiva/indeterminada. A justificativa para a notificação de casos suspeitos neste grupo é que no Município de São Paulo, serão realizadas as medidas de prevenção de transmissão vertical neste grupo até que se tenha o teste confirmatório. Anotar no campo observações data da sorologia de triagem e que aguarda teste confirmatório. Esta mesma data estará no campo 7 e 31.
- **Quando notificar:** A notificação da infecção pelo HTLV deve ser realizada tanto na suspeita (teste de triagem reagente) quanto nos casos confirmados (teste de triagem e confirmatório). A notificação deve ocorrer a cada evento gestacional, ou seja, toda vez que uma mulher com HTLV estiver gestante, independentemente de notificações anteriores. Devem ser incluídos também os diagnósticos realizados durante o puerpério.
- **Periodicidade:** Semanal e individual.
- **Campos da ficha de notificação:**
  - a. **Campo 7 - Data dos primeiros sintomas:** data de diagnóstico da infecção pelo HTLV, ou seja, data da coleta do exame de triagem ou confirmatório com resultado reagente. Para a gestante vivendo com HTLV será utilizada a data da última menstruação ou do teste de gravidez ou da ultrassonografia.
  - b. **Campo 26 - Ponto de Referência:** É muito importante que neste campo esteja descrito qual o teste laboratorial foi realizado e sua data, para que no futuro a

Unidade de Vigilância em Saúde qualifique esta ficha em caso confirmado ou descartado.

- c. **Campo 31 - Data da investigação:** preencher com a data do diagnóstico, que corresponde ao campo 7.
- d. **Campo 32 - Classificação Final:** Assinalar a opção **1 - Confirmado** com o exame confirmatório positivo e **2 - Descartado** se o exame confirmatório não reagente, atualizando a ficha e os campos 7 e 31 com a data do exame confirmatório.
- e. **Campo 33 - Critério de Confirmação/Descarte:** Assinalar a opção **1 - Laboratorial**, pois a conclusão diagnóstica será baseada exclusivamente no resultado laboratorial (triagem e confirmatório).

#### **Notificação de criança exposta ao risco de transmissão vertical de infecção pelo HTLV**

- **CID 10: Z20.8** - Contato com exposição a outras doenças transmissíveis. Esse CID 10 deverá ser utilizado exclusivamente para a notificação de criança exposta ao risco de transmissão vertical de infecção pelo HTLV.
- **Definição de caso:** Para fins de notificação, entende-se por criança exposta aquela nascida e/ou amamentada por mãe com suspeita ou infecção pelo HTLV 1-2.
- **Tipo de notificação:** Serão notificadas todas as crianças expostas ao HTLV durante a gestação, parto ou por amamentação.
- **Quando notificar:** A notificação deve ser realizada pela Maternidade após o nascimento de filho de mãe com suspeita ou infecção pelo HTLV. A maternidade também deve realizar as medidas no parto para evitar contato do recém-nascido com sangue materno, inibição da lactação, contraindicação ao aleitamento materno e uso de fórmula láctea de termo. Realizar a contrarreferência para UBS.
- **Periodicidade:** Semanal e individual.
- **Campos da ficha de notificação:**

- a. **Campo 7 - Data dos primeiros sintomas:** data do parto para as crianças de mães com diagnóstico no pré-natal ou parto. No caso de crianças amamentadas onde o diagnóstico materno é realizado após o puerpério, utilizar a data do exame materno.
- b. **Campo 26 - Ponto de Referência:** É muito importante que neste campo esteja descrito qual o teste laboratorial materno foi realizado e sua data, para que no futuro a Unidade de Vigilância em Saúde qualifique esta ficha.
- c. **Campo 31 - Data da investigação:** preencher com a data do diagnóstico, que corresponde ao campo 7.
- d. **Campo 32 - Classificação Final:** Assinalar a opção **1 - Confirmado**, pois aqui será notificado o evento criança exposta ao risco de transmissão vertical da infecção pelo HTLV.
  - Caso o teste confirmatório materno ainda não esteja disponível no parto, e futuramente venha negativo, a UVIS deverá qualificar a ficha para caso descartado.
- e. **Campo 33 - Critério de Confirmação/Descarte:** Assinalar a opção **2- Clínico Epidemiológico** para a criança exposta.

Conforme o Ofício Circular nº 5/2025.DATHI/SVSA/MS de 29 de julho de 2025, orientamos que assim que o teste confirmatório estiver em execução de rotina pela rede, migraremos para o e-SUS Sinan, este então será instrumento único de notificação e exclusivo de casos confirmados de HTLV e RN expostos a mães confirmadas. O acesso, credenciamento e treinamento dos serviços de vigilância será realizado pela Divisão de Informação de Vigilância em Saúde (DIVS) com o apoio do Núcleo de Vigilância em Infecções Sexualmente Transmissíveis (NVIST) da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) da COVISA (Coordenadoria de Vigilância em Saúde).

Com a finalidade de monitorar o diagnóstico das gestantes, a realização dos testes confirmatórios, manejo do RN e a vigilância da transmissão vertical do HTLV; as Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) deverão inserir os dados de todas as gestantes

com teste de triagem reagente, inconclusivo/indeterminado, bem como os respectivos RN em uma lista elaborada pelo NVIST na plataforma *Microsoft Lists*. O acesso à plataforma no *Lists* deverá ser solicitado pelos interlocutores de HTLV, exclusivamente por meio do e-mail [nvistcovisa@prefeitura.sp.gov.br](mailto:nvistcovisa@prefeitura.sp.gov.br), informando obrigatoriamente o nome completo, a unidade de trabalho e o e-mail institucional.

## Bibliografia consultada

Bangham CRM. Human T Cell Leukemia Virus Type 1: Persistence and Pathogenesis. *Annu Rev Immunol*. 2018;36:43-71. doi:10.1146/annurev-immunol-042617-053222.

Bittencourt AL, Primo J, de Oliveira MF. Manifestations of the human T-cell lymphotropic virus type I infection in childhood and adolescence. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82:411-20

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Estratégias de eliminação da transmissão vertical do HTLV no Brasil. 2024. Disponível em <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/htlv/modulo1/modulo1-aula3.html> . Acesso em Agosto. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia de manejo clínico da infecção pelo HTLV. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia\\_htlv\\_internet\\_24-11-21-2\\_3.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_htlv_internet_24-11-21-2_3.pdf)

Dourado I, Alcantara LC, Barreto ML, da Gloria Teixeira M, Galvão-Castro B. HTLV-I in the General Population of Salvador, Brazil: A City With African Ethnic and Sociodemographic Characteristics. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;34(5):527-31. doi:10.1097/00126334-200312150-00013.

Galvão-Castro B, Grassi MFR, Galvão-Castro AV, et al. Integrative and Multidisciplinary Care for People Living With Human T-Cell Lymphotropic Virus in Bahia, Brazil: 20 Years of Experience. *Front Med*. 2022; 9:884127. doi:10.3389/fmed.2022.884127.

Garcia IFDS, Hennington ÉA. HTLV on the Government Agenda: The Case of the States of Bahia and Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(11): e00303420. doi:10.1590/0102-311X00303420.

Hirons A, Khoury G, Purcell DFJ. Human T-Cell Lymphotropic Virus Type-1: A Lifelong Persistent Infection, Yet Never Truly Silent. *Lancet Infect Dis.* 2021;21(1): e2-e10. doi:10.1016/S1473-3099(20)30328-5.

Legrand N, McGregor S, Bull R, et al. Clinical and Public Health Implications of Human T-Lymphotropic Virus Type 1 Infection. *Clin Microbiol Rev.* 2022;35(2): e0007821. doi:10.1128/cmr.00078-21.

Marino-Merlo F, Grelli S, Mastino A, et al. Human T-Cell Leukemia Virus Type 1 Oncogenesis Between Active Expression and Latency: A Possible Source for the Development of Therapeutic Targets. *Int J Mol Sci.* 2023;24(19):14807. doi:10.3390/ijms241914807.

Miranda C, Utsch-Gonçalves D, Piassi FCC, et al. Prevalence and Risk Factors for Human T-Cell Lymphotropic Virus (HTLV) in Blood Donors in Brazil-a 10-Year Study (2007-2016). *Front Med.* 2022; 9:844265. doi:10.3389/fmed.2022.844265.

Nunes D, Boa-Sorte N, Grassi MF, et al. HTLV-1 Is Predominantly Sexually Transmitted in Salvador, the City With the Highest HTLV-1 Prevalence in Brazil. *PLoS One.* 2017;12(2): e0171303. doi:10.1371/journal.pone.0171303.

Oliveira Freire J, Figueredo Rodrigues MA, Santos da Silva GC, Cardoso HSP, Araújo MLV, Santos Nascimento Filho A, Rodrigues Santos B, Chagas de Almeida MDC, Galvão-Castro B, Grassi MFR. HTLV-1 and Pregnancy: A Retrospective Study of Maternal and Neonatal Health Outcomes in an Endemic Region of Brazil. *Pathogens.* 2025 Apr 16;14(4):389. doi: 10.3390/pathogens14040389. PMID: 40333179; PMCID: PMC12030755.

Ramezani S, Rezaee SA, Farjami Z, et al. HTLV, a Multi Organ Oncovirus. *Microb Pathog.* 2022;169:105622. doi:10.1016/j.micpath.2022.105622.

Rosadas C, Malik B, Taylor GP, Puccioni-Sohler M. Estimation of HTLV-1 Vertical Transmission Cases in Brazil Per Annum. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(11): e0006913. doi:10.1371/journal.pntd.0006913.

Rosadas C, Miranda AE. Infecção pelo HTLV e suspensão do aleitamento materno: contexto e desafios na implementação de prevenção de forma universal no Brasil. *OPINION ARTICLE • Epidemiol. Serv. Saúde* 32 (2).2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200025>

São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. Instituto Adolfo Lutz. Nota Informativa n° 003/2025. Diagnóstico molecular de infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1 e tipo 2 (HTLV -1/2) no Instituto Adolfo Lutz (IAL).

Silva PM de S e, Nascimento CK do, Silva SM de L da, Santos L de A dos, Oliveira L dos S. HTLV NO BRASIL: SINAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO. REASE [Internet]. 28º de outubro de 2024 [citado 6º de agosto de 2025];10(10):4853-62. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16033>

World Health Organization (WHO). Organização Pan-Americana da Saúde. Diagnóstico do vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) e estratégias para expandir a triagem do HTLV no contexto da saúde materno-infantil. Relatório da reunião (virtual), 07/07/2023.

# ANEXOS

## Notas Técnicas Assistência Laboratorial nº 07 e 08/2025

**Disponível em:**

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/assist\\_laboratorial/329006](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/assist_laboratorial/329006)