

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO
DE MONITORAMENTO CLÍNICO

DAS GESTANTES
VIVENDO COM HIV E/OU AIDS

Brasília - DF, 2025



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

RELATÓRIO
DE MONITORAMENTO CLÍNICO

DAS GESTANTES
VIVENDO COM HIV E/OU AIDS

Brasília - DF, 2025



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>

Tiragem: 1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

SRTVN, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO700, 5º andar

CEP: 70.719-040 – Brasília/DF

Tel: (61) 3315-2787

E-mail: aids@aids.gov.br

Site: www.aids.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Revisão textual:

Angela Gasperin Martinazzo

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Editoria técnico-científica:

Antonio Ygor Modesto Oliveira

Natália Lima Peixoto

Coordenação-geral:

Draurio Barreira

Pâmela Cristina Gaspar

Diagramação:

Wilfred Dominique Ferreira Nunes

Organização:

Ana Roberta Pati Pascom

Lais Martins de Aquino

Rosana Elisa Gonçalves Gonçalves Pinho

Normalização:

Valeria Gameleira da Mota – Editora MS/CGDI

Colaboração:

Amanda Krummenauer

Aparecida Moraes Lima

Ariane Tiago Bernardo de Matos

Isabela Ornelas Pereira

Leonor Henriette de Lannoy

Mayra Gonçalves Aragón

Nazle Mendonça Collaço Vêras

Romina Marques de Oliveira

Tiago Benoliel Rocha

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV e/ou Aids [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.
88 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_monitoramento_gestante_hiv.pdf

ISBN 978-65-5993-752-3

1. HIV. 2. Monitoramento. 3. Relatório técnico. I. Título.

CDU 616.97-055.26

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0320

Título para indexação:

Clinical Monitoring Report of Pregnant Women Living with HIV and/or AIDS

Lista de figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | – Número de gestantes (em milhares) identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 28 |
| Figura 2 | – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por região de residência. Brasil, 2010–2021 | 29 |
| Figura 3 | – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2010–2021 | 29 |
| Figura 4 | – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010–2021 | 30 |
| Figura 5 | – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2010–2021 | 31 |
| Figura 6 | – Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 31 |
| Figura 7 | – Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, por capital de residência. Brasil, 2021 | 32 |
| Figura 8 | – Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 33 |
| Figura 9 | – Proporção de gestantes experimentadas e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids, por região de residência, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 34 |
| Figura 10 | – Proporção de gestantes experimentadas e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids, por raça/cor, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 35 |
| Figura 11 | – Proporção de gestantes experimentadas e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids, por escolaridade (em anos de estudo), segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 36 |
| Figura 12 | – Proporção de gestantes experimentadas e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids, por faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 37 |
| Figura 13 | – Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 38 |
| Figura 14 | – Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, por capital de residência. Brasil, 2021 | 38 |
| Figura 15 | – Distribuição das gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo a carga viral basal, por ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 39 |

| | | | |
|-----------|---|---|----|
| Figura 16 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral basal inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a região de residência. Brasil, 2010–2021 | 40 |
| Figura 17 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral basal inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a raça/cor. Brasil, 2010–2021 | 41 |
| Figura 18 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral basal inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010–2021 | 41 |
| Figura 19 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral basal inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a faixa etária. Brasil, 2010–2021 | 42 |
| Figura 20 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral basal inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 43 |
| Figura 21 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral basal inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 43 |
| Figura 22 | – | Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids segundo a carga viral no momento do parto, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por ano do início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 44 |
| Figura 23 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por região de residência, segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 45 |
| Figura 24 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por raça/cor, segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 46 |
| Figura 25 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por escolaridade (em anos de estudo), segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 46 |
| Figura 26 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por faixa etária, segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 47 |
| Figura 27 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, por ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 48 |
| Figura 28 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, por ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 48 |

| | | | |
|-----------|---|---|----|
| Figura 29 | – | Proporção de gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, por ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 49 |
| Figura 30 | – | Proporção de gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto, por ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 50 |
| Figura 31 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 51 |
| Figura 32 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por ano de início da gestação, segundo a região de residência. Brasil, 2010–2021 | 52 |
| Figura 33 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por raça/cor, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 52 |
| Figura 34 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por escolaridade (em anos de estudo), segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 53 |
| Figura 35 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 54 |
| Figura 36 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , segundo ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 55 |
| Figura 37 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm ³ , segundo ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 55 |
| Figura 38 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis e 18 meses após o parto, por ano de início da gestação. Brasil, 2010–2020 | 56 |
| Figura 39 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 meses (B) após o parto, segundo ano de início da gestação, por região. Brasil, 2010–2020 | 57 |
| Figura 40 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 meses (B) após o parto, segundo ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2010–2020 | 58 |

| | | | |
|-----------|---|---|----|
| Figura 41 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 meses (B) após o parto, segundo ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010–2020 | 59 |
| Figura 42 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 (B) meses após o parto, segundo ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2010–2020 | 59 |
| Figura 43 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis e 18 meses após o parto, segundo ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2019 | 60 |
| Figura 44 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis e 18 meses após o parto, segundo ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2019 | 61 |
| Figura 45 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010–2021 | 62 |
| Figura 46 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação, por região. Brasil, 2010–2021 | 63 |
| Figura 47 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2010–2021 | 64 |
| Figura 48 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010–2021 | 64 |
| Figura 49 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2010–2021 | 65 |
| Figura 50 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 66 |
| Figura 51 | – | Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT–TV, segundo o ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 67 |

| | | | |
|-----------|---|---|----|
| Figura 52 | – | Proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL (A) e a respectiva cobertura de genotipagem (B), segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012–2021 | 68 |
| Figura 53 | – | Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por região. Brasil, 2012–2021 | 69 |
| Figura 54 | – | Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2012–2021 | 69 |
| Figura 55 | – | Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2012–2021 | 70 |
| Figura 56 | – | Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2012–2021 | 71 |
| Figura 57 | – | Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 72 |
| Figura 58 | – | Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 72 |
| Figura 59 | – | Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012–2021 | 73 |
| Figura 60 | – | Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por região. Brasil, 2012–2021 | 74 |
| Figura 61 | – | Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2012–2021 | 75 |
| Figura 62 | – | Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2012–2021 | 75 |
| Figura 63 | – | Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2012–2021 | 76 |
| Figura 64 | – | Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021 | 77 |

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 65 | – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids, segundo o ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021 | 77 |
| Figura 66 | – Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos ITRN (A) e ITRNN (B) nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012–2021 | 79 |
| Figura 67 | – Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos IP nas gestantes não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e aids que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012–2021 | 80 |
| Figura 68 | – Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2010, 2017–2021 | 81 |
| Figura 69 | – Cascata de cuidado contínuo das mulheres vivendo com HIV e/ou aids e das gestantes vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2021 | 82 |

Lista de quadros

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | – Relação dos antirretrovirais incluídos na análise de resistência e suas respectivas classes | 25 |
|----------|---|----|

Lista de tabelas

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | – Taxa de prevalência de HIV entre gestantes, número de nascidos vivos e estimativa do número de gestantes vivendo com HIV e/ou aids, por região. Brasil, 2017–2021 | 19 |
| Tabela 2 | – Tempo mediano entre a data mínima de gestação corrigida e a data de início da gestação informada no Sinan, por região de residência e ano. Brasil, 2010–2021 | 20 |

Lista de siglas e abreviaturas

| | |
|---------|---|
| Aids | Síndrome da imunodeficiência adquirida |
| Ciedds | Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente |
| Dathi | Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| DIG | Data de início da gestação |
| DMG | Data mínima de gestação |
| DMG-C | Data mínima de gestação corrigida |
| DPE | Data do parto estimada |
| HIV | Vírus da imunodeficiência humana |
| INI | Inibidores da integrase |
| IP | Inibidores da protease |
| ITRN | Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos |
| ITRNN | Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| Opas | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PCDT-TV | Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais |
| Siclom | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| Sinasc | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| Siscel | Sistema de Controle de Exames Laboratoriais |
| Sisgeno | Sistema de Controle de exames de Genotipagem |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVSA | Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente |
| Tarv | Terapia antirretroviral |

Sumário

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO | 12 |
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 MÉTODOS | 18 |
| 3 RESULTADOS | 27 |
| 3.1 Gestantes vivendo com HIV e/ou aids identificadas nos sistemas de HIV e aids | 27 |
| 3.2 Momento de início da Tarv | 32 |
| 3.3 Carga viral do HIV no início da gestação e no parto | 39 |
| 3.4 Contagem de LT-CD4+ no início da gestação | 56 |
| 3.5 Retenção à Tarv após o parto | 64 |
| 3.6 Adequação às recomendações do PCDT-TV | 61 |
| 3.7 Gestantes experimentadas com carga viral detectável | 67 |
| 3.8 Cobertura de genotipagem e perfil de resistência pré-tratamento | 73 |
| 3.9 Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e/ou aids | 80 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS | 86 |

APRESENTAÇÃO

O monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV e/ou aids é ferramenta importante para subsidiar a tomada de decisão com base em evidências no que concerne ao enfrentamento à epidemia de HIV e aids. Assim, desde 2016, o Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (Dathi/SVSA/MS), vem divulgando periodicamente o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Nele, são apresentados indicadores sobre o cuidado às pessoas vivendo com HIV e/ou aids, tais como o diagnóstico, o tratamento e a supressão viral.

Uma das prioridades estabelecidas pelo Dathi é a eliminação da transmissão vertical do HIV. Ciente da lacuna de informação com respeito a essa prioridade, o Departamento vem trabalhando no desenvolvimento de indicadores específicos para o monitoramento clínico tanto das gestantes vivendo com HIV e/ou aids como das crianças expostas ao HIV. Os indicadores relacionados às gestantes estão apresentados neste Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV e/ou Aids. Nele descrevem-se, também, ações estratégicas que vêm sendo desenvolvidas pelo Dathi para a eliminação da transmissão vertical do HIV no Brasil.

Uma das ações prioritárias consiste na certificação subnacional da eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e/ou doença de Chagas para estados e municípios com 100 mil habitantes ou mais, com o objetivo de dar visibilidade à pauta e propiciar a discussão sobre a importância de uma vigilância e uma assistência integradas e de qualidade. O processo de certificação subnacional passou a incluir, em 2021, a entrega de selos de boas práticas rumo à eliminação da transmissão vertical, considerando metas gradativas para o alcance da eliminação, medida de grande importância para contemplar a realidade brasileira e suas grandes diferenças regionais. O processo tem como parâmetro o desempenho de indicadores municipais e estaduais de impacto e de processo.

Os passos para a implantação da certificação da eliminação da transmissão vertical foram: (i) a instituição da Comissão Nacional de Certificação; (ii) a definição de critérios e indicadores de processo e impacto; (iii) a construção da lista de cidades com 100 mil habitantes ou mais e estados elegíveis, com base no atendimento aos indicadores preconizados; (iv) a apresentação da proposta para estados e municípios; (v) a elaboração padronizada do relatório de certificação, com base no suplemento do Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis, pelo município ou estado candidato; (vi) a análise dos relatórios municipais e estaduais pelo Ministério da Saúde; (vii) a constituição e o treinamento da Equipe Nacional de Validação (ENV), formada por especialistas em cada um dos quatro eixos temáticos avaliados; (viii) a elaboração do manual de campo para a ENV; (ix) o planejamento e a execução de visitas *in loco* pela ENV, com base no suplemento do Guia; (x) a validação da certificação pela Comissão Nacional de Validação (CNV); e, finalmente, (xi) a certificação dos estados e municípios, formalizada em ato público com a entrega, aos gestores municipais e estaduais, de placas e certificados alusivos à classificação alcançada por parte de cada território.

Os quatro eixos temáticos avaliados na estratégia de certificação subnacional reconhecem o desenvolvimento de ações baseadas nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), e são os seguintes: i) programas e serviços; ii) vigilância epidemiológica e qualidade dos dados; iii) capacidade diagnóstica e qualidade dos testes; e iv) direitos humanos, igualdade de gênero e participação da comunidade.

Esses quatro eixos foram estruturados para, a partir das melhores evidências, induzir a organização e a qualificação do cuidado segundo os recursos logísticos e tecnológicos disponíveis, desde o acompanhamento pré-natal precoce, com acesso oportuno a testagens e tratamento adequado, até a vigilância, por meio do monitoramento e controle dos casos.

As condições e os critérios mínimos para certificação dos municípios incluíram (i) o alcance prévio de indicadores de impacto e processo estabelecidos no Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical, (ii) a implantação de Comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B, doença de Chagas e HTLV, ou grupos técnicos/de trabalho ou Comitê de Mortalidade Materno-Infantil, (iii) a disponibilidade de sistema de vigilância e monitoramento dos casos de TV, (iv) a comprovação de medidas preventivas adequadas à eliminação da transmissão vertical e (v) a salvaguarda dos direitos humanos fundamentais, inclusive o direito à saúde, considerando seus determinantes sociais.

A condição de saúde de uma pessoa é diretamente influenciada pelos fatores ambientais, sociais e econômicos em que ela se insere. Assim, em um país como o Brasil, marcado pela extensão e diversidade territorial e por profundas desigualdades sociais, é comum que algumas doenças afetem mais ou somente pessoas em áreas de maior vulnerabilidade social. São as chamadas doenças de determinação social, influenciadas por contextos de vulnerabilidades enraizados nos determinantes sociais em saúde (DSS). Eliminar tais doenças exige políticas públicas estruturais e ações amplas, que envolvam não apenas o tratamento da condição, mas o acesso à saúde, medidas de saneamento, inclusão social, educação e moradia, entre outros. Para tanto, instituiu-se, em 2023, o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds) e, em fevereiro de 2024, o Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar (Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024).

Composto por 14 ministérios, o Ciedds coordena o Programa Brasil Saudável e tem como meta inicial a eliminação, como problemas de saúde pública, de oito doenças determinadas socialmente (tracoma, malária, esquistossomose, hepatites virais, oncocercose, filariose, geo-

helminthíases e doença de Chagas). Além disso, serão trabalhadas ações de impacto nos DSS para a eliminação da transmissão vertical de cinco infecções (HIV, HTLV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas), e para outras três (hanseníase, tuberculose e aids) se deverão alcançar as metas operacionais de controle adaptadas da Opas/OMS.

O presente relatório foi desenvolvido com o objetivo de constituir-se em um documento público de atualização anual, que subsidie o planejamento em saúde de estados e municípios para o alcance da meta de eliminação da transmissão vertical do HIV. Adicionalmente, pode-se acessar um painel na internet com os principais indicadores aqui analisados, para todos os municípios com mais de cem mil habitantes, disponível em <http://indicadoresgestantes.aids.gov.br/>, também atualizado anualmente.

De forma complementar às ações para o alcance da eliminação da transmissão vertical, outros indicadores de estados e municípios relacionados à transmissão vertical encontram-se disponíveis no Painel de Indicadores e Dados Básicos de Transmissão Vertical nos Municípios Brasileiros, em <http://indicadorestransmissaovertical.aids.gov.br/index.php>.

Espera-se, assim, que essas informações sejam utilizadas em tempo oportuno, visando à garantia de um cuidado cada vez melhor e mais qualificado às gestantes vivendo com HIV e/ou aids e, conseqüentemente, à eliminação da transmissão vertical do HIV.

INTRODUÇÃO

Estima-se que, no Brasil, aproximadamente 350 mil mulheres viviam com HIV e/ou aids em 2022 (Brasil, 2023). Até 2017, essas mulheres apresentavam resultados melhores que os homens vivendo com HIV e/ou aids em todas as etapas do cuidado contínuo, especialmente em relação ao diagnóstico, à vinculação e à retenção ao serviço de saúde (Brasil, 2018; Pascom *et al.*, 2019). A partir de 2018, porém, passaram-se a observar perdas maiores para as mulheres em todas as etapas do cuidado contínuo e menor supressão viral quando comparadas aos homens (Brasil, 2023).

As cascatas de cuidado contínuo são importantes instrumentos para o monitoramento da resposta à epidemia de HIV e aids. As metas 95-95-95, baseadas nessas cascatas, medem o avanço de programas ao longo do tempo e sinalizam possíveis áreas com necessidade de maior atenção, auxiliando a racionalizar a alocação de recursos humanos e financeiros (Unaid, 2014; Unaid, 2015).

No que se refere especificamente ao monitoramento clínico das mulheres vivendo com HIV e/ou aids, torna-se imprescindível não apenas considerar o sexo feminino, mas incluir na análise as mulheres transexuais e travestis. Além disso, é necessário ter em mente outros contextos específicos e vulnerabilidades, descrevendo, por exemplo, as peculiaridades em relação à raça/cor, à escolaridade, às disparidades regionais e às barreiras de acesso. É fundamental, também, considerar a complexidade do ciclo de vida da mulher, que pode incluir uma gestação e o cuidado específico demandado a partir da identificação do desejo gestacional, além do seguimento clínico durante o pré-natal e período puerperal.

A gestação motivou um monitoramento específico, objeto deste documento. Trata-se, aqui, do cuidado realizado nessa etapa importante do ciclo de vida das mulheres vivendo com

HIV e/ou aids, tanto em relação à sua própria saúde como enquanto *proxy* do ingresso dessas mulheres no cuidado de maneira mais ampla, no que diz respeito ao acesso a tecnologias de prevenção e de diagnóstico do HIV. Ressalta-se que, para além do acesso ao cuidado, a gestação de mulheres vivendo com HIV e/ou aids reafirma o direito à maternidade, e as ações específicas para garantir o nascer saudável fortalecem as estratégias de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O olhar para o cuidado de gestantes vivendo com HIV e/ou aids é imprescindível para atingir a meta da eliminação da transmissão vertical do HIV, que se configura como uma prioridade do Ministério da Saúde. A transmissão vertical do HIV, ou seja, a infecção da criança durante a gestação, ainda intraútero, ou no momento do parto, ou pelo aleitamento materno, pode ser reduzida a menos de 2% (Townsend *et al.*, 2014; Tubiana *et al.*, 2010) se forem cumpridas as medidas profiláticas preconizadas e normatizadas pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais – PCDT-TV (Brasil, 2022), disponíveis para todas as mulheres por meio do SUS.

O Ministério da Saúde, desde a identificação dos primeiros casos de HIV e a partir do surgimento das primeiras tecnologias de cuidado, prevenção e tratamento da infecção, por meio do SUS, tem realizado uma série de ações para o controle da doença e para a eliminação da transmissão vertical do HIV. Para os anos de 2019 a 2023, o Dathi/SVSA/MS estabeleceu, como uma das suas sete prioridades, **a redução dos casos de transmissão vertical de sífilis e hepatite B e a eliminação da transmissão vertical do HIV**. Assim, com o objetivo principal de potencializar os esforços que já vêm sendo empreendidos no que se refere à transmissão vertical, em abril de 2019 foi criado um Núcleo de Resposta à Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (NRTV), com planejamento específico realizado em conjunto com as diferentes áreas técnicas do próprio Dathi e com outros departamentos do Ministério.

Além disso, em 2023, como uma das estratégias de atualização da oferta de antirretrovirais para profilaxia e tratamento de crianças e adolescentes, houve a incorporação de novos inibidores da integrase ao SUS: raltegravir 100 mg granulado, para crianças sob exposição de alto risco de transmissão do HIV, com indicação no primeiro mês de vida; e dolutegravir 5 mg comprimido dispersível, que agrega nova formulação pediátrica com efetividade e segurança, tanto para PEP como para o tratamento de crianças vivendo com HIV e/ou aids, a partir do segundo mês de vida (Portarias Sectics nº 36 e nº 38/23, disponíveis em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2023/20230705_portaria-sectics-ms-n38.pdf e https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2023/20230705_portaria-sectics-ms-n36.pdf).

No entanto, é importante lembrar que a eliminação da transmissão vertical do HIV, embora ainda não seja parte do escopo deste documento, tem uma faceta anterior ao evento gestação, que é basilar do ponto de vista da saúde pública: a garantia do acesso à saúde sexual e reprodutiva das pessoas, incluindo a prevenção da infecção pelo HIV e a prevenção de gestações não planejadas.

Outro aspecto não incluído no presente relatório, mas também essencial, é que, para verificar a qualidade do pré-natal e pensar em estratégias de prevenção da transmissão vertical

do HIV, as parcerias sexuais das mulheres são personagens importantes e necessitam ter papel de destaque no cuidado. Dessa forma, também se devem adotar as estratégias preconizadas no Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (Brasil, 2016).

Nesse contexto, o objetivo do presente relatório é apresentar os indicadores relacionados às etapas do cuidado contínuo de gestantes vivendo com HIV e/ou aids, bem como a cascata de cuidado contínuo específica para essas mulheres, para o período de 2010 a 2021.

2

MÉTODOS

Para o monitoramento clínico das gestantes vivendo com HIV e/ou aids, foram utilizadas informações dos seguintes sistemas de HIV e aids: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Controle de Exames de Genotipagem (Sisgeno). Adicionalmente, recorre-se ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para calcular o número de mulheres gestantes e estimar a data do início da gestação.

Os indicadores analisados estão descritos a seguir.

■ Gestantes infectadas pelo HIV

O número de gestantes vivendo com HIV e/ou aids foi calculado levando em consideração a prevalência de HIV entre gestantes estimada por Domingues *et al.* (2015) e o número de nascidos vivos, entre 2017 e 2021, registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), acrescidos de 10% para computar as perdas fetais (Domingues, 2019). Os cálculos foram realizados para cada região e, então, somados para obter o número total do país como um todo, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Taxa de prevalência de HIV entre gestantes, número de nascidos vivos e estimativa do número de gestantes vivendo com HIV e/ou aids, por região. Brasil, 2017-2021

| | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Brasil |
|---|---------|----------|-----------|---------|--------------|-----------|
| Taxa de prevalência do HIV (%) ^(a) | 0,44 | 0,29 | 0,34 | 0,87 | 0,31 | - |
| Proporção de perdas fetais ^(b) | - | - | - | - | - | 10,0 |
| Número de nascidos vivos ^(c) | | | | | | |
| 2017 | 312.682 | 817.311 | 1.151.832 | 397.604 | 244.106 | 2.923.535 |
| 2018 | 319.228 | 836.850 | 1.147.006 | 395.857 | 245.991 | 2.944.932 |
| 2019 | 313.696 | 805.275 | 1.102.997 | 386.097 | 241.081 | 2.849.146 |
| 2020 | 301.635 | 770.688 | 1.052.399 | 374.949 | 230.474 | 2.730.145 |
| 2021 | 309.362 | 766.074 | 1.009.734 | 362.921 | 229.010 | 2.677.101 |
| Número estimado de gestantes vivendo com HIV e/ou aids ^(d) | | | | | | |
| 2017 | 1.513 | 2.607 | 4.308 | 3.805 | 832 | 13.066 |
| 2018 | 1.545 | 2.670 | 4.290 | 3.788 | 839 | 13.132 |
| 2019 | 1.518 | 2.569 | 4.125 | 3.695 | 822 | 12.729 |
| 2020 | 1.460 | 2.458 | 3.936 | 3.588 | 786 | 12.229 |
| 2021 | 1.497 | 2.444 | 3.776 | 3.473 | 781 | 11.972 |

Fontes: (a) Domingues *et al.*, 2015; (b) Domingues, 2019; (c) MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); e (d) resultado da multiplicação da taxa de prevalência de HIV pelo número de nascidos vivos, acrescentando-se as perdas fetais (taxa x nascidos vivos x 1,1).

■ Gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids

Todas as mulheres vivendo com HIV e/ou aids que tinham o campo “gestante” preenchido em pelo menos um pedido de exames (contagem de linfócitos T-CD4+, quantificação da carga viral do HIV ou genotipagem do HIV) ou de antirretrovirais foram assinaladas como gestantes em determinado ano. Calculou-se, então, uma data mínima de gestação (DMG), definida como a data em que a mulher apareceu como gestante pela primeira vez em um dos sistemas, em cada ano. Foram identificadas 79.774 gestantes nos sistemas de HIV e aids entre 2010 e 2021.

Para garantir que a mesma gestação não fosse contada duas vezes, estabeleceu-se que as DMG de dois anos consecutivos deveriam ter um intervalo mínimo de 180 dias, calculando-se assim a DMG corrigida (DMG-C). Como não é possível calcular esse intervalo para as gestações identificadas em 2009, pela indisponibilidade dos dados do ano anterior, 2009 foi descartado da análise, sendo apenas utilizado para corrigir as gestações de 2010. Estimou-se, assim, o número de gestações por ano, totalizando 105.051 gestações entre 2010 e 2021. Desse modo, recomenda-se o correto preenchimento do formulário do Siclom com a idade gestacional, para a adequada mensuração do número de gestações e o estabelecimento do período de retenção a partir da data identificada no parto.

A data de início de gestação (DIG) foi estimada como a diferença entre a DMG-C e a mediana do tempo entre o início da gestação notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o registro das gestantes nos sistemas de HIV e aids, para cada região brasileira. Esse atraso variou, em mediana, de 140 a 108 dias entre 2010 e 2020, respectivamente,

com diferenças significativas para as regiões brasileiras (Brasil, 2019). Como não foi possível atualizar essas informações para 2021, assumiu-se que não houve mudanças nesse atraso no período, e utilizaram-se médias móveis dos dois anos anteriores para a estimativa. As medianas utilizadas neste relatório estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Tempo mediano entre a data mínima de gestação corrigida e a data de início da gestação informada no Sinan, por região de residência e ano. Brasil, 2010-2021

| Região de residência | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 ¹ |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------|
| Norte | 156 | 166 | 152 | 147 | 156 | 143 | 144 | 145 | 129 | 121 | 117 | 119 |
| Nordeste | 166 | 161 | 149 | 147 | 146 | 139 | 139 | 139 | 132 | 123 | 120 | 122 |
| Sudeste | 136 | 130 | 122 | 120 | 122 | 116 | 113 | 110 | 107 | 106 | 106 | 106 |
| Sul | 130 | 124 | 121 | 118 | 115 | 112 | 109 | 105 | 103 | 105 | 105 | 105 |
| Centro-Oeste | 141 | 137 | 132 | 127 | 134 | 129 | 121 | 123 | 116 | 110 | 110 | 110 |
| Brasil | 140 | 135 | 131 | 123 | 125 | 122 | 116 | 117 | 112 | 109 | 108 | 108 |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

¹ Estimado a partir da média móvel dos anos de 2019 e 2020.

A partir da DIG, foi possível, também, calcular a data do parto estimada (DPE), como sendo a DIG + 273 dias (considerando que o tempo de uma gestação é de 37 a 41 semanas, com média de 39 semanas, ou 273 dias).

Neste relatório, estabeleceu-se que o número de gestantes identificadas no ano seria igual ao número de gestantes com início da gestação no mesmo ano, correspondendo a um total de 102.108 gestações entre 2010 e 2021.

■ Gestantes experimentadas e não experimentadas

As gestantes vivendo com HIV e/ou aids foram classificadas de acordo com o momento de início da terapia antirretroviral (Tarv). Aquelas cujo início da Tarv se deu pelo menos 16 dias antes da DIG foram classificadas como experimentadas, ou seja, mulheres que já estavam em Tarv quando tiveram o diagnóstico de gestação, e aquelas cujo início ocorreu entre 15 e 295 dias após a DIG foram classificadas como não experimentadas, ou seja, gestantes vivendo com HIV e/ou aids que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico de gestação. Assumiu-se que aquelas que não tiveram dispensação de antirretrovirais no período analisado ou cuja dispensação ocorreu após 295 dias da DIG não iniciaram Tarv durante aquele evento gestação.

Essa classificação é importante para analisar as características das gestantes que já estavam em seguimento e diferenciá-las daquelas que tiveram no pré-natal a oportunidade de iniciar o tratamento para o HIV ou a aids. Uma limitação importante dessa classificação, neste relatório, é que não foi analisada a adesão anterior à gestação para as gestantes vivendo com HIV e/ou aids classificadas como experimentadas. Dessa forma, entre elas contam-se as mulheres em perda de seguimento, que podem ter, ou não, retomado a Tarv no momento do diagnóstico da gestação.

■ Carga viral de HIV e contagem de LT-CD4+

Exames de carga viral do HIV ou de contagem de linfócitos T-CD4+ realizados entre 180 dias antes e 15 dias depois da DIG foram considerados exames basais. Já as cargas virais realizadas entre 180 dias antes e 15 dias depois da DPE foram analisadas como proxy da carga viral no momento do parto.

■ Retenção à Tarv

É sabido que o puerpério é um período em que se torna necessário um maior apoio da rede social da mulher e dos serviços de saúde; além disso, é considerado um período de **risco para perda de seguimento e para a interrupção da Tarv**. A retenção à Tarv das gestantes em tratamento, experimentadas ou não antes da gestação, também foi calculada a partir da DPE. Toda gestante que tinha pelo menos uma dispensação de antirretrovirais entre 150 e 270 dias depois da DPE foi considerada retida ao tratamento seis meses após o parto, e aquelas que tinham pelo menos uma dispensação entre 510 e 620 dias depois da DPE foram consideradas retidas à Tarv 18 meses após o parto. A proporção de gestantes com HIV retidas foi calculada em relação ao número de gestantes segundo o ano do parto.

■ Adequação às recomendações do PCDT-TV

Analisou-se também a adequação da assistência às gestantes vivendo com HIV e/ou aids às recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais¹ – PCDT-TV (Brasil, 2022). Esse documento reúne as orientações para o cuidado da prevenção da transmissão vertical do HIV, com a definição dos critérios de testagem, diagnóstico e tratamento das gestantes, assim como dos cuidados no parto para a mulher e para a criança exposta.

Para o entendimento dos critérios observados, descrevem-se a seguir as recomendações de manejo da gestante vivendo com HIV e/ou aids. No que se refere ao exame de carga viral do HIV, as gestantes não experimentadas (aquelas que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação) devem realizá-lo nos seguintes momentos: imediatamente após o diagnóstico da infecção pelo HIV; duas a quatro semanas após a introdução da Tarv; na 34ª

semana de gestação, para indicação da via de parto; e sempre que houver dúvida quanto à adesão à Tarv. Além disso, recomenda-se a realização de genotipagem pré-tratamento e a introdução precoce da terapia antirretroviral antes mesmo do resultado da genotipagem. Para as gestantes experimentadas (aquelas que já estavam em Tarv antes da gestação), indica-se a realização de carga viral do HIV na primeira consulta de pré-natal; quatro semanas após modificação da Tarv, para avaliar a resposta ao tratamento; a partir da 34ª semana de gestação, para indicação da via de parto; e sempre que houver dúvida quanto à adesão à Tarv.

É importante coletar material para genotipagem antes do início da Tarv para todas as gestantes em início de tratamento (genotipagem pré-tratamento), e iniciar a terapia em gestantes que não estavam em tratamento o mais precocemente possível, sem aguardar o resultado da genotipagem.

As gestantes também necessitam realizar o exame de contagem de LT-CD4+. Aquelas não experimentadas devem fazer o exame logo após o diagnóstico da infecção pelo HIV, e trimestralmente durante a gestação para aquelas em início de tratamento, de acordo com a necessidade clínica. Já as gestantes experimentadas, com carga viral indetectável, devem receber solicitação de contagem de LT-CD4+ na primeira consulta (juntamente com o exame de carga viral) e na 34ª semana de gestação, mas podem repetir o exame de acordo com a indicação clínica.

O risco de transmissão vertical do HIV é determinado pela carga viral do HIV materna, pelo uso de Tarv durante a gestação e pela relação entre o tempo de uso de Tarv efetiva e o parto. A supressão da carga viral é um fator determinante na prevenção da transmissão vertical.

Com respeito à indicação para início da Tarv em gestantes com HIV não experimentadas, recomenda-se iniciar a terapia o mais rápido possível, explicando à gestante a relação risco-benefício do tratamento e a necessidade de boa adesão. O esquema inicial preferencial de Tarv deve incluir a combinação de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e um terceiro antirretroviral. Em gestantes vivendo com HIV e/ou aids a recomendação da dupla de ITRN é a coformulação de tenofovir e lamivudina, sendo o dolutegravir o terceiro antirretroviral. Para as que já usavam Tarv antes do diagnóstico da gestação e apresentam carga viral indetectável (igual ou inferior a 50 cópias/mL), recomenda-se manter o mesmo esquema de Tarv. Todas as gestantes com carga viral detectável devem ser avaliadas quanto à adesão à Tarv, às possíveis interações medicamentosas ou à resistência aos antirretrovirais, de modo que a terapia possa ser otimizada, visando o alcance da indetectação o mais rapidamente possível – uma vez que o nível da carga viral é um dos fatores mais importantes associados ao risco de transmissão vertical do HIV, cuja avaliação auxilia no seguimento e na definição da via de parto.

Além das recomendações para as gestantes, o PCDT-TV também traz as indicações de profilaxia com antirretrovirais para o recém-nascido exposto ao HIV. Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV e/ou aids deverão receber profilaxia com antirretroviral como umas das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV. O neonato deve receber zidovudina solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos e nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo-se manter o tratamento durante 28 dias.

¹ Para mais informações, consultar o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf.

Para os recém-nascidos de mães com alto risco de transmissão vertical, indica-se o esquema antirretroviral composto por lamivudina, zidovudina e raltegravir granulado 100 mg, durante 28 dias. Destaca-se que o raltegravir granulado 100 mg está contraindicado em crianças com idade gestacional inferior a 37 semanas ao nascimento e para aquelas com peso inferior a 2 kg. Nesses casos, a opção de profilaxia em situação de alto risco e idade gestacional entre 34 e 37 semanas deverá ser zidovudina + lamivudina associada a nevirapina durante 28 dias. As crianças com idade gestacional abaixo de 34 semanas deverão realizar a profilaxia apenas com zidovudina durante 28 dias, independentemente de risco de exposição ao HIV. Entende-se por alto risco de transmissão vertical:

- Pré-natal não realizado.
- Tarv não utilizada durante a gestação.
- Profilaxia no momento do parto indicada, mas não realizada.
- Início da Tarv após a segunda metade da gestação.
- Uso de antirretrovirais somente no intraparto.
- Infecção materna aguda pelo HIV durante a gestação ou o aleitamento.
- Manutenção da carga viral do HIV detectável (igual ou superior a 50 cópias/mL) no terceiro trimestre de gestação.
- Carga viral do HIV materna desconhecida.
- Diagnóstico materno da infecção pelo HIV realizado no momento do parto.

Após a atualização, em 2023, da metodologia laboratorial de execução dos exames de carga viral do HIV em todo território nacional, o Dathi compartilhou com a rede de cuidado integral em HIV e aids os valores a serem considerados no contexto da indicação de esquema antirretroviral ampliado para profilaxia da transmissão vertical do HIV em bebês expostos na classificação de alto risco (esquema composto com raltegravir 100 mg granulado no 1º mês de vida, conforme descrito acima), em relação à quantificação da carga viral materna, a saber:

- Um resultado de carga viral detectável e inferior a 50 cópias/mL não representa, por si só, falha virológica ou alto risco de transmissão vertical do HIV, devendo ser interpretado e manejado como resultado de carga viral indetectável.
- Um resultado de carga viral detectável e superior 50 cópias/mL determina classificação de alto risco de transmissão vertical do HIV e é critério de indicação do esquema expandido com três antirretrovirais, incluindo zidovudina, lamivudina e raltegravir granulado ou nevirapina suspensão oral.

Para todas as crianças expostas ao HIV no momento do parto, a primeira coleta de carga viral necessita ser realizada imediatamente após o nascimento, preferencialmente antes da primeira dose de profilaxia, devendo-se reafirmar a orientação de não amamentação e inibir a lactação com medicamento (cabergolina).

Dessa forma, foram classificadas como em adequação às recomendações do PCDT-TV as gestantes vivendo com HIV e/ou aids que realizaram pelo menos um exame de carga viral, uma contagem de LT-CD4+ e pelo menos uma dispensação de Tarv nos primeiros 180 dias após a DIG para o primeiro trimestre. Foi calculada, também, a proporção de gestantes que realizaram pelo menos uma carga viral e tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG para verificar a adequação às recomendações do PCDT-TV no último trimestre. Por fim, calculou-se a proporção de gestantes que cumpriram os dois conjuntos de recomendações. Os sistemas de informações de HIV ainda não permitem o monitoramento da adequação do recém-nascido exposto ao HIV às recomendações do PCDT-TV.

■ Gestantes experimentadas com indicação de realização de exame de genotipagem

Outra recomendação presente no PCDT-TV é que gestantes que estejam em Tarv desde antes da gestação, e que apresentem carga viral do HIV detectável (igual ou superior a 50 cópias/mL), deverão ser avaliadas quanto à adesão e à possibilidade de interação medicamentosa. Além das questões relacionadas ao uso dos antirretrovirais, há indicação de exame de genotipagem sempre que a carga viral for superior a 500 cópias/mL.

Portanto, foram consideradas como gestantes vivendo com HIV e/ou aids experimentadas, com indicação de realização de exame de genotipagem, aquelas que possuíam pelo menos um resultado de carga viral superior a 500 cópias/mL no período de 15 dias antes da DIG e até 15 dias depois da DPE. A proporção de gestantes experimentadas com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL foi calculada em relação àquelas que realizaram o exame de carga viral no SUS no intervalo de tempo analisado.

■ Cobertura de exame de genotipagem

A cobertura de exame de genotipagem foi avaliada para as gestantes experimentadas e não experimentadas. Entre as experimentadas, analisaram-se aquelas identificadas nos sistemas de HIV e aids com pelos menos uma coleta de exame de genotipagem entre 30 dias antes da coleta da carga viral com resultado igual ou superior a 500 cópias/mL e até 30 dias depois da DPE. Foram excluídas as genotipagens pré-tratamento, ou seja, aquelas cuja coleta foi realizada até 14 dias após a data da primeira dispensação de Tarv.

Já para as gestantes não experimentadas, verificou-se a proporção daquelas que realizaram o exame de genotipagem como pré-tratamento 180 dias antes da DIG até a DPE. É importante lembrar que, para gestantes não experimentadas, recomenda-se a realização de exame de genotipagem pré-tratamento (antes do início da Tarv) imediatamente após o diagnóstico da infecção pelo HIV.

■ Perfil de resistência pré-tratamento

As sequências nucleotídicas referentes aos exames de genotipagem pré-tratamento das gestantes não experimentadas foram submetidas à análise de resistência aos inibidores de protease (IP) e transcriptase reversa, a saber, análogos (ITRN) e não análogos de nucleosídeos (ITRNN), utilizando-se o Algoritmo de Interpretação de Resistência Genotípica (Programa HIVdb, Stanford, disponível em <https://hivdb.stanford.edu/>), conforme mostra o Quadro 1. As sequências que apresentaram pontuação igual ou superior a 15 foram classificadas como resistentes.

Quadro 1 – Relação dos antirretrovirais incluídos na análise de resistência e suas respectivas classes

| IP | ITRN | ITRNN |
|---|------------------|------------------|
| Atazanavir/ritonavir (ATV/r) | Lamivudina (3TC) | Efavirenz (EFV) |
| Darunavir/ritonavir (DRV/r) | Abacavir (ABC) | Etravirina (ETR) |
| Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ¹ | Zidovudina (AZT) | Nevirapina (NVP) |
| Tipranavir/ritonavir (TPV/r) ¹ | Tenofovir (TDF) | |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Entre 2012 e 2021, período de análise da resistência pré-tratamento do HIV em gestantes reportado neste relatório, o LPV/r era utilizado como antirretroviral preferencial para início de tratamento em crianças com até 2 anos de idade, e o TPV/r, como opção para troca de esquema após falha virológica em crianças a partir de 2 anos. Por esse motivo, apesar de não fazerem parte do arsenal terapêutico para gestantes, ambos os medicamentos foram incluídos nas análises.

■ Cascata de cuidado contínuo

A cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e/ou aids foi estimada, neste relatório, para o ano de 2021, considerando-se o número de infectadas, diagnosticadas, vinculadas/ identificadas, em Tarv, em adequação às recomendações do PCDT-TV e em supressão viral.

O método de cálculo do número de gestantes vivendo com HIV e/ou aids está descrito no primeiro item do presente capítulo.

O número de gestantes vinculadas foi estipulado como sendo igual ao número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids (Siscel, Siclom e Sisgeno). Para a estimação das gestantes diagnosticadas, utilizou-se também o Sinan. Como não foi possível atualizar essas informações para os anos de 2019 a 2021, assumiu-se que não houve mudanças na proporção, observada anteriormente, de 9,3% de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids que não estavam notificadas no Sinan (Brasil, 2019). Assim, o número de diagnosticadas foi estimado como o resultado da soma das gestantes identificadas acrescidas de 9,3%.

As gestantes em Tarv foram estimadas em dois momentos: no primeiro e no terceiro trimestre de gestação. As que tinham pelo menos uma dispensação de antirretrovirais até 180 dias depois da DIG foram consideradas em Tarv no primeiro trimestre, e aquelas que tinham pelo menos uma dispensação entre 150 e 273 dias depois da DIG foram consideradas em Tarv no terceiro

trimestre. Aquelas que estavam em Tarv nos dois períodos analisados foram consideradas em Tarv em ambos os momentos.

As gestantes que apresentaram carga viral inferior a 50 cópias/mL entre 180 dias antes e 15 dias depois da DPE foram consideradas em supressão viral no parto. Essa barra da cascata é especialmente importante para a prevenção da transmissão vertical do HIV, já que o tratamento adequado durante a gestação está associado a um menor risco de infecção e à indetecção viral no momento do parto (Brasil, 2023).

Incluíram-se também os indicadores de adequação às recomendações do PCDT-TV, nos dois momentos, conforme descrito acima. Dentre as gestantes em adequação, estimou-se, ainda, a proporção das que estavam com carga viral suprimida no parto.

Finalmente, agregou-se uma análise comparativa entre a cascata das gestantes vivendo com HIV e/ou aids e das mulheres como um todo. Para essa comparação, foram consideradas em Tarv as gestantes que estavam em tratamento nos dois momentos analisados, ou seja, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, incluindo-se a carga viral do momento do parto. Para mais detalhes sobre a cascata das mulheres, consultar o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV (Brasil, 2023).

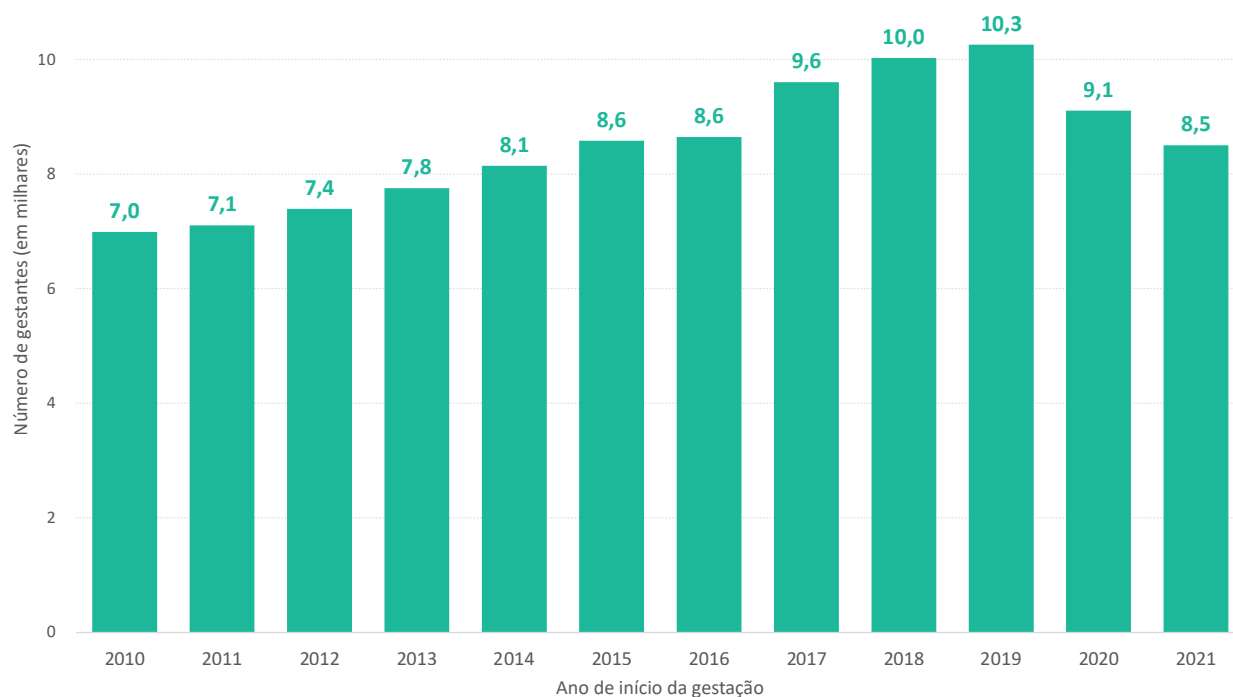
3

RESULTADOS

3.1 Gestantes vivendo com HIV e/ou aids identificadas nos sistemas de HIV e aids

Entre 2010 e 2021, foram identificadas 102.108 gestações de mulheres vivendo com HIV e/ou aids. A Figura 1 apresenta o número estimado de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids por ano de início da gestação, que variou de 7,0 mil gestantes, em 2010, a 10,3 mil gestantes, em 2019. Em 2020, ano da pandemia de covid-19, foram identificadas 9,1 mil gestantes e, em 2021, 8,5 mil.

Figura 1 – Número de gestantes (em milhares) identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

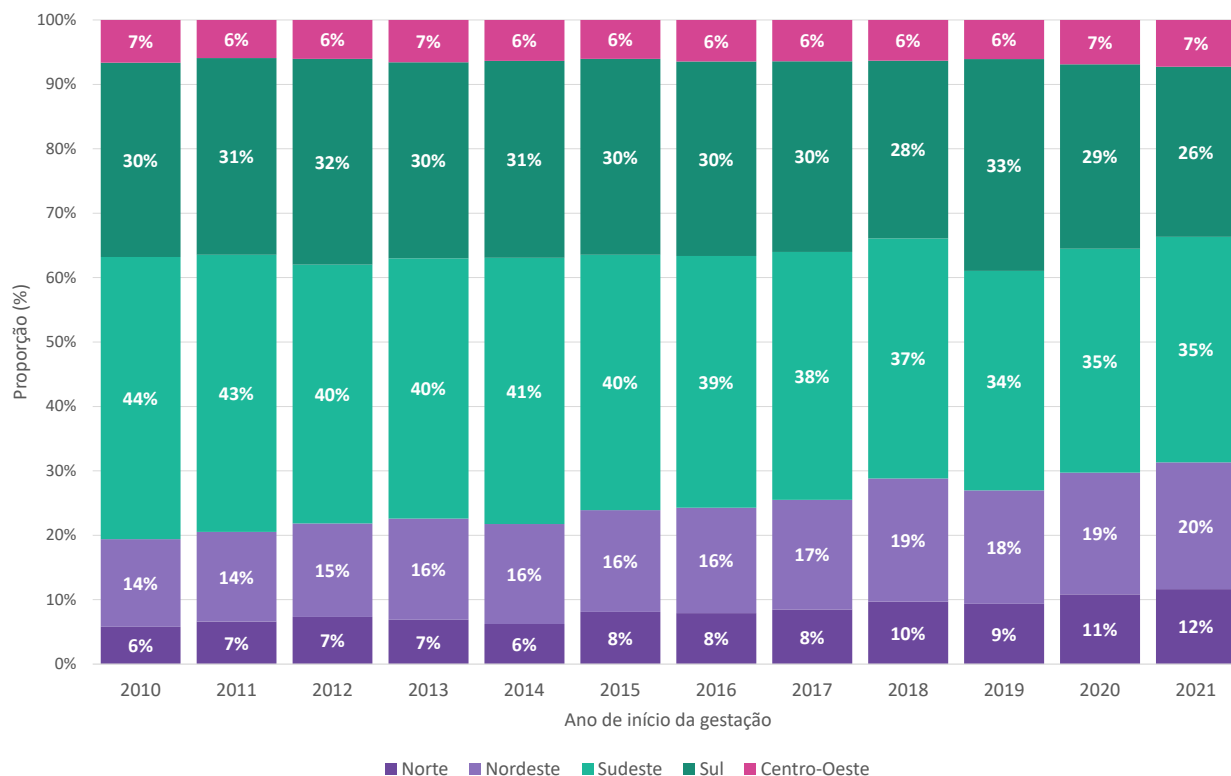
¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

Nas Figuras 2 a 7, apresentam-se as características sociodemográficas das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids.

A distribuição das gestantes vivendo com HIV e/ou aids por região de residência, apresentada na Figura 2, mostra que, em 2021, a maior parte das gestantes eram residentes na região Sudeste (35%) e na região Sul (26%), proporções essas menores do que as observadas em 2010, de 44% e 30%, respectivamente. Por outro lado, entre 2010 e 2021, observou-se aumento na proporção de gestantes residentes nas regiões Norte (de 6% para 12%, respectivamente) e Nordeste (de 14% para 20%, respectivamente).

Por sua vez, a distribuição de gestantes vivendo com HIV e/ou aids por raça/cor, apresentada na Figura 3, mostra que, em 2021, a maioria das gestantes se autodeclarou negra (52%), proporção 30% maior que a observada em 2010 (40%). Um terço das gestantes (33%) se afirmaram brancas ou amarelas, o que corresponde a um declínio de 18% na comparação com 2010 (40%). Nos últimos três anos analisados, a porcentagem de raça/cor ignorada foi de 15%; portanto, os resultados ora analisados devem ser observados à luz dessa limitação. A população indígena apresentou pequena representação ao longo de todo o período analisado. Nos últimos três anos analisados, cerca de 0,3% das gestantes vivendo com HIV e/ou aids se declarou indígena.

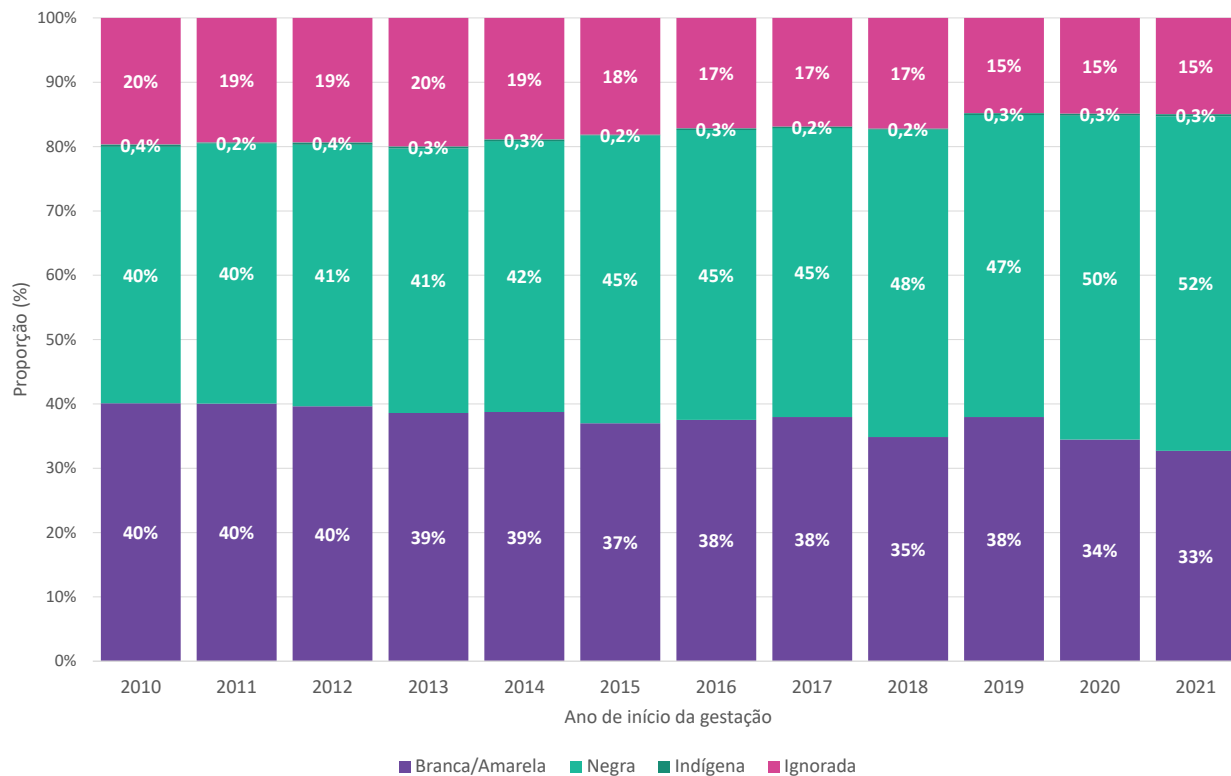
Figura 2 – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, segundo o ano de início da gestação, por região de residência. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 3 – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2010-2021

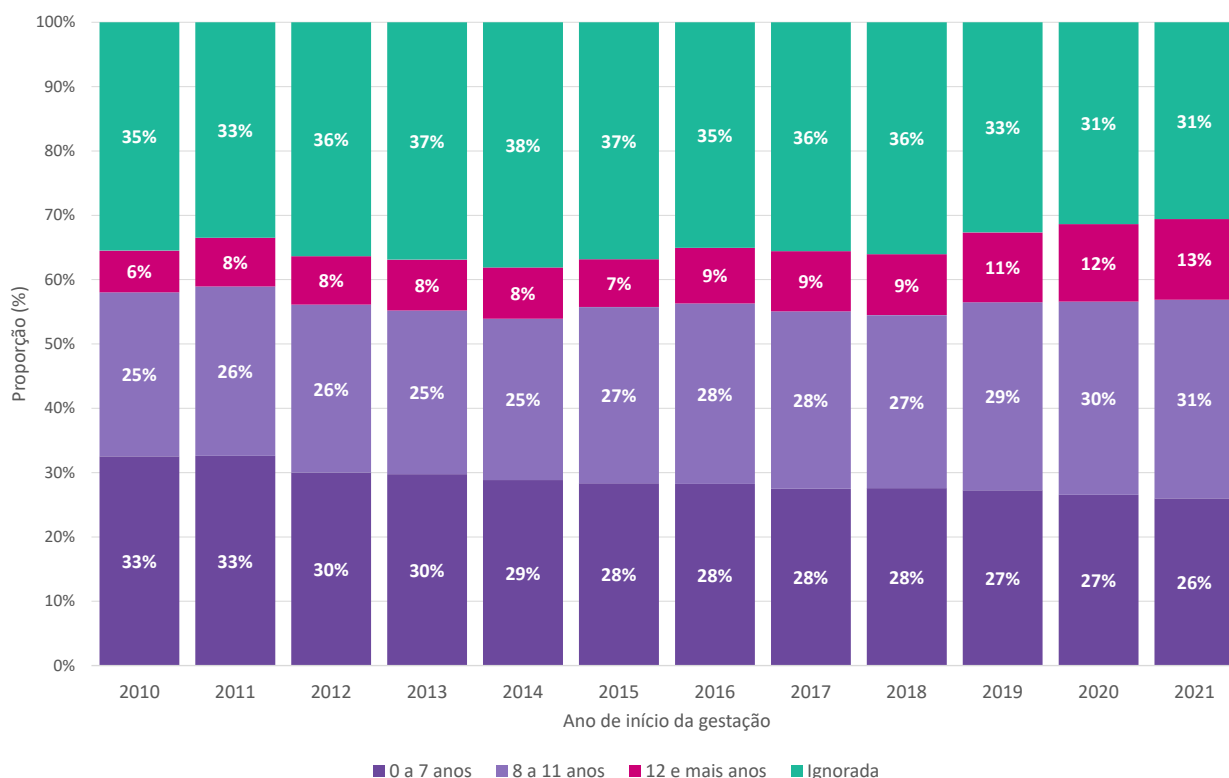


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

A Figura 4 apresenta a distribuição de gestantes segundo a escolaridade. Em 2021, mais da metade delas tinham até 11 anos de estudo (57%), proporção semelhante à observada em 2010 (58%), e aproximadamente 13% tinham 12 anos de estudo ou mais, um aumento de 93% em relação a 2010 (6%). Vale destacar que, apesar da melhora na qualidade da informação observada no período analisado, ainda é bastante importante, em 2021, a proporção de gestantes com informação de escolaridade ignorada, de aproximadamente 31%.

Figura 4 – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010-2021



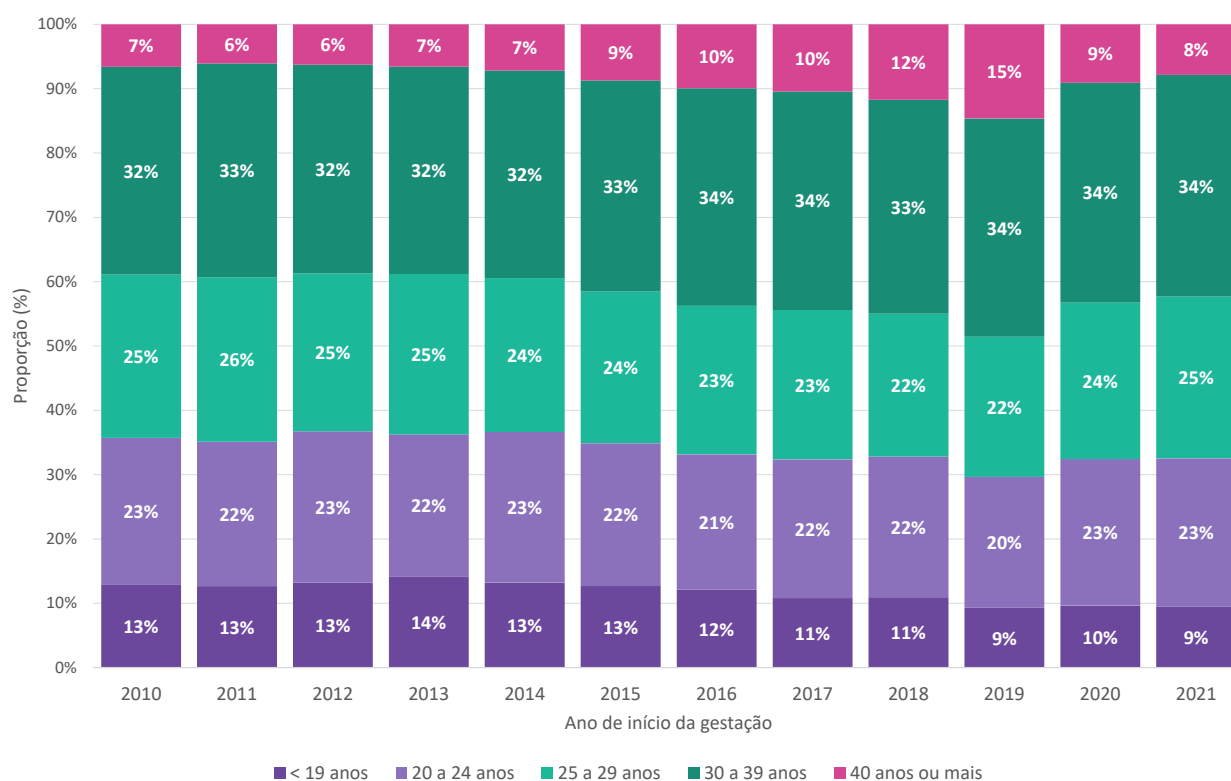
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

No que se refere à faixa etária (Figura 5), nota-se que quase a metade das gestantes vivendo com HIV e/ou aids tinha entre 20 e 29 anos durante todo o período analisado. Por outro lado, houve um aumento na proporção de gestantes com mais de 40 anos entre 2010 (7%) e 2019 (15%), que todavia decresceu após esse ano, chegando a 8% em 2021.

A Figura 6 mostra que, em 2021, 7% (1.401) das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids residiam no estado de São Paulo, 13% (1.079) no Rio Grande do Sul e 11% (943) no Rio de Janeiro. As capitais com maiores números de gestantes identificadas foram São Paulo (452) e Rio de Janeiro (430) (Figura 7).

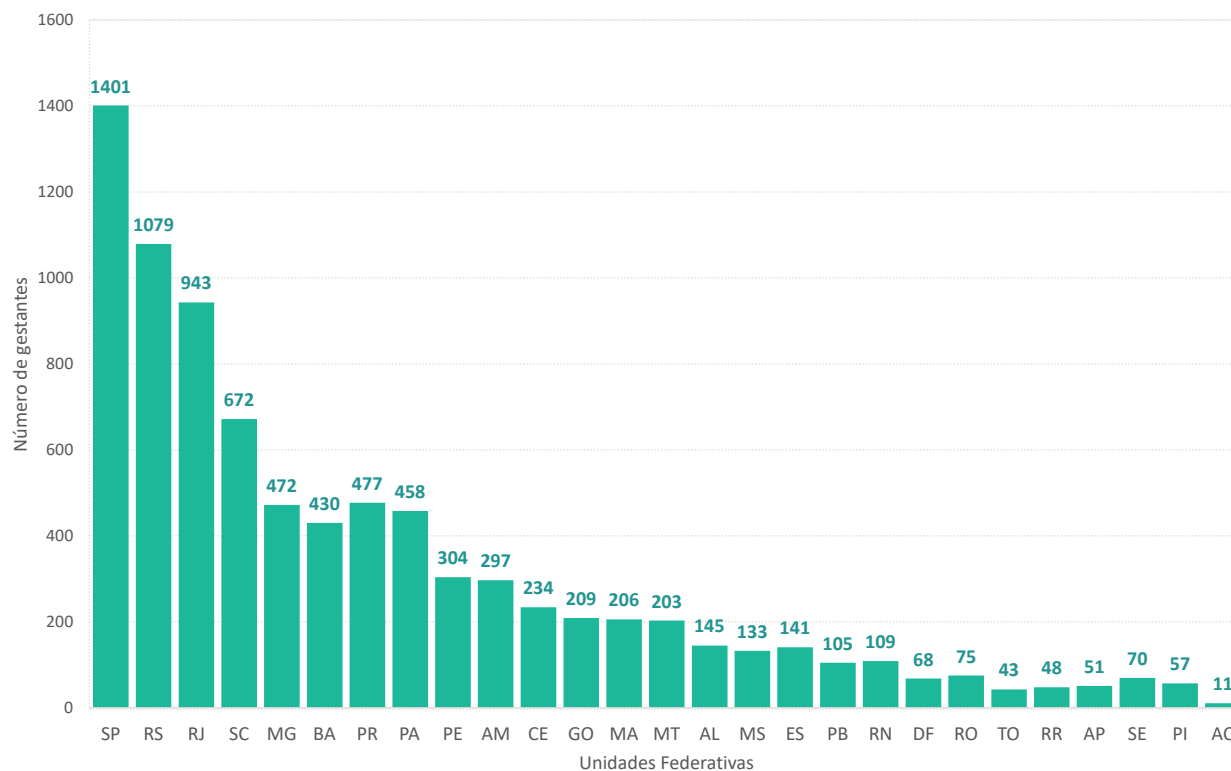
Figura 5 – Distribuição de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

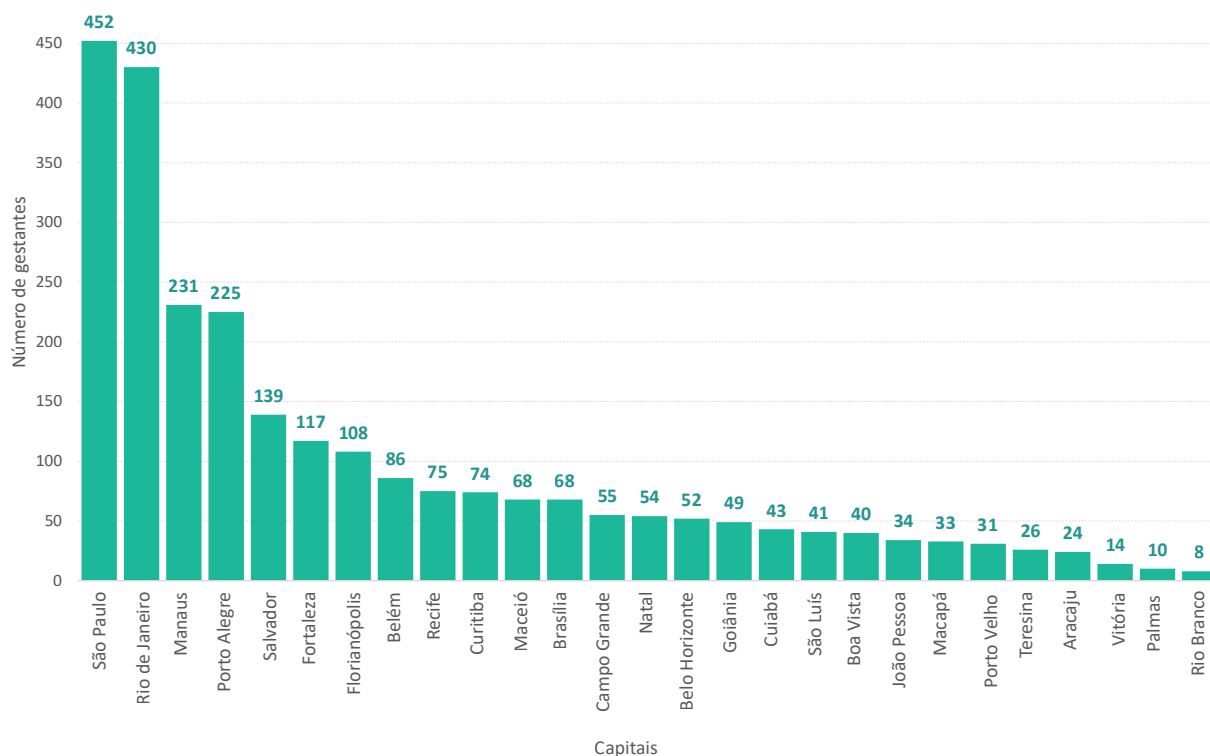
Figura 6 – Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 7 – Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

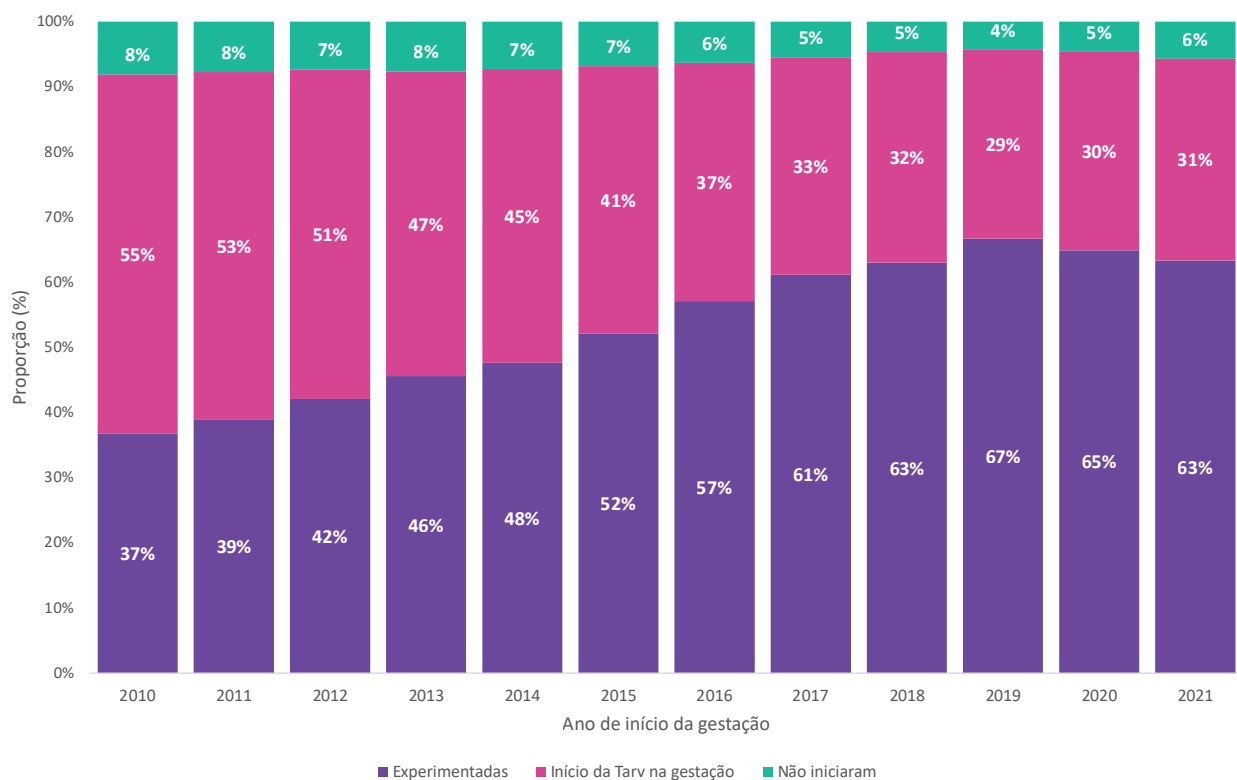
3.2 Momento de início da Tarv

A distribuição das gestantes vivendo com HIV e/ou aids identificadas de acordo com o momento de início da Tarv está apresentada na Figura 8. Nota-se que há um aumento importante na proporção de gestantes experimentadas (ou seja, que iniciaram Tarv antes da gestação), que passou de 37%, em 2010, para 63%, em 2021. Em complemento, a proporção de gestantes que não iniciaram Tarv apresentou ligeiro decréscimo no período analisado, atingindo 6%, em 2021.

O país tem um histórico de políticas públicas de fomento ao diagnóstico do HIV durante o período do pré-natal, bem como de oferta de cuidado às mulheres gestantes. Em 2000, o Brasil instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS. No ano de 2002, com a Portaria nº 2.104, de 19 de novembro, foi instituído o Projeto Nascer-Maternidades. Em 2011, graças à Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho, surge a "Rede Cegonha". Ainda em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho (Domingues, 2019).

O acesso ao tratamento antirretroviral é universal no país desde 1996. Em dezembro de 2013, foi instituído o tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV e/ou aids, independentemente dos critérios virológicos ou imunológicos. Dessa forma, o aumento proporcional de gestantes vivendo com HIV e/ou aids experimentadas pode refletir os anos da política de acesso à Tarv, a redução do estigma e a melhoria de aspectos de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Assim, pessoas podem engravidar com baixo risco de transmissão vertical do HIV, desde que tenham acesso a todas as tecnologias de prevenção disponíveis no SUS. Dessa forma, o presente relatório traz um diagnóstico de alguns perfis de vulnerabilidade que podem guiar as políticas públicas e a organização dos serviços.

Figura 8 – Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹, segundo o momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)², por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

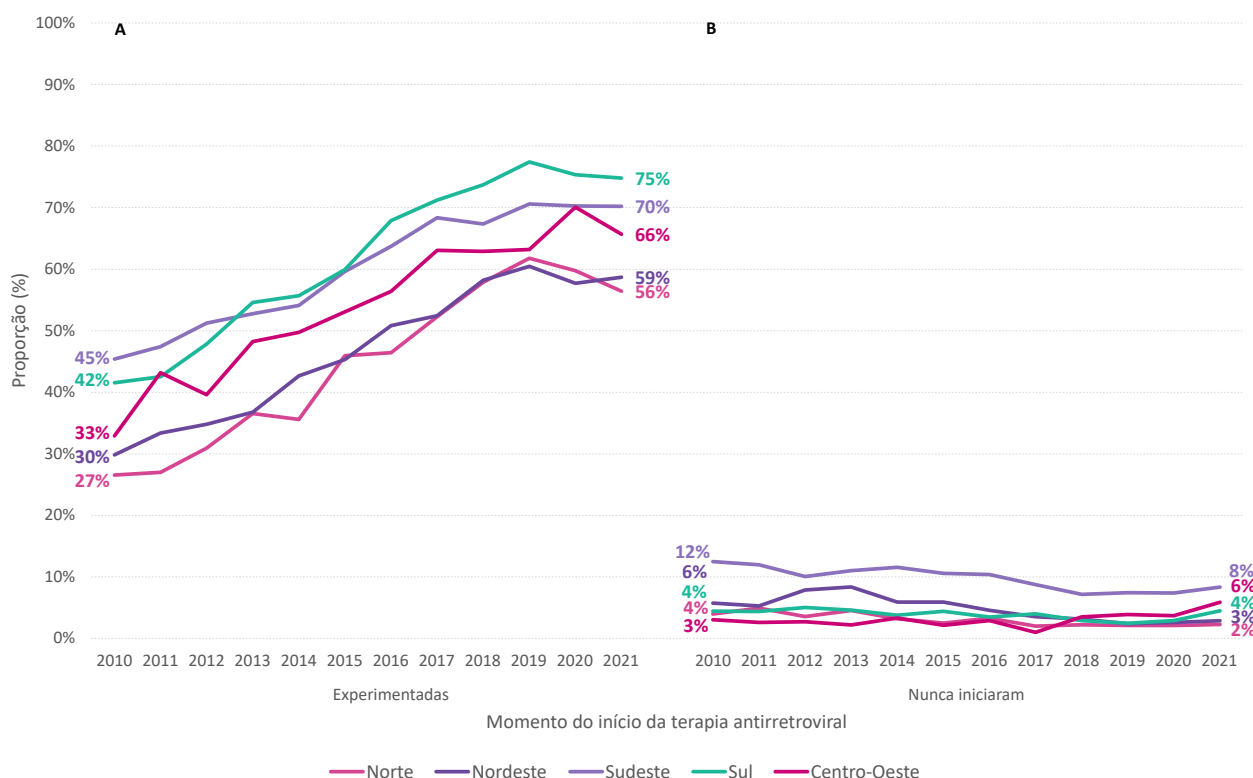
² Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. Início da Tarv na gestação: gestantes cuja primeira dispensação da vida aconteceu entre 15 e 295 dias depois da data de início da gestação.

As Figuras de 9 a 13 apresentam a proporção de gestantes experimentadas e a proporção de gestantes que nunca haviam iniciado Tarv, segundo algumas características sociodemográficas.

A Figura 9 mostra que, de modo geral, até 2020 houve aumento crescente na proporção de gestantes experimentadas. Observou-se, ainda, em 2021, uma queda nessa proporção nas regiões Norte e Centro-Oeste e um aumento na região Nordeste. Ao longo do período analisado, os maiores percentuais de gestantes experimentadas foram observados nas regiões Sul e Sudeste, atingindo, em 2021, 75% e 70%, respectivamente.

Verificam-se também, ainda em relação à Figura 9, decréscimos na proporção de gestantes que nunca haviam iniciado Tarv no período analisado nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, além de estabilização na região Sul e incremento na região Centro-Oeste. Em 2021, 8% das gestantes residentes na região Sudeste não haviam iniciado a Tarv.

Figura 9 – Proporção de gestantes experimentadas¹ e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids², por região de residência, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

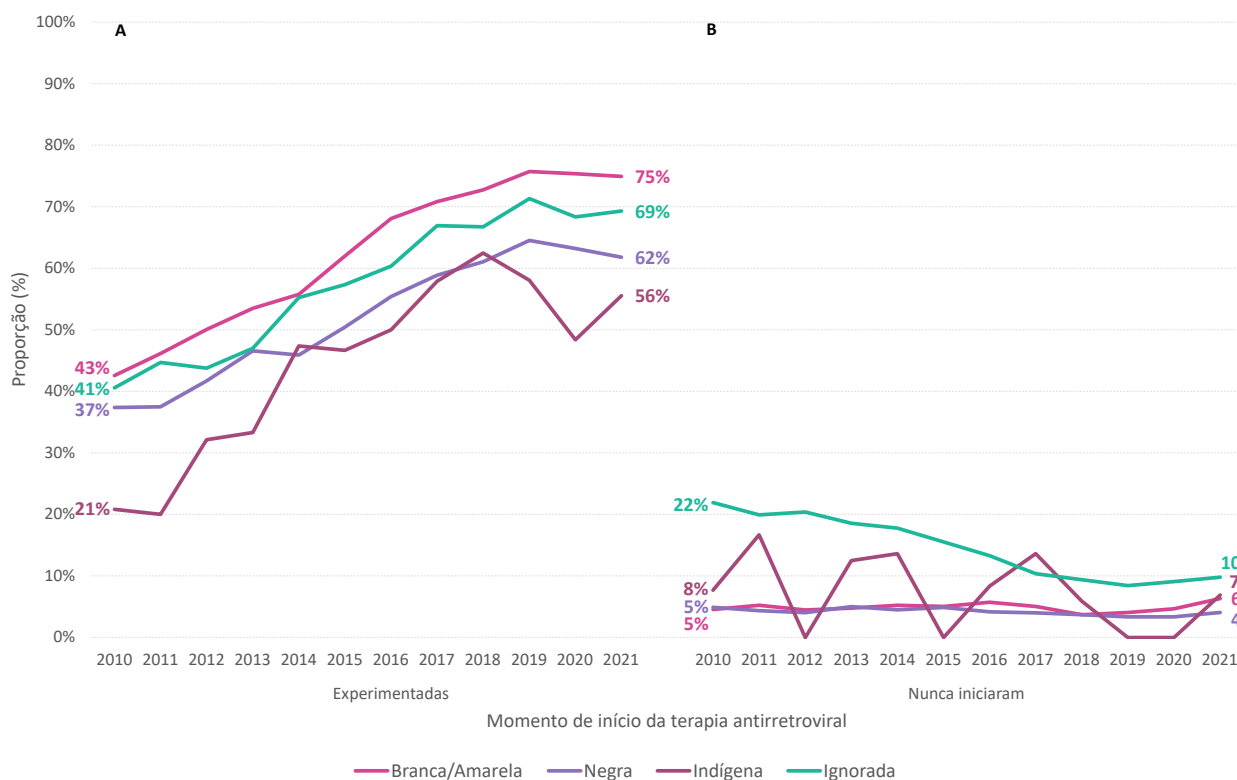
¹ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Nunca iniciaram: gestantes que nunca haviam iniciado Tarv durante o período analisado.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

De acordo com a Figura 10, em todo o período analisado, os maiores percentuais de gestantes experimentadas foram observados entre aquelas de raça/cor branca ou amarela. Em 2021, esse percentual foi de 75%. Em contrapartida, o maior incremento foi observado entre indígenas (167%). No entanto, essa população apresentou, de modo geral, as menores proporções de gestantes experimentadas no período analisado, que alcançaram 56% em 2021.

Quanto à proporção de gestantes que nunca haviam iniciado Tarv (Figura 10), apenas aquelas autodeclaradas brancas ou amarelas apresentaram ligeiro incremento, comparando 2021 e 2010. No entanto, as maiores proporções foram encontradas entre aquelas sem informação de raça/cor ao longo de todo o período analisado. Considerando que, em 2021, esses casos representavam 27%, os resultados ora analisados devem ser observados à luz dessa limitação.

Figura 10 – Proporção de gestantes experimentadas¹ e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids², por raça/cor, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

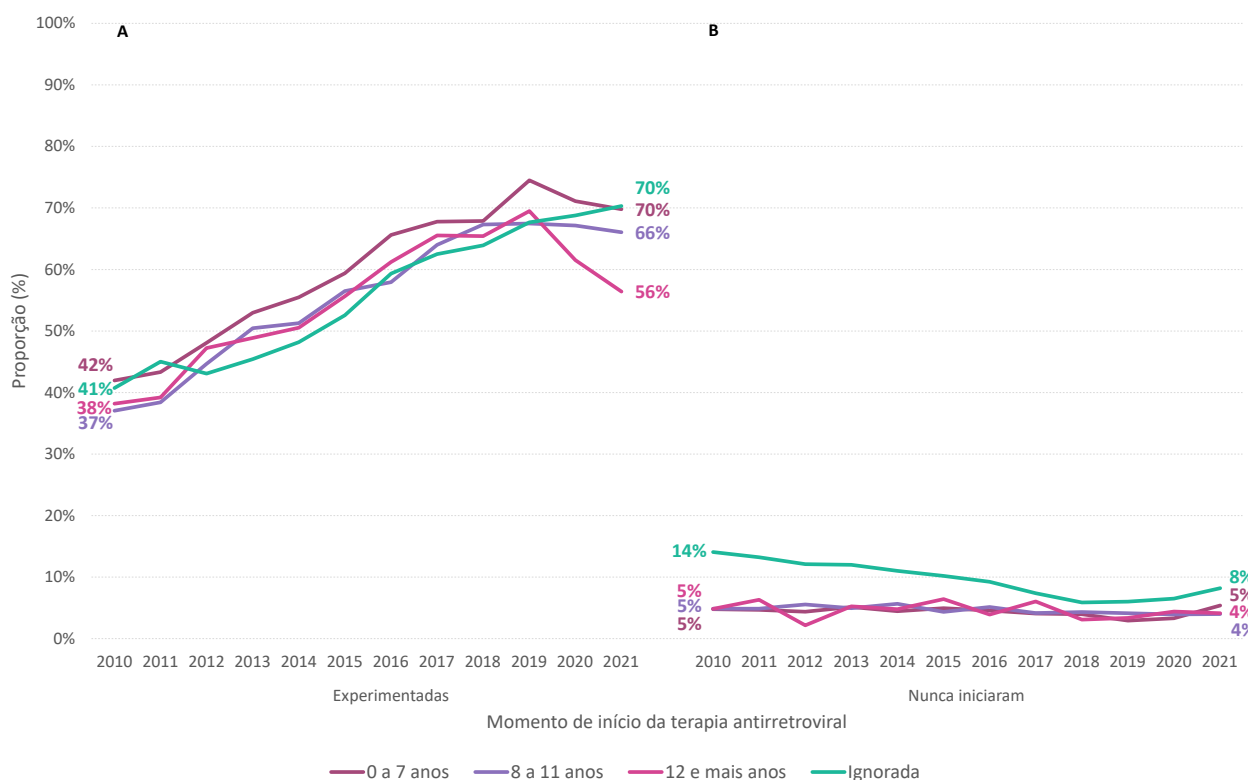
¹ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Nunca iniciaram: gestantes que nunca haviam iniciado Tarv durante o período analisado.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Na estratificação por escolaridade (Figura 11), nos últimos dois anos da análise, as menores proporções de gestantes experimentadas foram observadas entre aquelas com 12 ou mais anos de estudo (62% em 2020 e 56% em 2021). Gestantes com até sete anos de estudo representaram uma proporção de 70% em 2021.

Entre 2010 e 2021, as maiores proporções de gestantes que não haviam iniciado Tarv foram observadas naquelas com escolaridade ignorada. Em 2021, 47% dos casos não possuíam essa informação (Figura 11).

Figura 11 – Proporção de gestantes experimentadas¹ e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids², por escolaridade (em anos de estudo), segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

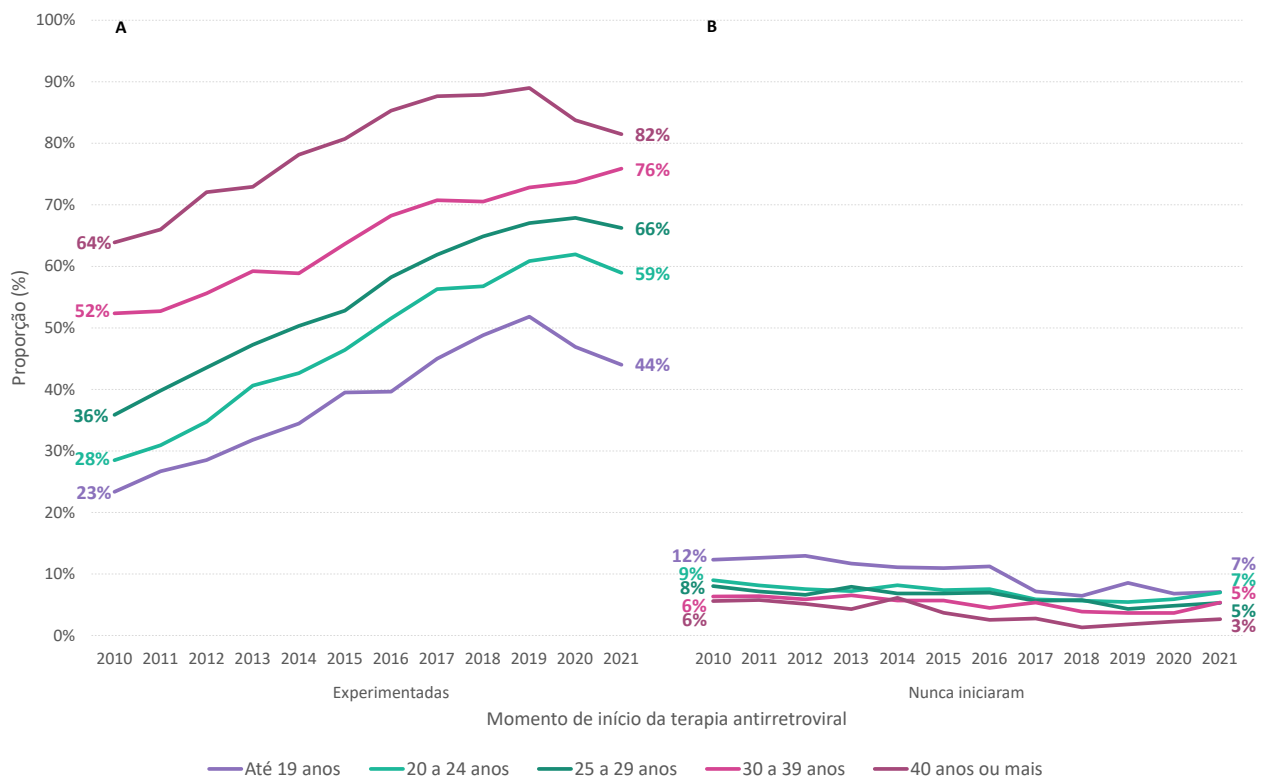
¹ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Nunca iniciaram: gestantes que nunca haviam iniciado Tarv durante o período analisado.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Na análise por faixa etária (Figura 12), percebe-se que, quanto mais elevada a faixa etária, maior a proporção de gestantes experimentadas. Já para o segundo recorte, observa-se o inverso: quanto mais jovem a faixa etária, maior a proporção de gestantes que nunca haviam iniciado Tarv.

Para o recorte de gestantes experimentadas (Figura 12), o maior incremento foi observado entre aquelas de 20 a 24 anos de idade (107%). Em 2021, 7% das gestantes com idade até 19 anos e daquelas entre 20 e 24 anos não haviam iniciado a Tarv.

Figura 12 – Proporção de gestantes experimentadas¹ e proporção de gestantes que nunca haviam iniciado terapia antirretroviral (Tarv), identificadas nos sistemas de HIV e aids², por faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



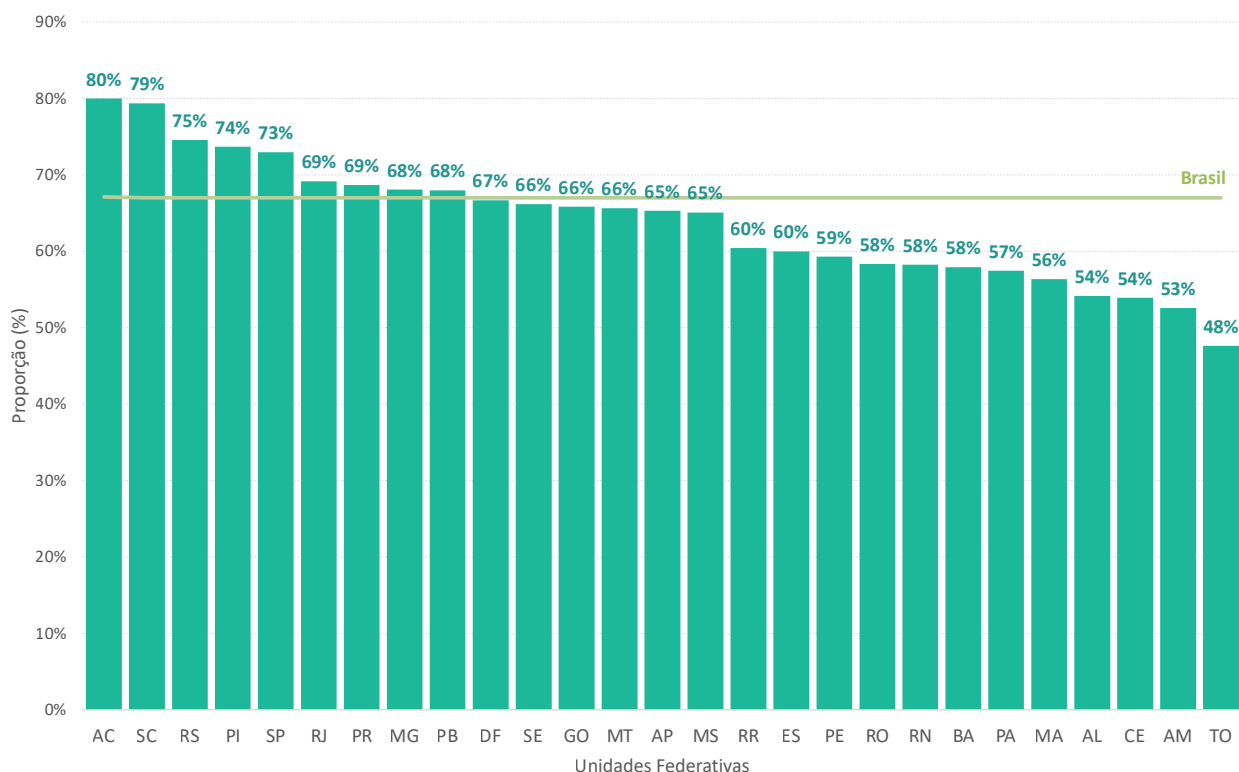
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Nunca iniciaram: gestantes que nunca haviam iniciado Tarv durante o período analisado.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

As proporções de gestantes experimentadas variaram de 80% no Acre e 79% em Santa Catarina a 48% em Tocantins (Figura 13), e de 86% em Rio Branco e 82% em Florianópolis a 53% em Manaus (Figura 14).

Figura 13 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021

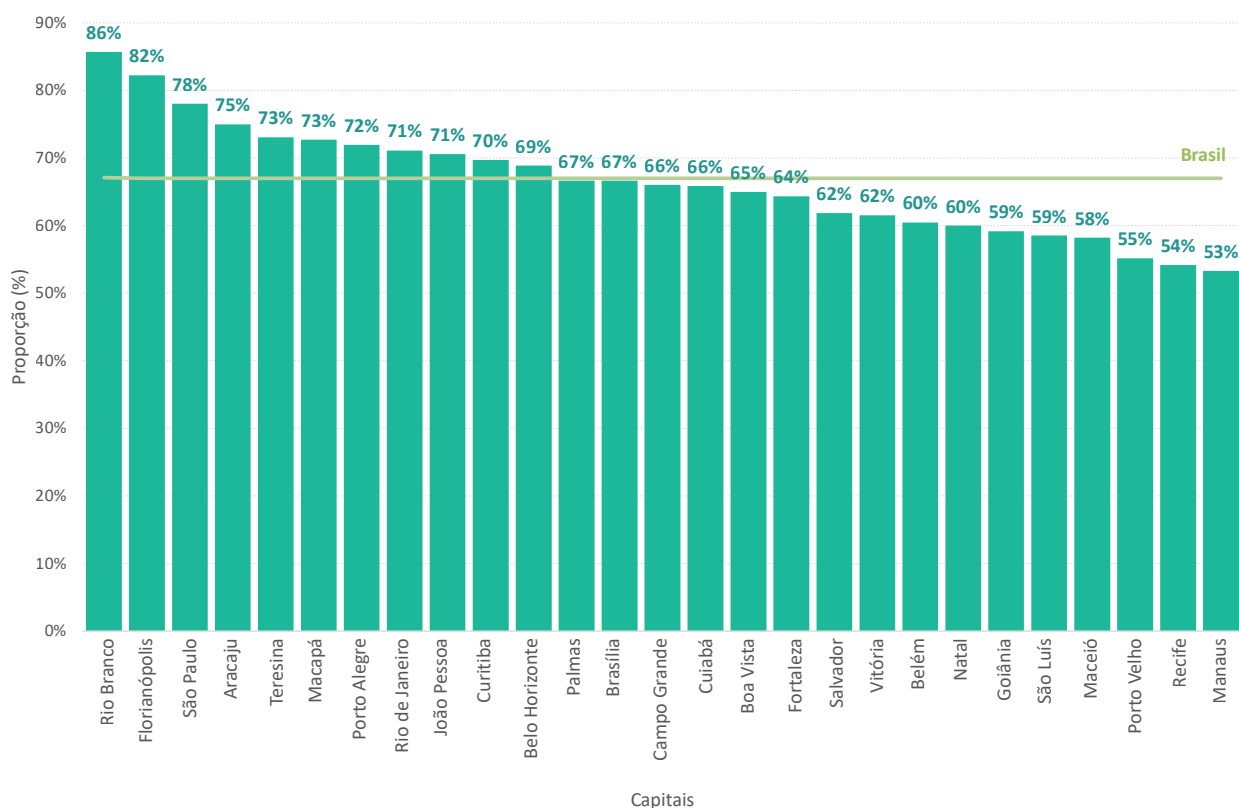


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 14 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

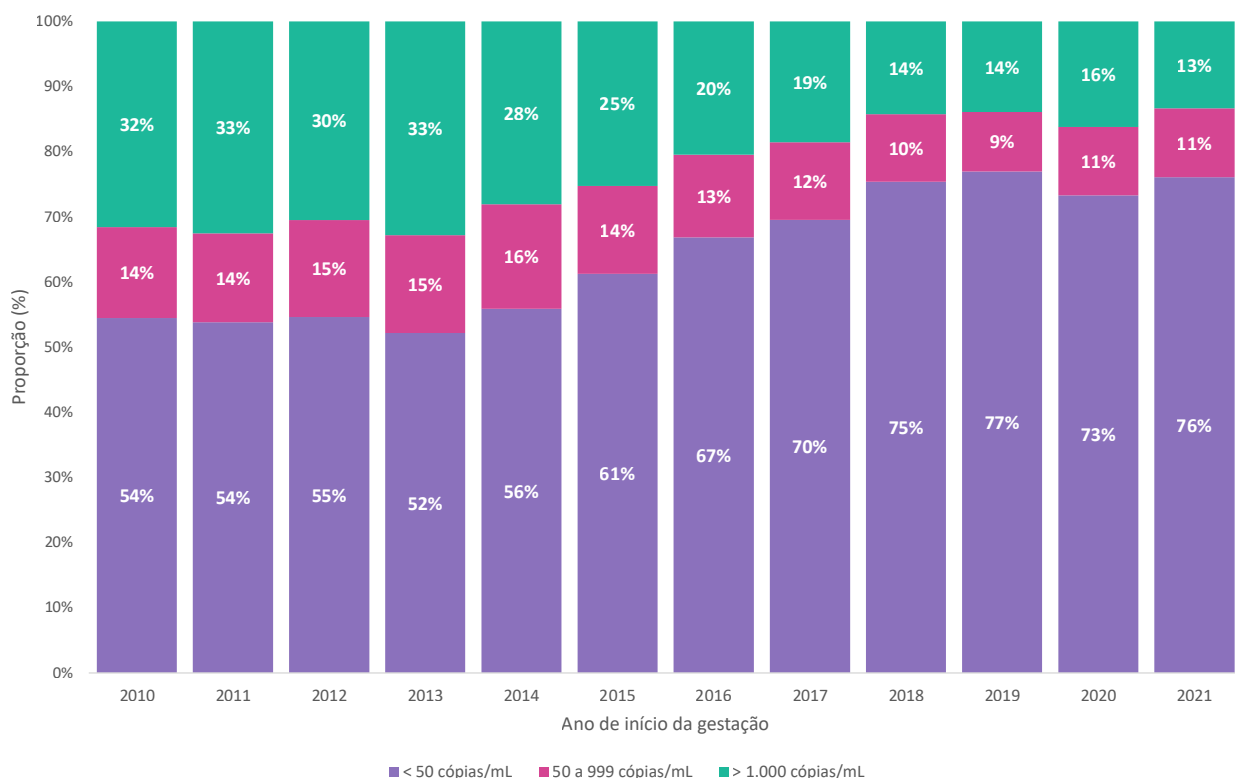
¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

3.3 Carga viral do HIV no início da gestação e no parto

Em 2021, 76% das gestantes experimentadas apresentaram carga viral inferior a 50 cópias/mL no início da gestação, proporção essa 40% maior do que a observada em 2010 (54%) (Figura 15). Vale ressaltar, também, que há uma redução na proporção de gestantes experimentadas indetectáveis no início da gestação (73%) em 2020, ano da pandemia de covid-19, com retomada aos níveis pré-pandemia no ano seguinte.

Figura 15 – Distribuição das gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo a carga viral basal³, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

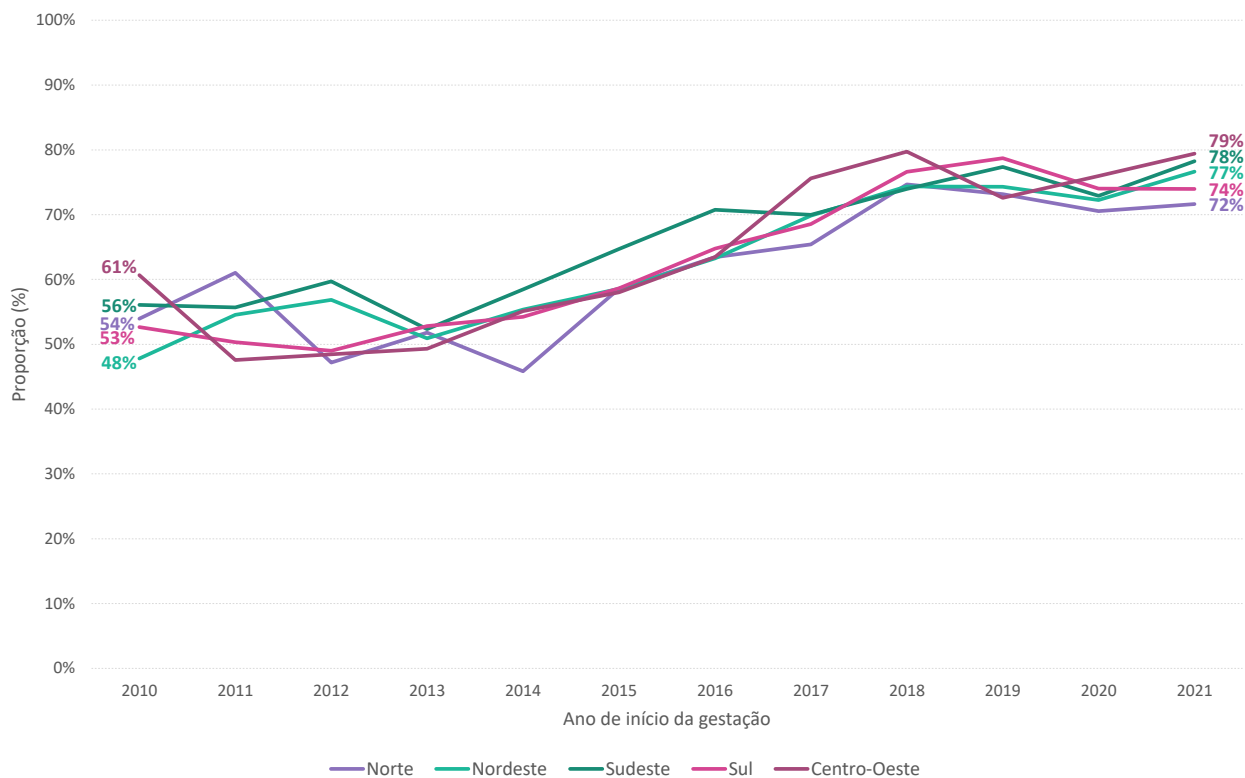
¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

Em 2021, 79% das gestantes experimentadas residentes na região Centro-Oeste e 78% das residentes na Sudeste apresentaram carga viral indetectável no início da gestação. No entanto, o maior crescimento foi na região Nordeste (60%), em comparação com as proporções observadas em 2010 e 2021 (Figura 16).

Figura 16 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral basal³ inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a região de residência. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

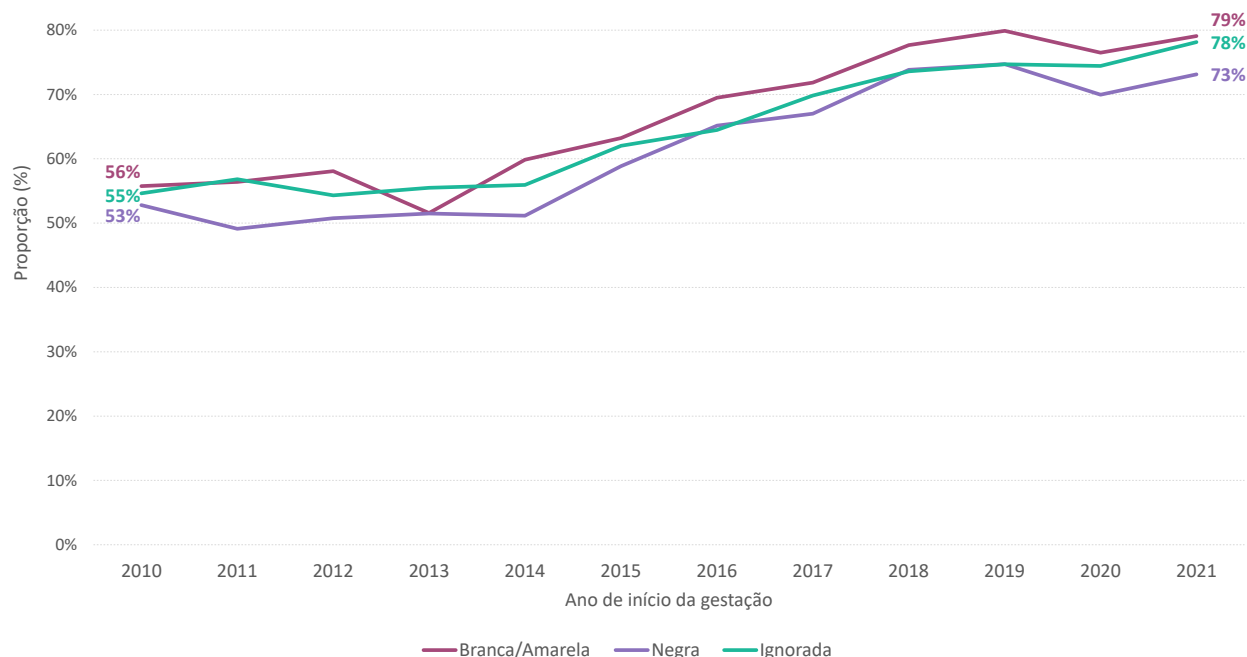
² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

Em 2021, as maiores proporções de gestantes experimentadas com carga viral indetectável foram observadas entre as mulheres brancas/amarelas (79%). Em comparação, 73% das gestantes experimentadas negras tinham carga viral indetectável no início da gestação. O incremento observado entre os anos extremos da análise foram 41% e 38%, respectivamente (Figura 17).

Na estratificação por escolaridade (Figura 18), as maiores proporções de gestantes experimentadas com carga viral indetectável foram observadas entre aquelas com mais de 12 anos de estudo (82%, em 2021). Entre as gestantes experimentadas com até sete anos de estudo, essa proporção foi de 70%.

Figura 17 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral basal³ inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a raça/cor. Brasil, 2010-2021



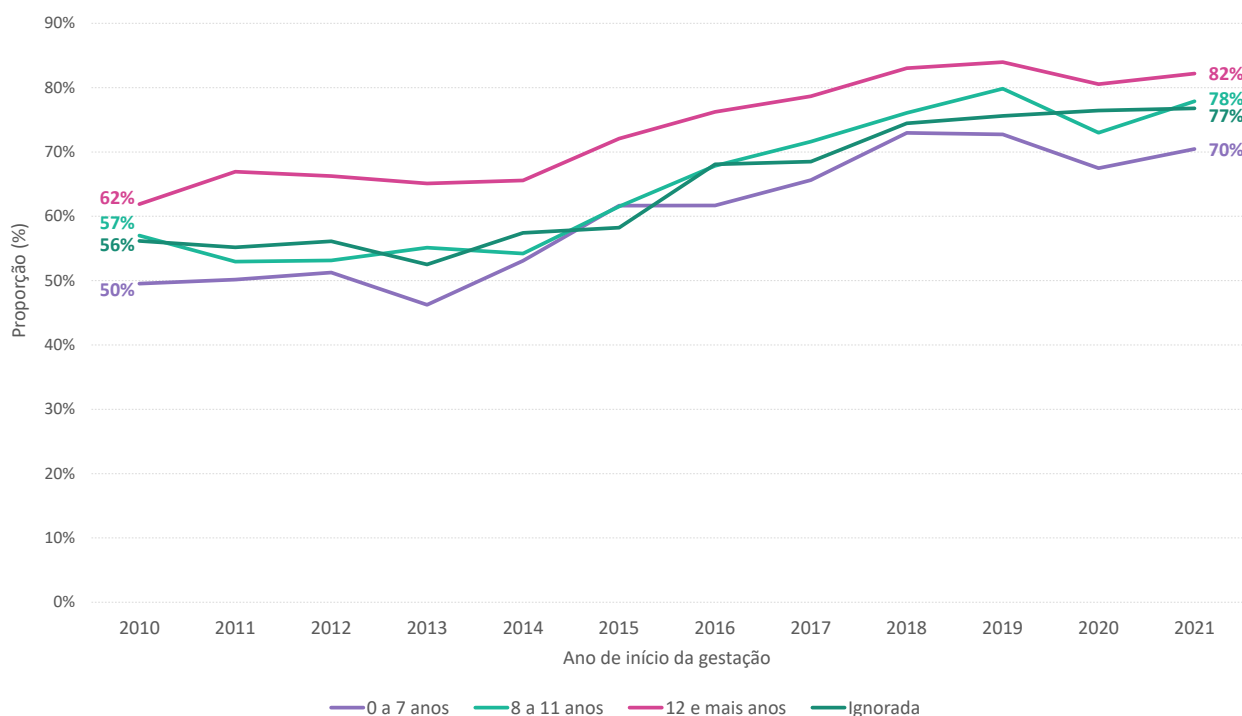
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

Figura 18 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral basal³ inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

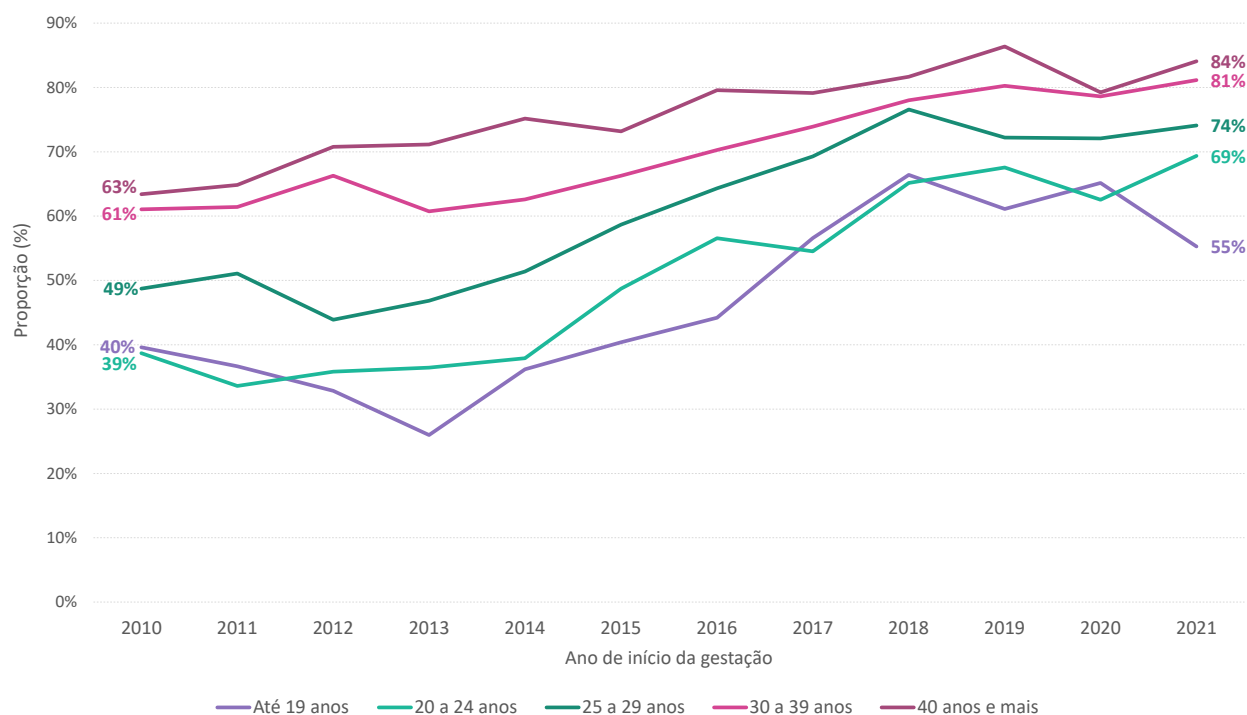
³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

No que se refere à faixa etária, nota-se que a proporção de indetecção cresce com a idade, variando de 55% entre as gestantes com até 19 anos a 84% entre aquelas com 40 anos ou mais, em 2021 (Figura 19).

A Figura 20 mostra a proporção de gestantes experimentadas com carga viral inferior a 50 cópias/mL no início da gestação, por Unidade Federativa (UF), somente para o ano de 2021. As maiores proporções foram encontradas no Rio Grande do Norte, Ceará e Goiás (86%). Sergipe apresentou a menor proporção (60%), seguido de Amapá e Rondônia (64%).

Já entre as capitais (Figura 21), Rio Branco alcançou a maior proporção (100%), e as menores proporções foram observadas em Palmas, Porto Velho e Vitória (50%).

Figura 19 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral basal³ inferior a 50 cópias/mL, por ano de início da gestação, segundo a faixa etária. Brasil, 2010-2021



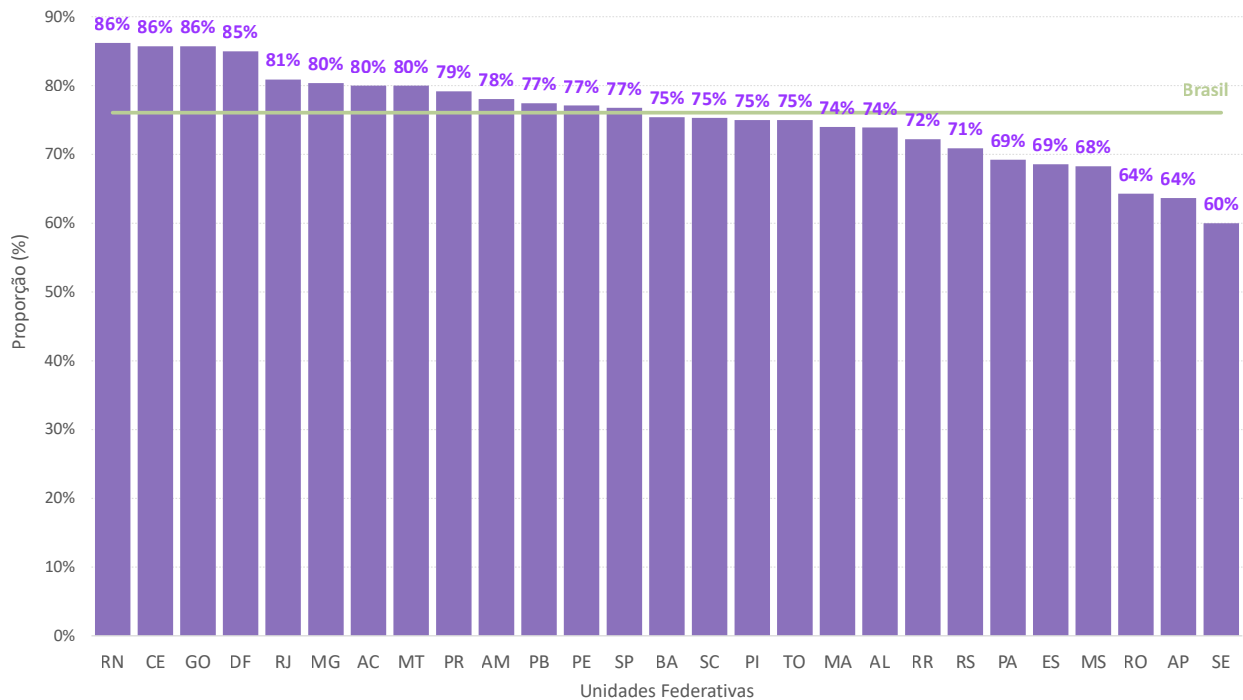
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

Figura 20 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral basal³ inferior a 50 cópias/mL, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



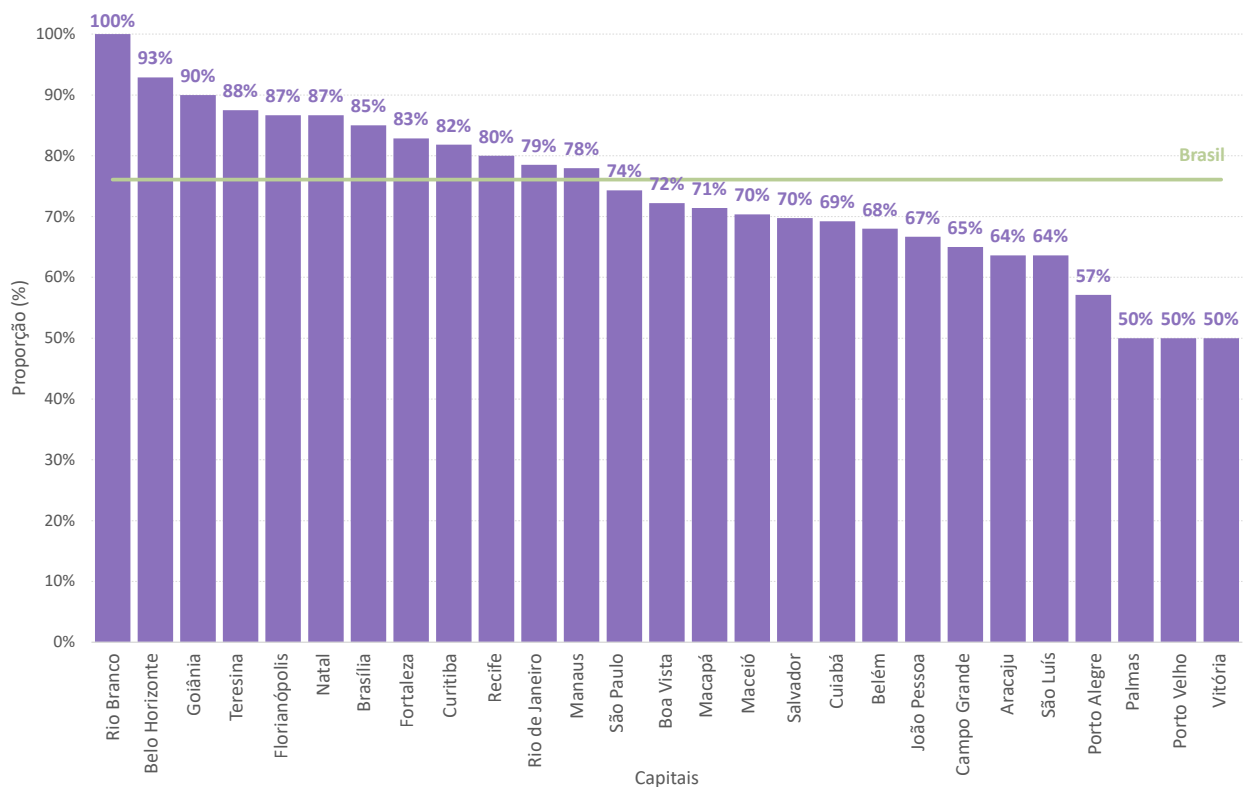
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

Figura 21 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral basal³ inferior a 50 cópias/mL, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

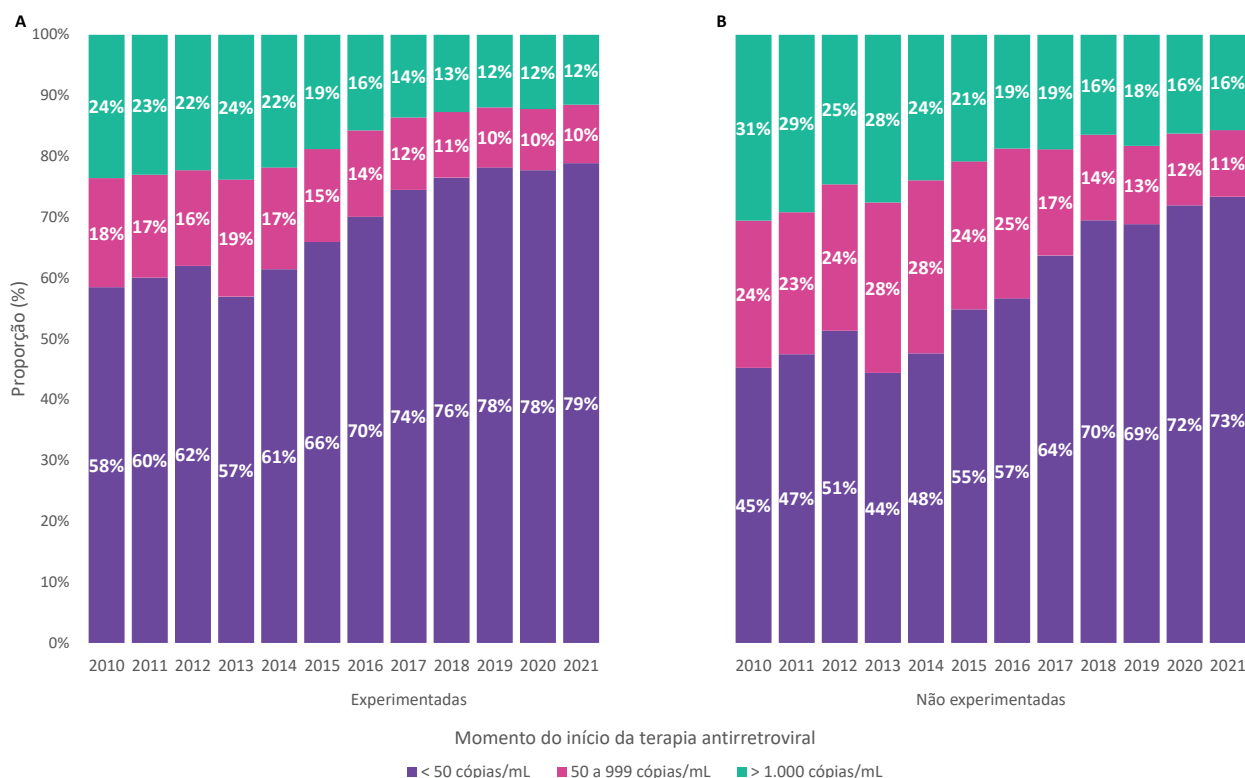
² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral basal, ou seja, a carga viral no início da gestação, foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

No que se refere à carga viral do HIV no momento do parto, a Figura 22 mostra que a proporção de gestantes experimentadas com carga viral indetectável passou de 58% para 79% entre 2010 e 2021, respectivamente, e, entre as não experimentadas, de 45% para 73%, no mesmo período.

Esses dados devem ser interpretados com cautela, já que a data do parto é estimada, e a idade gestacional foi implementada recentemente no Siclom. No entanto, soa o alerta de que eram esperadas proporções maiores de gestantes com carga viral indetectável no momento do parto, especialmente entre as experimentadas. Desde setembro de 2017, foi introduzido um inibidor de integrase (INI) no esquema de Tarv preferencial das gestantes vivendo com HIV e/ou aids, sendo essa uma classe medicamentosa que tem por característica causar uma queda mais rápida da carga viral em relação a outras drogas. Além disso, os INI também estão relacionados com um melhor perfil de tolerabilidade e menor interação medicamentosa, o que também contribuiria tanto para uma melhor adesão quanto para o maior sucesso na detecção.

Figura 22 – Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ segundo a carga viral no momento do parto², pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por ano do início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

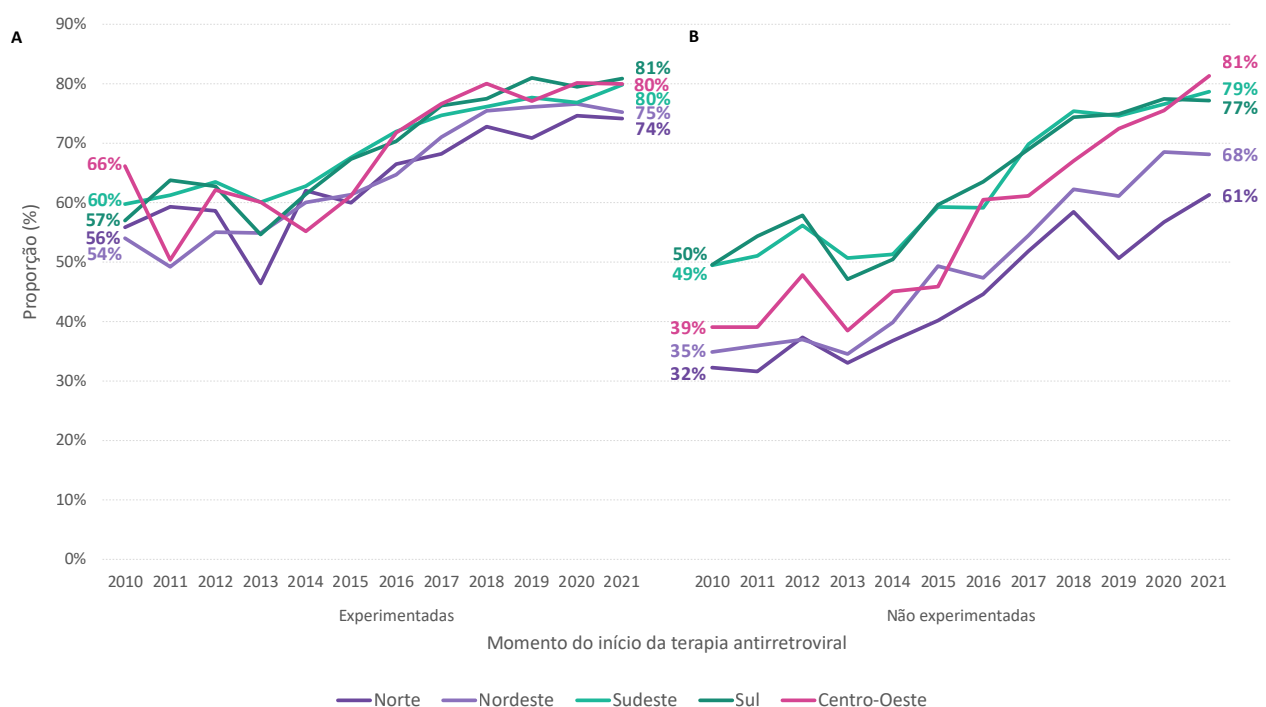
² A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Em 2021, as maiores proporções de gestantes experimentadas com carga viral do HIV indetectável no momento do parto foram observadas entre aquelas residentes na região Sul (81%, Figura 23), nas gestantes autodeclaradas brancas ou amarelas (82%, Figura 24), naquelas com mais de 12 anos de estudo (88%, Figura 25) e com mais de 40 anos de idade (87%, Figura 26). Adicionalmente, as menores proporções de indetecção viral no momento do parto entre as gestantes experimentadas foram encontradas entre as residentes na região Norte (74%), negras (77%), com até sete anos de estudo (72%) e com até 19 anos de idade (66%).

É importante observar que as análises aqui apresentadas mostram que a raça/cor e a escolaridade estão associadas à saúde das gestantes; as proporções de mulheres com sucesso no tratamento do HIV, medido pela supressão viral no momento do parto, são maiores entre as gestantes brancas ou amarelas e de maior escolaridade.

Figura 23 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto², pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por região de residência, segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010-2021



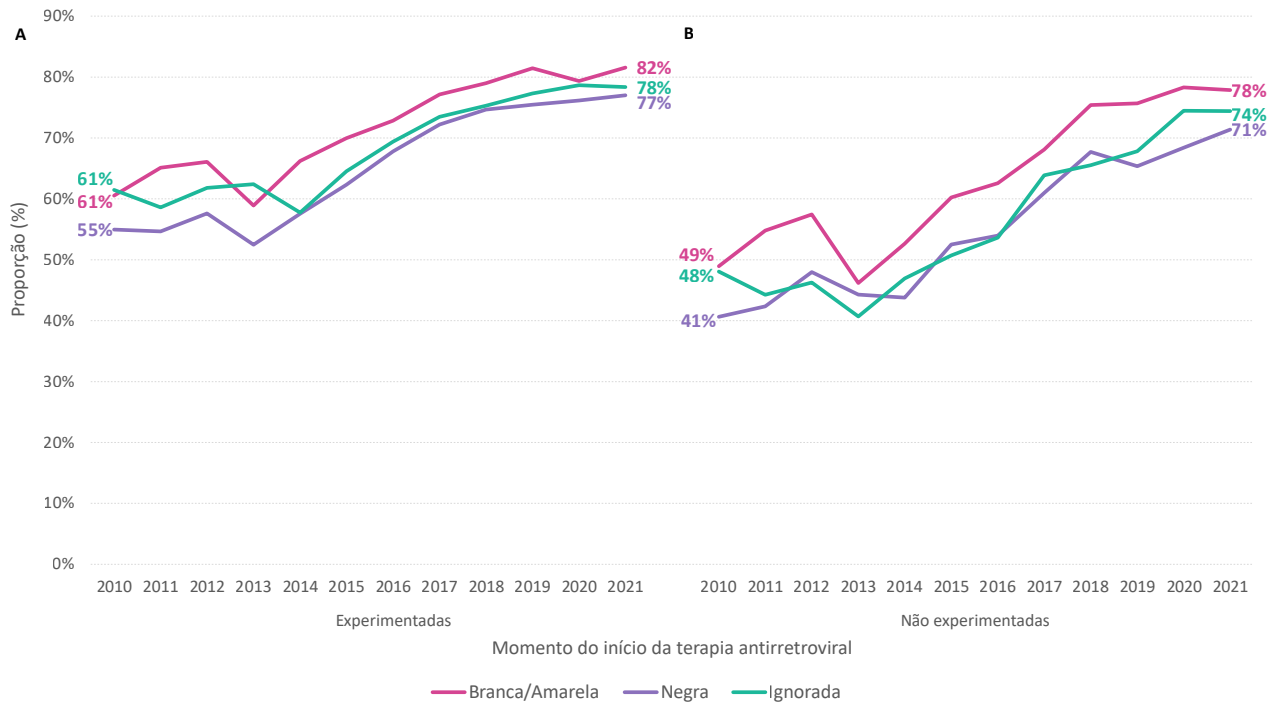
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Figura 24 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto², pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv), por raça/cor, segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010-2021



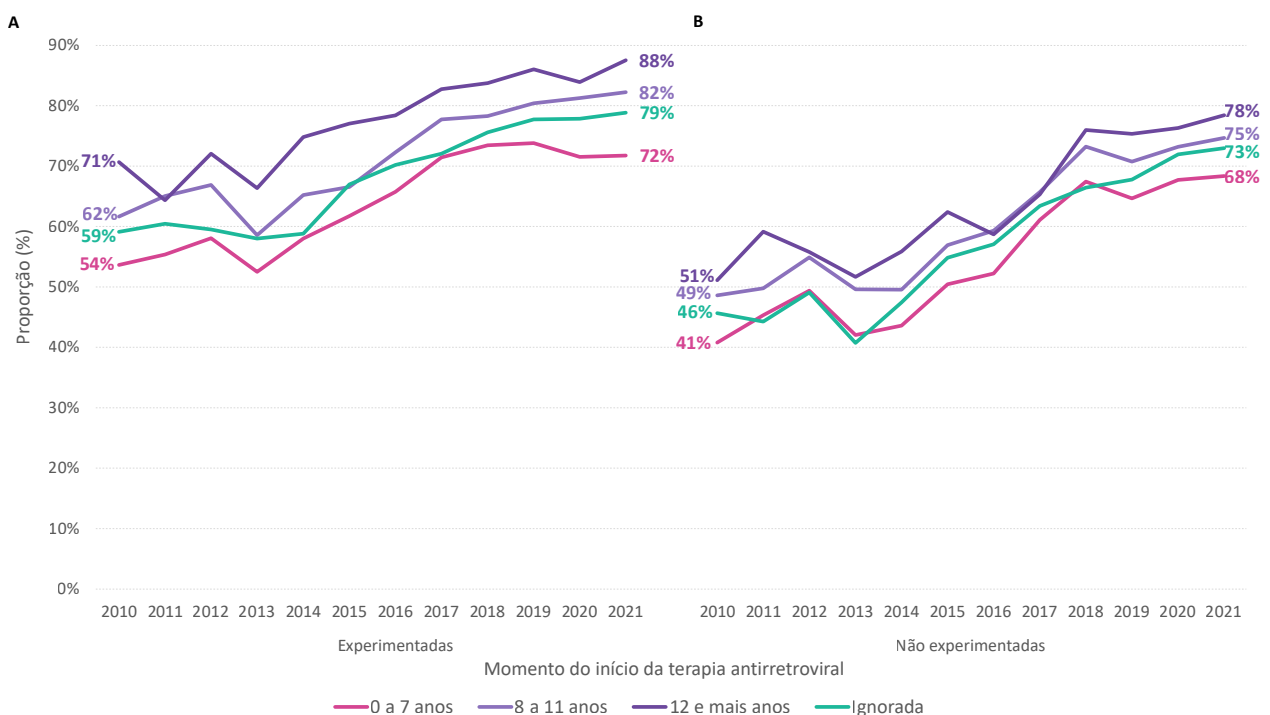
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Figura 25 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto², pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por escolaridade (em anos de estudo), segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010-2021



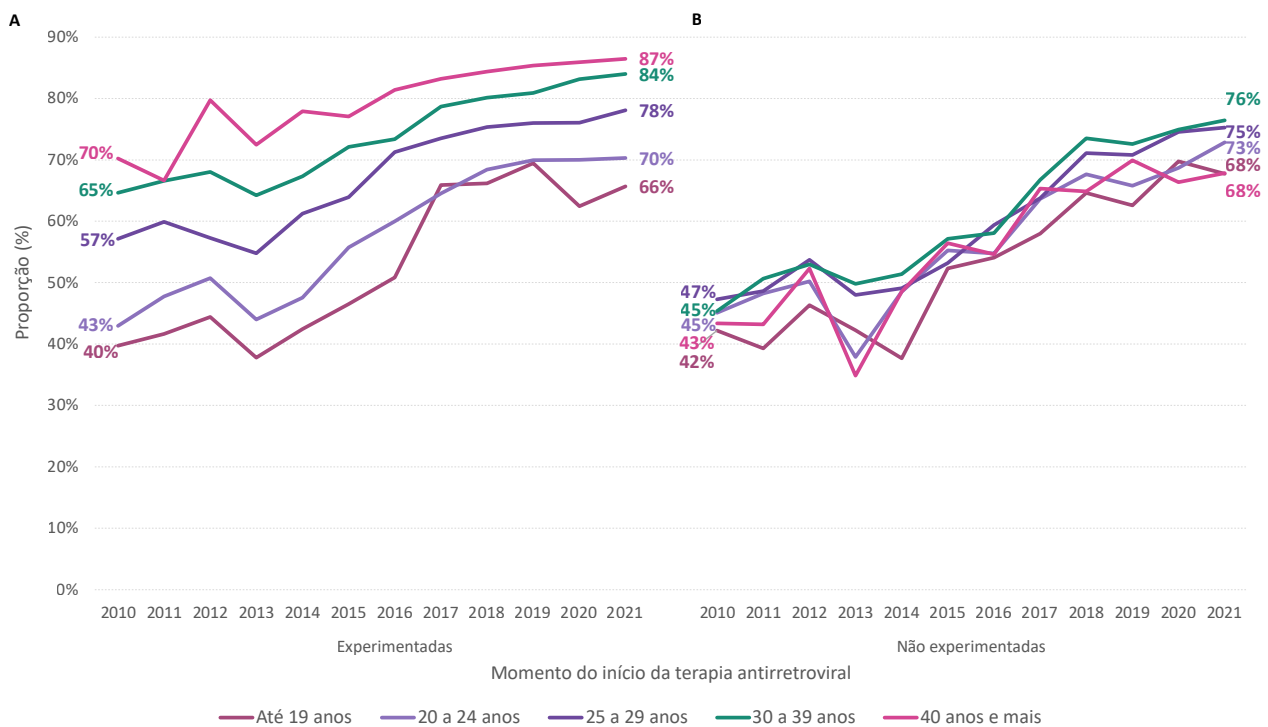
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Figura 26 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto², pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por faixa etária, segundo ano do início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

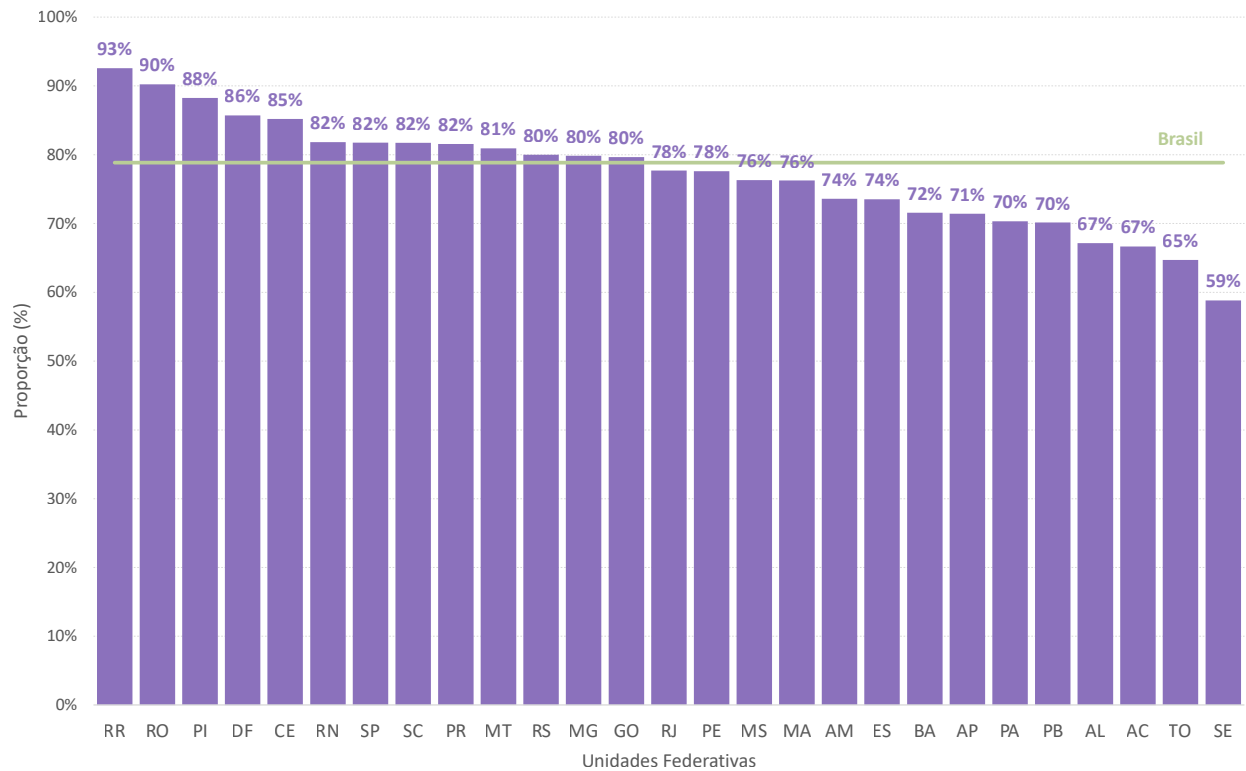
² A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

A Figura 27 mostra que, em 2021, em Roraima (93%) e Rondônia (90%), 90% ou mais das gestantes experimentadas apresentavam carga viral indetectável no momento do parto. A menor proporção foi observada em Sergipe, onde apenas 59% das gestantes experimentadas tinham carga viral indetectável no parto.

Já entre as capitais (Figura 28), Teresina, Porto Velho, Fortaleza e Boa Vista apresentaram mais de 90% das gestantes experimentadas com carga viral indetectável no parto. Em Palmas, apenas metade das gestantes experimentadas chegavam ao parto com a carga viral indetectável.

Figura 27 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto³, por ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



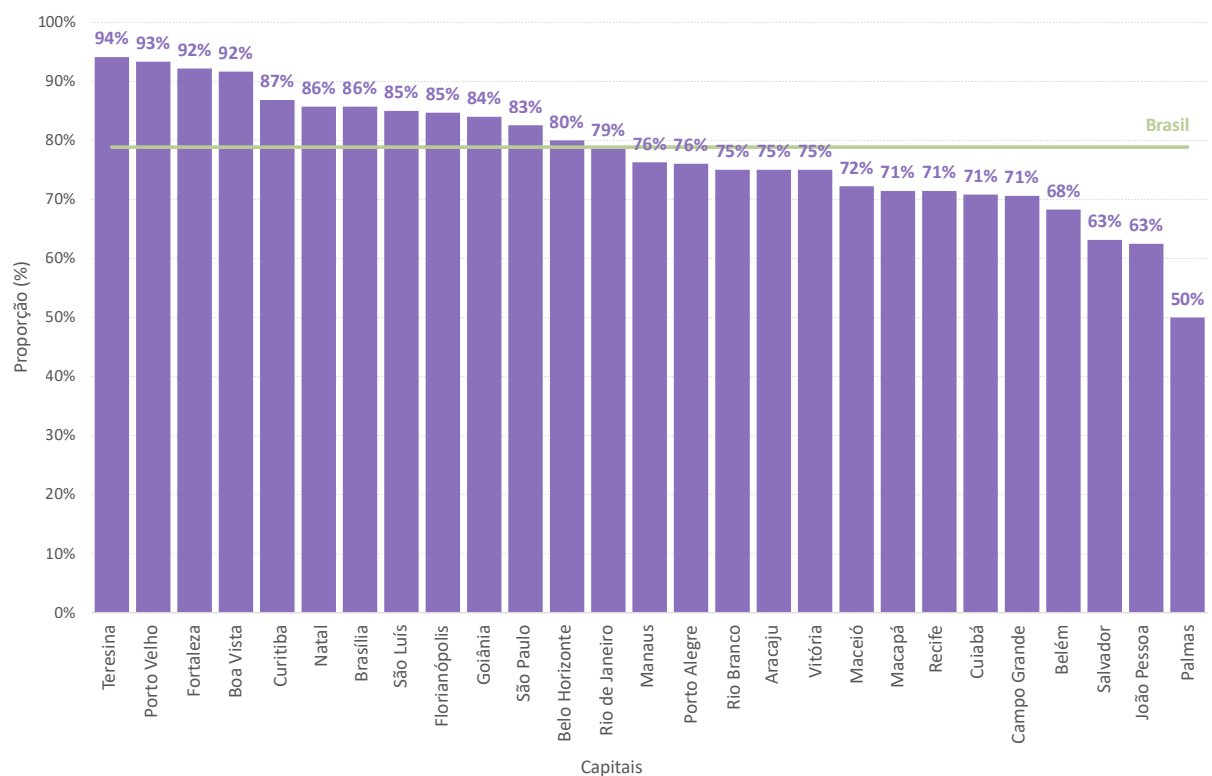
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

Figura 28 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto³, por ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

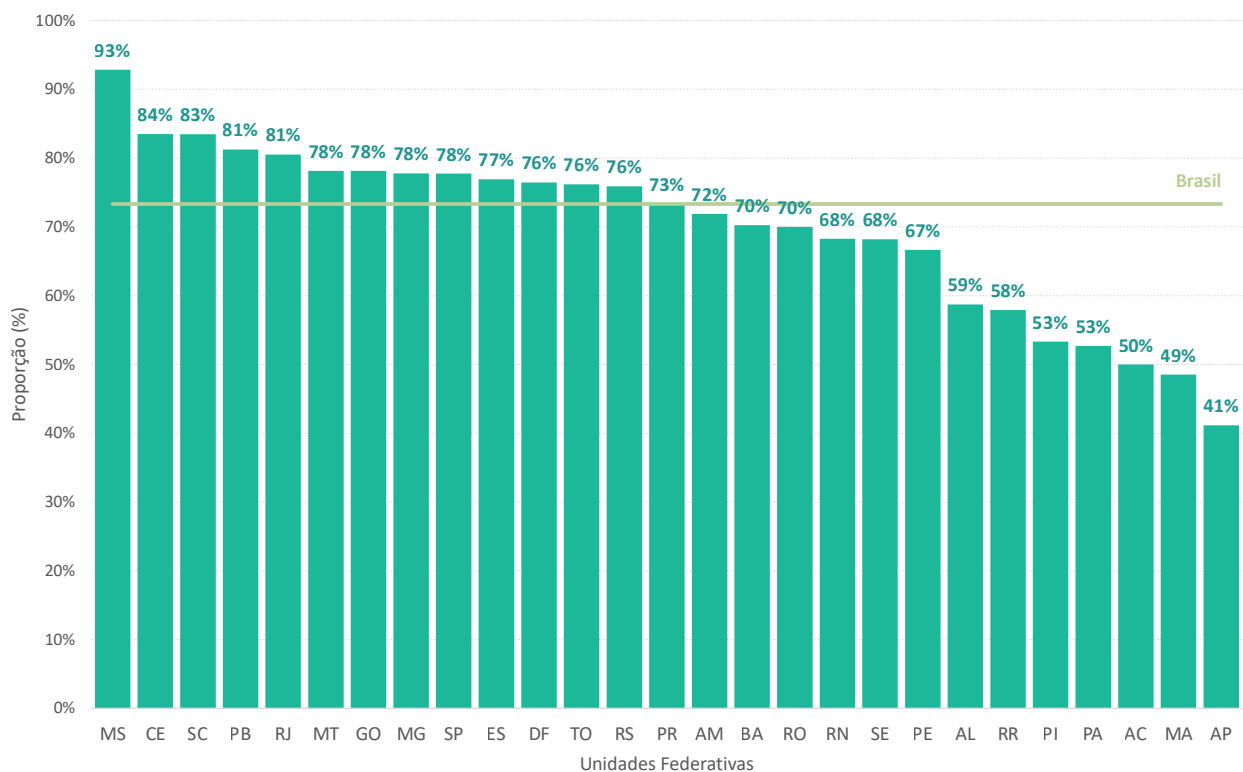
² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

Considerando as gestantes não experimentadas no momento do início da gestação, a Figura 29 mostra que, em 2021, em Mato Grosso do Sul, 93% delas apresentavam carga viral indetectável no momento do parto. Em contrapartida, no Maranhão e no Amapá, nem metade delas tinham carga viral indetectável no parto.

Na desagregação por capital (Figura 30), todas as gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids como residentes em Rio Branco, Vitória e Campo Grande estavam com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto. Por outro lado, em Aracaju, apenas metade das gestantes experimentadas chegavam ao parto com a carga viral indetectável e, em Porto Velho (46%) e São Luís (38%), menos da metade.

Figura 29 – Proporção de gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto³, por ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



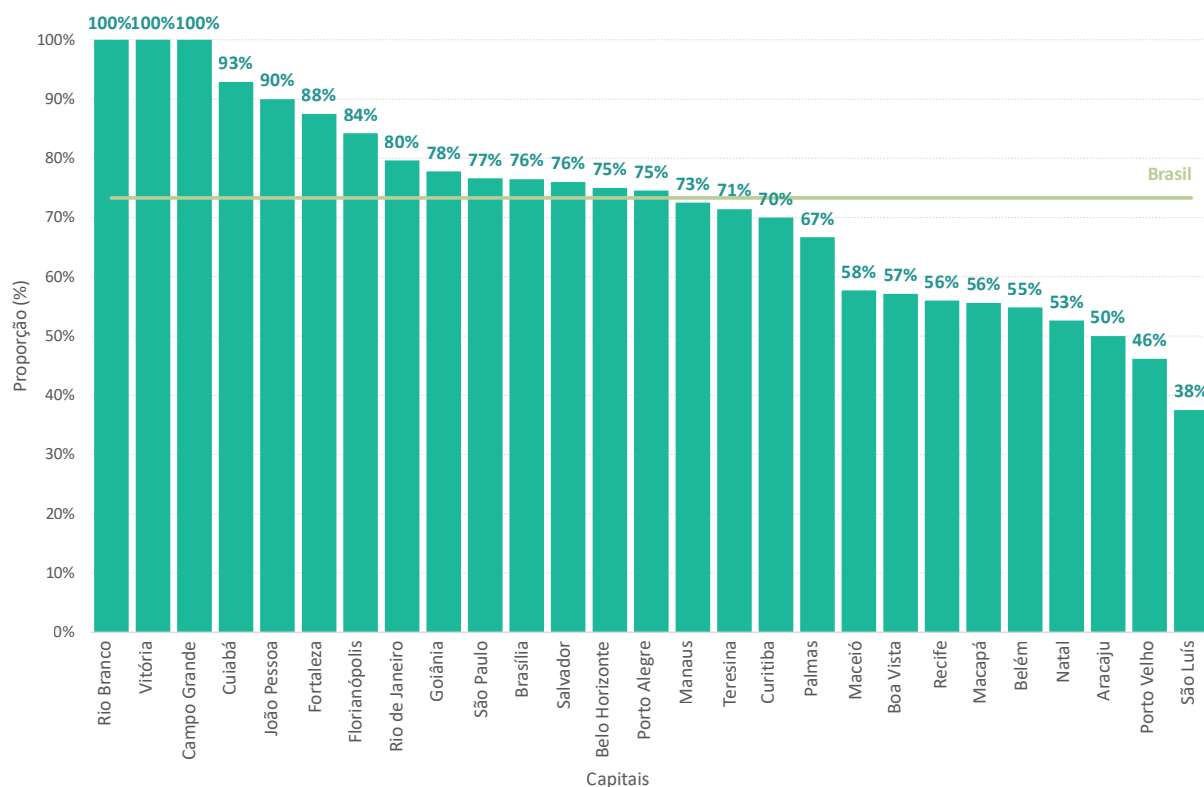
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

Figura 30 – Proporção de gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto³, por ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

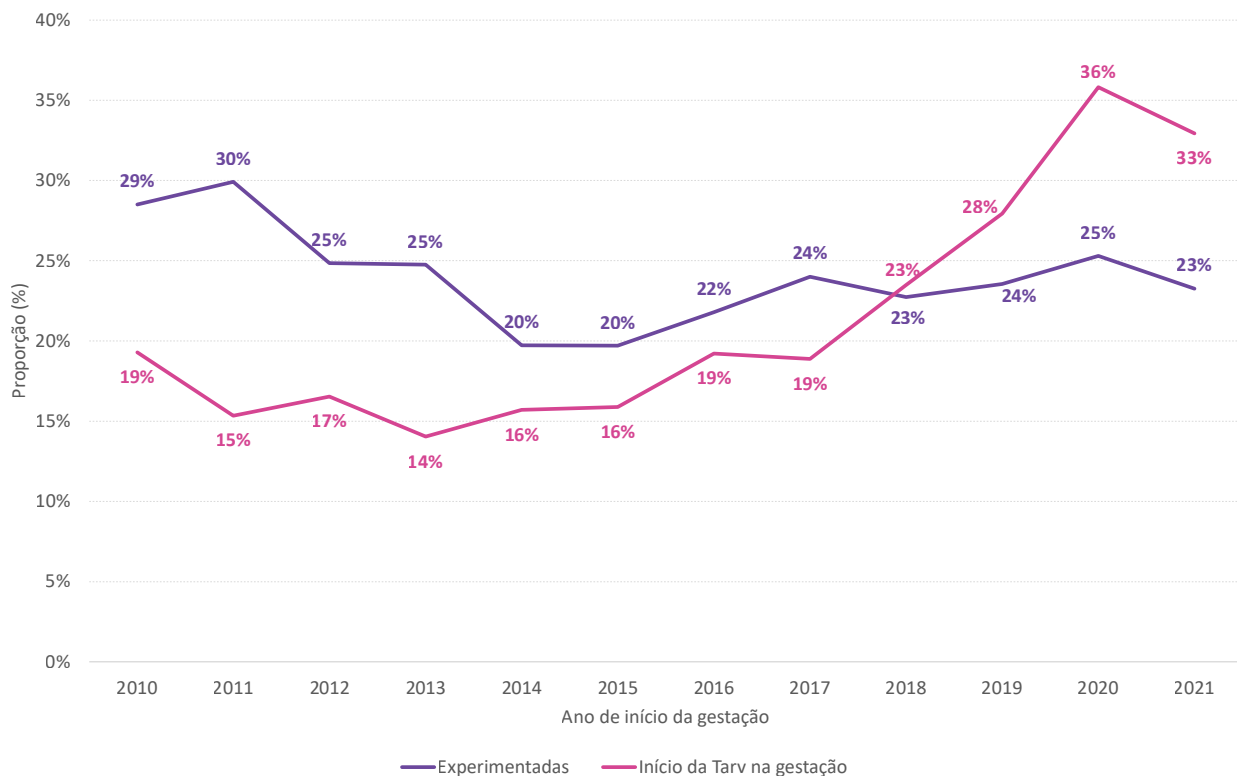
³ A carga viral no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

3.4 Contagem de LT-CD4+ no início da gestação

A análise da contagem de LT-CD4+ basal, ou seja, aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da DIG, está apresentada na Figura 31. De 2010 a 2014, nota-se uma tendência de diminuição na proporção de gestantes experimentadas que apresentavam LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³, a qual passou de 29% em 2010 para 20% em 2014. Em 2016 essa proporção foi de 22%, mantendo-se estável desde então. Em 2021, a proporção de gestantes experimentadas com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³ foi de 23%. Como a maior parte das gestantes incluídas nessa análise são experimentadas, ou seja, o diagnóstico de HIV e o tratamento com Tarv foram anteriores à gestação, considera-se essa proporção de 23% ainda muito alta, já que reflete o número de gestantes com imunossupressão pelo HIV no momento da gestação. No entanto, em comparação com 2010, em 2021 houve uma queda de 21% nessa proporção.

Em contrapartida, a proporção de gestantes não experimentadas com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³ apresentou aumento nos últimos anos (Figura 31), apesar de se perceber uma queda (8%) em 2021, em comparação com o ano anterior. Também é importante destacar que, com a estratégia de tratamento para todos; o reforço em todo território nacional da identificação precoce de novas infecções; a recomendação de início imediato de Tarv (da OMS: “*same day treatment*”, ou seja, nos primeiros sete dias após diagnóstico, salvo algumas exceções envolvendo infecções oportunistas neurológicas), independentemente do estado imunológico; e a ampliação da testagem para HIV durante o pré-natal, era esperado que houvesse uma queda na proporção de gestantes que iniciam a gravidez com algum grau de imunossupressão.

Figura 31 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com LT-CD4+ basal² inferior a 350 células/mm³, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

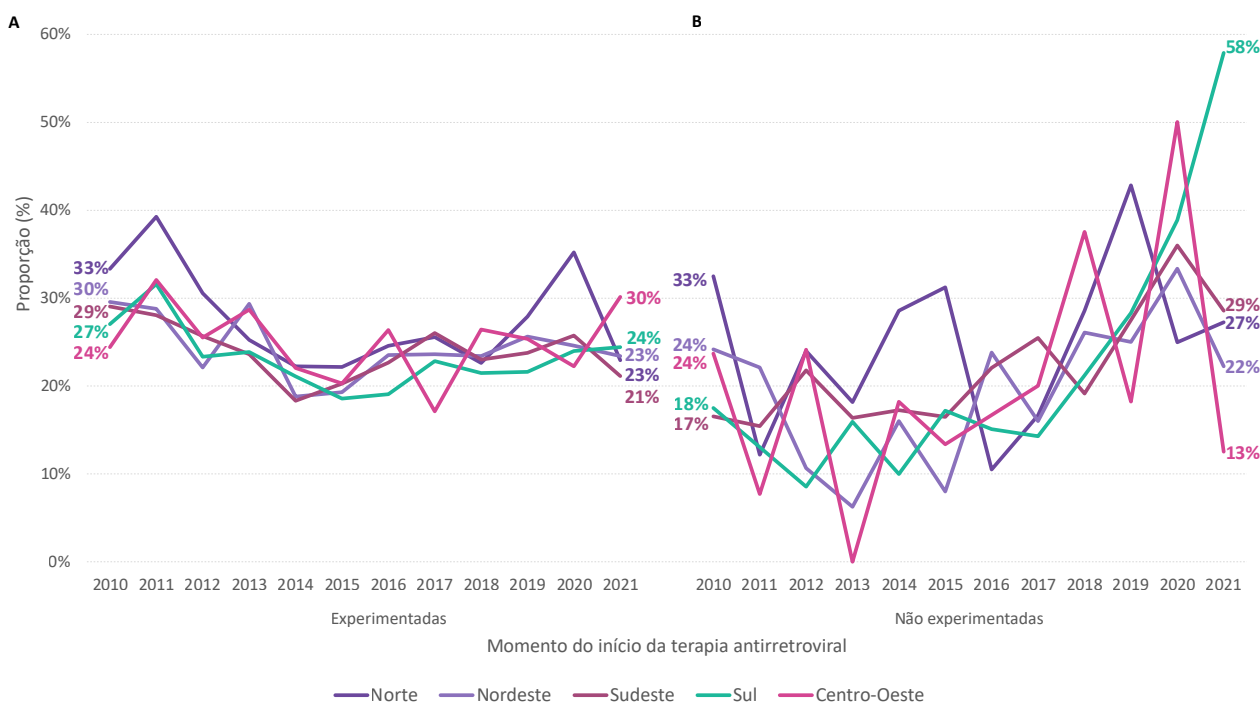
² A contagem de LT-CD4+ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

³ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

A Figura 32 mostra a proporção de gestantes experimentadas e não experimentadas cujo LT-CD4+ basal era inferior a 350 células/mm³, por região. Em 2021, a maior proporção entre as gestantes experimentadas foi registrada no Centro-Oeste (30%), e a menor, na região Sudeste (21%). Entre as gestantes não experimentadas, a menor proporção foi observada na região Centro-Oeste (13%) e a maior, na região Sul (58%).

Na estratificação por raça/cor (Figura 33), os dados de 2021 mostram que, entre as gestantes experimentadas, as maiores proporções de LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³ foram encontradas entre as mulheres brancas ou amarelas (24%), seguidas das negras (23%). Já entre as gestantes não experimentadas, a diferença foi ainda maior (43% e 26%, respectivamente).

Figura 32 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com LT-CD4⁺ basal² inferior a 350 células/mm³, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por ano de início da gestação, segundo a região de residência. Brasil, 2010-2021



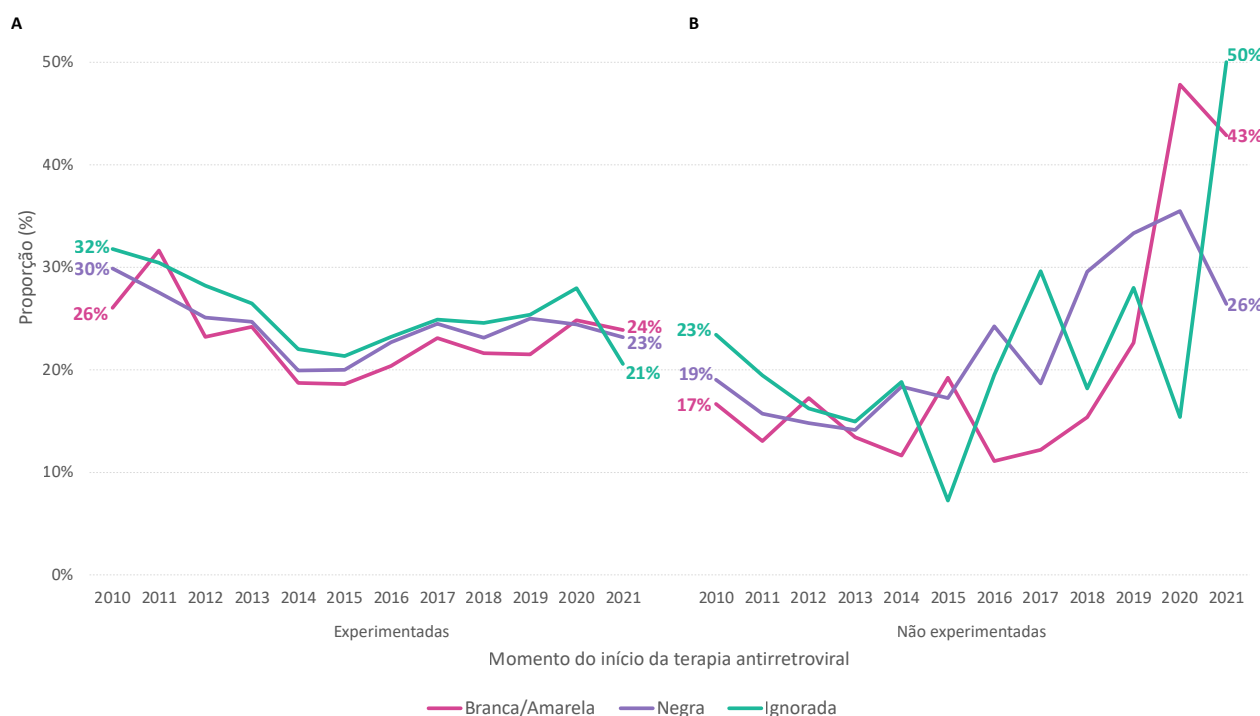
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² A contagem de LT-CD4⁺ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Figura 33 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com LT-CD4⁺ basal² inferior a 350 células/mm³, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por raça/cor, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

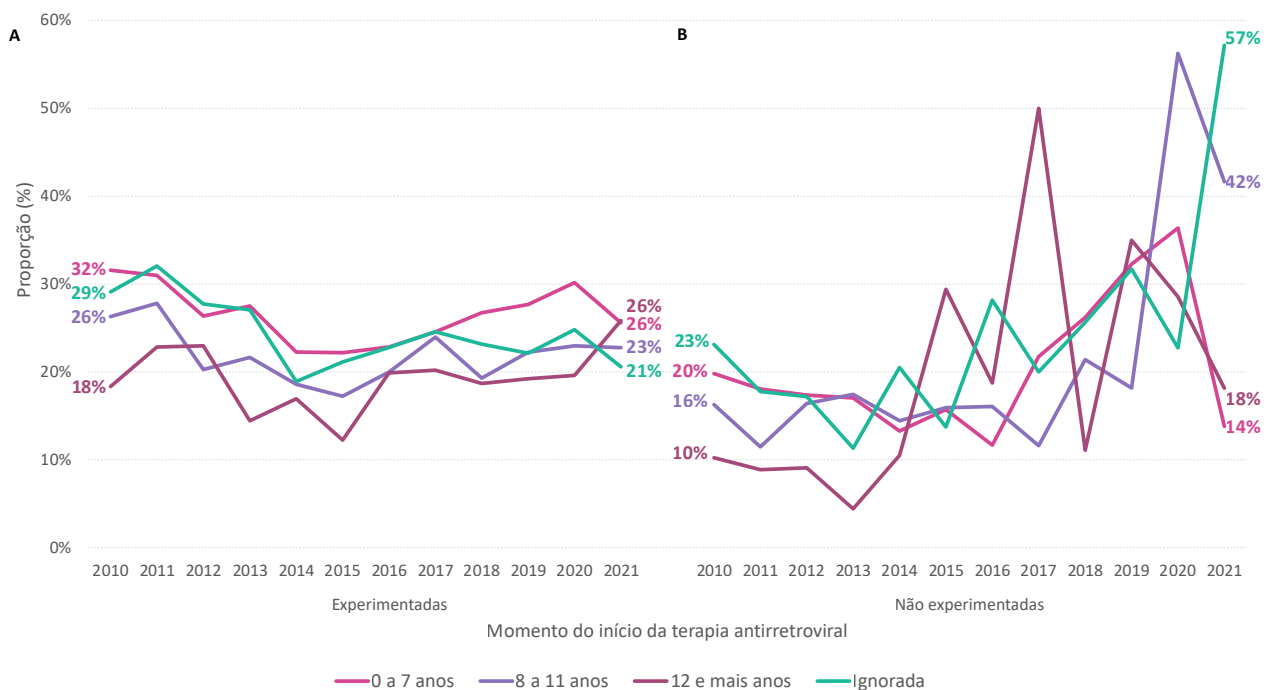
² A contagem de LT-CD4⁺ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Na análise desagregada por escolaridade, em anos de estudo (Figura 34), os dados de 2021 mostram que, entre as gestantes experimentadas, as proporções de LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³ foram iguais entre as mulheres com até sete anos de estudo e aquelas com 12 anos e mais (26%). Entre as gestantes não experimentadas, as mulheres com oito a 11 anos de estudo apresentaram proporção de 42%.

Na análise por faixa etária (Figura 35), observa-se de modo geral que, desde 2015, as maiores proporções de gestantes experimentadas com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³ encontram-se entre as mulheres com 40 anos ou mais, sendo que, em 2021, essa proporção foi de 31%. Já as menores proporções foram observadas entre aquelas com até 19 anos de idade. O mesmo padrão se verifica entre as gestantes não experimentadas, em que, desde 2016, as mulheres com 40 anos ou mais apresentam as maiores proporções de LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³. Ressalta-se que, em 2021, mais de dois terços das gestantes não experimentadas com mais de 40 anos iniciaram a gestação com LT-CD4+ inferior a 350 células/mm³.

Figura 34 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com LT-CD4+ basal² inferior a 350 células/mm³, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por raça/cor, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



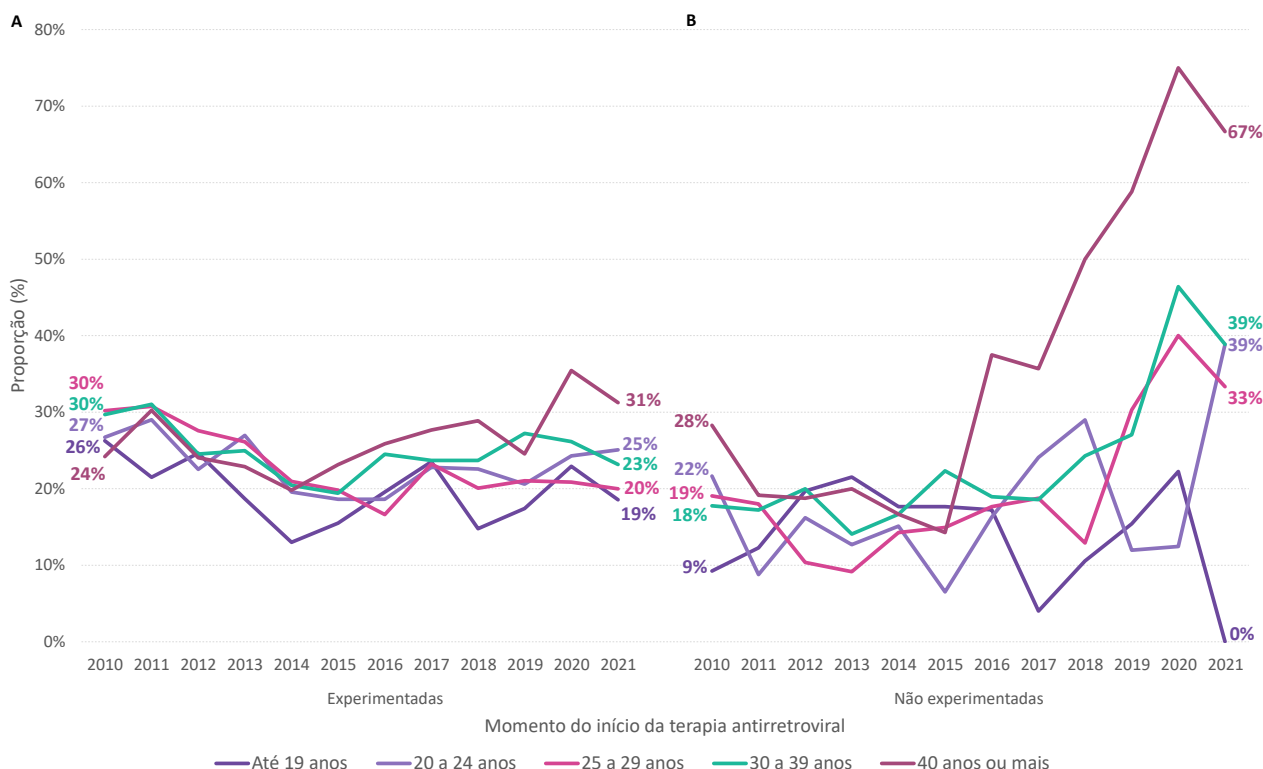
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² A contagem de LT-CD4+ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Figura 35 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ com LT-CD4+ basal² inferior a 350 células/mm³, pelo momento do início da terapia antirretroviral (Tarv)³, por faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

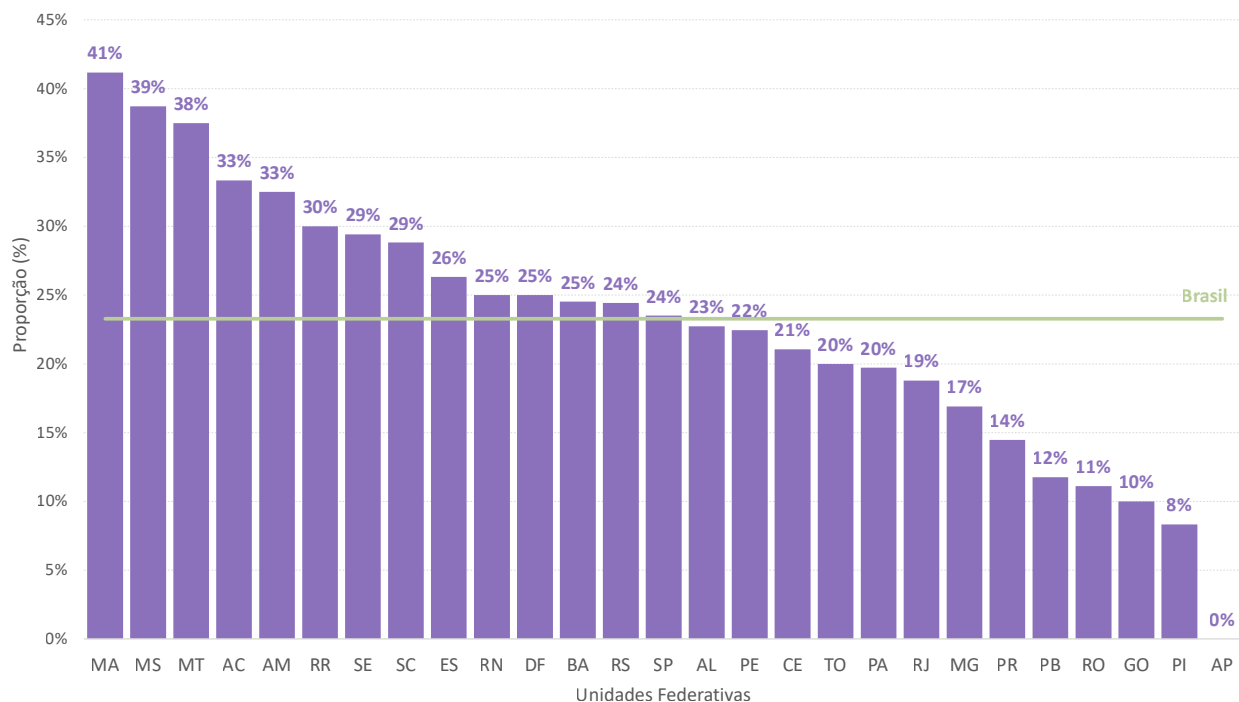
² A contagem de LT-CD4+ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

³ (A) Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação. (B) Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

Na análise por UF (Figura 36), o Maranhão apresentou a maior proporção de gestantes experimentadas com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm³ (41%). Outros 22 estados e mais o Distrito Federal apresentaram proporção maior que a observada no Brasil (23%). Na análise por capitais, 14 delas ficaram acima da média nacional e 13 abaixo dessa média (Figura 37).

Não foram apresentados dados por UFs e capitais para esse indicador em gestantes não experimentadas, devido ao número reduzido de gestantes para a análise.

Figura 36 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com LT-CD4+ basal³ inferior a 350 células/mm³, segundo ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



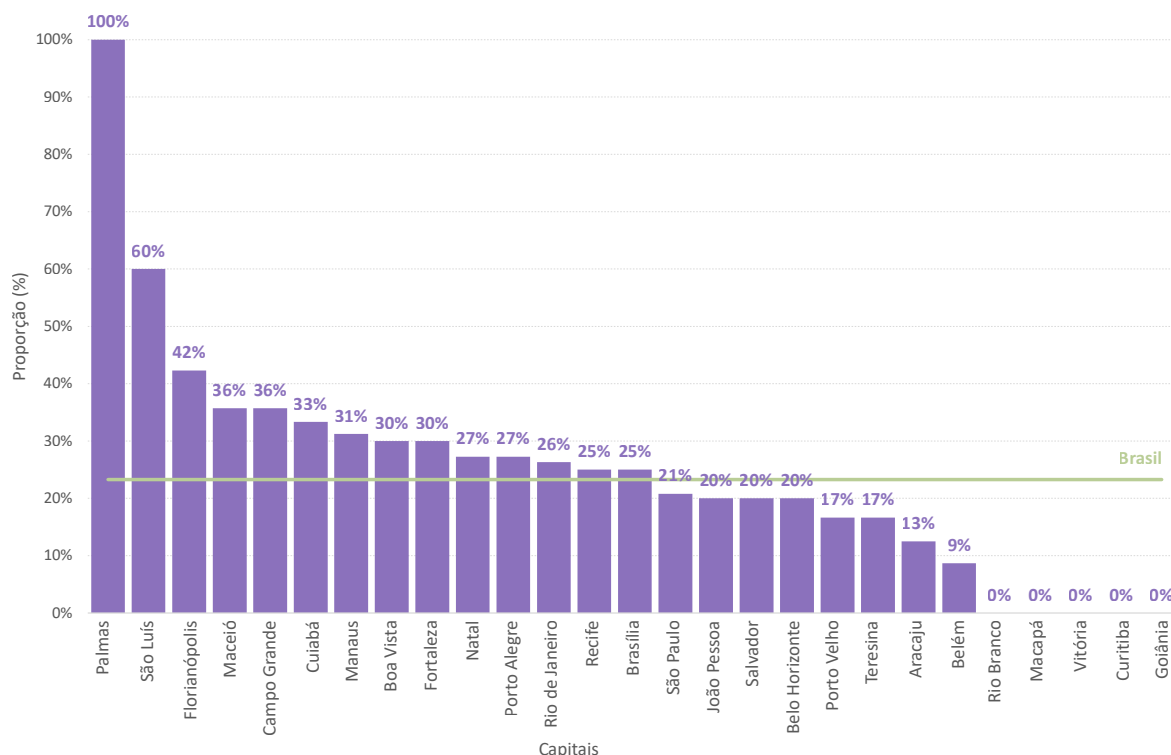
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A contagem de LT-CD4+ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

Figura 37 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com LT-CD4+ basal³ inferior a 350 células/mm³, segundo ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

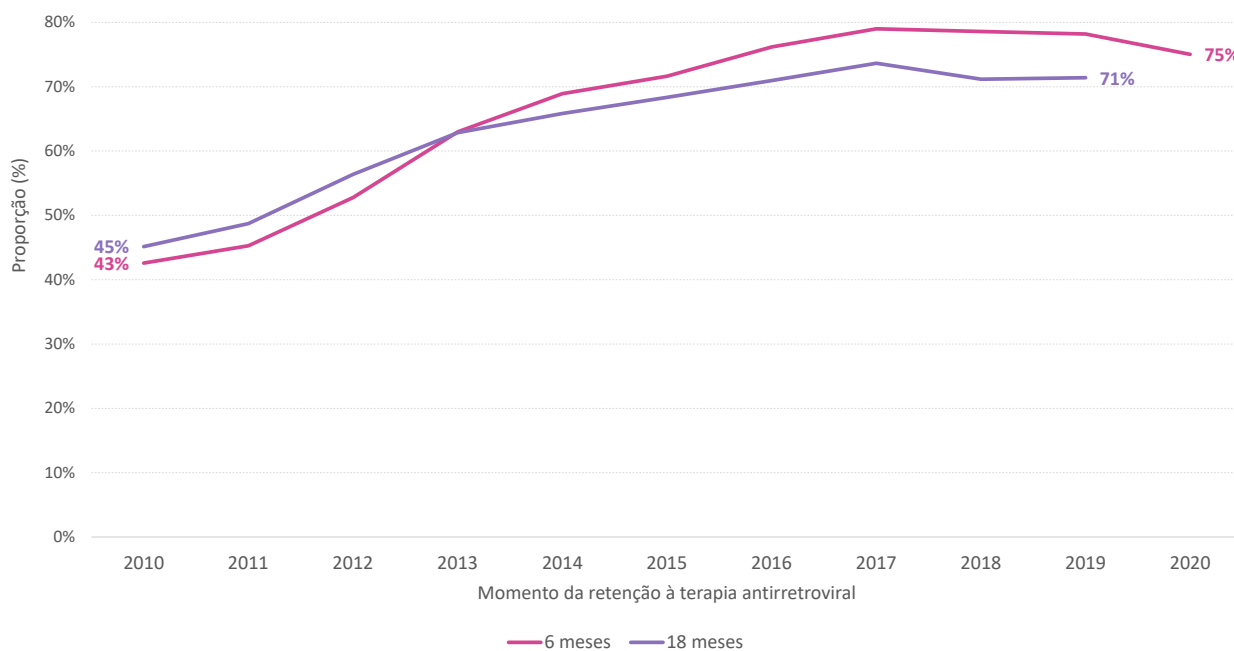
² Siscel, Siclom e Sisgeno.

³ A contagem de LT-CD4+ basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

3.5 Retenção à Tarv após o parto

A Figura 38 mostra que houve uma melhora significativa na proporção de gestantes que estavam em tratamento durante a gestação e encontravam-se retidas à Tarv seis e 18 meses após o parto. A retenção seis meses após o parto passou de 43% para 75% entre 2010 e 2020, configurando um aumento de 74%, e a retenção 18 meses depois do parto passou de 45% em 2010 para 71% em 2019, um aumento de 58%. No entanto, nos últimos anos percebe-se uma estagnação na retenção 18 meses após o parto e uma leve queda na retenção seis meses pós-parto. É necessário intensificar as ações que visem à retenção das mulheres após a gestação, de forma que a meta de que 95% delas estejam em Tarv após o parto seja atingida.

Figura 38 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis e 18 meses após o parto², por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2020



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

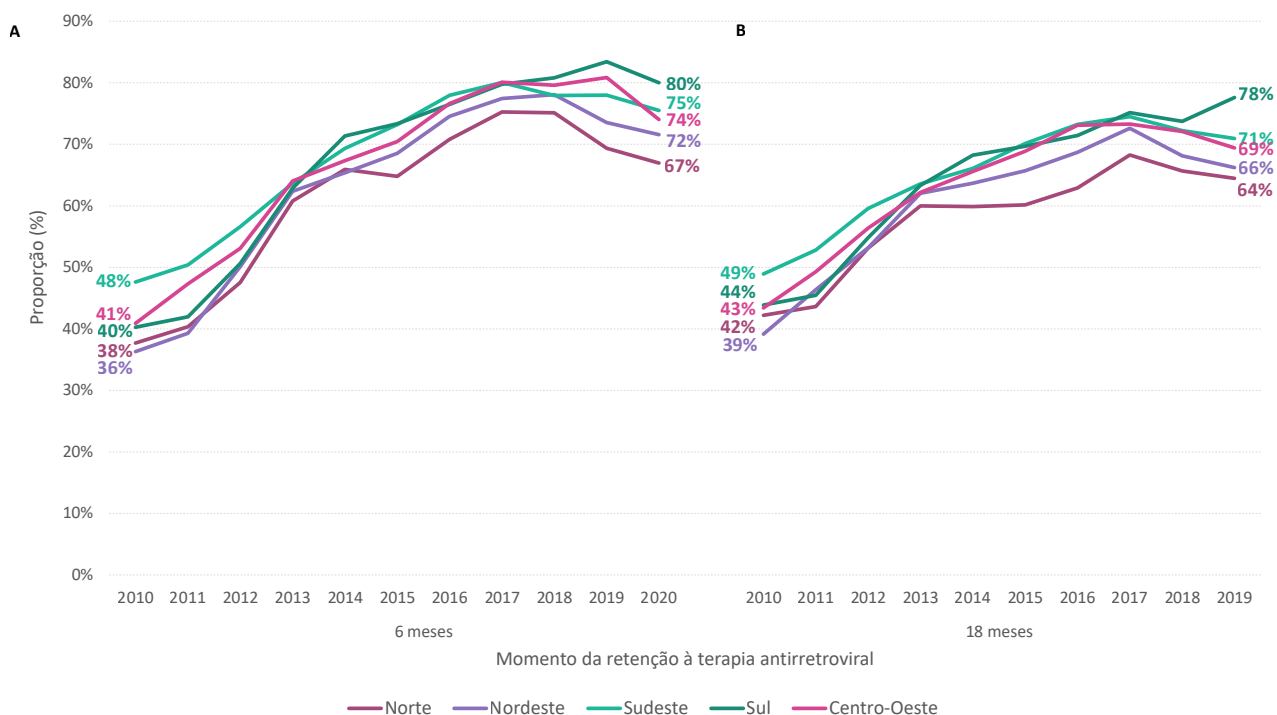
¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

Quando estratificada por região (Figura 39), a proporção de gestantes que estavam em tratamento durante a gestação e se encontravam retidas à Tarv seis e 18 meses após o parto foram maiores na região Sul (80% e 78%, respectivamente) e menores na região Norte (67% e 64%, respectivamente). Os menores incrementos, entre os dois anos extremos da análise e em ambos os recortes, foram observados na região Sudeste, que, no recorte de seis meses, apresentou um aumento de 56% entre 2010 e 2020 e, no de 18 meses, um incremento de 45% entre 2010 e 2019. Ressalte-se que, nos últimos anos, houve diminuição nas proporções em todas regiões, exceto para o recorte de 18 meses na região Sul.

A análise desagregada por raça/cor, apresentada na Figura 40, mostra que as gestantes brancas/amarelas apresentaram as maiores proporções de retenção à Tarv em todo o período analisado. Em 2020, no recorte de seis meses após o parto, a proporção foi de 80% e, no de 18 meses, de 77%, para aquelas com início da gestação em 2019. As proporções entre as gestantes autodeclaradas negras e com informação ignorada, em geral, foram similares ao longo do período analisado.

Figura 39 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 meses (B) após o parto², segundo ano de início da gestação, por região. Brasil, 2010-2020

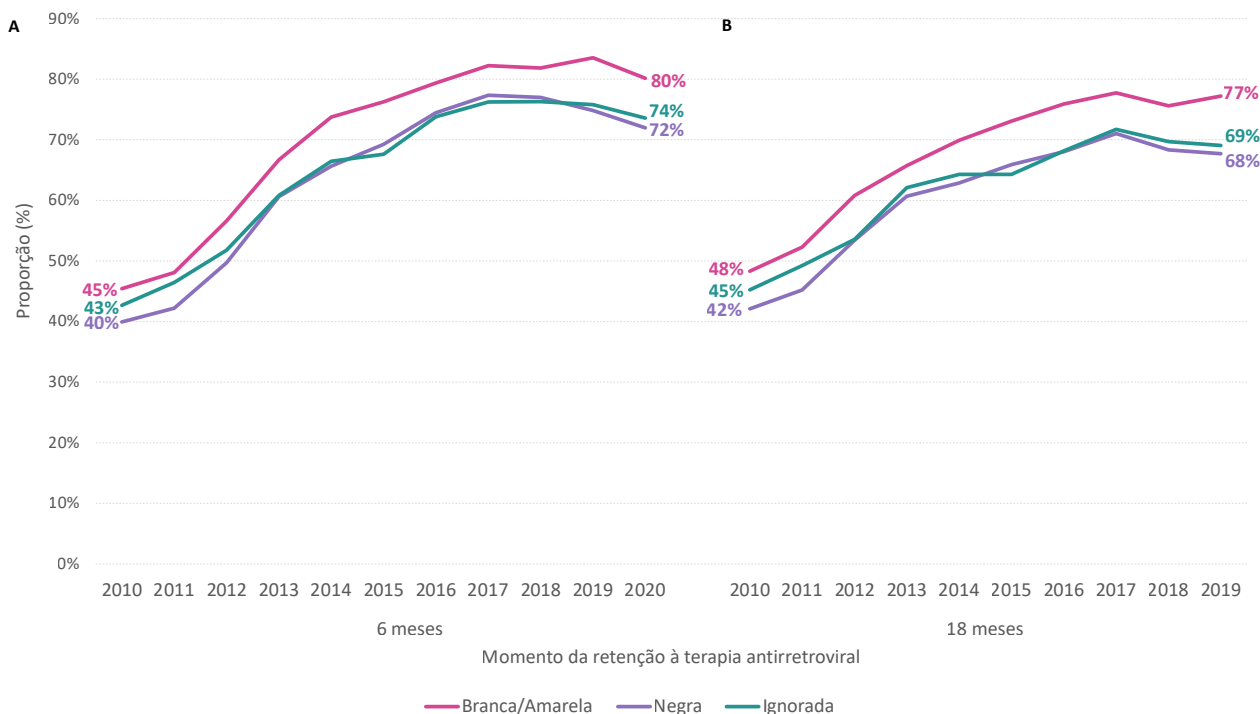


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

Figura 40 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 meses (B) após o parto², segundo ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2010-2020



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

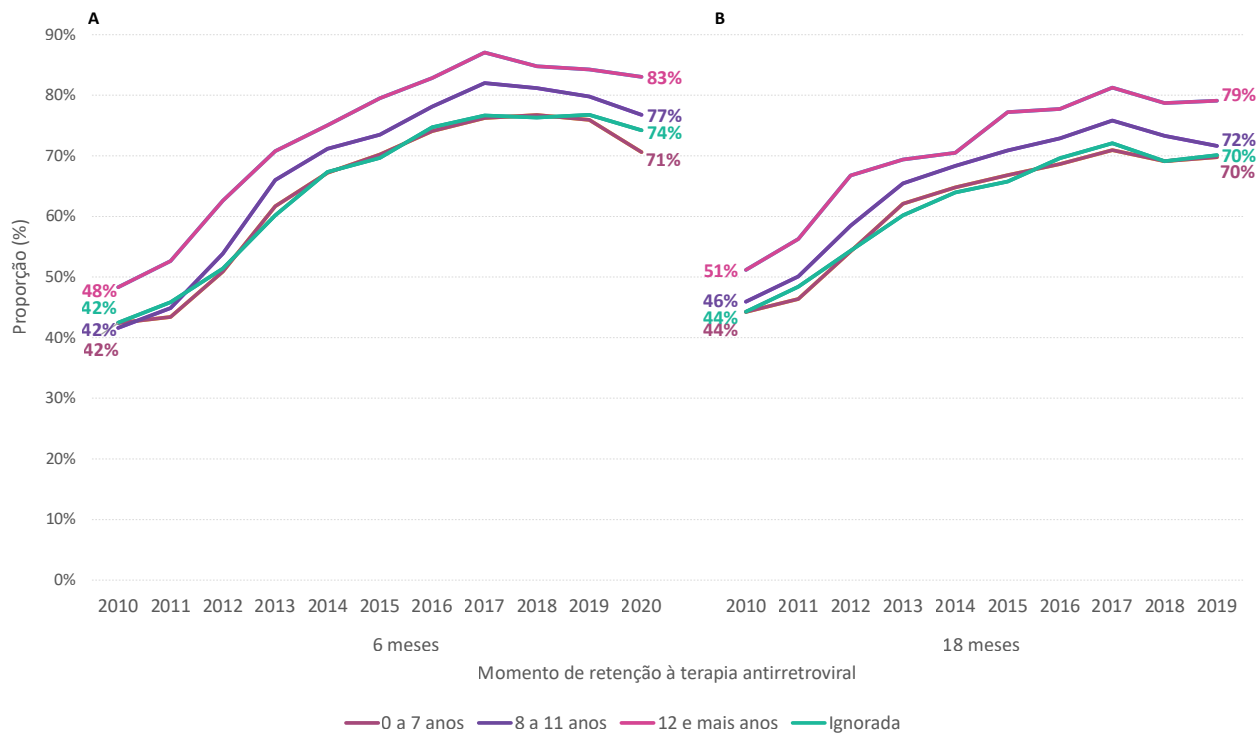
¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

A análise da estratificação por escolaridade (Figura 41) mostra que, de modo geral, a proporção de gestantes em retenção à Tarv foi mais alta quanto maior a escolaridade (em anos de estudo), para os dois recortes. No entanto, para o recorte de seis meses de retenção à Tarv após o parto, comparando-se a proporção observada em 2020 com a mensurada em 2010, o maior incremento foi observado para as mulheres com oito a 11 anos de estudo. Os incrementos para o recorte de 18 meses foram de 59% entre as mulheres com até sete anos de escolaridade, 56% naquelas com oito a 11 anos de estudo, 55%, naquelas com 12 anos de estudo ou mais e 59% naquelas sem informação de escolaridade.

A Figura 42 mostra que, quanto mais elevada a faixa etária, maior a proporção de mulheres em retenção à Tarv, tanto para o recorte de seis meses quanto para o de 18 meses. Em contrapartida, quando se analisa o incremento observado, comparando o ano inicial e o último ano analisado, percebe-se que, quanto menor a faixa etária, maior o incremento. Para aquelas com até 19 anos de idade, o incremento foi de 167% no recorte de 6 meses e de 118% no de 18 meses. Para aquelas com 40 anos ou mais, o incremento foi de 23% e 12%, respectivamente.

Figura 41 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 meses (B) após o parto², segundo ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010-2020

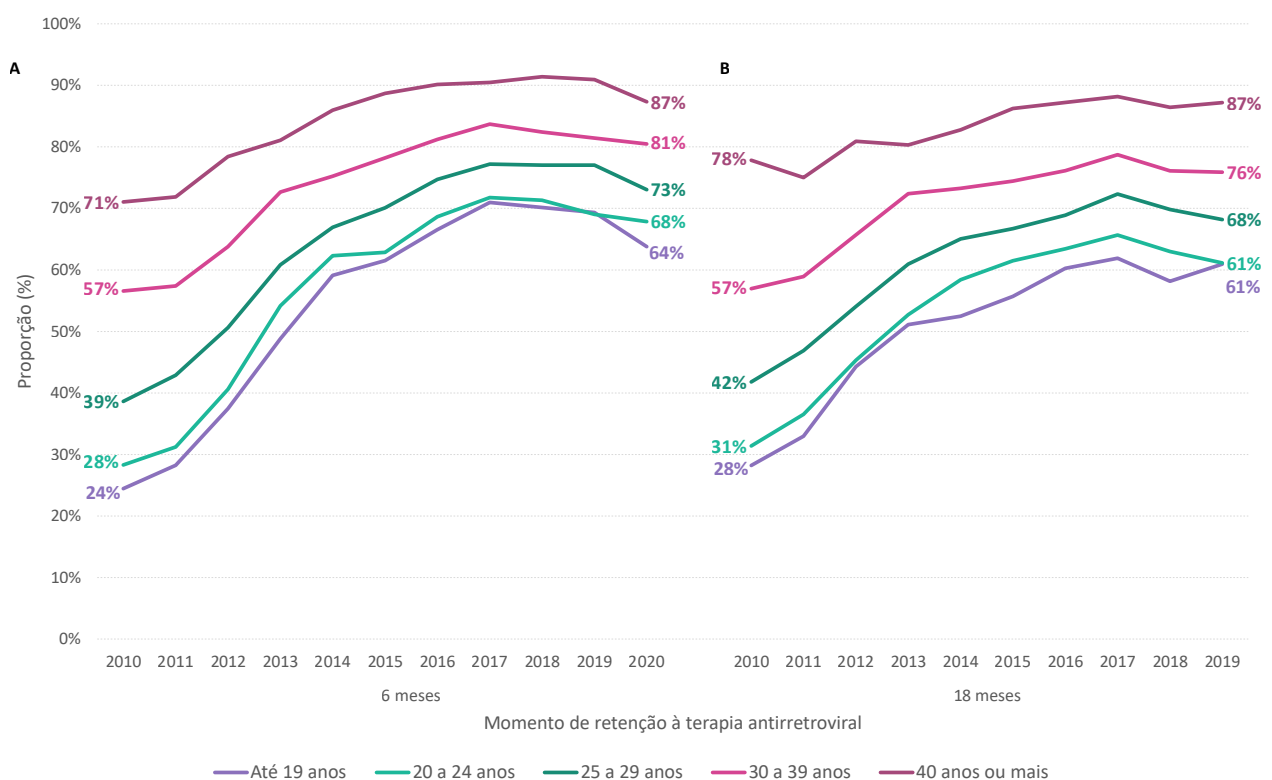


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

Figura 42 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis (A) e 18 (B) meses após o parto², segundo ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2010-2020



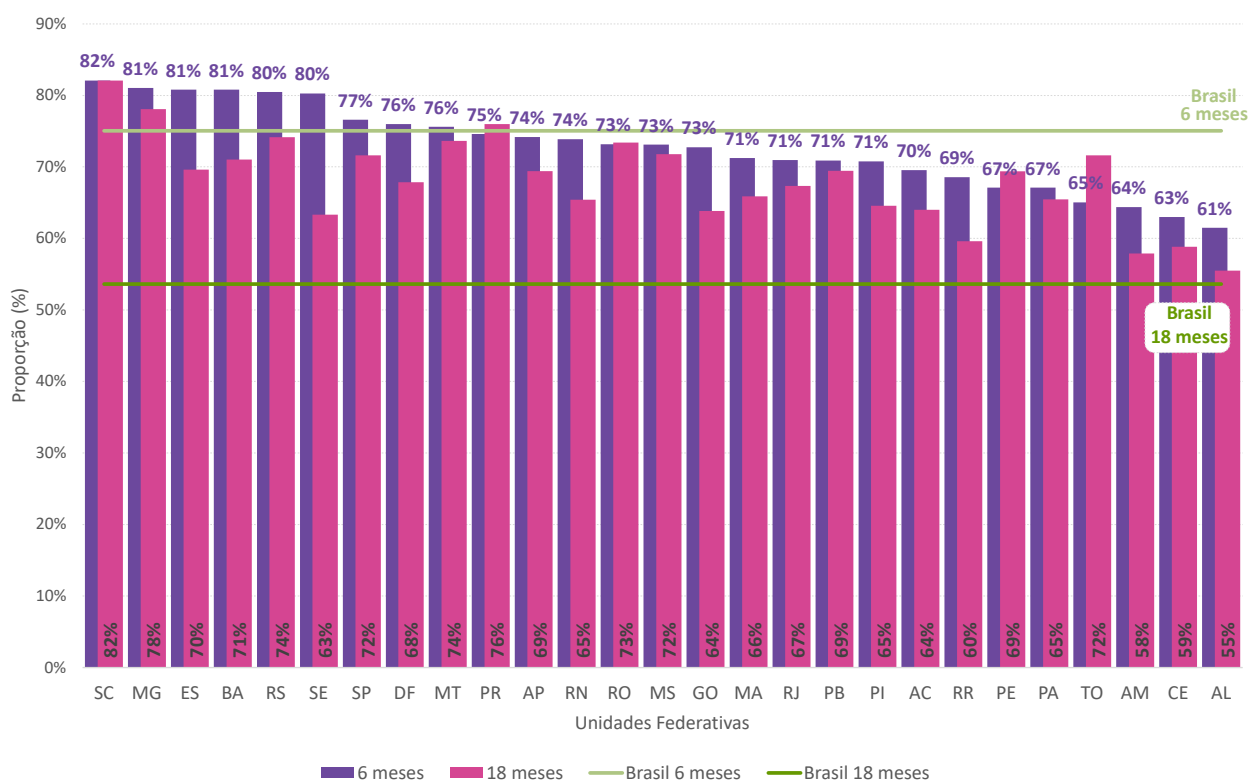
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

Na estratificação por UF, Santa Catarina apresentou as maiores proporções de mulheres retidas à Tarv, nos dois recortes (82%); já Alagoas apresentou as menores proporções nos dois recortes (61%, para o recorte de 6 meses e 55% para o de 18 meses), conforme a Figura 43. Entre as capitais (Figura 44), em Aracaju observou-se a maior proporção no recorte de seis meses (90%), mas apenas 63% das mulheres estavam retidas à Tarv 18 meses após o parto. A menor proporção de retenção para o recorte de seis meses foi observada em Belém (57%) e a menor proporção para o recorte de 18 meses, em Maceió (53%).

Figura 43 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis e 18 meses após o parto², segundo ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2019

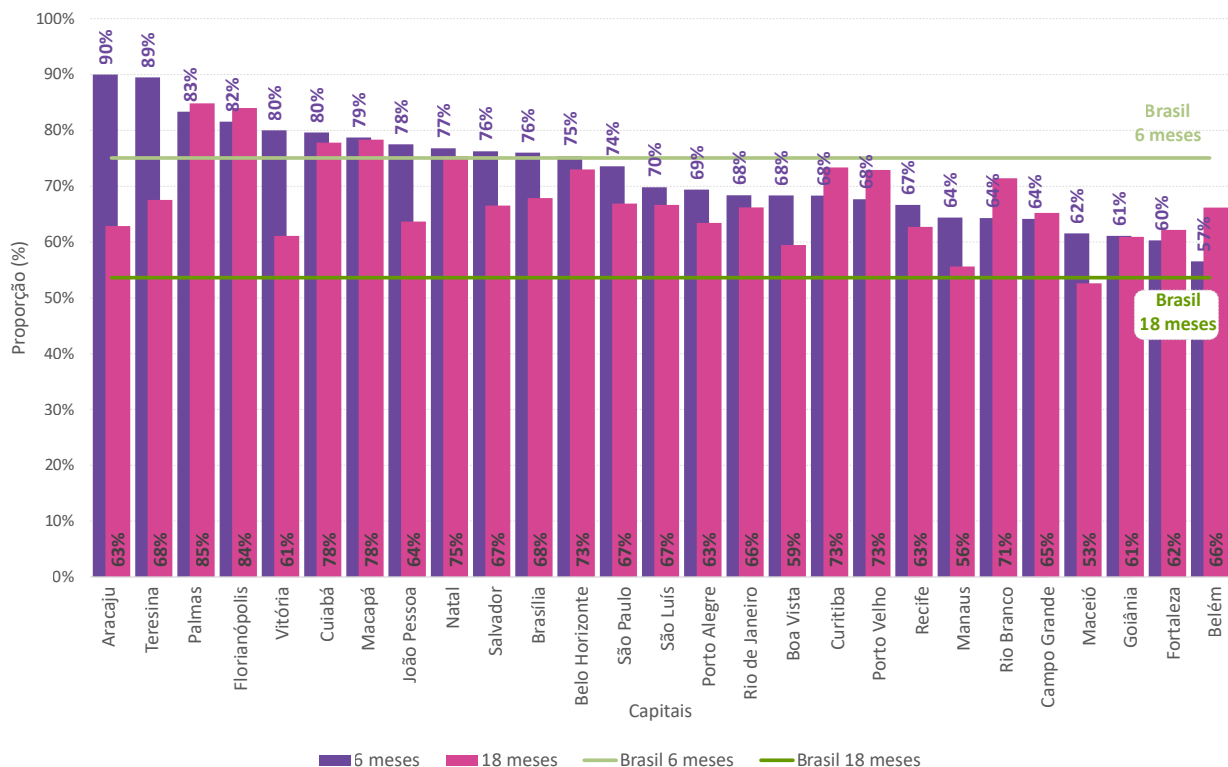


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

Figura 44 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ e que estavam retidas à terapia antirretroviral (Tarv) seis e 18 meses após o parto², segundo ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2019



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

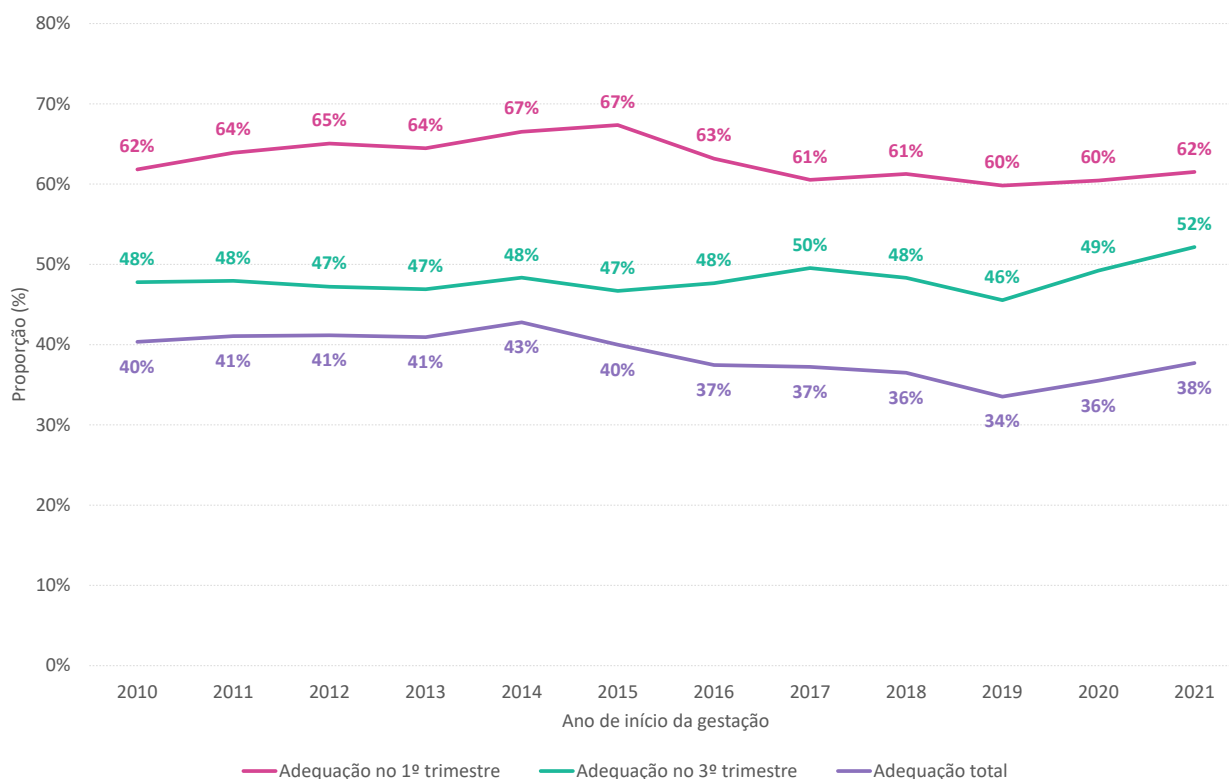
¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Foram consideradas retidas aos seis meses após o parto as gestantes em tratamento durante a gestação e que tiveram pelo menos uma dispensação de Tarv entre 150 e 270 dias após a data do parto estimada (DPE), e aos 18 meses aquelas que tiveram dispensação entre 510 e 620 dias após a DPE.

3.6 Adequação às recomendações do PCDT-TV

A Figura 45 mostra o cumprimento das recomendações do PCDT-TV durante o primeiro e o terceiro trimestres de gestação nas gestantes vivendo com HIV e/ou aids. Ao longo de todo o período analisado, as maiores proporções de adequação ao PCDT-TV foram observadas durante o primeiro trimestre, que alcançaram um máximo de 67% em 2015. Nos últimos anos, essa proporção vem se mantendo estável – no entanto, nos mesmos níveis de 2010. Já a proporção de adequação durante o último trimestre mostra aumento nos últimos anos. Em 2021, 52% das gestantes vivendo com HIV e/ou aids realizaram os exames e receberam as dispensações de antirretrovirais de acordo com o recomendado no PCDT-TV para o último trimestre de gestação – um incremento de 9% em relação a 2010. A adequação total, ou seja, nos dois momentos analisados, apesar de mostrar um aumento nos últimos anos, sofreu um declínio de dois pontos percentuais na comparação entre 2010 e 2021 (40% e 38%, respectivamente). Isso significa que, no último ano analisado, pouco mais de um terço das gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids tiveram acesso aos cuidados de acordo com as recomendações do PCDT-TV para exames de monitoramento clínico e tratamento.

Figura 45 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

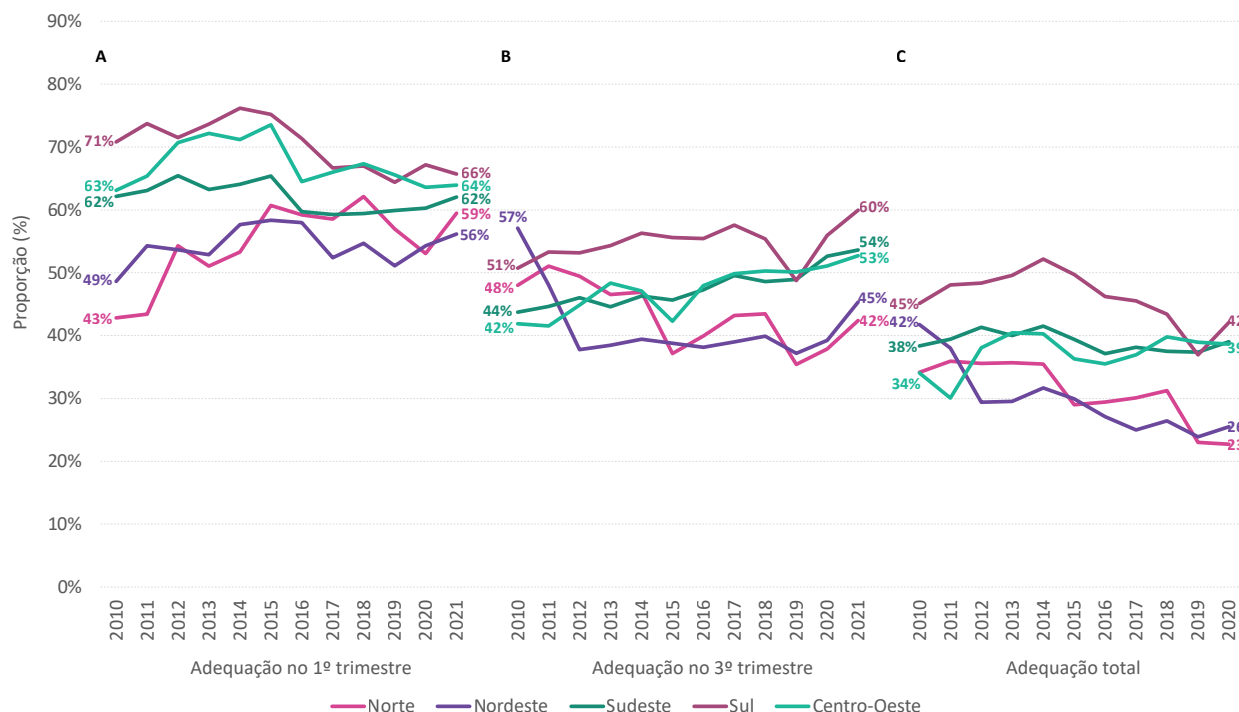
PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

Na desagregação por região (Figura 46), em 2021, as maiores proporções de adequação ao PCDT-TV, nos três recortes, foram encontradas na região Sul (66% de adequação no primeiro trimestre de gestação, 60% de adequação no último trimestre e 42% de adequação total). No entanto, na adequação no primeiro trimestre, o maior incremento ao longo do período analisado foi verificado nas regiões Norte e Nordeste – 37% e 14%, respectivamente. Em contrapartida, no segundo e no terceiro recortes (adequação no terceiro trimestre e adequação total, respectivamente), essas duas regiões apresentaram os maiores declínios comparando os dois anos extremos da análise (declínio de 13% e 21%, respectivamente, na adequação no último trimestre; e de 32% e 38%, respectivamente, na adequação total).

Figura 46 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação, por região. Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

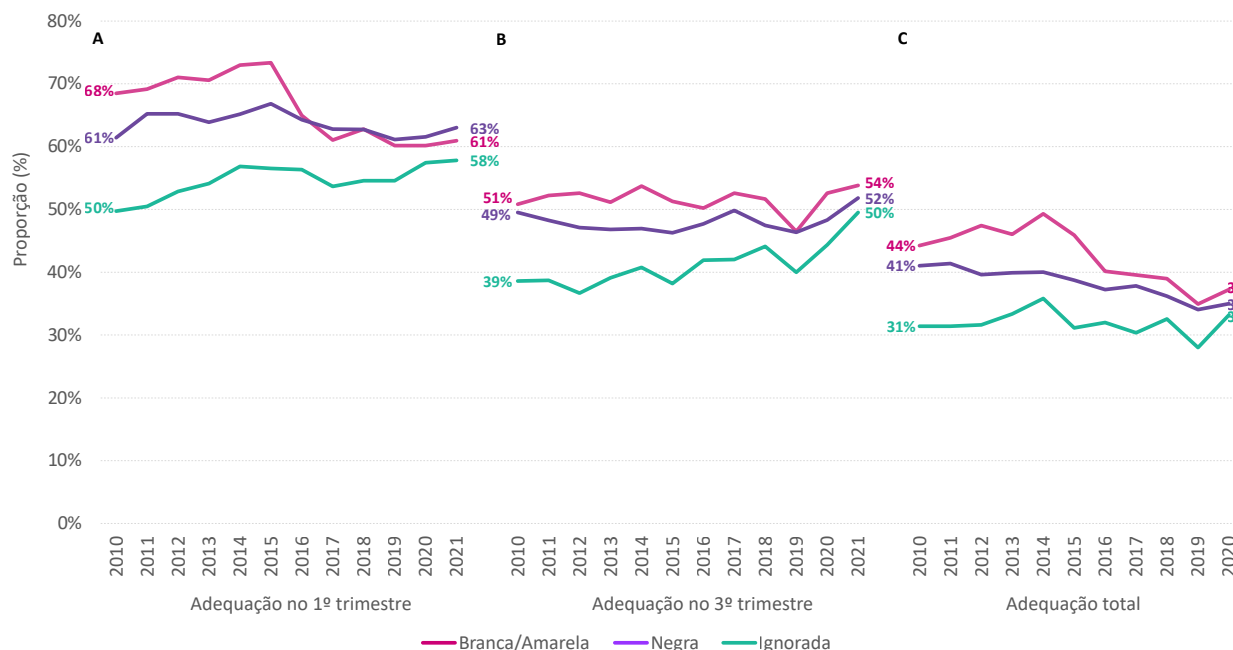
¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² (A) Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); (B) adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; (C) adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

A Figura 47 apresenta a proporção de gestantes segundo o cumprimento das recomendações do PCDT-TV por raça/cor. Para as gestantes com início da gestação em 2021, a maior proporção de adequação no primeiro trimestre foi observada entre as mulheres autodeclaradas negras (63%). Já para o segundo e o terceiro recortes, as maiores proporções ocorreram entre as mulheres autodeclaradas brancas ou amarelas (54% e 37%, respectivamente). As mulheres sem informação de raça/cor apresentaram as menores proporções de adequação ao PCDT-TV em todo o período analisado, para todos os recortes.

A Figura 48 mostra a adequação ao PCDT-TV segundo anos de estudo. As maiores proporções de gestantes em adequação no primeiro trimestre, em 2021, foram observadas nas mulheres com até 11 anos de estudo (64% para aquelas com até sete anos de estudo e 63% para aquelas de 8 a 11 anos de escolaridade). Quanto à adequação no último trimestre de gestação, as maiores proporções se deram entre as mulheres com oito a 11 anos de estudo (56%) e com 12 anos ou mais (54%).

Figura 47 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2010-2021



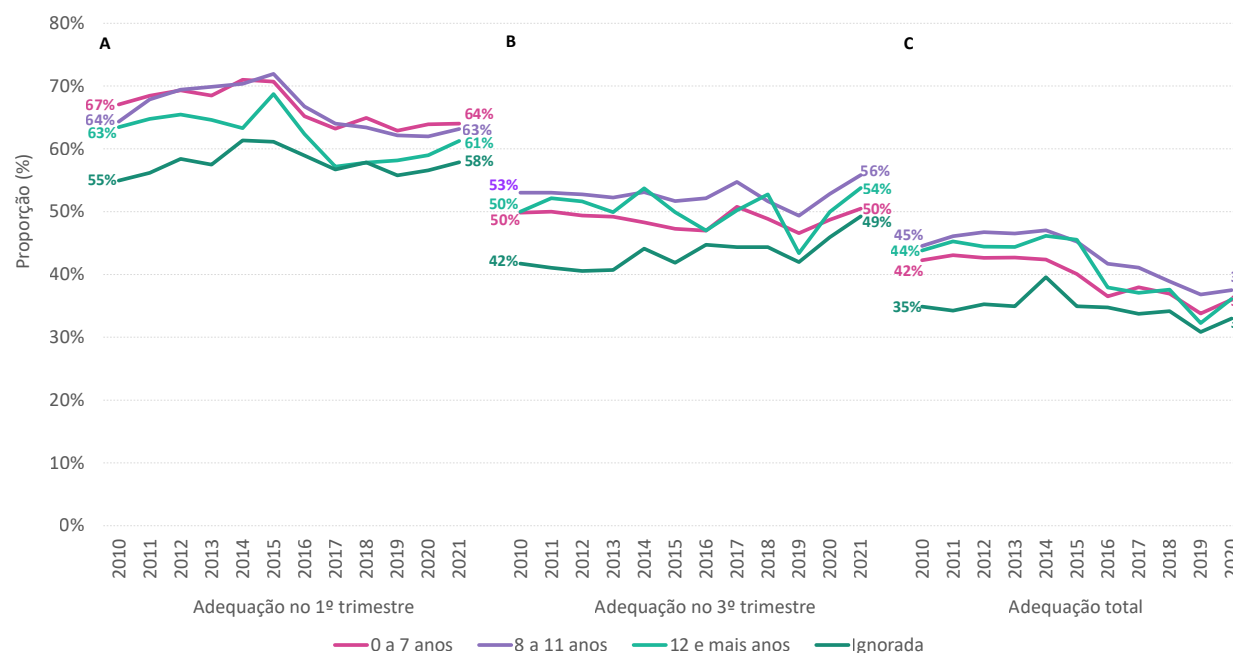
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² (A) Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); (B) adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; (C) adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

Figura 48 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2010-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

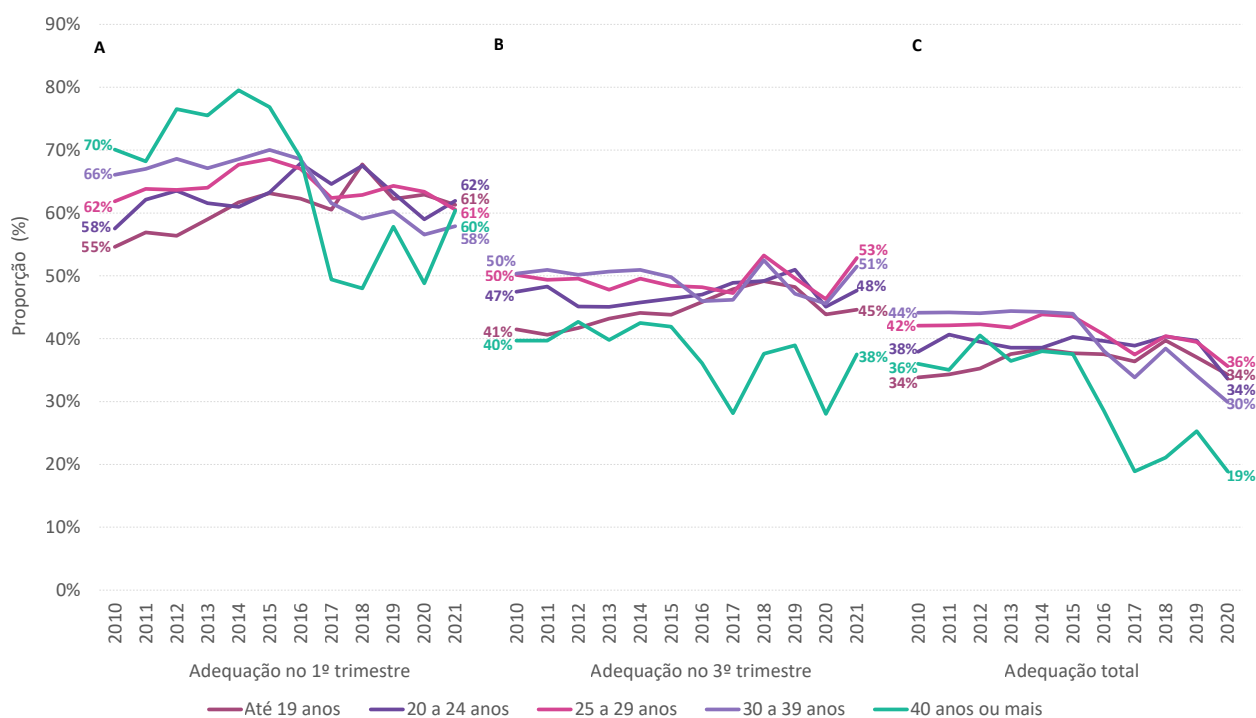
² (A) Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); (B) adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; (C) adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

A análise por faixa etária (Figura 49) mostra que, em 2021, as proporções de gestantes vivendo com HIV e/ou aids que estavam em conformidade com as recomendações clínicas no primeiro trimestre foram muito similares entre os grupos etários, variando de 62% entre aquelas com 20 a 24 anos a 58% entre aquelas com 30 a 39 anos de idade. Por outro lado, na adequação no terceiro trimestre e na adequação total, as menores proporções se verificaram entre as gestantes com 40 anos ou mais (38% e 19%, respectivamente).

Embora todos os insumos para o tratamento e o monitoramento laboratorial das mulheres vivendo com HIV e/ou aids estejam disponíveis no SUS e considerando, além disso, que o evento gestação é um período de intensificação do cuidado, a adequação total às recomendações previstas no PCDT-TV durante o pré-natal tem apresentado queda ao longo dos anos. Nesse sentido, é preciso fortalecer as redes de atenção à saúde para que esses insumos cheguem até as gestantes.

Na estratificação por UF (Figura 50), Mato Grosso do Sul apresentou as maiores proporções de adequação às recomendações clínicas no primeiro trimestre e de adequação total: 75% e 50%, respectivamente. Amapá e Piauí tiveram proporções discrepantes entre a adequação no primeiro trimestre e as adequações no terceiro trimestre e total: 71%, 31% e 20%, respectivamente, no Amapá; e 63%, 28% e 18%, respectivamente, no Piauí. O mesmo pode ser observado para as capitais Belém (71%, 31% e 20%, respectivamente), Macapá (70%, 33% e 21%, respectivamente) e Teresina (58%, 31% e 19%, respectivamente), conforme a Figura 51.

Figura 49 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2010-2021



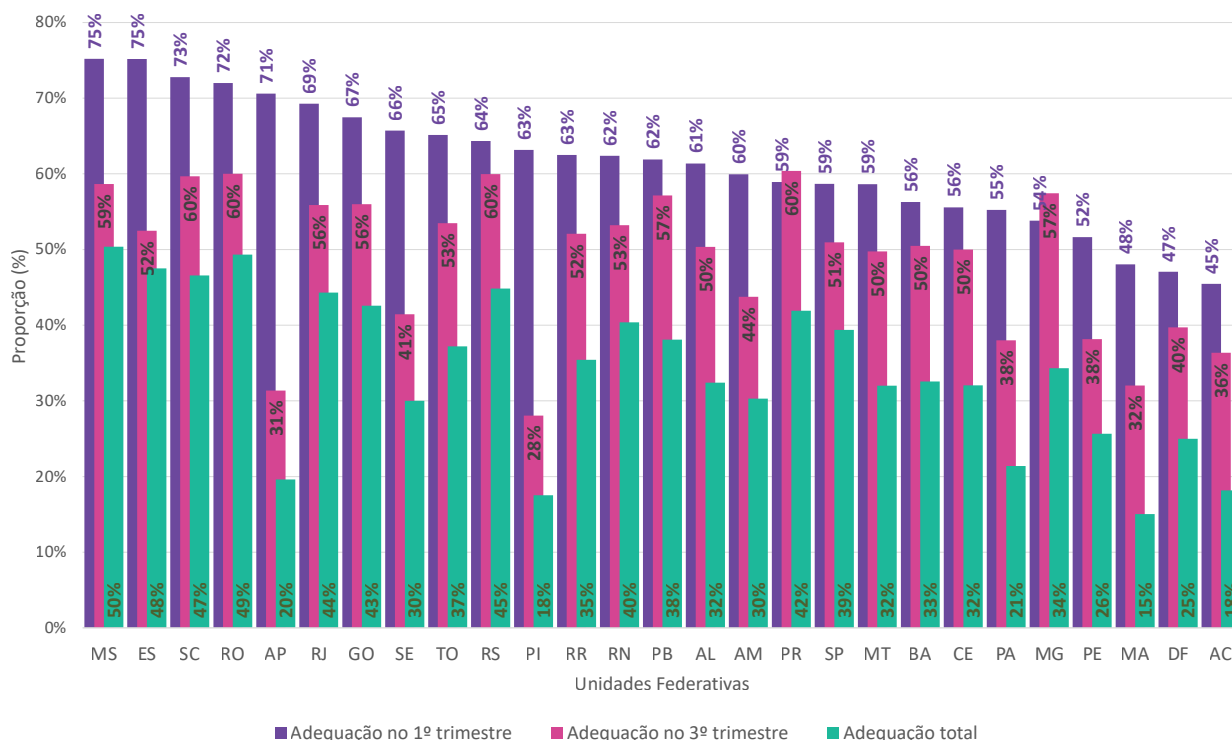
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² (A) Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); (B) adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; (C) adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

Figura 50 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021



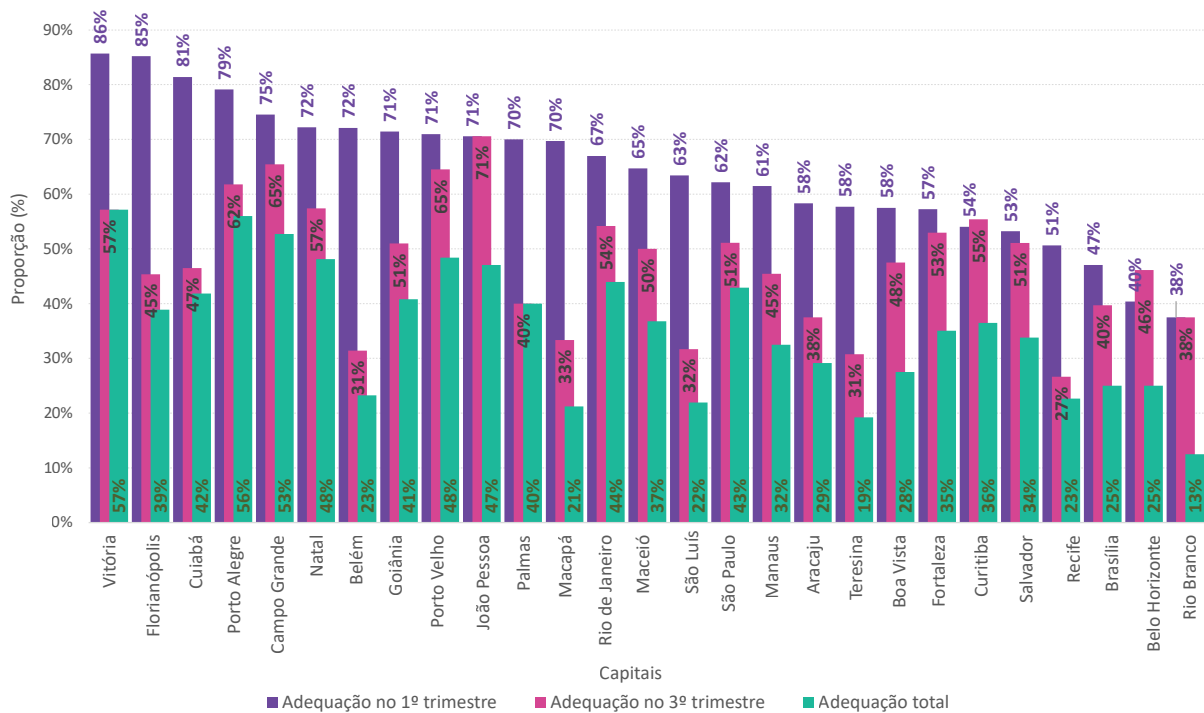
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

² Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

Figura 51 – Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids¹ que realizaram exames e receberam dispensações de terapia antirretroviral (Tarv) de acordo com o recomendado no PCDT-TV², segundo o ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

PCDT-TV = Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

¹ Siscel, Siclom e Sisgeno.

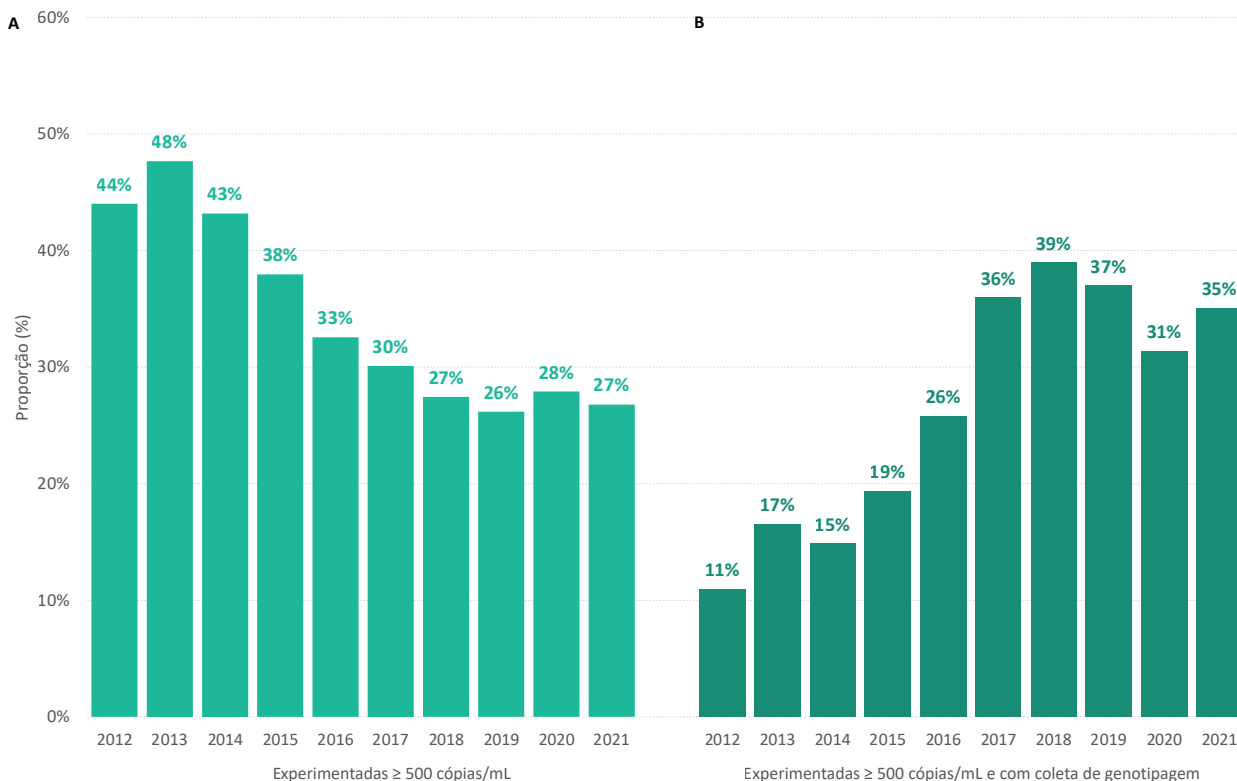
² Adequação no 1º trimestre: realização de pelo menos uma contagem de LT-CD4+ e um exame de carga viral do HIV, e recebimento de uma dispensação de Tarv até 180 dias após a data de início da gestação (DIG); adequação no 3º trimestre: realização de pelo menos um exame de carga viral e recebimento de uma dispensação de Tarv entre 150 e 273 dias após a DIG; adequação total: realização de todos os exames e recebimento de todas as dispensações de Tarv recomendadas nos dois períodos.

3.7 Gestantes experimentadas com carga viral detectável

Quando analisada a carga viral do HIV durante a gestação, percebe-se que, em 2021, 27% das gestantes apresentaram carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, ou seja, teriam indicação de avaliação quanto à adesão à Tarv e possibilidade de falha virológica por emergência de resistência do HIV. Portanto, esse ponto de corte é aqui utilizado como *proxy* para analisar a proporção de gestantes que teriam indicação de realizar exame de genotipagem para avaliação de falha virológica (Figura 52). Essa proporção foi 39% menor do que a observada em 2012, de 44%. Chama a atenção que esse indicador se encontra estável desde 2018, apresentando um pequeno aumento em 2020.

Nota-se, também de acordo com a Figura 52, que a cobertura de genotipagem entre essas gestantes foi de apenas 35% em 2021, mesmo depois do aumento significativo de 218%, em comparação com 2012. Vale destacar que a realização precoce do teste de genotipagem reduz a chance de acúmulo de mutações, previne a resistência ampla e aprimora a escolha do esquema de resgate, otimizando a terapia para o alcance da carga viral indetectável em tempo oportuno para prevenir a transmissão vertical do HIV.

Figura 52 – Proporção de gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL (A) e a respectiva cobertura de genotipagem (B), segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

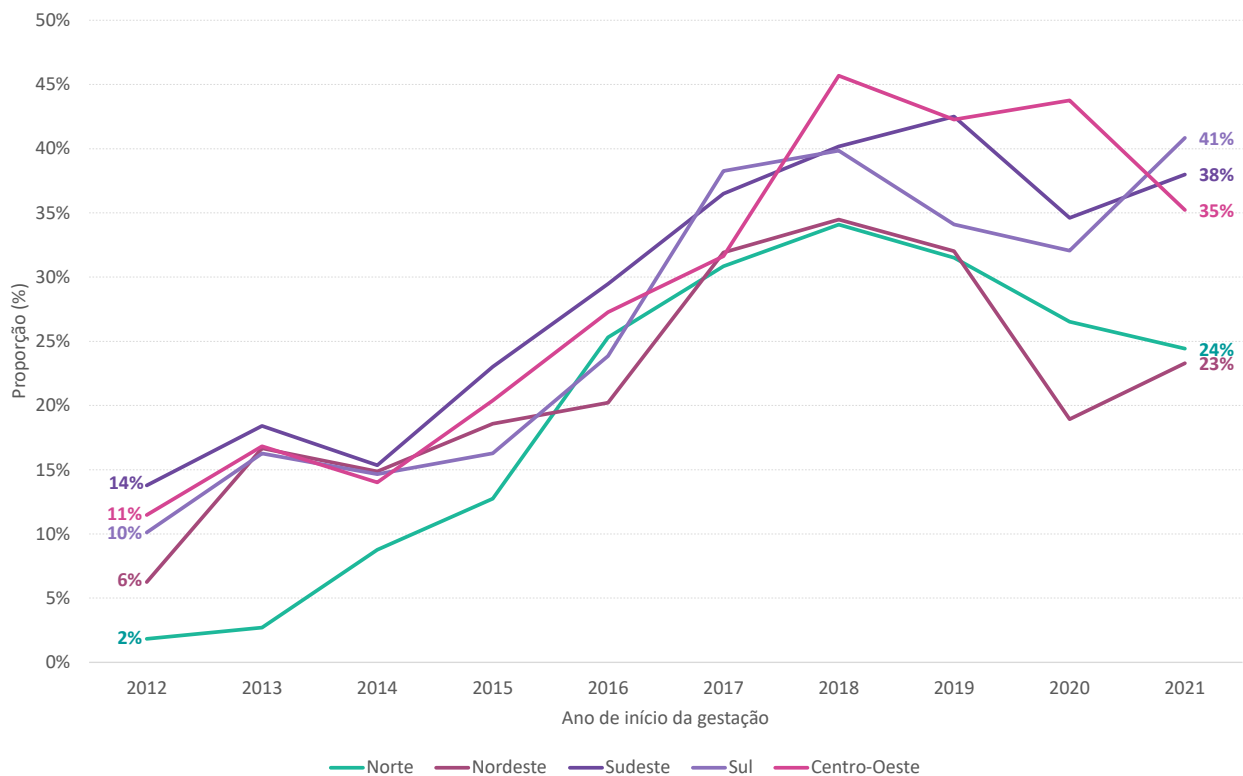
¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Na análise estratificada por região, apresentada na Figura 53, as maiores proporções de cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, em 2021, foram observadas na região Sul (41%), seguida da região Sudeste (38%). O Norte e o Nordeste apresentaram as menores proporções: 24% e 23%, respectivamente.

Na estratificação por raça/cor (Figura 54), ao final de 2021, a menor proporção de cobertura de genotipagem em gestantes que atendiam os critérios para a realização do exame foi observada entre as mulheres autodeclaradas negras (34%). As flutuações observadas entre as mulheres indígenas são devidas ao número reduzido de dados na análise.

Figura 53 – Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por região. Brasil, 2012-2021

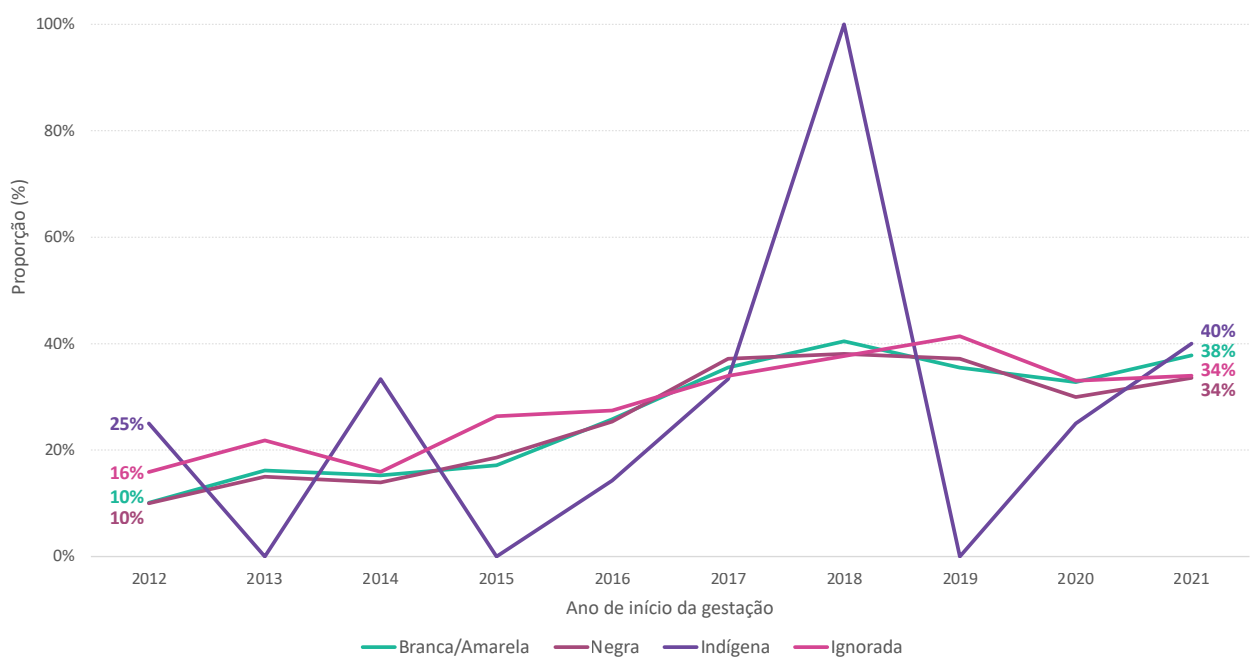


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 54 – Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

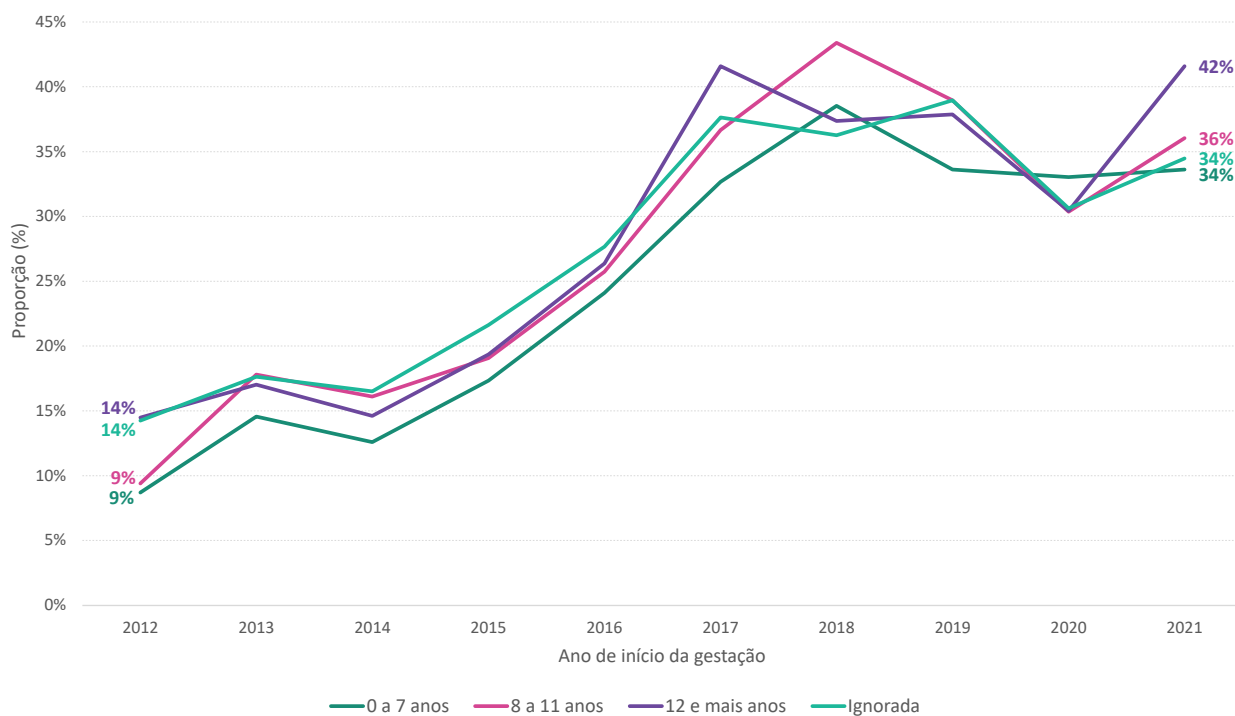
¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

A Figura 55 mostra que a maior proporção de cobertura de genotipagem entre gestantes com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL foi observada entre as mulheres com 12 anos ou mais de estudo (42%), enquanto a menor proporção se verificou entre as mulheres com menor escolaridade (34%).

Na análise por faixa etária (Figura 56), as gestantes de até 19 anos de idade apresentaram cobertura de genotipagem de 31% em 2021, seguidas das mulheres de 30 a 39 anos (35%) e de 20 a 29 anos de idade (36%).

Figura 55 – Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2012-2021

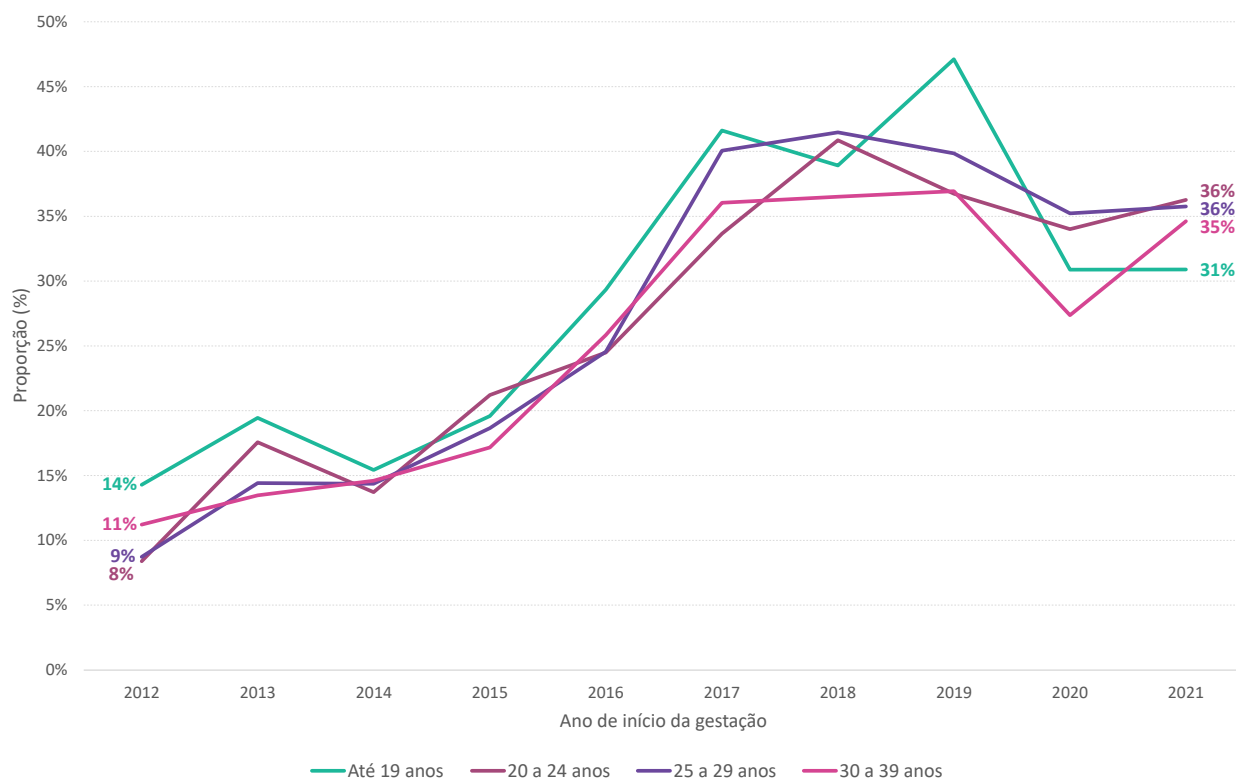


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 56 – Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

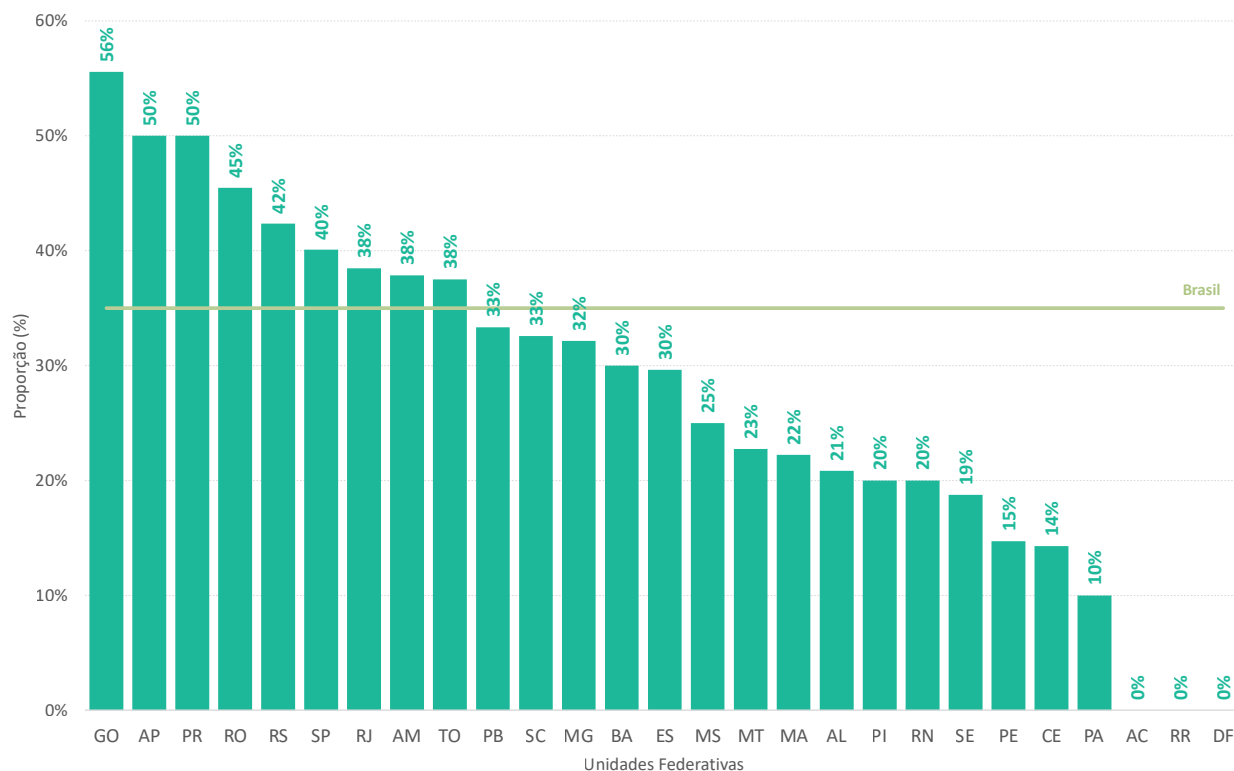
¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Entre as UFs (Figura 57), Goiás apresentou a maior cobertura de genotipagem entre as gestantes com indicação de realização do exame (56%). Para o Acre, Roraima e o Distrito Federal, a cobertura identificada foi nula.

Já entre as capitais (Figura 58), Vitória apresentou 100% de cobertura de genotipagem entre as gestantes com indicação de realização do exame. Em Rio Branco, Boa Vista, Teresina, Cuiabá e Brasília, não houve registro de genotipagem entre as mulheres que seriam beneficiadas pelo exame.

Figura 57 – Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021

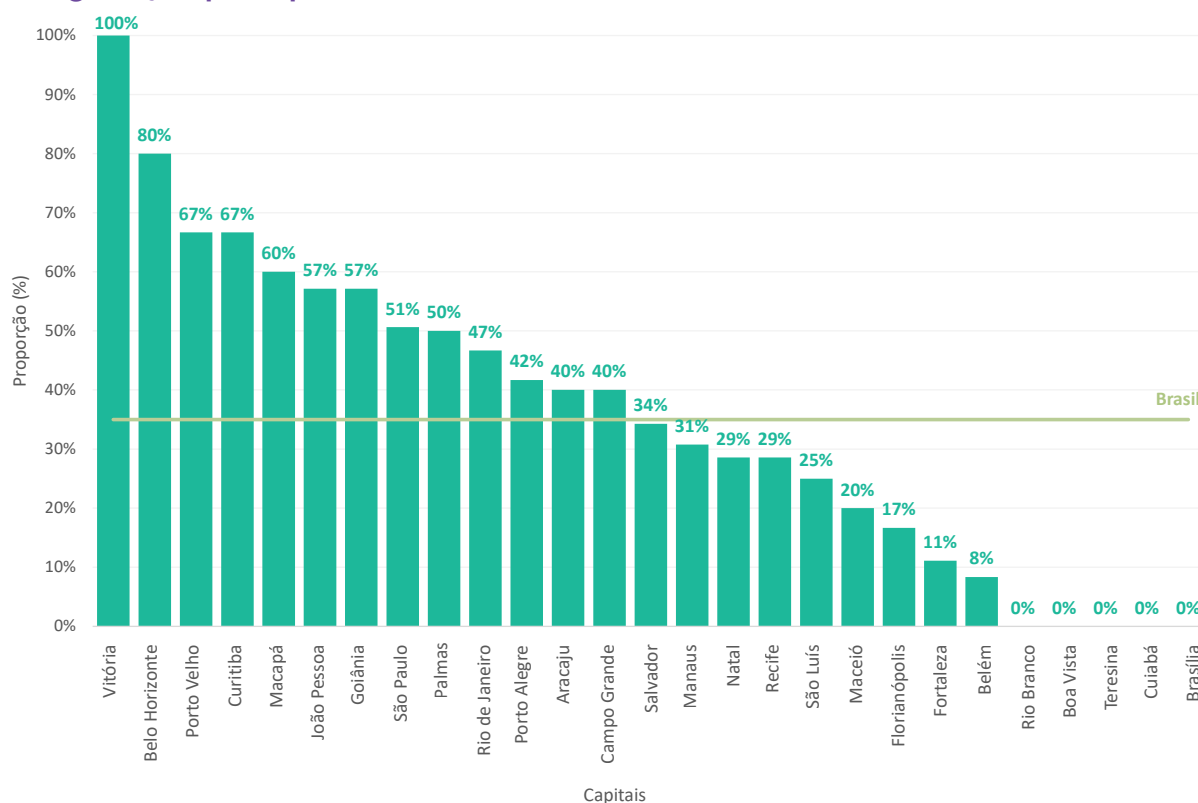


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 58 – Cobertura de genotipagem entre as gestantes experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² com carga viral igual ou superior a 500 cópias/mL, segundo o ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

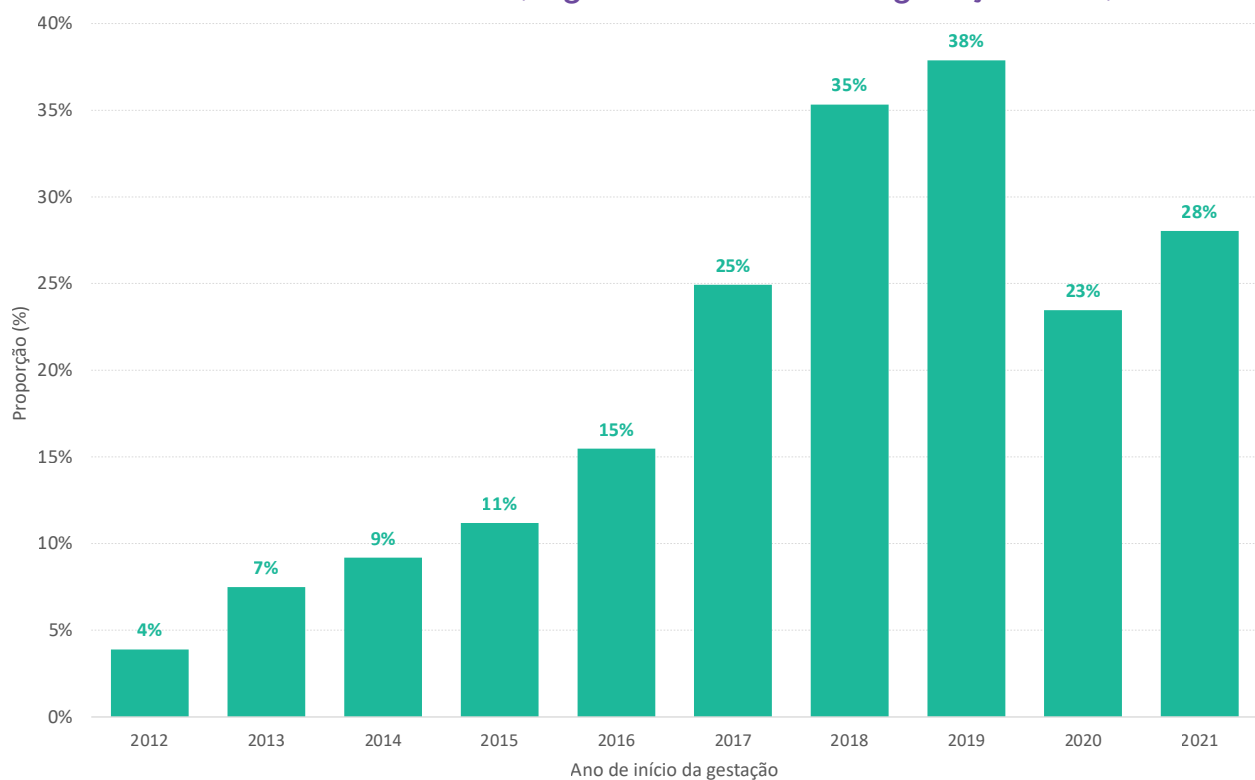
¹ Experimentadas: gestantes cuja primeira dispensação de Tarv da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

3.8 Cobertura de genotipagem e perfil de resistência pré-tratamento

A proporção de gestantes não experimentadas que realizaram genotipagem pré-tratamento está apresentada na Figura 59. Nota-se que, antes da pandemia de covid-19, houve um aumento importante na cobertura de realização da genotipagem, que passou de 4%, em 2012, para 38% em 2019, um incremento de, aproximadamente, nove vezes. Em 2020, a cobertura de genotipagem pré-tratamento caiu para 23%, um decréscimo de 40% em relação ao ano anterior. Em 2021 a cobertura foi de 28%, ligeiramente superior à observada em 2017 (25%), ou seja, em torno de 70% das gestantes que deveriam realizar o exame antes de iniciar a Tarv não o fizeram. O exame de genotipagem pré-tratamento está indicado para todas as gestantes que iniciam Tarv, independentemente do esquema terapêutico escolhido. Não é necessário aguardar o resultado do exame para iniciar a Tarv; esta poderá ser posteriormente adequada ao resultado desse exame.

Figura 59 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

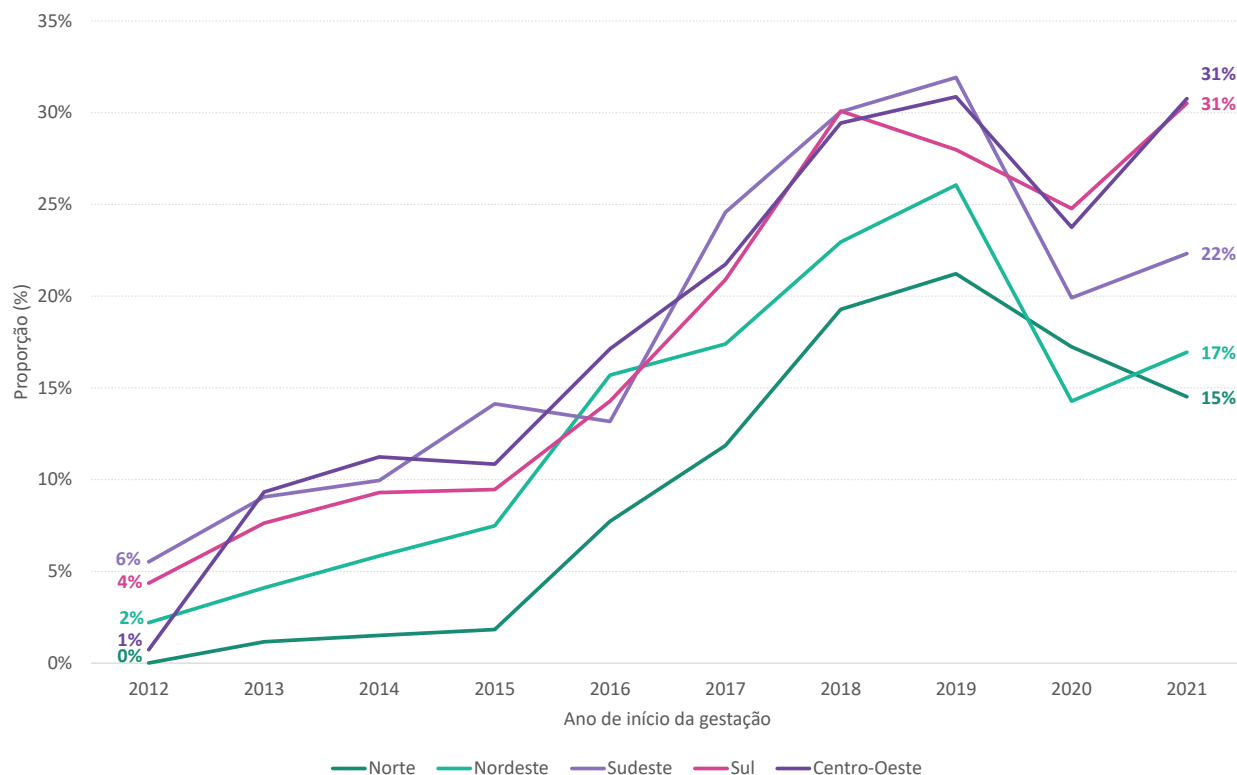
² Siscel, Siclom e Sisgeno.

As figuras a seguir mostram a cobertura de genotipagem pré-tratamento estratificada por algumas variáveis sociodemográficas. As menores proporções de gestantes com genotipagem pré-tratamento, em 2021, foram observadas nas regiões Norte (15%) e Nordeste (17%), enquanto o Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores coberturas (31%), conforme a Figura 60.

Na desagregação por raça/cor (Figura 61), em 2021, a maior cobertura de genotipagem pré-tratamento foi observada entre as gestantes autodeclaradas brancas ou amarelas (27%). Tanto negras como indígenas apresentaram as menores proporções de genotipagem pré-tratamento (21%).

Também se registraram as maiores proporções de cobertura da genotipagem pré-tratamento nas gestantes com oito a 11 anos de estudo (24%, Figura 62).

Figura 60 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação, por região. Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 61 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação, por raça/cor. Brasil, 2012-2021

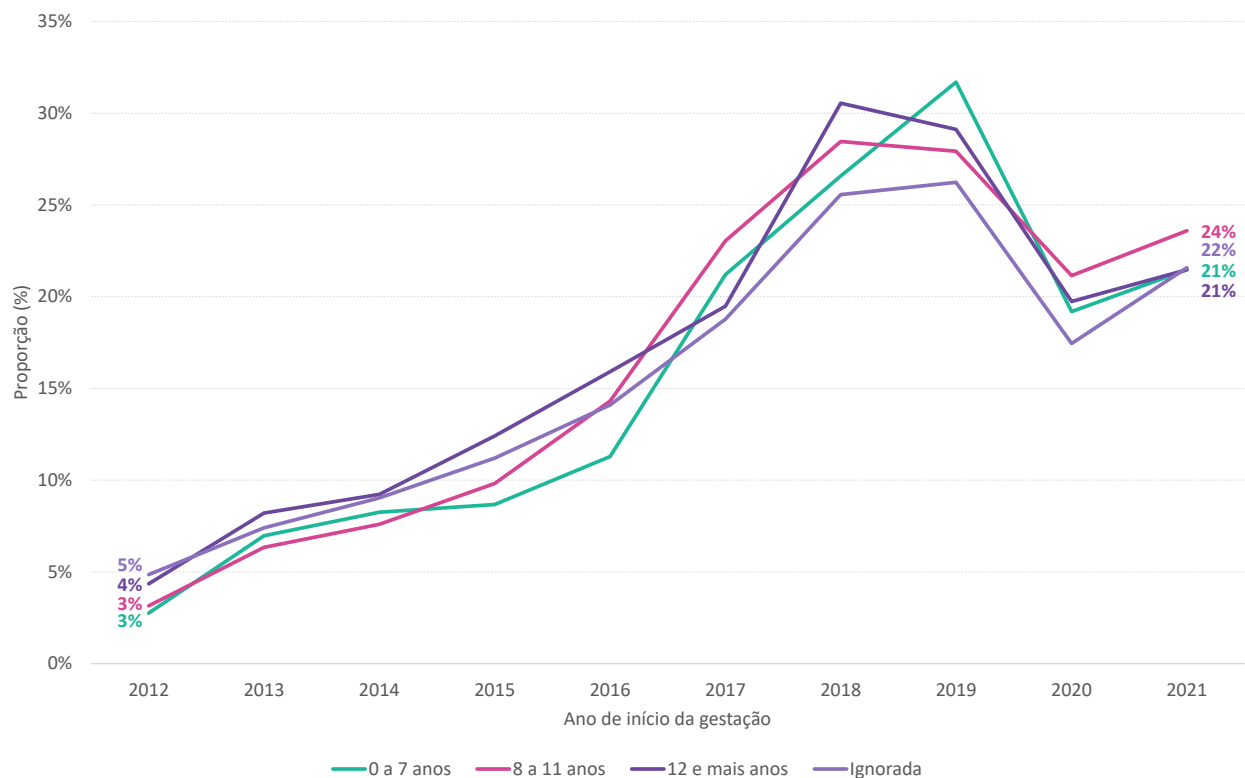


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 62 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação, por escolaridade (em anos de estudo). Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

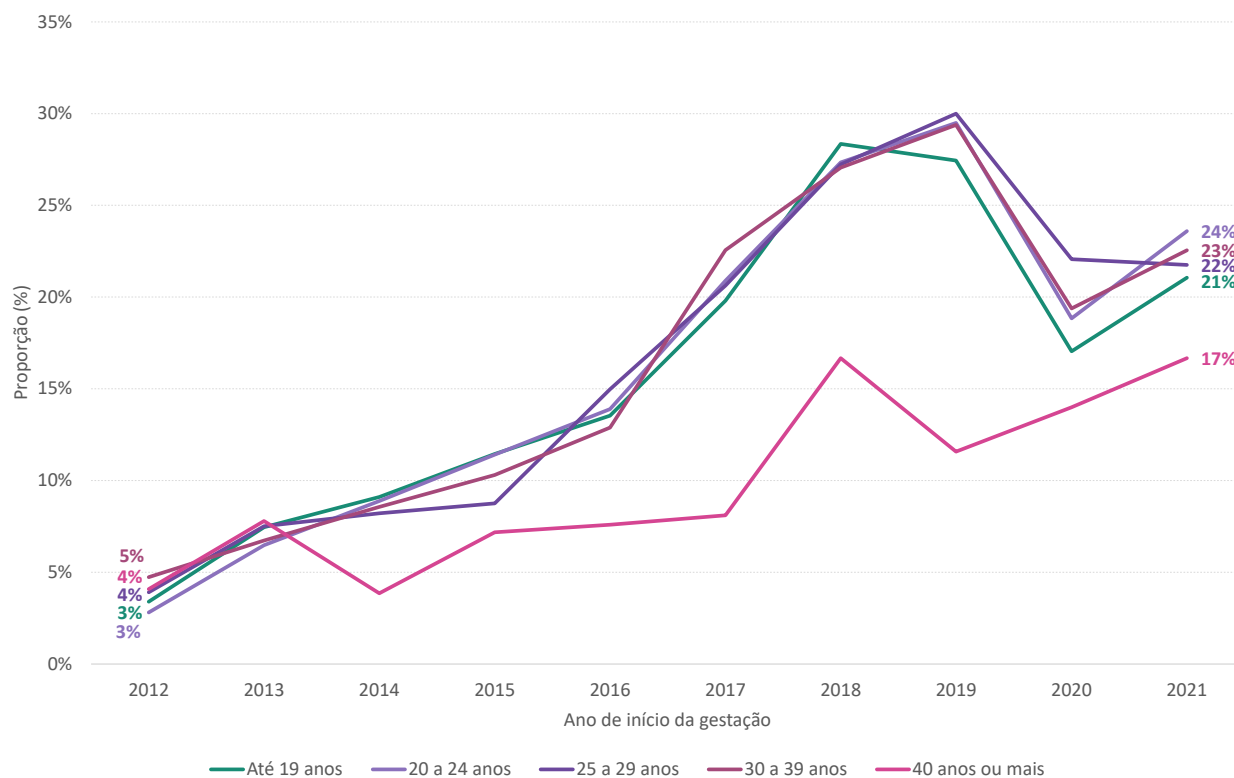
¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

A menor cobertura de genotipagem pré-tratamento foi observada em gestantes com 40 anos ou mais (17%, Figura 63), enquanto a maior se verificou entre aquelas com 20 a 24 anos (24%).

Na análise por UF (Figura 64), observa-se que Goiás apresentou a maior proporção de cobertura de genotipagem pré-tratamento (49%). Dezesete UF's ficaram abaixo da média nacional (28%), sendo que a cobertura do Acre foi nula. Entre as capitais (Figura 65), Palmas teve a maior proporção de cobertura de genotipagem pré-tratamento (75%). Em Rio Branco, Vitória e Cuiabá, a cobertura também foi inexistente.

Figura 63 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação, por faixa etária. Brasil, 2012-2021

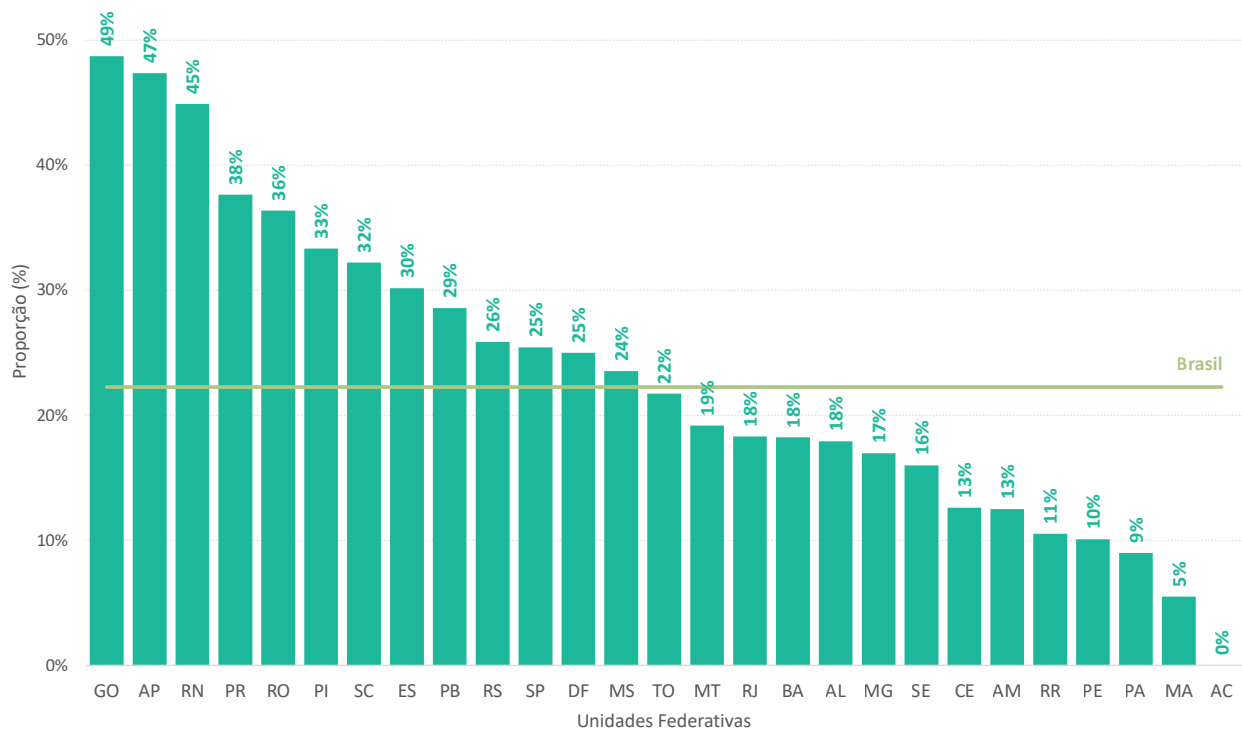


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 64 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação, por Unidade Federativa de residência. Brasil, 2021

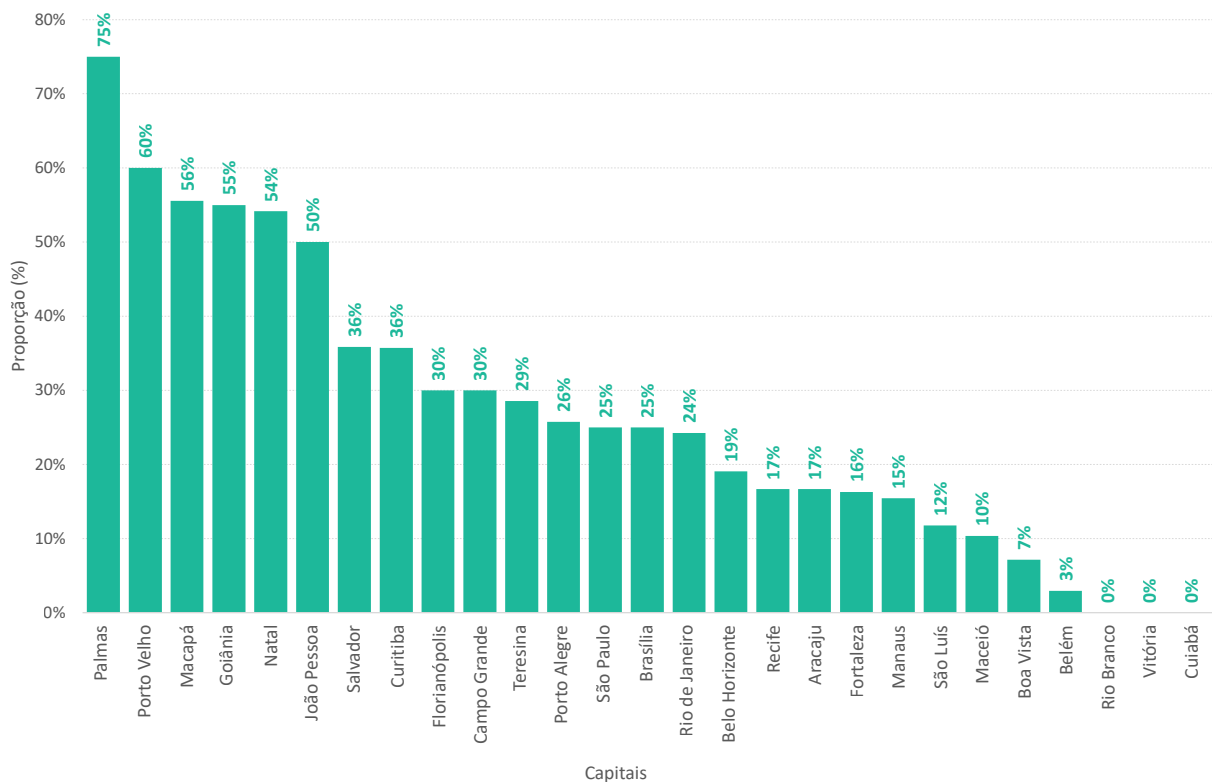


Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

Figura 65 – Cobertura de genotipagem pré-tratamento nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids², segundo o ano de início da gestação, por capital de residência. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siscel, Siclom e Sisgeno.

A Figura 66 apresenta o perfil de resistência pré-tratamento aos principais antirretrovirais das classes ITRN e ITRNN. Percebe-se que, de modo geral, a partir de 2015, houve um declínio na resistência aos inibidores de transcriptase reversa. Em 2021, as maiores resistências foram observadas para a nevirapina (13%) e o efavirenz (12%), e as menores, para a lamivudina e o tenofovir (2%).

Atualmente, a Tarv preconizada para o início do tratamento, independentemente da idade gestacional, é tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg. Dessa forma, o PCDT-TV condiciona o uso de tenofovir + lamivudina + efavirenz como esquema inicial alternativo à avaliação da genotipagem pré-tratamento. Levando em consideração que menos de um terço das gestantes não experimentadas tiveram acesso ao exame e que ainda existem muitas gestantes iniciando a Tarv com efavirenz durante a gestação, são necessárias intervenções de educação continuada e de qualificação contínua dos profissionais que cuidam dessas gestantes, tendo em conta que o alcance da indetecção da carga viral no menor tempo possível é crucial para a saúde da mulher e para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

No que se refere ao perfil de resistência aos IP, apresentado na Figura 67, nota-se baixa resistência às drogas dessa classe de antirretrovirais em todos os anos analisados. Em 2021, menos de 1% das gestantes que fizeram genotipagem pré-tratamento apresentaram resistência ao atazanavir/ritonavir, ao lopinavir/ritonavir e ao tipranavir/ritonavir, e 0% ao darunavir/ritonavir.

Figura 66 – Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos ITRN (A) e ITRNN (B) nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012-2021



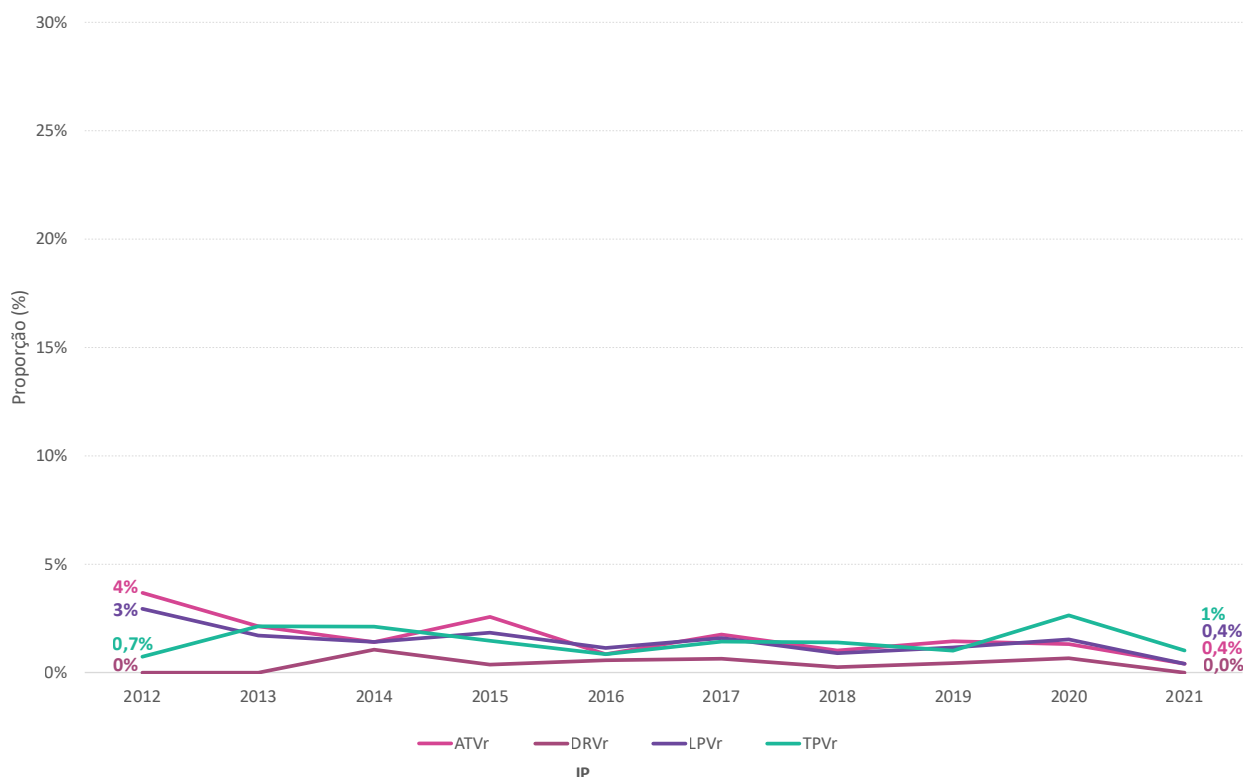
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

ITRN = inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos; 3TC = lamivudina; ABC = abacavir; AZT = zidovudina; TDF = tenofovir; ITRNN = inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos; EFV = efavirenz; ETR = etravirina; NVP = nevirapina.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

² Siclom e Sisgeno.

Figura 67 – Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos IP nas gestantes não experimentadas¹ identificadas nos sistemas de HIV e aids² que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2012-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

IP = inibidores da protease; ATV/r = atazanavir/ritonavir; DRV/r = darunavir/ritonavir; LPV/r = lopinavir/ritonavir; TPV/r = tipranavir/ritonavir.

¹ Não experimentadas: gestantes que iniciaram Tarv pela primeira vez após o diagnóstico da gestação.

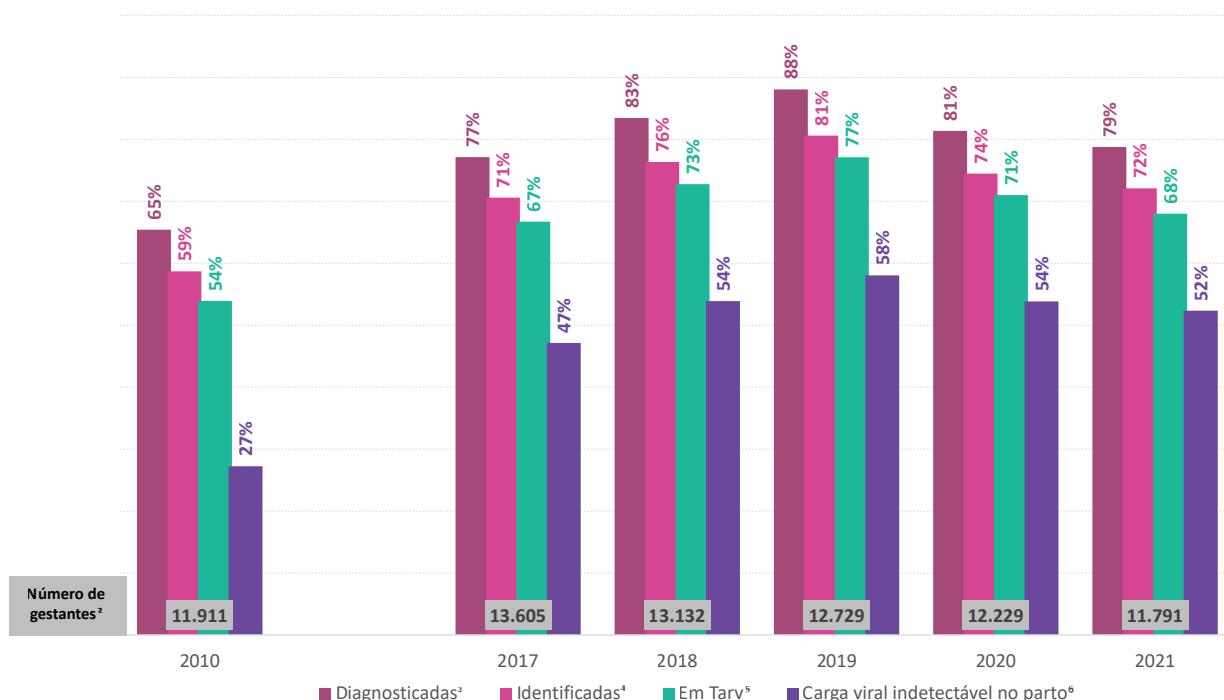
² Siclom e Sisgeno.

3.9 Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e/ou aids

Estima-se que, em 2021, havia aproximadamente 11,8 mil gestantes vivendo com HIV e/ou aids no Brasil, das quais 79% (9.289) foram diagnosticadas e 72% (8.500) estavam vinculadas, ou seja, foram identificadas nos sistemas de HIV e aids. Dentre todas essas gestantes, 68% (8.018) encontravam-se em Tarv durante a gestação e 52% (6.172) apresentavam carga viral inferior a 50 cópias/mL no momento do parto (Figura 68).

Ainda de acordo com a Figura 68, nota-se também que, na comparação de 2021 com os resultados de 2010, há uma melhora em todos os indicadores analisados, apesar de o número de gestantes infectadas permanecer bastante semelhante. No entanto, a tendência de crescimento que vinha sendo observada entre 2017 e 2019 foi interrompida, muito provavelmente como efeito da pandemia de covid-19.

Figura 68 – Cascata de cuidado contínuo¹ das gestantes vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2010, 2017-2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Tarv = terapia antirretroviral.

¹ Proporções calculadas a partir do número de gestantes vivendo com HIV e/ou aids.

² Número estimado de gestantes vivendo com HIV e/ou aids.

³ Estimativa do número de gestantes vivendo com HIV e/ou aids diagnosticadas, ou seja, o número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids, acrescidas daquelas que não estavam notificadas no Sinan.

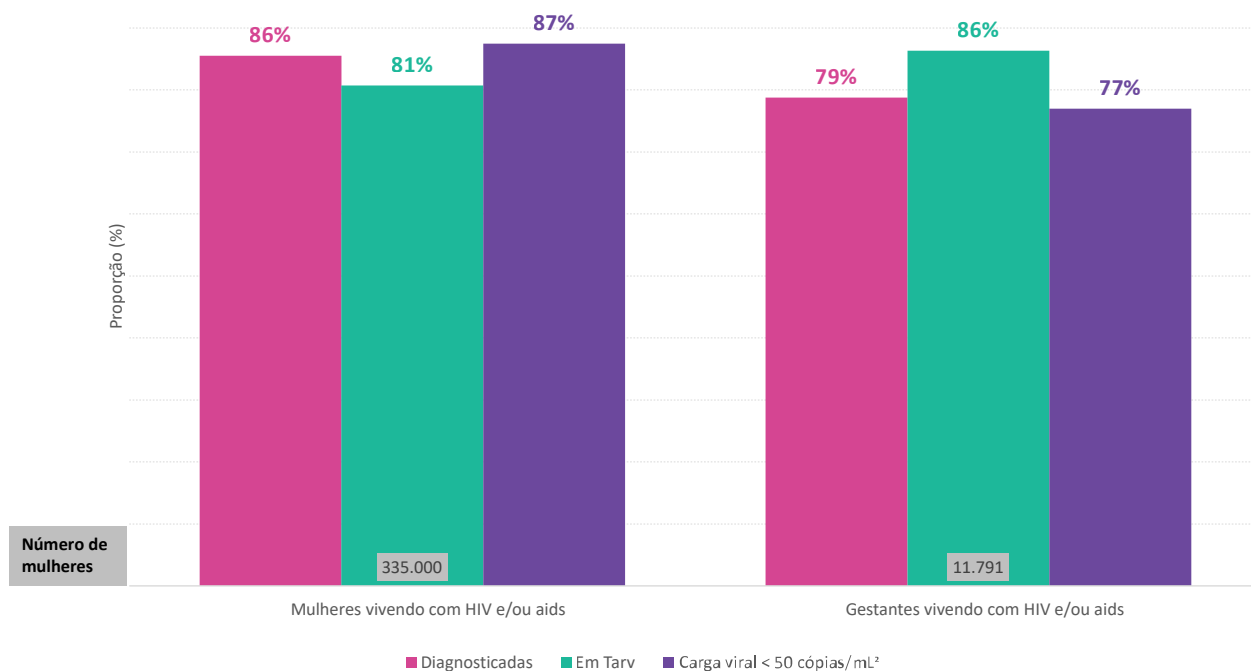
⁴ Gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids.

⁵ Gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids em Tarv, ou seja, a soma das experimentadas e daquelas que iniciaram Tarv na gestação.

⁶ Gestantes identificadas nos sistemas de HIV e aids com carga viral no momento do parto inferior a 50 cópias/mL.

Na Figura 69, compararam-se os resultados da cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e/ou aids com os das mulheres vivendo com HIV e/ou aids de acordo com a perspectiva das metas 95-95-95 (Brasil, 2018). Notam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as barras analisadas. Houve uma proporção maior de mulheres diagnosticadas (86%) quando comparadas às gestantes (81%). No que se refere à Tarv, verifica-se que a proporção de gestantes diagnosticadas que estavam em tratamento foi estatisticamente ($p < 0,001$) maior que a de mulheres, 86% e 81%, respectivamente. Apesar disso, a supressão viral foi 13% menor entre as gestantes em Tarv (76%) quando comparadas às mulheres em tratamento (87%).

Figura 69 – Cascata de cuidado contínuo¹ das mulheres vivendo com HIV e/ou aids e das gestantes vivendo com HIV e/ou aids. Brasil, 2021



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Tarv = terapia antirretroviral.

¹ Proporções calculadas em relação às gestantes ou mulheres vivendo com HIV e/ou aids.

² Considerou-se, para mulheres, a última carga viral realizada após seis meses de tratamento, e para as gestantes, a carga viral no momento do parto.

4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentados neste Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV e/ou Aids, foi possível observar que o país vem ampliando de forma consistente o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado das mulheres vivendo com HIV e/ou aids nesse importante momento das suas vidas. Quando se comparam as tendências de 2010 a 2021, verifica-se progresso em praticamente todos os indicadores.

No entanto, algumas fragilidades foram evidenciadas e devem guiar os esforços para que a transmissão vertical do HIV seja eliminada como um problema de saúde pública no país. É necessário diminuir as iniquidades e garantir que as melhores tecnologias disponíveis no SUS sejam acessadas pelas mulheres mais vulneráveis, que são as que mais precisam desses recursos.

Aproximadamente 8 mil gestantes foram identificadas nos sistemas de informação de HIV e aids em 2021, cuja maioria residia nas regiões Sudeste e Sul (61%), mesmo que o maior crescimento proporcional tenha ocorrido nas regiões Norte e Nordeste.

Além disso, foi possível observar que a proporção de pessoas vivendo com HIV e/ou aids que engravidam conhecendo previamente seu diagnóstico é maior do que aquelas que iniciam Tarv durante a gestação. Isso pode ser reflexo de anos de políticas públicas voltadas para a garantia de acesso à Tarv, a redução de estigma e a promoção de saúde sexual e reprodutiva para essa população.

Entre as gestantes experimentadas no uso de antirretrovirais, há uma maior proporção de mulheres brancas e da região Sul do país, enquanto as menores proporções são identificadas nas regiões Norte e Nordeste e entre aquelas mais jovens. Além disso, o fato de que pelo menos

um quarto das gestantes experimentadas apresentam carga viral do HIV igual ou superior a 500 cópias/mL no início da gestação evidencia problemas na adesão e retenção e, possivelmente, resistência emergente aos antirretrovirais.

Por outro lado, 6% das gestantes não iniciaram Tarv em 2021, sendo as maiores proporções observadas na região Sudeste e entre as mais jovens.

Ficou claro que, embora todos os insumos estejam disponíveis no SUS e existam protocolos bem estabelecidos quanto às medidas profiláticas a serem realizadas, o acesso das gestantes a essas medidas ainda não é oportuno e adequado às recomendações nacionais; apenas pouco mais de um terço das gestantes identificadas realizaram seguimento laboratorial conforme o preconizado. Um exemplo disso se relaciona às solicitações adequadas de exame de genotipagem do HIV pré-tratamento entre as gestantes vivendo com HIV e/ou aids. Embora no período analisado tenha havido uma melhora de mais de 200% nesse indicador, a cobertura desse exame ainda é extremamente baixa (27%). A avaliação da resistência transmitida tem papel fundamental para a oferta do tratamento mais adequado à gestante e dos esquemas profiláticos necessários ao recém-nascido exposto à infecção pelo HIV.

Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal e o parto, incluindo a inibição da lactação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2% (Brasil, 2019). No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento, está bem estabelecido que esse risco alcança 15% a 45% (Brasil, 2019). Nas mulheres com infecção crônica pelo vírus, o risco de transmissão vertical do HIV pela amamentação é de 10% a 15%, sendo que o risco de transmissão chega a 4% a cada seis meses de amamentação. No entanto, nos casos de infecção materna aguda pelo HIV durante o período de amamentação, o risco de transmissão da infecção pelo aleitamento salta para 36% (Coutsoudis, 2005; Lockman; Creek, 2009; Money *et al.*, 2014; Moseholm; Weis, 2019).

Outras características demográficas evidenciaram vulnerabilidades entre essas mulheres. As mais jovens, por exemplo, têm maior chance de não iniciar Tarv, além de apresentarem menor adesão, com consequente desenvolvimento de resistência aos antirretrovirais, o que pode estar relacionado ao menor acesso aos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2016). Dois pilares são reconhecidamente importantes na prevenção da transmissão vertical do HIV: 1) a prevenção primária do HIV entre as mulheres, especialmente as jovens, o que se relaciona à promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo noções sobre sexo seguro e acesso às profilaxias pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP) e a insumos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; e 2) a necessidade de prevenção de gestações não desejadas, especialmente entre as mulheres vivendo com HIV e/ou aids, o que diz respeito ao acesso a métodos contraceptivos.

Boa parte das mulheres vivendo com HIV e/ou aids estão sub-representadas nos ensaios clínicos realizados para aprovação do uso de novos antirretrovirais. Até a presente data, somente os estudos WAVES e ARIA foram conduzidos em amostras exclusivamente de mulheres (Orrell *et al.*, 2017; Squires *et al.*, 2016). Em outros estudos clínicos sobre terapia antirretroviral, o percentual de mulheres varia de 7% a 30%. Apesar de não haver diferenças nos protocolos clínicos de tratamento para homens e mulheres, existem diferenças consideráveis entre os sexos em relação à farmacocinética, à pré-disposição a efeitos tóxicos, ao uso de medicamentos contraceptivos e a preocupações a respeito da segurança relacionada à saúde sexual e reprodutiva (Andany; Walmsley, 2016).

Dessa forma, espera-se que as análises apresentadas neste relatório, com foco em indicadores clínicos relacionados ao cuidado das gestantes vivendo com HIV e/ou aids, contribuam para a melhoria da gestão do cuidado dessa população nos territórios e, conseqüentemente, para a eliminação da transmissão vertical do HIV. Para fortalecer ainda mais essa resposta, os indicadores apresentados no presente relatório foram incluídos no site do Dathi para todos os municípios com mais de 100.000 habitantes, no endereço: <http://indicadoresgestantes.aids.gov.br/>.

Por fim, a despeito de todas as necessidades de melhoria identificadas por meio dos indicadores aqui analisados, o país vem apresentando uma evolução importante no cuidado às gestantes vivendo com HIV e/ou aids, o que fica evidente na análise das taxas de transmissão vertical do vírus. Em 2022, 38 municípios foram certificados pelo alcance de metas ligadas à eliminação da transmissão vertical do HIV, tendo 28 municípios recebido a certificação pela eliminação integral e dez municípios o selo prata de boas práticas rumo à eliminação. Tal ação atingiu um total de 21.357.395 habitantes. Em 2023, foram 70 os municípios contemplados, sendo que 37 receberam a certificação pela eliminação e 33 o selo prata rumo à eliminação, representando uma população de 32.189.364 habitantes. Quanto às Unidades Federativas, em 2023, o estado de Sergipe e o Distrito Federal foram certificados com o selo prata rumo à eliminação, e São Paulo e Paraná receberam a certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV. A população total envolvida nessas UFs, segundo dados de 2020, corresponde a 63.180.144 habitantes, sendo 3.055.149 (4,8%) residentes no Distrito Federal, 2.318.822 (3,8%) em Sergipe, 46.289.333 (73,2%) no estado de São Paulo e 11.516.840 (18,2%) no Paraná.

Em última análise, o indicador de transmissão vertical – a proporção de crianças expostas que foram infectadas pelo HIV após o acompanhamento de 18 meses – ficou próximo a 2% no Brasil (Brasil, 2018), o que é o patamar de um dos indicadores de impacto que determinam a eliminação da transmissão vertical do vírus como um problema de saúde pública. Recentemente, com a atualização do fluxo de diagnóstico da infecção pelo HIV em menores de 18 meses, que tem como uma etapa prioritária a indicação do teste molecular DNA pró-viral, apresentou-se, no PCDT de manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, uma estratégia de ampliação do diagnóstico adequado e oportuno para a melhoria no cuidado integral ao binômio gestante-recém-nascido. Nesse contexto, pode-se afirmar que a eliminação da transmissão vertical do HIV, no país, nunca esteve tão próxima.

REFERÊNCIAS

ANDANY, N.; WALMSLEY, S. L. What's new for antiretroviral treatment in women with HIV. **Journal of virus eradication**, London, v. 2, n. 2, p. 67-77, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. p. 123. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico das gestantes vivendo com HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-das-gestantes-vivendo-com-hiv/view>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. 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. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018/view>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL. 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. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2022/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-setembro-2022.pdf/view>. Acesso em: 11 jul. 2023.

COUTSODIS, A. Breastfeeding and HIV. **Best practice and research: clinical obstetrics and gynaecology**, Amsterdam, v. 19, n. 2, Spec. Iss., p. 185-196, 2005.

DOMINGUES, R. M. *et al.* Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 15, p. 100, 26 fev. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346116/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DOMINGUES, C. S. B. **Propostas para atualização das ações de vigilância epidemiológica para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Produto 1, entregue ao Projeto TC66. Brasília, DF: Opas, 2019.

LIMA, Y. A. R. *et al.* HIV-1 infection and pregnancy in young women in Brazil: socioeconomic and drug resistance profiles in a cross-sectional study. **BMJ Open**, London, v. 6, n. 7, p. 1-5, 2016.

LOCKMAN, S.; CREEK, T. Acute maternal HIV infection during pregnancy and breast-feeding: substantial risk to infants. **The Journal of infectious diseases**, Oxford, v. 200, n. 5, p. 667-669, 2009.

MONEY, D. *et al.* Guidelines for the care of pregnant women living with HIV and interventions to reduce perinatal transmission: executive summary. **Journal of obstetrics and gynaecology**, Canada, Ottawa, v. 36, n. 8, p. 721-734, 2014.

MOSEHOLM, E.; WEIS, N. Women living with HIV in high-income settings and breastfeeding. **Journal of internal medicine**, Oxford, p. 0-2, 15 out. 2019.

ORRELL, C. *et al.* Fixed-dose combination dolutegravir, abacavir, and lamivudine versus ritonavir-boosted atazanavir plus tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine in previously untreated women with HIV-1 infection (ARIA): week 48 results from a randomised, open-label. **The Lancet HIV**, London, v. 4, n. 12, p. e536-e546, 2017.

PASCOM, A. R. P. *et al.* Virological response of RAL-based regimen among HIV-infected pregnant women in Brazil. In: **CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS**, Seattle, 4-7 mar. 2019. Abstracts [...]. [S. l.]: CROI/IAS, 2019. Disponível em: <https://www.croiconference.org/sessions/virological-response-ral-based-regimen-among-hiv-infected-pregnant-women-brazil>. Acesso em: 2 dez. 2019.

SQUIRES, K. *et al.* Integrase inhibitor versus protease inhibitor-based regimen for HIV-1 infected women (WAVES): a randomised, controlled, double-blind, phase 3 study. **The Lancet HIV**, London, v. 3, n. 9, p. e410-e420, 2016.

TOWNSEND, C. L. *et al.* Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000-2011. **AIDS**, London, v. 28, n. 7, p. 1049-1057, 2014.

TUBIANA, R. *et al.* Factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 despite a maternal viral load < 500 copies/mL at delivery: a case-control study nested in the French perinatal cohort (EPF-ANRS CO1). **Clinical infectious diseases**, Oxford, v. 50, n. 4, p. 585-596, 2010.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS. **90-90-90**: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>. Acesso em: 27 jun. 2023.

UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Fast-Track**: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS, 2015. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report. Acesso em: 27 jun. 2023.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

Clique aqui e responda à pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal