

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**

VERSÃO NÃO DIAGRAMADA

Brasília-DF  
Dezembro de 2019

2019. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca

Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

**Elaboração e edição:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

**Organização:**

Ana Roberta Pati Pascom

Fernanda Fernandes Fonseca

Lino Neves da Silveira

Rosana Elisa Gonçalves Gonçalves Pinho

Vanessa Carol de Souza Lima

**Colaboração:**

Araná Sampaio Diniz Guarabyra

Fernanda Borges Magalhães

Gerson Fernando Mendes Pereira

Isabela Ornelas Pereira

Laís Martins de Aquino

Maíra Taques dos Santos Christ

Rafaela Mendes Medeiros

**Revisão ortográfica:**

Angela Gasperin Martinazzo

## Lista de figuras

Figura 1. Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	16
Figura 2. Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV, segundo o momento do início da TARV, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	18
Figura 3. Distribuição das gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV, segundo a CV-HIV basal, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	22
Figura 4. Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV, segundo a CV-HIV no momento do parto, pelo momento do início da TARV, por ano do início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	24
Figura 5. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV com LT-CD4+basal <350 células/mm <sup>3</sup> , pelo momento do início da TARV, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018.....	26
Figura 6. Tempo mediano (em semanas) entre a data de início da gestação e o início da TARV, para gestantes identificadas nos sistemas de HIV e que foram notificadas no Sinan, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2017 .....	28
Figura 7. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e que estavam retidas em TARV seis e 18 meses depois do parto, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2017 .....	30
Figura 8. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV que realizaram os exames e as dispensações de acordo com o recomendado no PCDT, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018.....	32
Figura 9. Proporção de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV com CV≥500 cópias/mL e cobertura de genotipagem entre essas gestantes, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	35
Figura 10. Cobertura (%) de realização de teste de genotipagem pré-tratamento para as GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018.....	37
Figura 11. Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos ITRN e ITRNN das GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	40
Figura 12. Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos IP das GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018.....	41
Figura 13. Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e desfecho nas crianças até 18 meses. Brasil, 2017.....	42
Figura 14. Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV. Brasil, 2010 e 2017 .	43
Figura 15. Cascata de cuidado contínuo das mulheres como um todo e das gestantes vivendo com HIV. Brasil, 2017 .....	44

## Lista de quadros

Quadro 1. Relação dos antirretrovirais incluídos na análise de resistência, e suas respectivas classes.....	13
---	----

## Lista de tabelas

Tabela 1. Taxa de prevalência de HIV entre gestantes, número de nascidos vivos (NV) e estimativa do número de gestantes vivendo com HIV, por região. Brasil, 2017 .....	9
Tabela 2. Tempo mediano entre a DMG-C e a data de início da gestação informada no Sinan por região de residência e ano. Brasil, 2009-2017.....	10
Tabela 3. Distribuição (%) das gestantes identificadas nos sistemas de HIV, segundo o ano de início da gestação, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária. Brasil, 2010-2018.....	17
Tabela 4. Proporção (%) de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018 .....	20
Tabela 5. Proporção (%) de gestantes identificadas nos sistemas de HIV que nunca iniciaram TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018 .....	21
Tabela 6. Proporção (%) de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV com CV-HIV basal <50 cópias/mL pelo momento do início da TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018 .....	23
Tabela 7. Proporção (%) de gestantes identificadas nos sistemas de HIV com CV<50 cópias/mL no momento do parto, pelo momento do início da TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018 .....	25
Tabela 8. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV com LT-CD4+basal <350 células/mm <sup>3</sup> , pelo momento do início da TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018.....	27
Tabela 9. Tempo mediano (em semanas) entre a data de início da gestação e a data de início da TARV, apenas para gestantes identificadas nos sistemas de HIV e que foram notificadas no Sinan, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014, 2017 .....	29
Tabela 10. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV e que estavam retidas em TARV seis e 18 meses depois do parto, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2016, 2017.....	31
Tabela 11. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV que realizaram os exames e as dispensações recomendadas no PCDT-TV, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018.....	33
Tabela 12. Proporção de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV com CV≥500 cópias/mL e cobertura de genotipagem entre essas gestantes, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018.....	36
Tabela 13. Cobertura (%) de realização de genotipagem pré-tratamento entre as GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018 .....	38

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	6
INTRODUÇÃO .....	7
MÉTODOS .....	9
RESULTADOS .....	16
1. Gestantes vivendo com HIV identificadas nos sistemas de HIV .....	16
2. Momento de início da TARV .....	17
3. CV-HIV no início da gestação e no parto .....	22
4. Contagem de LT-CD4+ no início da gestação .....	26
5. Tempo entre a DIG e o início da TARV .....	27
6. Retenção na TARV após o parto .....	29
7. Adequação às recomendações do PCDT-TV .....	31
8. Gestantes experimentadas com carga viral detectável .....	34
9. Cobertura de genotipagem e perfil de resistência pré-tratamento .....	36
10. Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV .....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS .....	48
ANEXOS .....	50

VERSÃO NÃO DIGRAMADA

## APRESENTAÇÃO

O monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) é ferramenta importante para subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências no que concerne ao enfrentamento da epidemia do HIV/aids. Assim, desde 2016, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), do Ministério da Saúde (MS), vem divulgando periodicamente o *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Nele são apresentados indicadores sobre o cuidado das PVHIV, tais como o diagnóstico, o tratamento e a supressão viral. Além desses indicadores, referentes a PVHIV com mais de 18 anos, um único indicador foi incluído para o monitoramento da transmissão vertical (TV) do HIV, a saber, “proporção de crianças de até 18 meses identificadas como infectadas pelo HIV e que estão em acompanhamento no serviço público, por ano de nascimento”.

Uma das prioridades estabelecidas pelo DCCI é a eliminação da TV do HIV. Ciente da lacuna de informação com respeito a essa prioridade, o DCCI vem trabalhando no desenvolvimento de indicadores específicos para o monitoramento clínico tanto das gestantes vivendo com HIV como também de crianças expostas ao HIV. Os indicadores relacionados às gestantes estão apresentados neste *Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes vivendo com HIV*.

Descrevem-se, também, ações estratégicas que estão sendo desenvolvidas por este DCCI para a eliminação da TV do HIV no Brasil. Uma das ações prioritárias é o estabelecimento de indicadores para a vigilância e o monitoramento da transmissão vertical do HIV, incluindo aqueles aqui apresentados, com o objetivo de criar um documento público, de atualização periódica, que subsidie o planejamento em saúde de estados e municípios para o alcance da meta de eliminação desse agravo. Nesse processo, serão atualizadas, também, as recomendações clínicas para o controle da TV do HIV e os formulários dos sistemas de HIV (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – Siscel e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – Siclom), que terão campo específico para a dispensação de terapia antirretroviral (TARV) e realização de exames para gestantes.

Espera-se, assim, que as informações contidas neste documento sejam utilizadas, em tempo oportuno, visando à garantia de um cuidado cada vez melhor e adequado às gestantes que vivem com HIV, qualificando o cuidado em saúde prestado a essas mulheres e, conseqüentemente, eliminando a transmissão vertical do HIV.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que, no Brasil, aproximadamente 327 mil mulheres viviam com o HIV em 2018 (BRASIL, 2018). Quando calculadas as proporções em relação ao número de PVHIV, nota-se que as mulheres apresentavam resultados ligeiramente melhores que os homens nas etapas de diagnóstico, vinculação e retenção no serviço de saúde, porém demonstravam maiores perdas entre as etapas do cuidado contínuo e menor supressão viral quando comparadas aos homens. Assim, o acesso ao diagnóstico entre elas é maior, mas a vinculação e retenção nos serviços, a retenção em terapia e a supressão viral são menores em relação aos homens (BRASIL, 2018; PASCOM et al., 2019).

Nos últimos anos, as cascatas de cuidado contínuo se tornaram importantes instrumentos para o monitoramento da resposta à epidemia de HIV. As metas 90-90-90, baseadas na cascata, são importantes para o monitoramento do avanço de programas ao longo do tempo, bem como para a sinalização de possíveis áreas com necessidade de maior atenção, auxiliando no racional de alocação de recursos humanos e financeiros (UNAIDS, 2014).

No que se refere especificamente ao monitoramento clínico das mulheres vivendo com HIV (MVHIV), torna-se imprescindível não apenas considerar o gênero feminino, mas incluir as mulheres transexuais e travestis. Além disso, é necessário avaliar outros contextos específicos e vulnerabilidades, descrevendo as peculiaridades em relação à raça/cor e à escolaridade, por exemplo. É fundamental, também, a avaliação das mulheres considerando a complexidade do seu ciclo de vida, 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 o período puerperal.

A gestação motivou um monitoramento específico, objeto deste documento. Trata-se aqui do cuidado realizado em uma etapa importante do ciclo de vida das MVHIV, em relação à sua própria saúde, mas também é um indicador aproximado do acesso das mulheres ao cuidado, de maneira mais ampla, no que diz respeito a tecnologias de prevenção e de diagnóstico do HIV das mulheres de forma geral.

O olhar para o cuidado das gestantes vivendo com HIV (GVHIV) é imprescindível para atingirmos a meta da eliminação da transmissão vertical do HIV. A transmissão vertical (TV) do HIV, ou seja, a infecção da criança durante a gestação, ainda intraútero, 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 realizadas 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, 2019), disponíveis para todas as mulheres por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde (MS), 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 esforços para o controle da doença e a eliminação da transmissão vertical do HIV. Para os anos de 2019 a 2023, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS, tem 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 TV, 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 DCCI e com outros departamentos do MS.

Um dos resultados dessa priorização é a elaboração do presente relatório. Apesar de este documento se ater aos indicadores das gestantes, a cascata de cuidado contínuo do HIV estimada inclui informações relacionadas às MVHIV, bem como ao desfecho da gestação, ou seja, as crianças expostas ao HIV.

No entanto, apesar de ainda não ser parte do escopo deste documento, é importante chamar a atenção para o fato de que a eliminação da transmissão vertical do HIV tem uma faceta anterior ao evento gestação, que é imprescindível do ponto de vista da saúde pública: a garantia do acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Dessa forma, estamos falando de prevenção primária da infecção ao HIV e de prevenção de gestações não planejadas.

Outro aspecto não incluído aqui, 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, devem-se adotar, também, as estratégias preconizadas no pré-natal do parceiro, disponíveis no *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde* (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, o objetivo do presente relatório é apresentar uma série de indicadores relacionados às etapas do cuidado contínuo de gestantes vivendo com HIV, bem como a cascata de cuidado contínuo específica para gestantes vivendo com HIV (GVHIV).

VERSÃO NÃO DIFUSIVEL



## MÉTODOS

Para o monitoramento clínico das GVHIV, foram utilizadas as informações dos seguintes sistemas de HIV: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e Sistema de Controle de exames de Genotipagem (Sisgeno). Além disso, foram incluídas também informações provenientes do relacionamento probabilístico dessas bases de dados com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

- **Gestantes infectadas pelo HIV**

O número de gestantes infectadas pelo HIV foi calculado levando em consideração a prevalência de HIV entre gestantes estimada por Domingues et al. (2015) e o número de nascidos vivos no ano de 2017, registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), acrescidos de 10% para computar as perdas fetais (DOMINGUES, 2019). Os cálculos foram feitos 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 (NV) e estimativa do número de gestantes vivendo com HIV, por região. Brasil, 2017**

Região de residência	Taxa de prevalência do HIV (%) <sup>(1)</sup>	Número de NV <sup>(2)</sup>	NV + 10% perdas fetais <sup>(3)</sup>	Número de GVHIV
Norte	0,44	312.682	343.950	1.513
Nordeste	0,29	817.311	899.042	2.607
Sudeste	0,34	1.151.832	1.267.015	4.308
Sul	0,87	397.604	437.364	3.805
Centro-Oeste	0,31	244.106	268.517	832
Brasil	-	-	-	13.066

Fontes: (1) Domingues et al., 2015; (2) MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); (3) Domingues, 2019.

- **Gestantes identificadas nos sistemas de HIV**

Todas as mulheres que tinham o campo “gestante” preenchido em pelo menos um dos pedidos de exames (CD4, CV-HIV ou genotipagem) ou de antirretrovirais (ARV) foram assinaladas como gestantes no ano. Calculou-se então, uma data da 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. Para garantir que 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 as DMG corrigidas (DGM-C). Como não é possível calcular esse intervalo para as gestações identificadas em 2009, esse ano específico foi descartado da análise, sendo apenas utilizado para corrigir as gestações de 2010. Estimou-se, assim, o número de gestações por ano, totalizando 46.238 gestações entre 2010 e 2018.

Dessas mais de 46 mil gestações identificadas entre 2010 e 2018 nos sistemas de HIV, 43% (20 mil) foram também identificadas no Sinan. Para essas mulheres notificadas no Sinan, foi possível recuperar as datas estimadas de início da gestação e a data do parto. Essas duas datas foram, então, comparadas à DMG-C. Nessa comparação, observou-se que a entrada das gestantes nos sistemas de HIV se dava, em mediana, com um atraso que variou de 139 dias, em 2010, a 119 dias, em 2017. Além disso, constatou-se também que esse atraso era estatisticamente diferente por região de residência da gestante (Tabela 2).

Assim, de posse dessas evidências, a data de início de gestação (DIG) foi estimada como a diferença entre a DMG-C e a mediana do tempo de atraso para cada região brasileira, conforme a Tabela 2. Por exemplo, considerando que o ano da DMG-C seja 2016 e a gestante seja residente na região Sudeste, a DIG foi calculada da seguinte maneira: DIG=DMG-114 dias. A estimação da DIG de gestantes com ano de DMG-C igual a 2018 ou 2019 foi feita com base nos valores observados em 2017.

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

**Tabela 2. Tempo mediano entre a DMG-C e a data de início da gestação informada no Sinan por região de residência e ano. Brasil, 2009-2017**

Região de residência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norte	152	161	164	141	153	157	136	176	109
Nordeste	163	169	152	144	155	143	133	142	109
Sudeste	139	133	126	116	121	120	112	114	105
Sul	131	126	121	120	116	113	111	108	106
Centro-Oeste	153	128	142	121	134	137	118	126	107
Brasil	139	134	131	122	125	122	116	119	106

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Neste relatório, estabeleceu-se que o número de gestantes identificadas no ano seria igual ao número de gestantes com início da gestação no respectivo ano.

- **Gestantes experimentadas e não experimentadas**

As GVHIV 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 depois da DIG foram classificadas como não experimentadas, ou seja, GVHIV que iniciaram TARV, pela primeira vez, após o diagnóstico de gestação.

Essa classificação é importante para analisar as características daquelas gestantes que já vinham em seguimento, e diferenciá-las daquelas em que o pré-natal foi a oportunidade de iniciar o tratamento para o HIV. Uma limitação importante dessa classificação, neste primeiro relatório, é que não foi avaliada a adesão nos últimos meses para as GVHIV classificadas como

experimentadas. Dessa forma, estão entre elas as mulheres em abandono, que podem ter, ou não, retomado a TARV no momento do diagnóstico da gestação.

- **Carga viral do HIV e contagem de LT-CD4+**

Exames de carga viral do HIV (CV-HIV) ou LT-CD4+ realizados entre 180 dias antes e 15 dias depois da DIG foram considerados exames basais. Já aquelas CV-HIV realizadas entre 180 dias antes e 15 dias depois da DP foram analisadas como *proxy* da CV-HIV no momento do parto.

- **Tempo para o início da TARV**

A estimativa do tempo para o início da TARV foi calculada a partir da data de início da gestação registrada no Sinan; conseqüentemente, apenas gestantes notificadas como HIV+ nesse sistema foram incluídas na análise. Isso foi necessário porque a DIG foi estimada a partir da data de início da TARV, e mais de um terço das gestantes identificadas nos sistemas de HIV tinham apenas dispensação de ARV, o que causaria viés nesse indicador.

Esse indicador foi calculado apenas para as GVHIV classificadas como não experimentadas e constitui uma importante inferência sobre a qualidade do cuidado prestado às gestantes vivendo com HIV, que devem ser priorizadas no agendamento das consultas e no início precoce da TARV.

- **Retenção na TARV**

É sabido que o puerpério é um período de necessidade de maior apoio da rede social da mulher e dos serviços de saúde, já que se configura período de risco para abandono da TARV. A retenção à TARV das gestantes em tratamento, que eram experimentadas ou não antes da gestação, também foi calculada a partir da DP. Toda mulher que tinha pelo menos uma dispensação de ARV entre 150 e 270 dias depois da DP foi considerada retida ao tratamento seis meses depois do parto, e aquelas que tiveram pelo menos uma dispensação entre 510 e 620 dias depois da DP foram consideradas retidas à TARV 18 meses após o parto.

- **Adequação às recomendações do PCDT-TV**

Analisou-se também a adequação às recomendações do PCDT-TV<sup>1</sup> (BRASIL, 2019). O PCDT-TV reúne as recomendações para o cuidado da prevenção da transmissão vertical do HIV, com a definição dos critérios de testagem, diagnóstico e tratamento das gestantes, assim como cuidados no parto para a mulher e para a criança exposta.

Para o entendimento dos alvos observados, descrevem-se a seguir as recomendações de manejo da GVHIV. No que se refere à indicação de exame de carga viral do HIV (CV-HIV), as gestantes não experimentadas (aquelas que iniciam TARV pela primeira vez após o diagnóstico da gestação) devem fazê-lo nos seguintes momentos: assim que realizado o diagnóstico da

---

<sup>1</sup> Para maiores informações, o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais está disponível em aplicativos para download gratuito nas plataformas Android e iOS, para smartphones e tablets, e também pode ser acessado em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

infecção pelo HIV; duas a quatro semanas após a introdução da TARV; a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto; e sempre que houver dúvida quanto à adesão à TARV. Para as gestantes experimentadas (aquelas que já estavam em TARV antes da gestação), indica-se a realização de CV-HIV: na primeira consulta de pré-natal; duas a quatro semanas após modificação da TARV; a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto; e sempre que houver dúvida quanto à adesão à TARV.

As gestantes também devem realizar o exame de contagem de células T CD4+ (LT-CD4+). As gestantes não experimentadas devem fazer o exame assim que realizado o diagnóstico da infecção pelo HIV e trimestralmente durante a gestação para gestantes em início de tratamento, de acordo com necessidade clínica. Já as experimentadas devem realizá-lo no primeiro trimestre de gestação, mas necessitam repetir o exame de acordo com indicação clínica.

Com respeito à indicação para início da TARV nas GVHIV não experimentadas, orienta-se aguardar o término do primeiro trimestre de gestação, se a condição clínica e imunológica da gestante o permitir. A partir do segundo trimestre de gestação, a indicação é que a TARV seja iniciada para todas as GVHIV, com esquema preferencial contendo tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) e raltegravir (RAL). Para as gestantes vivendo com HIV que já usavam TARV antes do diagnóstico da gestação e apresentam CV-HIV indetectável ( $CV \leq 50$  cópias/mL), recomenda-se manter o mesmo esquema de TARV. Todas as gestantes com carga viral detectável deverão ser avaliadas quanto à adesão à TARV, possíveis interações medicamentosas ou resistência aos antirretrovirais, de modo que a terapia possa ser otimizada e que essa GVHIV atinja a indetectção o mais rapidamente possível.

Além das recomendações para as gestantes, o PCDT-TV traz também as indicações de profilaxia com ARV para o recém-nascido (RN) exposto ao HIV. Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV deverão receber profilaxia com antirretroviral como uma das medidas de prevenção da TV do HIV. O RN deve receber zidovudina (AZT) solução oral, preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos e nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida. Para aqueles RN de mães com CV-HIV maior que 1.000 cópias/mL registrada no último trimestre ou com CV-HIV desconhecida, a nevirapina (NVP) deverá ser acrescentada ao AZT e iniciada até 48 horas após o nascimento.

Dessa forma, para monitorar a adequação às recomendações do PCDT-TV para GVHIV, aquelas que realizaram pelo menos um exame de CV-HIV, uma contagem de LT-CD4, e pelo menos uma dispensação de TARV nos primeiros 180 dias após a DIG foram classificadas como em adequação às recomendações do PCDT-TV. Foi calculada, também, a proporção de gestantes que realizaram pelo menos uma CV-HIV e tiveram pelo menos uma dispensação de TARV entre 150 e 273 dias depois da DIG para verificar a adequação às recomendações do PCDT-TV do último trimestre. Por fim, calculou-se, ainda, a proporção de gestantes que cumpriram as duas recomendações. Os sistemas de informações de HIV ainda não permitem o monitoramento da adequação às recomendações do RN exposto ao HIV.

- **Gestantes experimentadas com carga viral detectável**

Outra recomendação presente no PCDT-TV é que gestantes que estejam em TARV desde antes da gestação, e que apresentem CV-HIV detectável ( $CV-HIV \geq 50$  cópias/mL), deverão ser

avaliadas quanto à adesão e à possibilidade de interação medicamentosa. Além dessas questões relacionadas ao uso do antirretroviral, há indicação de exame de genotipagem sempre que houver falha virológica, ou seja, caso a CV-HIV seja superior a 500 cópias/mL.

Foram consideradas como GVHIV experimentadas, com indicação de realização de exame de genotipagem, aquelas que possuíam pelo menos um resultado de CV-HIV no período de 15 dias antes da DIG até 15 dias depois da DP, com resultado superior a 500 cópias/mL. A proporção de GVHIV experimentadas com carga viral detectável foi calculada em relação às aquelas que realizaram CV-HIV no SUS no intervalo de tempo analisado.

- **Cobertura de exame de genotipagem**

A cobertura de exame de genotipagem foi analisada para as GVHIV experimentadas e não experimentadas. Para as experimentadas, analisaram-se aquelas identificadas nos sistemas de HIV com pelo menos uma coleta de exame de genotipagem entre 30 dias antes da coleta da CV-HIV com resultado igual ou superior a 500 cópias/mL e até 30 dias depois da DP. Foram excluídas as genotipagens pré-tratamento, ou seja, aquelas nas quais a coleta para a realização do exame foi realizada até 14 dias depois da data da primeira dispensação de TARV.

Já para as gestantes não experimentadas, verificou-se a proporção daquelas que tiveram coleta para o exame de genotipagem identificada como pré-tratamento de 180 dias antes da DIG até a DP. É importante lembrar que, para gestantes não experimentadas, é recomendada a realização de exame de genotipagem pré-tratamento (antes do início da TARV) assim que realizado 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 (análogos – ITRN – e não análogos de nucleosídeos – ITRNN) utilizando-se o Algoritmo de Interpretação de Resistência Genotípica (Programa HIVdb, Stanford), de acordo com o Quadro 1. As sequências que apresentaram pontuação menor ou igual a 9 foram classificadas como susceptíveis; aquelas que pontuaram entre 10 e 59 foram classificadas com resistência intermediária; e as que totalizaram 60 ou mais pontos foram consideradas resistentes. Estas últimas estão representadas nas Figuras de 12 a 14.

**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)	Zidovudina (AZT)	Nevirapina (NVP)
Tipranavir/ritonavir (TPV/r)	Tenofovir (TDF)	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

- **Cascata de cuidado contínuo**

A cascata de cuidado contínuo das GVHIV foi estimada, neste relatório, para o ano de 2017. Foram também incluídas algumas barras relacionadas às crianças menores de 18 meses, uma vez que esses resultados estão relacionados às ações realizadas durante a gestação e/ou parto.

Na primeira parte da cascata, relacionada às gestantes, estimou-se o número de GVHIV infectadas, diagnosticadas, vinculadas ou identificadas, em TARV, em adequação às recomendações do PCDT-TV e em supressão viral.

O número de gestantes vinculadas foi estipulado como sendo igual ao número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV (Siscel, Siclom e Sisgeno). Para a estimação das gestantes diagnosticadas, utilizou-se também o Sinan. Assim, foram consideradas diagnosticadas aquelas mulheres identificadas nos sistemas de HIV e aquelas que estavam notificadas como GVHIV no Sinan, e que não foram encontradas nesses primeiros sistemas.

As gestantes em TARV foram estimadas em dois momentos: no primeiro e no terceiro trimestres. Gestantes que tinham pelo menos uma dispensação de ARV 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 nos dois momentos.

Gestantes que apresentaram CV-HIV inferior a 50 cópias/mL entre 180 dias antes e 15 dias depois da DP foram consideradas em supressão viral no parto. Essa barra é especialmente importante para a prevenção da transmissão vertical do HIV, já que sabemos que a carga viral materna e o uso de TARV têm o maior impacto quanto ao risco.

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

A segunda parte da cascata contemplou informações sobre as crianças expostas ao HIV por transmissão vertical. Para tal, partiu-se das gestantes infectadas, e foram estimados, para o ano de 2017, o número de crianças: expostas, vinculadas, não infectadas, que receberam profilaxia, que foram infectadas e que estavam em TARV.

Para estimar o número de crianças expostas, subtraiu-se do número de gestantes infectadas o número estimado de perdas fetais (abortos e natimortos), que foi de 4,7% (PEREIRA et al., 2019).

Todas as crianças nascidas no ano de 2017 e que realizaram pelo menos uma CV-HIV no sistema público de saúde foram consideradas vinculadas. Das crianças vinculadas, aquelas que apresentaram, em um período de 18 meses, duas CV-HIV superiores a 5.000 cópias/mL ou que entraram em TARV nesse mesmo período foram consideradas infectadas. Além disso, assumiu-se que a mesma probabilidade de transmissão seria observada entre aquelas crianças que apresentaram apenas uma CV-HIV ou duas CV-HIV discordantes, consideradas com status indefinido. Essas últimas foram somadas às infectadas.

O número de crianças que receberam profilaxia foi estimado a partir dos registros de dispensações de profilaxia para recém-nascidos do Siclom. Como o registro não é feito por

indivíduo e sim por dispensação, esse número funciona apenas como *proxy* de crianças que receberam profilaxia.

O número de crianças em TARV foi estimado a partir do Siclom. Na base de dados com informações até 30 de junho de 2019, foram contabilizadas todas as crianças que estavam em TARV nascidas no ano de 2017.

Incluiu-se também uma análise comparativa entre a cascata das GVHIV e das mulheres como um todo. Para essa comparação, foram consideradas em TARV as mulheres que estavam em tratamento nos dois momentos analisados, ou seja, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, e a CV-HIV analisada foi a do momento do parto. Para maiores detalhes sobre a cascata das mulheres, consultar o *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV* (BRASIL, 2018).

- **Análise estatística**

Em todas as análises, verificou-se se havia diferenças estatisticamente significativas por meio do teste quiquadrado para diferenças de proporções. Além disso, as tendências dos indicadores incorporados neste relatório foram analisadas por meio de modelos aditivos generalizados, devido ao fato de as tendências não serem lineares.

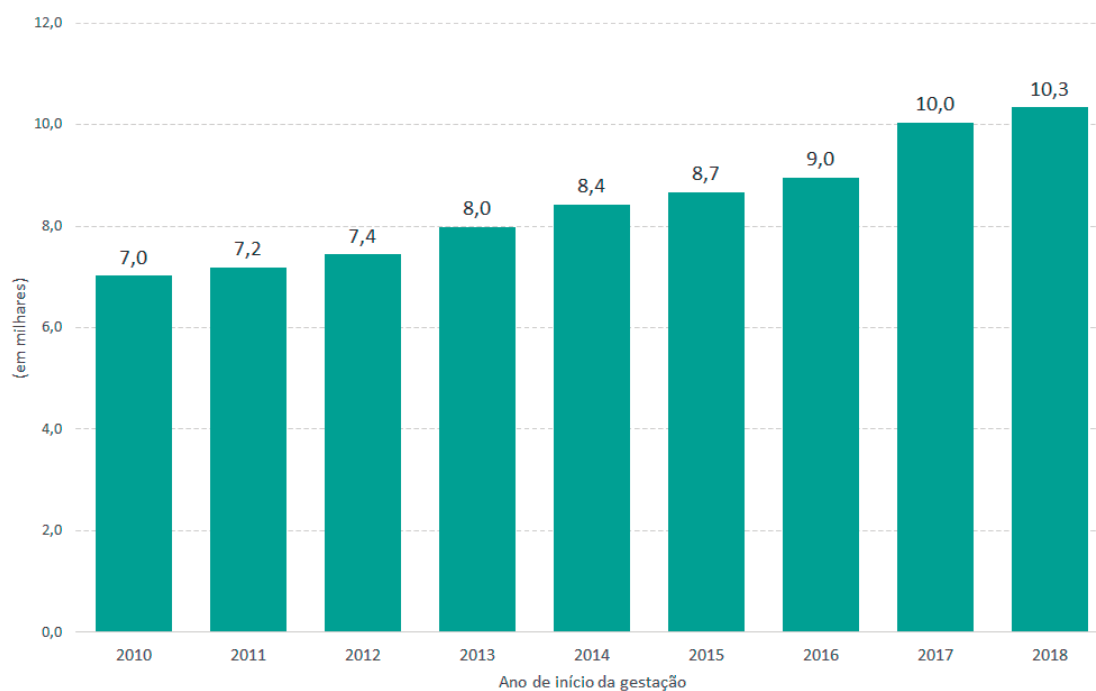
VERSÃO NÃO DIAGRAMADA



## RESULTADOS

### 1. Gestantes vivendo com HIV identificadas nos sistemas de HIV

A Figura 1 apresenta o número estimado de gestantes identificadas nos sistemas de HIV, por ano de início da gestação, que variou de sete mil gestantes, em 2010, a 10,3 mil gestantes, em 2018.



**Figura 1. Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Nota: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

No que se refere ao sistema de HIV em que a gestante foi identificada, verificou-se que, em 2018, 73% delas tinham pelo menos uma dispensação no Siclom, 64% pelo menos um exame de LT-CD4+ e/ou CV-HIV no Siscel e 21% pelo menos um exame de genotipagem no Sisgeno, no mesmo ano (Tabela A1 do Anexo). Ainda em 2018, 31% só foram identificadas no Siclom; dessas, 9% tinham apenas exame de CV-HIV e 2% contagem de LT-CD4+.

A Tabela 3 apresenta as características sociodemográficas das gestantes identificadas nos sistemas de HIV. Observa-se que, em 2018, a maior parte das gestantes identificadas residiam nas regiões Sudeste (37%) e Sul (27%). No período entre 2010 e 2018, há um aumento na proporção de gestantes residentes nas regiões Norte (de 6% para 10%) e Nordeste (de 14% para 20%). Não há mudanças na distribuição de GVHIV por local de residência: aproximadamente 70% delas residiam em cidades do interior em todo o período analisado. Dessa forma, as gestões e serviços de saúde devem incluir em seus planos de trabalho ações que fomentem o fortalecimento da rede de cuidado dessa maioria de mulheres que não residem em capitais e, conseqüentemente, podem estar mais distantes dos centros de referência que foram classicamente colocados como centrais na resposta ao HIV.



No que se refere à raça/cor, há um aumento na participação de gestantes negras, que passou de 38%, em 2010, para 45%, em 2018. Nesse mesmo período, observa-se uma diminuição da proporção de mulheres brancas, que caiu de 40% para 34%, no mesmo período (Tabela 3). A distribuição das GVHIV por escolaridade permaneceu praticamente constante desde 2012: aproximadamente metade delas tinham até 11 anos de estudo. Vale destacar que ainda é bastante importante a proporção de gestantes com informação de escolaridade ignorada.

Ainda de acordo com a Tabela 3, nota-se que aproximadamente metade das GVHIV tinham entre 20 e 29 anos durante todo o período analisado. Por outro lado, as gestantes com mais de 40 anos dobraram sua participação, que passou de 6%, em 2010, para 12%, em 2018.

**Tabela 3. Distribuição (%) das gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo o ano de início da gestação, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária. Brasil, 2010-2018**

Características	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Região de residência									
Norte	5,8	6,8	7,3	6,9	6,5	7,8	8,6	9,1	10,2
Nordeste	13,9	13,8	14,4	15,9	15,0	15,4	16,4	17,3	19,7
Sudeste	43,7	42,7	40,0	40,3	41,6	39,6	38,9	38,4	36,8
Sul	30,3	30,4	32,7	30,4	30,4	31,1	29,7	29,0	27,0
Centro-Oeste	6,2	6,3	5,7	6,6	6,5	6,0	6,4	6,2	6,3
Local de residência									
Capital	29,6	30,8	33,3	32,0	31,6	32,7	33,7	33,2	31,4
Interior	70,4	69,2	66,7	68,0	68,4	67,3	66,3	66,8	68,6
Raça/cor									
Branca/amarela	40,0	39,7	39,8	38,0	38,3	36,7	37,5	36,9	34,2
Negra	37,6	38,5	38,2	38,8	40,5	42,2	42,8	42,8	45,2
Indígena	0,4	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2
Ignorada	22,1	21,6	21,7	22,8	20,9	20,9	19,4	20,1	20,4
Escolaridade									
0 a 7 anos	31,9	32,0	29,1	28,3	27,6	26,6	27,1	26,1	25,8
8 a 11 anos	23,6	24,7	24,0	23,2	23,3	25,4	25,7	25,2	24,4
12 e mais anos	6,0	7,0	7,0	6,9	6,7	6,8	7,8	8,0	8,3
Ignorada	38,5	36,3	39,9	41,6	42,4	41,2	39,4	40,8	41,5
Faixa etária									
≤ 19 anos	13,0	12,6	13,2	14,2	13,4	13,0	12,2	11,1	11,1
20 a 24 anos	22,9	22,5	23,4	22,3	23,5	22,2	21,0	21,7	21,7
25 a 29 anos	25,2	25,7	24,6	24,8	23,9	23,5	23,1	23,2	22,2
30 a 39 anos	32,4	33,2	32,5	32,1	32,1	32,7	33,6	33,7	33,2
40 anos ou mais	6,5	6,1	6,3	6,6	7,2	8,6	10,0	10,3	11,7

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno. (2) Valores absolutos apresentados na Tabela A2 do Anexo.

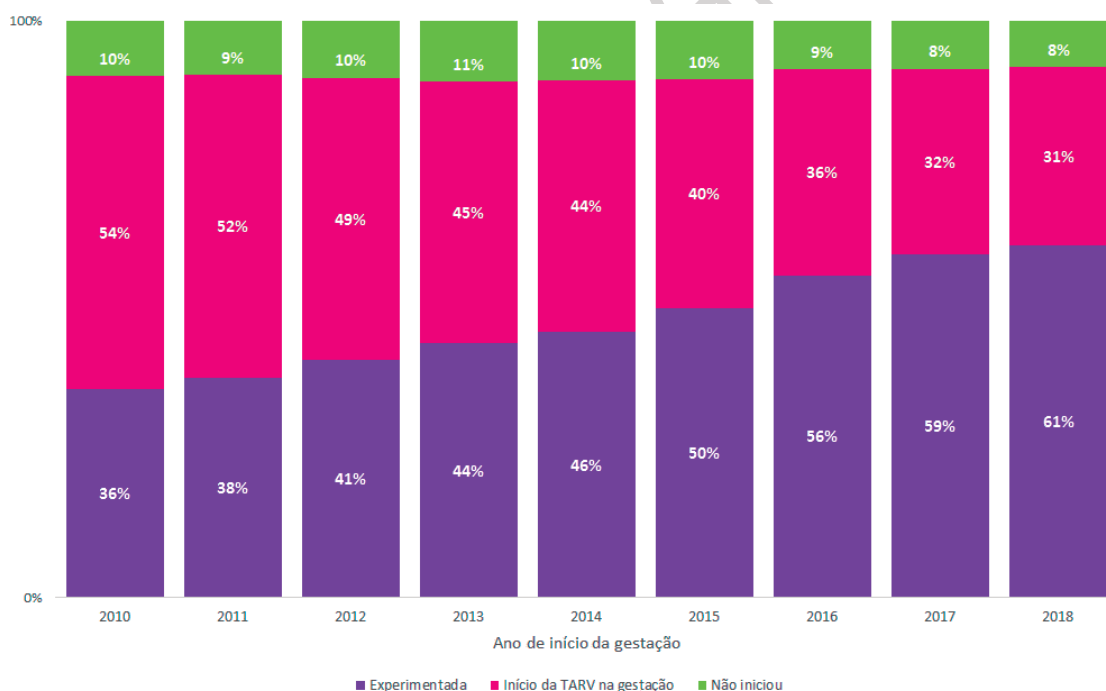
## 2. Momento de início da TARV

A distribuição das gestantes identificadas de acordo com o momento de início da TARV está apresentada na Figura 2. Nota-se que há um aumento importante na proporção de gestantes experimentadas, ou seja, que iniciaram TARV antes da gestação, que passou de 36%, em 2010, para 61%, em 2018 (p-valor<0,001). Isso reflete ampliação do acesso ao diagnóstico e

tratamento entre as MVHIV. Por outro lado, a proporção das GVHIV que não iniciaram TARV apresentou ligeiro decréscimo no período analisado (p-valor=0,014), atingindo 8%, em 2018.

O país tem um histórico de políticas públicas de fomento ao diagnóstico do HIV durante o período do pré-natal, bem como oferta de cuidado a essas mulheres. Em 2000, o Brasil instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (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 pelas PVHIV é universal no país desde 1996. Em dezembro de 2013, foi instituído o tratamento para todas as PVHIV, independentemente dos critérios virológicos ou imunológicos. Dessa forma, o aumento proporcional das gestantes vivendo com HIV experimentadas pode refletir anos de política de acesso à TARV, redução de estigma e melhoria de aspectos de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, que podem engravidar com baixo risco de transmissão vertical do HIV, desde que tenham acesso a todas as tecnologias de prevenção disponíveis no SUS.



**Figura 2. Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo o momento do início da TARV<sup>(2)</sup>, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018<sup>(3)</sup>**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) Experimentadas: aquelas cuja primeira dispensação da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da data de início da gestação; e início da TARV na gestação: aquelas cuja primeira dispensação da vida aconteceu entre 15 e 295 dias depois da data de início da gestação.





















(3) Valores absolutos apresentados na Tabela A3 do Anexo.

A Tabela 4 mostra a proporção de gestantes experimentadas segundo algumas características sociodemográficas. Em 2018, os maiores percentuais foram observados na região Sul (70%), entre aquelas de raça/cor branca ou amarela (69%) e com mais de 40 anos (85%). Por outro lado, os menores percentuais foram verificados nas regiões Norte (54%) e Nordeste (54%) e entre as mulheres menores de 19 anos (43%) e entre 20 e 24 anos (52%). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas proporções de gestantes experimentadas por local de residência nesse mesmo ano.

Para todas as variáveis analisadas, observou-se tendência de aumento da proporção de gestantes experimentadas, sendo os maiores incrementos observados entre as indígenas, as residentes na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste e as gestantes menores de 24 anos.

Na Tabela 5, estão apresentadas as proporções de gestantes identificadas nos sistemas de HIV que nunca iniciaram TARV segundo algumas variáveis sociodemográficas. Desde 2013, o país adota a estratégia de tratamento para todas as PVHIV, e isso é especialmente importante no contexto das mulheres, considerando ainda o impacto no cuidado prestado a elas em relação à transmissão vertical do HIV. Em 2018, as maiores proporções das gestantes que nunca iniciaram TARV foram observadas entre as residentes na região Sudeste (11%), aquelas com menos de 19 anos (10%), aquelas de 20 a 24 anos (10%), as de 25 a 29 anos (9%) e as residentes em capitais (9%). Essa proporção permaneceu constante em todas as estratificações analisadas, com exceção dos decréscimos estatisticamente significativos observados entre gestantes residentes no interior ( $p$ -valor=0,006) e aquelas com até 19 anos ( $p$ -valor=0,022) e com mais de 40 anos ( $p$ -valor=0,019). Dessa forma, o presente relatório traz um diagnóstico de alguns perfis de vulnerabilidade que podem guiar as políticas públicas e a organização dos serviços.

Tabela 4. Proporção (%) de gestantes experimentadas<sup>(1)</sup> identificadas nos sistemas de HIV<sup>(2)</sup>, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018

Características		Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018	
		2010	2014	2018		p-valor <sup>3</sup>
Região de residência	Norte	26,0	33,1	54,2		<0,001
	Nordeste	27,8	37,7	54,7		<0,001
	Sudeste	39,1	46,2	60,7		0,013
	Sul	39,0	52,0	70,3		<0,001
	Centro-Oeste	29,5	48,1	59,6		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Local de residência	Capital	36,8	44,1	59,8		<0,001
	Interior	35,9	46,9	62,1		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	0,461	0,015	0,071		
Raça/cor	Branca/Amarela	39,7	51,4	68,7		<0,001
	Negra	35,5	42,1	56,7		<0,001
	Indígena	23,1	29,2	65,0		<0,001
	Ignorada	31,2	43,9	57,9		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	39,5	52,1	64,9		<0,001
	8 a 11 anos	34,8	46,9	63,5		<0,001
	12 e mais anos	37,6	49,6	61,1		<0,001
	Ignorada	34,1	41,0	57,2		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Faixa etária	≤ 19 anos	19,9	28,8	43,2		<0,001
	20 a 24 anos	25,8	37,7	52,0		<0,001
	25 a 29 anos	32,8	45,2	59,0		<0,001
	30 a 39 anos	48,3	54,3	66,3		<0,001
	40 anos ou mais	58,1	71,3	84,5		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Foram consideradas experimentadas aquelas gestantes cuja primeira dispensação da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da DIG.






















(2) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(3) Para tendência.

(4) Para diferença de proporções.

(5) Valores absolutos apresentados na Tabela A4 do Anexo.

Tabela 5. Proporção (%) de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> que nunca iniciaram TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018

Características		Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018	
		2010	2014	2018		p-valor <sup>2</sup>
Região de residência	Norte	4,9	7,6	5,2		0,107
	Nordeste	7,8	9,8	6,8		0,098
	Sudeste	13,8	14,6	11,3		0,999
	Sul	5,9	6,3	5,3		0,396
	Centro-Oeste	5,3	5,3	5,1		0,999
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Local de residência	Capital	8,6	12,7	9,1		0,995
	Interior	9,9	9,2	7,2		0,006
	p-valor <sup>3</sup>	0,043	<0,001	0,009		
Raça/cor	Branca/Amarela	6,0	7,5	5,9		0,011
	Negra	6,1	7,3	6,8		0,066
	Indígena	7,7	12,5	0,0		0,996
	Ignorada	22,3	21,4	14,5		0,009
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	6,0	7,4	7,2		0,118
	8 a 11 anos	6,3	9,0	6,8		<0,001
	12 e mais anos	5,9	7,3	6,4		0,731
	Ignorada	15,3	13,5	9,7		0,002
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Faixa etária	< 19 anos	14,3	14,5	10,3		0,022
	20 a 24 anos	10,5	12,1	9,5		0,060
	25 a 29 anos	9,4	9,8	8,8		0,141
	30 a 39 anos	7,7	7,9	7,0		0,242
	40 anos ou mais	7,9	9,4	3,9		0,019
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

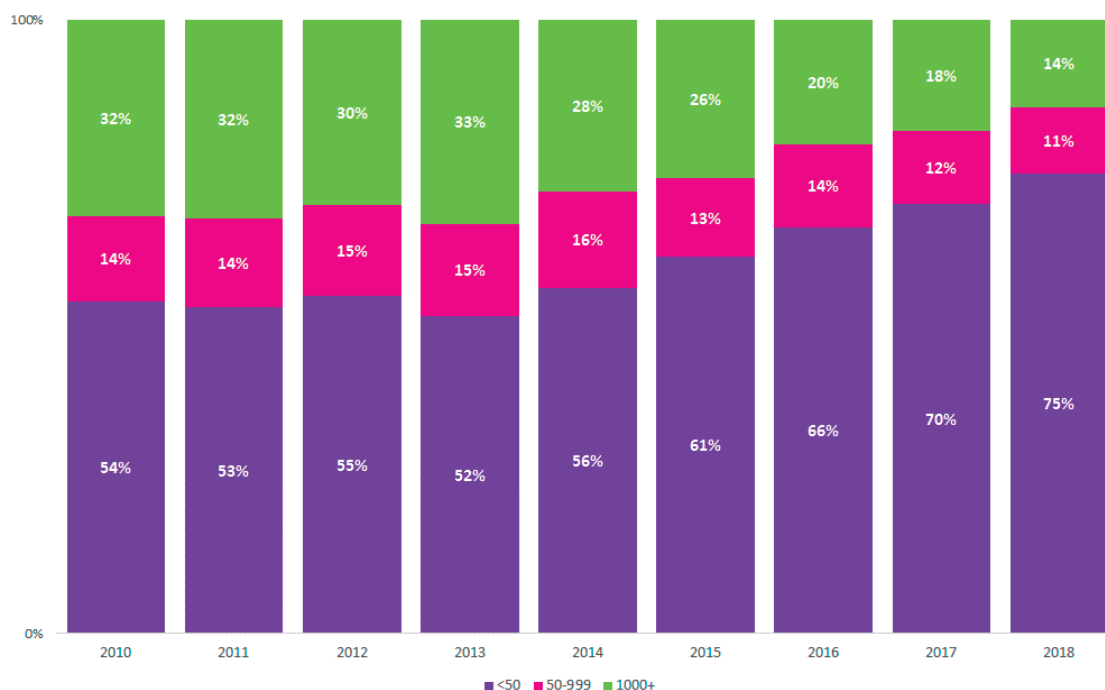
Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) Para tendência.

(3) Para diferença de proporções.

### 3. CV-HIV no início da gestação e no parto

Em 2018, 75% das gestantes experimentadas apresentaram CV inferior a 50 cópias/mL no início da gestação, proporção essa 39% maior do que a observada em 2010 (54%), um crescimento estatisticamente significativo de 39% no período (p-valor=0,001) (Figura 3). Esse dado dialoga com o aumento proporcional das gestantes experimentadas, refletindo melhoria no cuidado às mulheres vivendo com HIV e gravidez em um melhor cenário quanto à prevenção da transmissão vertical do HIV.



**Figura 3. Distribuição das gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo a CV-HIV basal<sup>(2)</sup>, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.




















Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) A CV-HIV basal, ou seja, a CV-HIV no início da gestação, foi definida como aquela que foi realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

A Tabela 6 mostra a proporção de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV, e que apresentavam CV-HIV basal indetectável, ou seja, inferior a 50 cópias/mL no início da gestação. Em 2018, as maiores proporções de gestantes experimentadas com CV-HIV indetectável foram observadas entre as residentes na região Centro-Oeste (80%), as brancas (78%), as com mais de 12 anos de estudo (81%) e aquelas com idade de 30 a 39 anos (78%) e mais de 40 anos (81%). Não foram identificadas diferenças estatísticas na proporção de gestantes experimentadas identificadas nos sistemas de HIV e que apresentavam a CV-HIV basal indetectável quando estratificadas por região ou local de residência.

Em todas as estratificações analisadas, foram observadas tendências significativas de crescimento na proporção de gestantes experimentadas com CV-HIV basal indetectável. Os maiores crescimentos, entre 2010 e 2018, foram observados entre as gestantes com menos de 19 anos (75%) e de 20 a 24 anos (65%), as residentes na região Nordeste (48%) e aquelas com até sete anos de estudo (47%).

Tabela 6. Proporção (%) de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> com CV-HIV basal<sup>(2)</sup> <50 cópias/mL pelo momento do início da TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018

Características	Experimentadas			Tendências 2010-2018	p-valor	
	Ano de início da gestação	2010	2014			2018
Região de residência	Norte	54,7	43,0	72,3		0,026
	Nordeste	49,7	58,2	73,6		<0,001
	Sudeste	54,9	58,4	74,3		0,001
	Sul	52,7	55,5	75,8		<0,001
	Centro-Oeste	61,6	51,1	80,0		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	0,759	0,155	0,232		
Local de residência	Capital	56,1	56,8	73,9		<0,001
	Interior	53,2	56,0	75,3		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	0,612	0,416	0,528		
Raça/cor	Branca/Amarela	55,0	60,4	77,9		<0,001
	Negra	53,6	50,8	72,0		<0,001
	Indígena	-	-	-	-	-
	Ignorada	53,1	56,8	74,9		0,001
	p-valor <sup>4</sup>	0,612	0,001	0,003		
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	49,2	53,6	72,2		<0,001
	8 a 11 anos	57,0	55,5	76,9		<0,001
	12 e mais anos	59,6	66,5	81,3		0,010
	Ignorada	56,0	56,9	74,0		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	0,164	0,019	0,019		
Faixa etária	< 19 anos	37,1	37,3	64,9		<0,001
	20 a 24 anos	38,7	36,3	64,1		0,001
	25 a 29 anos	47,7	52,3	75,0		<0,001
	30 a 39 anos	61,2	62,4	78,4		<0,001
	40 anos ou mais	62,7	76,4	81,3		<0,001
	p-valor <sup>4</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) A CV-HIV basal foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

(3) Para tendência.

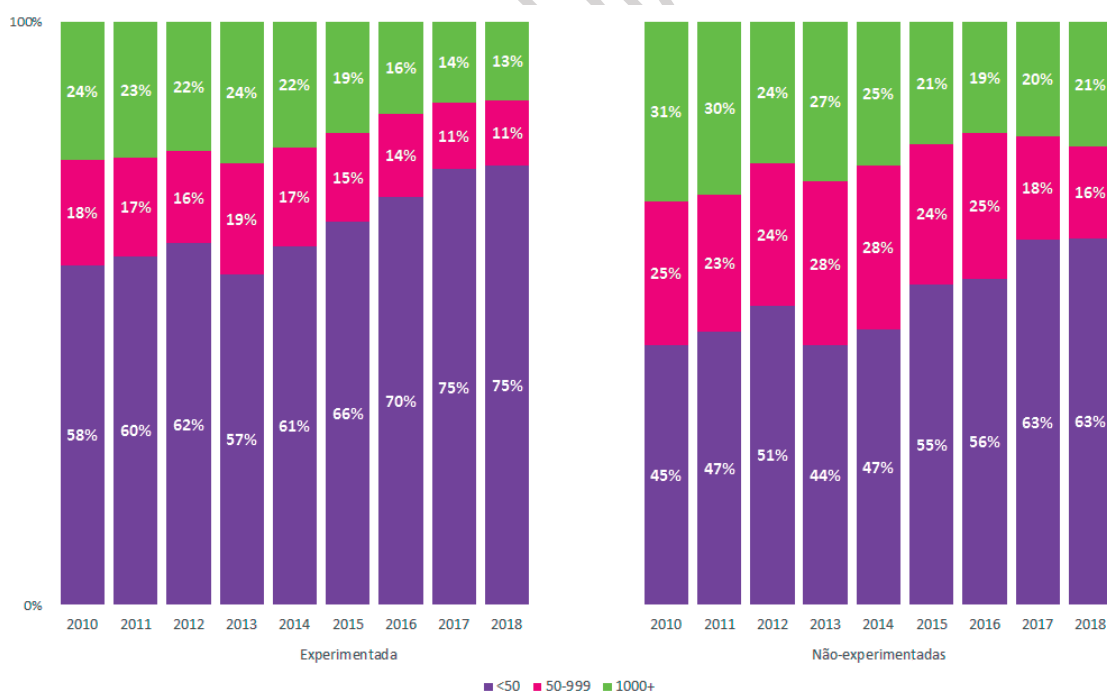
(4) Para diferença de proporções.

(5) O pequeno número de indígenas não permitiu a análise.

No que se refere à CV-HIV no momento do parto, a Figura 4 mostra que a proporção de gestantes experimentadas com CV-HIV indetectável passou de 58% para 75% entre 2010 e 2018 (p-valor=0,001); e entre as não experimentadas, de 45% para 63%, no mesmo período (p-valor=0,003).

Nota-se, também, comparando-se as Figuras 3 e 4, que as diferenças entre as gestantes experimentadas e não experimentadas com CV-HIV indetectável no momento do parto são bem menores do que as observadas no início da gestação, apesar de se manterem praticamente inalteradas no período. Em 2018, enquanto a proporção de gestantes experimentadas com CV-HIV indetectável no início da gestação era mais de cinco vezes maior do que a observada entre as não experimentadas, no momento do parto essa diferença caiu para 20%.

Esses dados devem ser analisados com cautela, já que a data do parto é estimada e a implementação de idade gestacional do Siclom acontecerá a partir de 1º de dezembro de 2019. No entanto, soa o alerta de que eram esperadas proporções maiores de gestantes com CV-HIV indetectável no momento do parto, especialmente entre as experimentadas. Desde setembro de 2017, foi introduzido um inibidor de integrase no esquema de TARV preferencial das GVHIV, e essa é uma classe medicamentosa que tem por característica causar uma queda da CV-HIV mais rápida que outras drogas. Além disso, esses medicamentos também estão relacionados com um melhor perfil de tolerabilidade e menor interação medicamentosa, o que também contribuiria tanto para uma melhor adesão, quanto para maior sucesso na indetecção da CV-HIV.



**Figura 4. Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo a CV-HIV no momento do parto<sup>(2)</sup>, pelo momento do início da TARV, por ano do início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) A CV-HIV no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.



A proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV, experimentadas e não experimentadas, e que apresentavam CV-HIV indetectável no momento do parto, segundo algumas variáveis sociodemográficas, está apresentada na Tabela 7. Em 2018, as maiores proporções de gestantes experimentadas com CV-HIV indetectável no momento do parto foram observadas entre aquelas brancas/amarelas (78%), com mais de 12 anos de estudo (83%) e de 30 a 39 anos (79%) e com mais de 40 anos (84%). Não foram observadas diferenças estatísticas nessas proporções nas análises por região (p-valor=0,232) e local de residência (p-valor=0,528).

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

**Tabela 7. Proporção (%) de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> com CV<50 cópias/mL no momento do parto<sup>(2)</sup>, pelo momento do início da TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018**

Características	Experimentadas				Não-experimentadas				
	Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018	Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018	
	2010	2014	2018	p-valor <sup>3</sup>	2010	2014	2018	p-valor <sup>3</sup>	
Região de residência	Norte	57,9	58,9	68,8	0,037	31,8	33,7	45,6	<0,001
	Nordeste	54,0	61,4	73,3	<0,001	34,1	39,8	54,6	<0,001
	Sudeste	59,1	62,6	75,4	<0,001	48,8	51,3	69,2	<0,001
	Sul	57,2	61,9	77,3	<0,001	49,2	49,9	70,3	0,010
	Centro-Oeste	66,0	53,7	78,1	0,017	36,7	43,7	61,6	0,021
	p-valor <sup>4</sup>	0,759	0,155	0,232		0,010	0,005	0,791	
Local de residência	Capital	57,9	60,4	70,8	0,019	44,9	47,8	60,0	<0,001
	Interior	58,4	61,9	77,3	0,015	44,3	47,0	63,9	0,004
	p-valor <sup>4</sup>	0,612	0,416	0,528		0,714	0,247	0,455	
Raça/cor	Branca/Amarela	60,3	65,4	78,2	0,001	48,9	52,3	69,4	0,002
	Negra	54,0	57,9	73,8	<0,001	40,0	43,1	60,4	0,002
	Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorada	62,1	59,0	73,0	0,001	44,9	46,8	59,7	0,001
	p-valor <sup>4</sup>	0,612	0,001	0,003		0,119	0,116	0,442	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	53,2	59,3	72,6	<0,001	39,8	43,5	61,7	0,023
	8 a 11 anos	61,7	62,9	77,9	0,009	48,3	49,6	66,4	<0,001
	12 e mais anos	68,9	73,9	82,8	0,001	53,3	54,9	68,3	0,011
	Ignorada	59,3	59,9	74,1	<0,001	44,7	47,2	60,2	0,003
	p-valor <sup>4</sup>	0,164	0,019	0,019		0,784	0,487	0,036	
Faixa etária	< 19 anos	39,0	43,1	65,8	0,001	42,5	38,2	57,0	0,019
	20 a 24 anos	42,8	46,7	67,2	0,003	44,5	47,0	62,1	0,015
	25 a 29 anos	56,8	61,3	72,7	0,015	46,8	48,8	64,1	0,002
	30 a 39 anos	64,4	66,9	79,2	<0,001	44,0	51,2	66,9	<0,001
	40 anos ou mais	70,9	78,5	84,4	0,001	41,8	52,6	56,9	0,023
	p-valor <sup>4</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		0,065	0,067	0,867	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) A CV-HIV no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

(3) Para tendência.

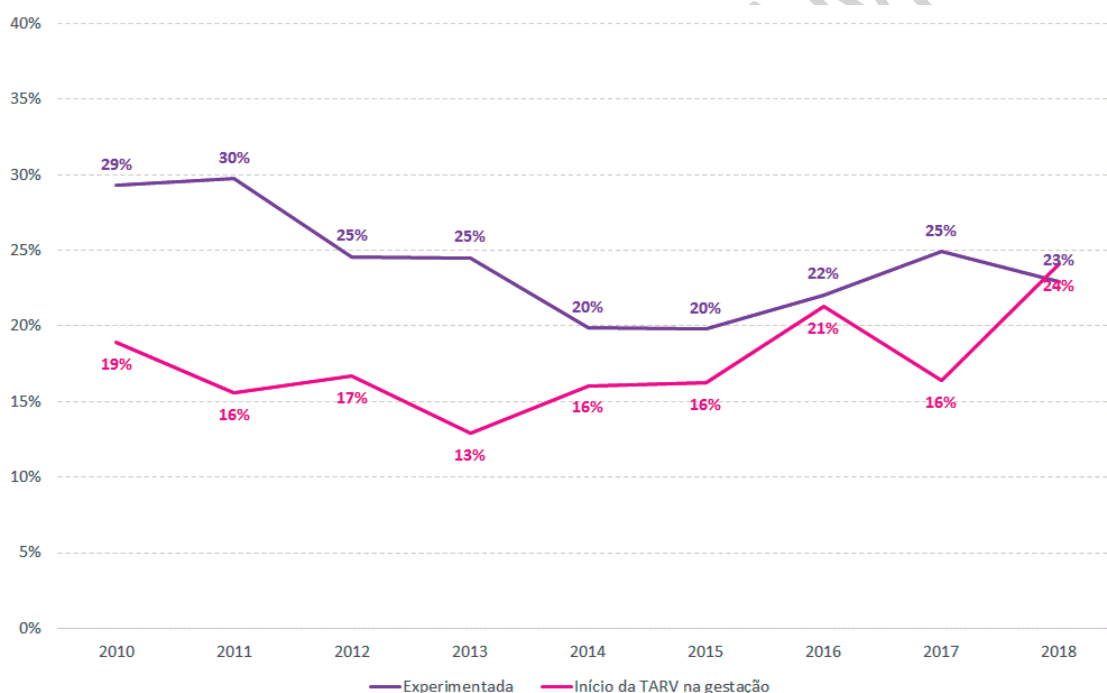
(4) Para diferença de proporções.

(5) O pequeno número de indígenas não permitiu a análise.

#### 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 5. Nota-se que há uma tendência significativa de diminuição (p-valor=0,008) na proporção de gestantes experimentadas que apresentavam LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>, que passou de 29%, em 2010, para 23%, em 2018. Isso é importante, pois significa que está diminuindo a proporção de gestantes imunossuprimidas pelo HIV no momento da gestação. No entanto, essa proporção ainda é muito alta, isso porque a maior parte das gestantes incluídas nessa análise são experimentadas, ou seja, o diagnóstico de HIV e tratamento com TARV foi anterior à gestação.

Em contrapartida, a proporção de gestantes não experimentadas com LT-CD4+ basal inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> permaneceu praticamente constante no período analisado (p-valor=0,087). É importante destacar, também, que com o acesso à TARV a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de estado imunológico, e com a ampliação da testagem para HIV durante o pré-natal, também era esperado que houvesse uma queda na proporção de gestantes que iniciam a gravidez com algum grau de imunossupressão.



**Figura 5. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> com LT-CD4+basal<sup>(2)</sup> <350 células/mm<sup>3</sup>, pelo momento do início da TARV, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.



















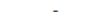
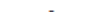


















Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) O LT-CD4+ basal foi definido como aquele realizado até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data da gestação do ano.

A Tabela 8 mostra a proporção de gestantes experimentadas e não experimentadas cujo LT-CD4+ basal era inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas apenas no ano de 2017, por local de residência, escolaridade e faixa etária, entre as experimentadas, e apenas por faixa etária entre as não experimentadas. Quase um terço das gestantes experimentadas com mais de 40 anos iniciaram a gestação com LT-CD4+ inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>, assim como um terço também das não experimentadas de 20 a 24 anos.

Com exceção das gestantes experimentadas residentes nas regiões Nordeste e Sudeste, em todas as outras estratificações analisadas foram encontradas tendências significativas de decréscimo nessa proporção (Tabela 8). Por outro lado, entre as gestantes não experimentadas, tendências de aumento foram observadas entre as residentes nas regiões Sudeste e Centro-Oeste e em capitais, e entre aquelas com menos de sete anos de estudo, menos de 19 anos de idade e de 25 a 29 anos de idade.

**Tabela 8. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> com LT-CD4+basal<sup>(2)</sup> <350 células/mm<sup>3</sup>, pelo momento do início da TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018**

Características	Experimentadas				Não-experimentadas				
	Ano de início da gestação 2010	2014	2018	Tendências 2010-2018 p-valor <sup>3</sup>	Ano de início da gestação 2010	2014	2018	Tendências 2010-2018 p-valor <sup>3</sup>	
Região de residência	Norte	32,3	26,2	24,5	 0,015	33,3	23,1	16,0	 0,138
	Nordeste	29,6	16,9	23,6	 0,097	21,8	17,3	22,2	 0,126
	Sudeste	30,2	18,5	23,4	 0,065	15,9	18,7	23,8	 0,017
	Sul	27,2	21,3	21,1	 0,042	18,4	9,5	25,0	 0,303
	Centro-Oeste	28,6	22,3	25,7	 0,055	21,2	20,8	57,1	 0,016
	p-valor <sup>4</sup>	0,196	0,401	0,310		0,320	0,057	0,720	
Local de residência	Capital	27,9	21,6	27,3	 0,014	20,1	15,5	22,9	 0,003
	Interior	29,8	19,2	21,1	 0,014	18,6	16,1	25,0	 0,104
	p-valor <sup>4</sup>	0,282	0,500	0,008		0,868	0,443	0,410	
Raça/cor	Branca/Amarela	26,7	19,3	21,3	 0,017	15,2	11,9	20,6	 0,126
	Negra	31,0	20,0	24,1	 0,005	20,8	19,3	24,1	 0,449
	Indígena <sup>5</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorada	31,9	21,1	23,5	 0,007	21,0	18,1	29,2	 0,017
	p-valor <sup>4</sup>	0,171	0,641	0,834		0,020	0,730	0,880	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	30,9	21,7	27,5	 0,005	20,7	12,3	22,6	 0,026
	8 a 11 anos	26,8	18,5	18,5	 0,027	14,8	13,3	19,4	 0,262
	12 e mais anos	24,5	17,2	20,1	 0,041	8,1	10,0	9,1	 0,292
	Ignorada	30,5	19,7	23,2	 0,019	22,0	22,1	32,6	 0,302
	p-valor <sup>4</sup>	0,447	0,828	0,044		0,246	0,128	0,842	
Faixa etária	< 19 anos	27,4	11,6	19,3	 0,026	12,0	20,0	5,9	 0,029
	20 a 24 anos	28,9	20,2	21,6	 0,013	20,3	16,8	33,3	 0,059
	25 a 29 anos	30,7	21,1	19,6	 0,018	19,4	13,7	13,8	 0,041
	30 a 39 anos	30,4	20,9	23,6	 0,023	16,9	15,9	25,8	 0,092
	40 anos ou mais	24,3	19,2	29,2	 0,047	26,9	17,4	50,0	 0,080
	p-valor <sup>4</sup>	0,565	0,108	0,038		0,916	0,175	0,003	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) A CV-HIV no momento do parto foi definida como aquela realizada até 180 dias antes e no máximo 15 dias depois da data do parto.

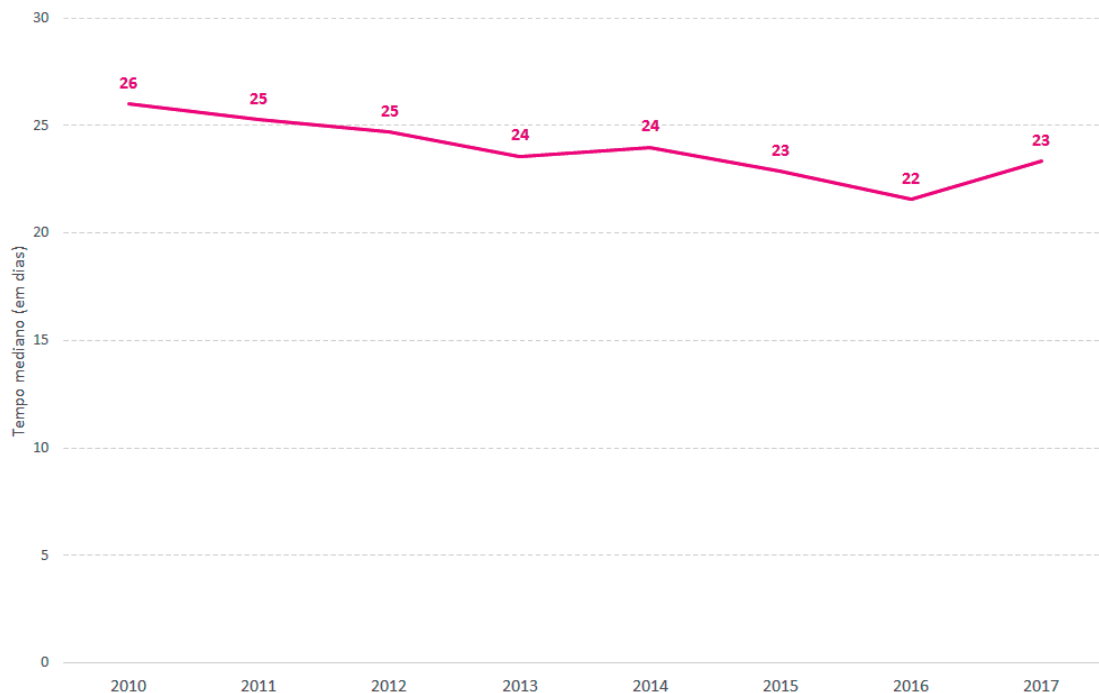
(3) Para tendência.

(4) Para diferença de proporções.

(5) O pequeno número de indígenas não permitiu a análise.

## 5. Tempo entre a DIG e o início da TARV

O tempo mediano, em semanas, entre a data de início da gestação e o início da TARV foi calculado para aquelas mulheres identificadas nos sistemas de HIV, mas que necessariamente estavam notificadas no Sinan, e está apresentado na Figura 6. Há uma diminuição estatisticamente significativa ( $p$ -valor<0,001) no tempo mediano, que passou de 26 semanas, em 2010, para 23 semanas, em 2017.



**Figura 6. Tempo mediano (em semanas) entre a data de início da gestação e o início da TARV, para gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> e que foram notificadas no Sinan, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2017**

Fonte: DCCI/SVS/MS.





















Nota: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

A Tabela 9 mostra que, com exceção das gestantes com mais de 12 anos de estudo, as negras e as com menos de 19 anos, houve tendência de diminuição no tempo mediano entre a DIG e o início da TARV em todas as categorias analisadas. Os maiores decréscimos foram observados entre as indígenas (-41%; de 35 para 21 semanas) e as residentes nas regiões Norte (-22%; de 35 para 27 semanas) e Sudeste (-16%; de 26 para 21 semanas).

Ainda que tenham sido observadas essas diminuições, em 2017, gestantes residentes nas regiões Norte e Nordeste ainda levaram 27 semanas, e as negras, 25 semanas, em mediana, para iniciar a TARV após a DIG. O menor tempo mediano foi observado na região Sul, mas ainda assim foi de quase 20 semanas. Não foram observadas diferenças significativas por local de residência e faixa etária, nesse último ano.

O risco da transmissão vertical do HIV está relacionado, principalmente, à carga viral materna e ao uso da TARV pela gestante, e esses dois fatores dialogam com o acesso à TARV. O país recomenda que o início da TARV se dê o mais precocemente possível, e é necessário qualificar a assistência às mulheres e às gestantes de modo que a queda do tempo entre DIG e início da TARV seja maior.

Tabela 9. Tempo mediano (em semanas) entre a data de início da gestação e a data de início da TARV, apenas para gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> e que foram notificadas no Sinan, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014, 2017

Características	Não-experimentadas			Tendências 2010-2018	p-valor <sup>2</sup>	
	2010	2014	2017			
Região de residência	Norte	34,9	27,3	27,1		<0,001
	Nordeste	29,2	27,1	26,7		<0,001
	Sudeste	25,6	23,9	21,4		0,024
	Sul	22,6	20,9	19,7		<0,001
	Centro-Oeste	26,3	22,0	23,6		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Local de residência	Capital	25,0	23,9	22,9		<0,001
	Interior	27,3	24,3	24,3		0,011
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	0,624	0,104		
Raça/cor	Branca/Amarela	23,6	21,4	20,7		0,021
	Negra	27,1	25,9	24,6		0,062
	Indígena	35,1	25,4	20,9		0,016
	Ignorada	27,1	26,1	26,6		0,217
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	25,7	24,6	23,6		0,009
	8 a 11 anos	24,9	22,4	21,5		0,006
	12 e mais anos	21,6	21,6	21,1		0,151
	Ignorada	27,1	24,9	25,0		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	0,004	<0,001		
Faixa etária	< 19 anos	27,4	26,0	25,1		0,092
	20 a 24 anos	26,5	24,1	23,7		<0,001
	25 a 29 anos	24,6	23,0	23,0		0,007
	30 a 39 anos	24,8	23,3	23,0		0,006
	40 anos ou mais	26,9	25,9	23,6		0,006
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	0,017	0,073		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

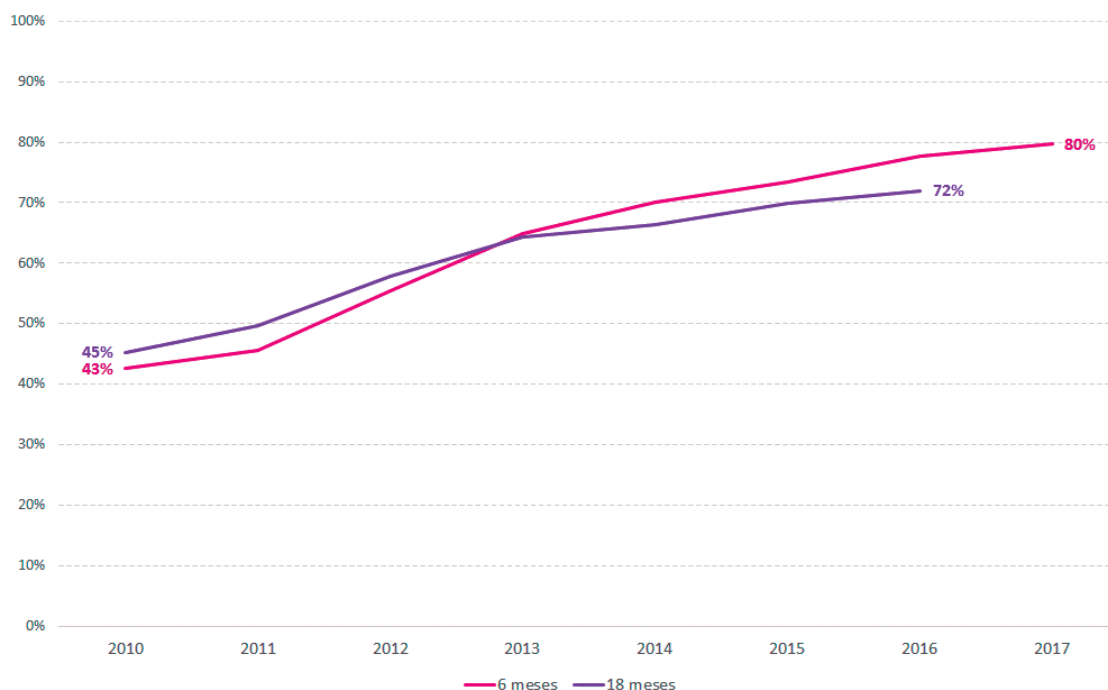
(2) Para tendência.

(3) Para diferença entre medianas.

## 6. Retenção na TARV após o parto

A Figura 7 mostra que há uma tendência de crescimento estatisticamente significativa na proporção de gestantes que estavam em tratamento durante a gestação e encontravam-se retidas na TARV seis e 18 meses após o parto. A retenção seis meses após o parto passou de 43% para 80% entre 2010 e 2017, configurando um aumento de 87%; e a retenção 18 meses

depois do parto passou de 45%, em 2010, para 72%, em 2016. Embora esteja havendo melhoria progressiva desse indicador, 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 7. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> e que estavam retidas em TARV seis e 18 meses depois do parto<sup>(2)</sup>, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2017**

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) Foram consideradas retidas aos seis meses as gestantes em tratamento durante a gestação e que tinham pelo menos uma dispensação entre 150 e 270 dias depois da DP, e aos 18 meses aquelas que tinham dispensação entre 510 e 620 dias depois da DP.

A análise da retenção estratificada por algumas variáveis sociodemográficas está apresentada na Tabela 10. Para todas as desagregações analisadas, tanto para a retenção aos seis quanto aos 18 meses, foram observadas tendências significativas de aumento ( $p$ -valor $<0,05$  em todas as categorias). Os maiores incrementos de retenção, nos dois momentos mensurados, foram observados entre as gestantes indígenas, aquelas com até 24 anos e aquelas residentes nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste.

De acordo com a Tabela 10, também, ainda que com os maiores incrementos observados entre as gestantes indígenas, essas mulheres apresentaram uma das menores proporções de retenção aos seis meses (73%), sendo a menor aos 18 meses (56%). Por outro lado, proporções de retenção aos seis meses superiores a 80% foram observadas entre as gestantes residentes na região Sul (82%) e em cidades de interior (82%), da raça/cor branca/amarela (83%), com 8-11 anos de estudo (83%), com 30 a 39 anos de idade (85%), com mais de 12 anos de estudo (88%) e com mais de 40 anos de idade (91%). Gestantes de 30 a 39 anos de idade (76%), brancas/amarelas (77%), com mais de 12 anos de estudo (78%) e com mais de 40 anos de idade (88%) também apresentaram as maiores proporções de retenção 18 meses após o parto.

**Tabela 10. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> e que estavam retidas em TARV seis e 18 meses depois do parto<sup>(2)</sup>, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2016, 2017**

Características	Experimentadas				Não-experimentadas						
	Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018 p-valor <sup>3</sup>	Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018 p-valor <sup>3</sup>			
	2010	2014	2018		2010	2014	2018				
Região de residência	Norte	32,3	26,2	24,5		0,015	33,3	23,1	16,0		0,138
	Nordeste	29,6	16,9	23,6		0,097	21,8	17,3	22,2		0,126
	Sudeste	30,2	18,5	23,4		0,065	15,9	18,7	23,8		0,017
	Sul	27,2	21,3	21,1		0,042	18,4	9,5	25,0		0,303
	Centro-Oeste	28,6	22,3	25,7		0,055	21,2	20,8	57,1		0,016
	p-valor <sup>4</sup>	0,196	0,401	0,310				0,320	0,057	0,720	
Local de residência	Capital	27,9	21,6	27,3		0,014	20,1	15,5	22,9		0,003
	Interior	29,8	19,2	21,1		0,014	18,6	16,1	25,0		0,104
	p-valor <sup>4</sup>	0,282	0,500	0,008				0,868	0,443	0,410	
Raça/cor	Branca/Amarela	26,7	19,3	21,3		0,017	15,2	11,9	20,6		0,126
	Negra	31,0	20,0	24,1		0,005	20,8	19,3	24,1		0,449
	Indígena <sup>5</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ignorada	31,9	21,1	23,5		0,007	21,0	18,1	29,2		0,017
	p-valor <sup>4</sup>	0,171	0,641	0,834				0,020	0,730	0,880	
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	30,9	21,7	27,5		0,005	20,7	12,3	22,6		0,026
	8 a 11 anos	26,8	18,5	18,5		0,027	14,8	13,3	19,4		0,262
	12 e mais anos	24,5	17,2	20,1		0,041	8,1	10,0	9,1		0,292
	Ignorada	30,5	19,7	23,2		0,019	22,0	22,1	32,6		0,302
	p-valor <sup>4</sup>	0,447	0,828	0,044				0,246	0,128	0,842	
Faixa etária	≤ 19 anos	27,4	11,6	19,3		0,026	12,0	20,0	5,9		0,029
	20 a 24 anos	28,9	20,2	21,6		0,013	20,3	16,8	33,3		0,059
	25 a 29 anos	30,7	21,1	19,6		0,018	19,4	13,7	13,8		0,041
	30 a 39 anos	30,4	20,9	23,6		0,023	16,9	15,9	25,8		0,092
	40 anos ou mais	24,3	19,2	29,2		0,047	26,9	17,4	50,0		0,080
	p-valor <sup>4</sup>	0,565	0,108	0,038				0,916	0,175	0,003	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) Foram consideradas retidas aos seis meses as gestantes em tratamento durante a gestação e que tinham pelo menos uma dispensação entre 150 e 270 dias depois da DP, e aos 18 meses aquelas que tinham dispensação entre 510 e 620 dias depois da DP.

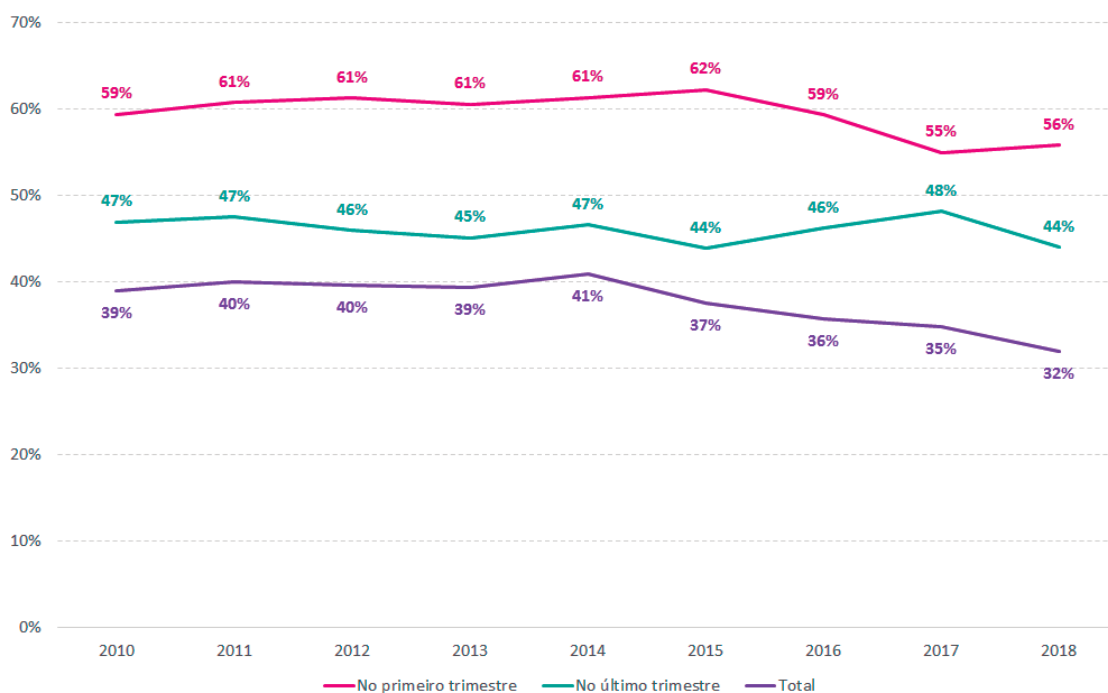
(3) Para tendência.

(4) Para diferença de proporções.

## 7. Adequação às recomendações do PCDT-TV

Analisou-se, também, o cumprimento das recomendações do PCDT-TV durante o primeiro e o terceiro trimestres de gestação, além de se estimar o cumprimento das recomendações nos dois momentos (Figura 8). A adequação diminuiu no período analisado, nos dois momentos: no primeiro trimestre, passou de 59% para 56% (p-valor=0,007), entre 2010 e 2018; e no terceiro trimestre, de 47% para 44% (p-valor=0,043), no mesmo período. A adequação total, ou seja, nos dois momentos analisados, também apresentou tendência significativa de declínio (p-valor<0,001), atingindo aproximadamente 32% em 2018. Isso significa que, nesse ano, apenas um terço das gestantes identificadas nos sistemas de HIV tiveram acesso às recomendações do PCDT de exames de monitoramento e tratamento.





**Figura 8. Proporção de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> que realizaram os exames e as dispensações de acordo com o recomendado no PCDT<sup>(2)</sup>, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) Adequação no 1º trimestre: realizou pelo menos um CD4, uma CV-HIV e uma dispensação até 180 dias após a DIG; adequação no 3º trimestre: realizou pelo menos uma CV-HIV e uma dispensação entre 150 e 273 dias após a DIG; adequação total: realizou os exames e dispensações recomendadas nos dois períodos.

A Tabela 11 mostra a adequação segundo algumas variáveis sociodemográficas. Em 2018, as maiores proporções de gestantes vivendo com HIV que estavam em adequação às recomendações clínicas do primeiro trimestre foram observadas entre as gestantes residentes nas regiões Sul (64%) e Centro-Oeste (64%). Por outro lado, as menores proporções foram verificadas entre as residentes nas regiões Norte (41%) e Nordeste (50%), e entre aquelas com 40 anos e mais (51%).

Identificaram-se tendências de crescimento nessa proporção, entre 2010 e 2018, apenas entre as gestantes residentes no Centro-Oeste ( $p$ -valor $<0,001$ ) e as menores de 19 anos ( $p$ -valor=0,009) (Tabela 11). Por outro lado, tendências de declínio na proporção de adequação foram observadas entre as gestantes residentes no Sudeste ( $p$ -valor=0,018), em capitais ( $p$ -valor=0,005) e no interior ( $p$ -valor=0,018), as de raça cor branca/amarela ( $p$ -valor $<0,001$ ), com 8 a 11 ( $p$ -valor=0,006) e 12 anos e mais de estudo anos de estudo ( $p$ -valor=0,003) e aquelas com 25 a 29 anos ( $p$ -valor=0,028), 30 a 39 anos ( $p$ -valor $<0,001$ ) e 40 anos e mais ( $p$ -valor=0,033).





Ainda de acordo com a Tabela 11, as maiores proporções de gestantes em adequação no terceiro trimestre, em 2018, foram observadas nas regiões Norte (60%) e Sul (49%) e entre aquelas com 8-11 (49%) e 12 e mais (48%) anos de estudo. Em contrapartida, entre as gestantes com mais de 40 anos (32%) e aquelas residentes na região Nordeste (34%), essa proporção não atingiu 35% no ano de 2018.

No geral, não foram observadas tendências significativas de crescimento ou declínio na proporção de gestantes em adequação às recomendações, entre 2010 e 2018, com exceção do crescimento observado na região Norte (p-valor=0,012) e entre as gestantes com menos de 19 anos (p-valor<0,001) e da redução verificada na região Nordeste (p-valor=0,042) e entre aquelas com 0 a 7 anos de estudo (p-valor=0,001).

GVHIV residentes na região Sul (39%), da cor amarela/branca (34%), com 8 a 11 anos de estudo (36%) e de 20 a 29 anos (35%) apresentaram as maiores proporções de adequação total, ou seja, a proporção de GVHIV que seguiram as recomendações no primeiro e no terceiro trimestre, em 2018 (Tabela 11). Importante notar que nem um quinto das gestantes com mais de 40 anos (19%) e um quarto das gestantes residentes na região Nordeste (23%) seguiram as recomendações nos dois momentos analisados.

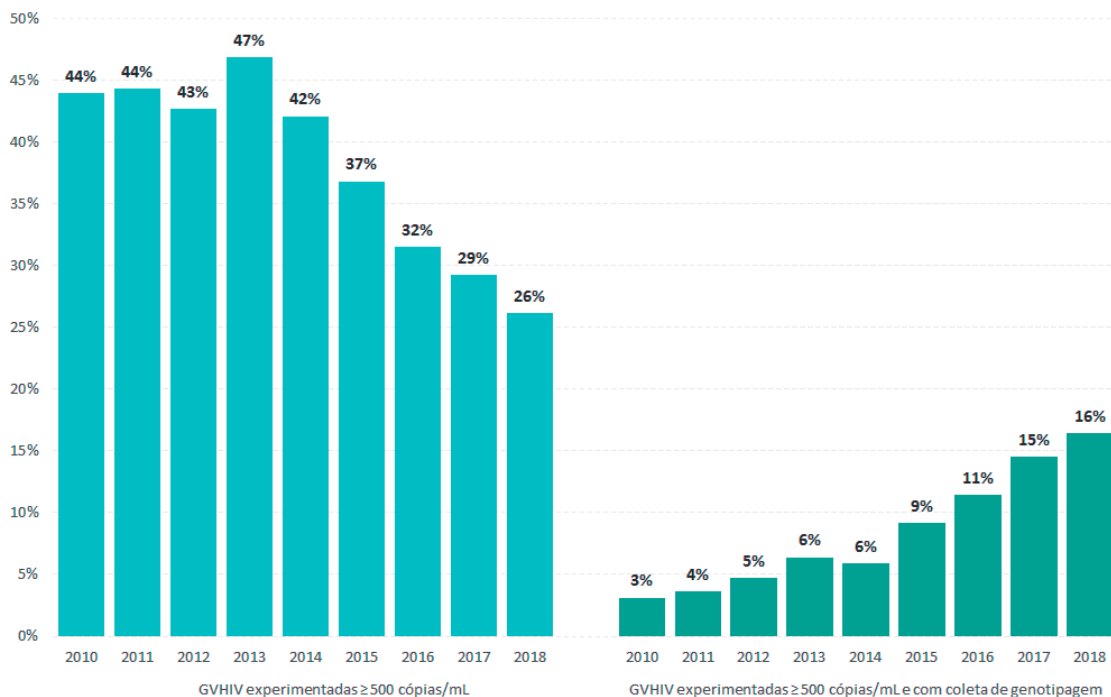
Verifica-se, conforme apresentado também na Tabela 11, que entre 2010 e 2018 há uma diminuição estatisticamente significativa nessa proporção, em todas as estratificações analisadas, com exceção das jovens até 19 anos, as quais apresentaram incremento, e das residentes na região Norte e de 20 a 24 anos, entre as quais não houve alteração no período.

Embora todos os insumos para o tratamento e o monitoramento laboratorial das mulheres vivendo com HIV estejam disponíveis do SUS, e de o evento gestação ser um período de intensificação do cuidado, a adequação quanto às recomendações previstas pelo 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 GVHIV.

## **8. Gestantes experimentadas com carga viral detectável**

Quando analisada a carga viral das GVHIV durante a gestação, percebe-se que, no ano de 2018, 26% delas apresentaram CV-HIV $\geq$ 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 está sendo aqui utilizado como *proxy* para analisar a proporção de GVHIV que teriam indicação de realizar exame de genotipagem para avaliação de falha virológica (Figura 9). Essa proporção foi 43% menor (p-valor<0,001) do que a observada em 2010, de 44%. Chama a atenção que, embora esse indicador esteja melhorando ao longo dos anos, pelo menos um quarto das GVHIV que já estavam em uso de TARV antes do evento gestação teriam CV-HIV $\geq$ 500 cópias/mL, e poderiam ter se beneficiado de exame de genotipagem, seja nos casos de abandono, ou dos casos de falha virológica por emergência de resistência viral.

Nota-se, também de acordo com a Figura 9, que a cobertura de genotipagem entre essas GVHIV foi de apenas 16%, em 2018, mesmo depois do aumento significativo de 424% (p-valor<0,001) no período analisado.



**Figura 9. Proporção de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> com CV≥500 cópias/mL e cobertura de genotipagem entre essas gestantes, segundo o ano de início da gestação.**

**Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Nota: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

Na análise estratificada, apresentada na Tabela 12, as maiores proporções de GVHIV experimentadas com CV≥500 cópias/mL e com indicação de genotipagem, em 2018, foram observadas em gestantes com até 19 anos de idade (39%) e de 20 a 24 anos (36%), residentes em capitais (31%), com até sete anos de anos de estudo (31%) e negras (28%). Foram observadas tendências significativas de declínio em todas as estratificações no período analisado.

Ainda de acordo com a Tabela 12, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na cobertura de genotipagem para as gestantes experimentadas com CV≥500 cópias/mL segundo as estratificações analisadas, com exceção do local de residência, em que a cobertura de genotipagem em GVHIV residentes nas capitais foi 35% maior do que entre aquelas residentes em cidades do interior. Tendências significativas de aumento foram observadas em todas as estratificações analisadas, exceto entre as gestantes de 40 anos e mais.

**Tabela 12. Proporção de GVHIV experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> com CV≥500 cópias/mL e cobertura de genotipagem entre essas gestantes, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018**

Características	GVHIV experimentadas ≥ 500 cópias/mL				GVHIV experimentadas ≥ 500 cópias/mL e com coleta de genotipagem						
	Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018	Ano de início da gestação			Tendências 2010-2018			
	2010	2014	2018	p-valor <sup>2</sup>	2010	2014	2018	p-valor <sup>2</sup>			
Região de residência	Norte	40,7	42,8	25,2		0,006	5,7	6,5	18,3		<0,001
	Nordeste	43,4	38,3	25,9		0,002	1,0	6,1	18,9		<0,001
	Sudeste	42,5	41,5	27,1		<0,001	3,7	6,3	16,6		<0,001
	Sul	46,9	42,8	26,2		<0,001	2,0	4,6	14,6		<0,001
	Centro-Oeste	42,6	48,5	22,8		0,003	8,7	7,3	16,7		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	0,484	0,233	0,599			0,109	0,006	0,662		
Local de residência	Capital	45,7	46,1	30,9		0,002	4,9	9,2	19,8		<0,001
	Interior	43,3	40,5	24,1		<0,001	2,4	4,1	14,6		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	0,286	0,003	<0,001			0,031	<0,001	0,011		
Raça/cor	Branca/Amarela	43,4	39,0	23,6		<0,001	3,0	5,2	16,5		<0,001
	Negra	46,6	45,2	28,5		<0,001	3,4	6,2	16,6		<0,001
	Indígena <sup>4</sup>	-	-	-	-		-	-	-	-	
	Ignorada	39,6	43,1	26,3		<0,001	2,9	6,3	15,6		0,008
	p-valor <sup>3</sup>	0,022	0,009	0,003			0,975	0,197	0,619		
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	49,1	46,5	30,6		<0,001	3,0	5,7	16,7		<0,001
	8 a 11 anos	42,3	39,7	23,4		<0,001	3,6	5,6	17,3		<0,001
	12 e mais anos	35,8	31,5	17,8		<0,001	0,0	5,3	17,1		<0,001
	Ignorada	41,2	41,8	26,4		<0,001	3,4	6,2	15,4		0,002
	p-valor <sup>3</sup>	0,001	<0,001	<0,001			0,608	0,980	0,891		
Faixa etária	≤ 19 anos	63,6	59,2	39,5		<0,001	4,1	5,6	18,0		<0,001
	20 a 24 anos	58,3	58,5	35,5		0,002	1,0	4,7	15,0		<0,001
	25 a 29 anos	47,7	43,5	28,8		<0,001	2,0	3,7	17,3		<0,001
	30 a 39 anos	38,2	36,2	22,7		<0,001	3,0	7,0	15,6		<0,001
	40 anos ou mais	26,1	21,6	13,5		0,006	13,6	13,6	18,5		0,106
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001			<0,001	0,022	0,872		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

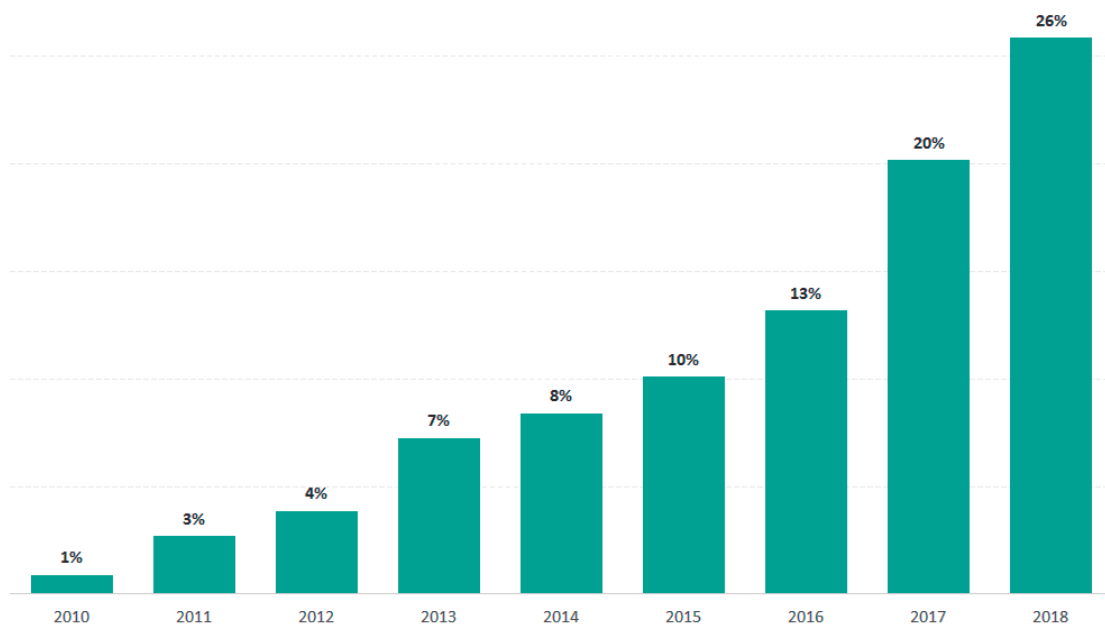
(2) Para tendência.

(3) Para diferença de proporções.

(4) O pequeno número de indígenas não permitiu a análise.

## 9. Cobertura de genotipagem e perfil de resistência pré-tratamento

A proporção de gestantes não experimentadas que realizaram genotipagem pré-tratamento está apresentada na Figura 10. Nota-se que houve um aumento importante (p-valor<0,001) na cobertura de realização da genotipagem no período analisado, passando de 1%, em 2010, para apenas 26%, em 2018. Ainda assim, em torno de 75% 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 GVHIV que iniciaram 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 10. Cobertura (%) de realização de teste de genotipagem pré-tratamento para as GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: Siclom e Sisgeno.

A Tabela 13 mostra a análise da realização de genotipagem pré-tratamento estratificada por algumas variáveis sociodemográficas. As menores proporções de GVHIV com genotipagem pré-tratamento, em 2018, foram observadas nas regiões Norte (18%) e Nordeste (22%), e entre aquelas com 40 anos ou mais (14%). As maiores proporções de cobertura de genotipagem pré-tratamento foram verificadas entre as GVHIV residentes em capitais (32%) e com 12 anos e mais de estudo (31%), mas ainda assim não ultrapassaram um terço das gestantes.

Ainda de acordo com a Tabela 12, para todas as desagregações analisadas, foram observadas tendências significativas de aumento entre 2010 e 2018 ( $p$ -valor $<0,001$ ), com exceção das gestantes com 40 anos e mais ( $p$ -valor=0,049).

Tabela 13. Cobertura (%) de realização de genotipagem pré-tratamento entre as GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo a região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, por ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018

Características	Não-experimentadas			Tendências 2010-2018	p-valor <sup>2</sup>	
	Ano de início da gestação	2010	2014			2018
Região de residência	Norte	0,7	1,6	18,0		<0,001
	Nordeste	0,4	5,6	22,1		<0,001
	Sudeste	1,6	9,9	28,3		<0,001
	Sul	0,2	9,1	28,8		<0,001
	Centro-Oeste	0,3	11,0	27,7		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Local de residência	Capital	2,0	12,4	32,4		<0,001
	Interior	0,4	6,5	22,7		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	<0,001	<0,001		
Raça/cor	Branca/Amarela	0,7	8,7	27,2		<0,001
	Negra	1,1	7,1	25,9		<0,001
	Indígena <sup>4</sup>	-	-	-	-	-
	Ignorada	0,9	10,8	24,2		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	0,712	0,003	0,411		
Escolaridade (em anos de estudo)	0 a 7 anos	0,9	8,0	25,0		<0,001
	8 a 11 anos	0,8	8,0	28,3		<0,001
	12 e mais anos	0,8	9,8	31,0		<0,001
	Ignorada	1,0	8,7	24,1		<0,001
	p-valor <sup>3</sup>	0,981	0,696	0,013		
Faixa etária	≤ 19 anos	1,1	9,0	28,1		<0,001
	20 a 24 anos	0,6	8,7	26,0		<0,001
	25 a 29 anos	0,6	8,2	26,2		<0,001
	30 a 39 anos	0,9	8,4	25,8		<0,001
	40 anos ou mais	3,1	5,2	14,4		0,049
	p-valor <sup>3</sup>	<0,001	0,819	0,006		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

(2) Para tendência.

(3) Para diferença de proporções.

(4) O pequeno número de indígenas não permitiu a análise.

A Figura 11 apresenta o perfil de resistência pré-tratamento aos principais antirretrovirais das classes ITRN e ITRNN. Foram consideradas resistentes aquelas gestantes que apresentaram pontuação maior ou igual a 60 no algoritmo utilizado. Há uma tendência de

declínio na resistência a todos os antirretrovirais analisados, com exceção da ETR ( $p$ -valor=0,552). Percebe-se que, em 2015, houve um aumento na resistência aos inibidores de transcriptase reversa, com declínio a partir desse ano. Em 2018, as maiores resistências foram observadas para a NVP (10%) e o EFZ (9%).

Desde setembro de 2017, com a atualização do PCDT-TV, recomenda-se TDF+3TC+RAL como esquema preferencial para início de tratamento das GVHIV. O RAL (inibidor de integrase – II), em comparação ao EFV, traz vantagens quanto à tolerabilidade e queda mais rápida da CV-HIV (PASCOS et al., 2019), além de apresentar níveis intermediários de resistência transmitida ao EFV (ARRUDA et al., 2018). Dessa forma, o PCDT-TV condiciona o uso de TDF+3TC+EFV como esquema inicial alternativo à avaliação da genotipagem pré-tratamento. Levando em consideração que menos de um terço das GVHIV não experimentadas tiveram acesso ao exame e que ainda existem muitas gestantes iniciando a TARV durante a gestação com EFZ, são necessárias intervenções de educação continuada e qualificação contínua dos profissionais que cuidam das GVHIV, considerando que o alcance da indetecção da CV-HIV no menor tempo possível é crítica 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 12, nota-se baixa resistência a esses ARV em todos os anos analisados, com tendência de declínio, com exceção do DRV/r ( $p$ -valor=0,221). Em 2018, 0,3% das gestantes que fizeram genotipagem pré-tratamento apresentaram resistência ao ATV/r, e para os demais IP não foram encontradas gestantes com resistência.



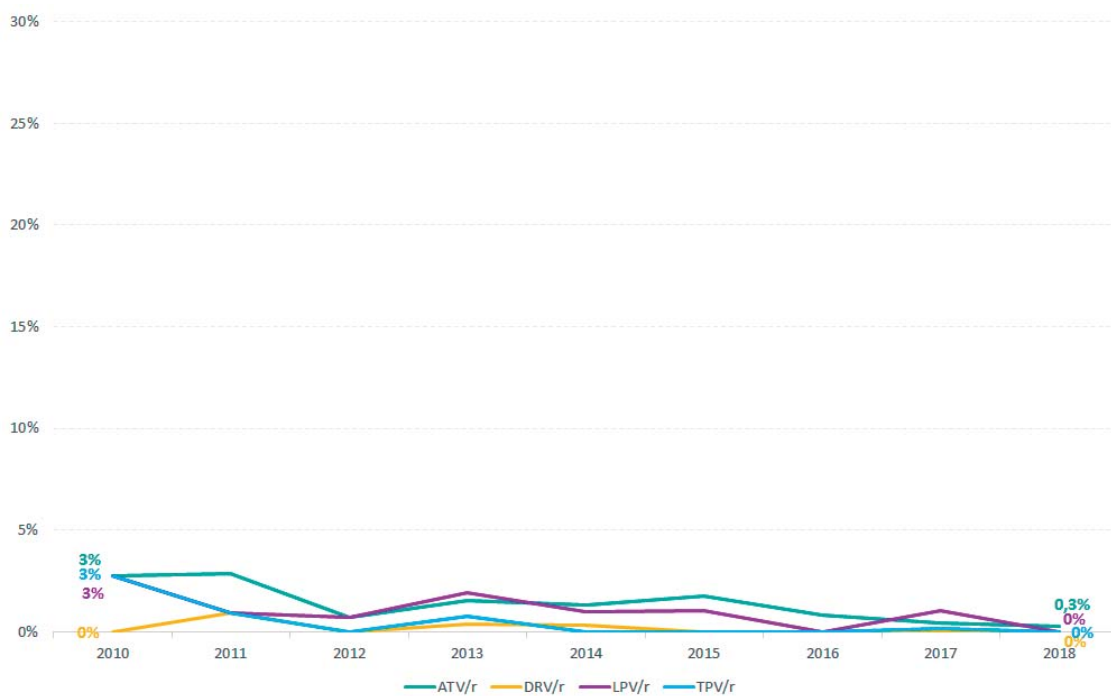


**Figura 11. Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos ITRN e ITRNN das GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: Siclom e Sisgeno.





**Figura 12. Perfil de resistência aos principais antirretrovirais da classe dos IP das GVHIV não experimentadas identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> que realizaram genotipagem pré-tratamento, segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

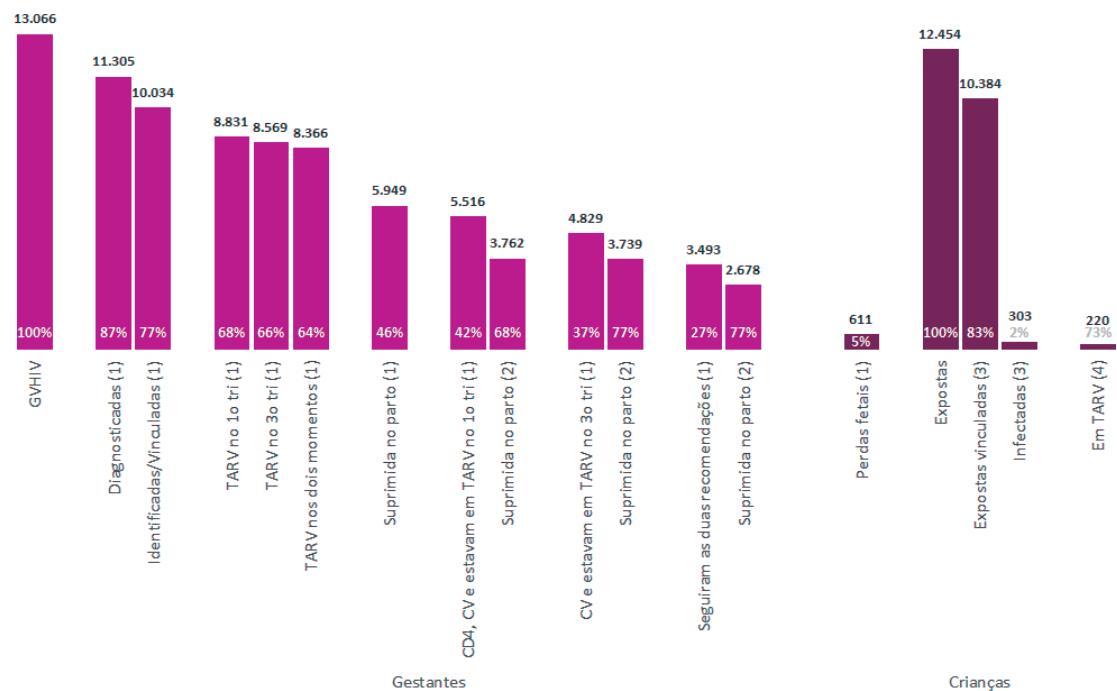
Notas: Siclom e Sisgeno.

## 10. Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV

Estima-se que, em 2017, havia aproximadamente 13 mil GVHIV no Brasil, das quais 87% (11.305) foram diagnosticadas e 77% (10.034) foram identificadas nos sistemas de HIV. Dentre as GVHIV, 68% (8.831) encontravam-se em TARV no primeiro trimestre de gestação, 66% (8.569) no terceiro trimestre e 64% (8.366) estavam em TARV nesses dois momentos. A proporção de GVHIV que apresentavam CV-HIV inferior a 50 cópias no momento do parto foi de 46% (5.949).

No que se refere à adequação às recomendações do PCDT-TV, 42% (5.516) das GVHIV realizaram os exames indicados para o primeiro trimestre de gestação e também estavam em TARV nesse período e 37% (4.829) delas realizaram a CV preconizada para o terceiro trimestre e estavam em TARV nesse período. Em torno de 27% (3.493) das GVHIV seguiram as recomendações de exames e estavam em TARV nos dois períodos analisados. A proporção das que estavam em supressão viral no momento do parto foi de 68% (3.762) dentre as que seguiram as recomendações do primeiro trimestre, e de 77% (3.739) dentre as que seguiram as do terceiro. É importante observar que apenas um quinto das GVHIV (2.678) chegaram ao parto tendo cumprido as recomendações de exames do PCDT-TV, tendo estado em TARV durante a gestação e tendo apresentado CV-HIV suprimida no momento do parto.

Em 2017, estimaram-se 611 perdas fetais (abortos ou natimortos), o que resultou em 12.454 crianças expostas ao HIV, das quais 83% (10.384) estavam vinculadas ao serviço público de saúde. No que se refere ao desfecho, estimou-se que 303 (2%) crianças foram infectadas pelo HIV nesse período. Dessas crianças infectadas pelo HIV, apenas 220 (73%) foram encontradas nos registros do Siclom quanto à dispensação de TARV.



**Figura 13. Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV e desfecho nas crianças até 18 meses. Brasil, 2017**

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Proporção calculada em relação às GVHIV.

(2) Proporções calculadas em relação às gestantes que seguiram as recomendações.

(3) Proporções calculadas em relação às crianças expostas.

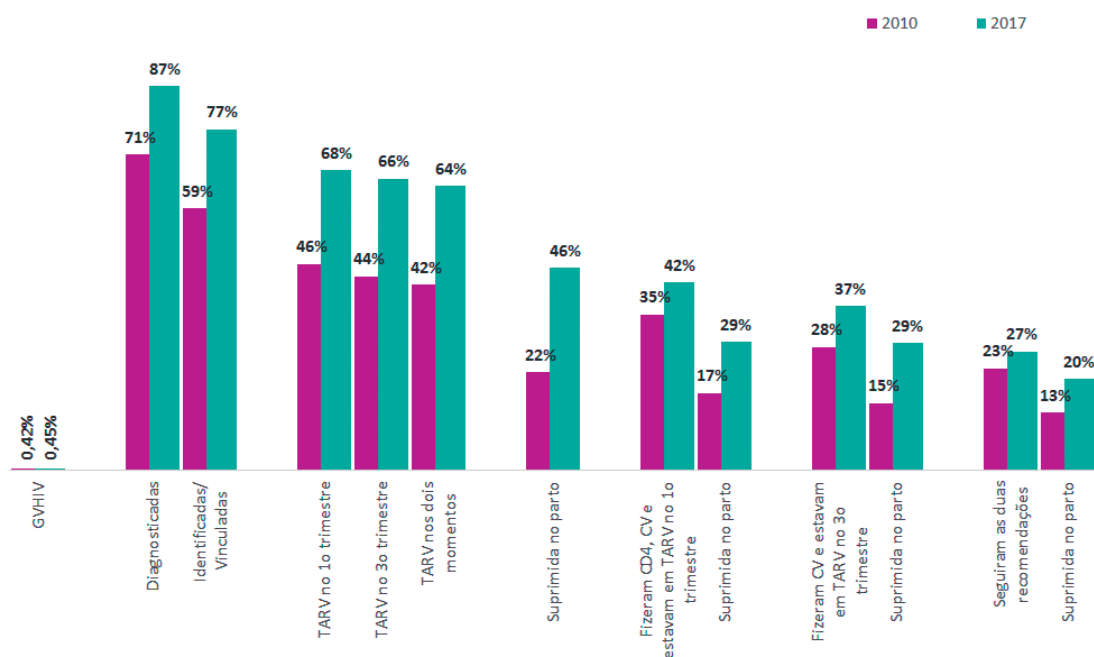
(4) Proporção em relação às crianças infectadas.

Na Figura 14 está apresentada a comparação na cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV em 2010 e 2017; apesar do aumento no número de GVHIV observado no período, em todas as etapas do cuidado analisadas, foi observada melhora nos indicadores. A proporção de diagnosticadas passou de 71%, em 2010, para 87%, em 2017, um aumento de 22%; e a de vinculadas apresentou um aumento de 30% no mesmo período, passando de 59% para 77%.

Ainda de acordo com a Figura 14, observa-se também que a proporção de gestantes que estavam em TARV nos dois momentos passou de 42%, em 2010, para 64%, em 2017, um aumento de 53%. Apesar de a proporção de GVHIV que chegaram ao parto com supressão viral ter dobrado no período analisado, esta não ultrapassou 46% em 2017.

Analisou-se também a supressão entre aquelas que seguiram as recomendações para o primeiro e terceiro trimestres de gestação (Figura 14). Em 2010, apenas 35% das GVHIV infectadas seguiram as recomendações clínicas do primeiro trimestre, sendo que a proporção comparável, em 2017, atingiu apenas 42%. Ainda que se tenha observado um aumento de 66% na proporção de GVHIV que seguiram as recomendações clínicas do primeiro trimestre e chegaram em supressão viral ao parto, apenas um terço das gestantes infectadas encontravam-se nessa situação, em 2017. Números semelhantes foram observados na análise do cumprimento das recomendações do terceiro trimestre.

O cenário é ainda pior quando se analisa o cumprimento do que foi recomendado no primeiro e terceiro trimestres de gestação, também segundo a Figura 14. Em 2010, a proporção observada foi de 23%, a qual passou para 27% em 2017, um aumento de apenas 17%. Além disso, nota-se que apenas um quinto das GVHIV seguiram as recomendações clínicas dos dois semestres e chegaram com carga viral suprimida no momento do parto.

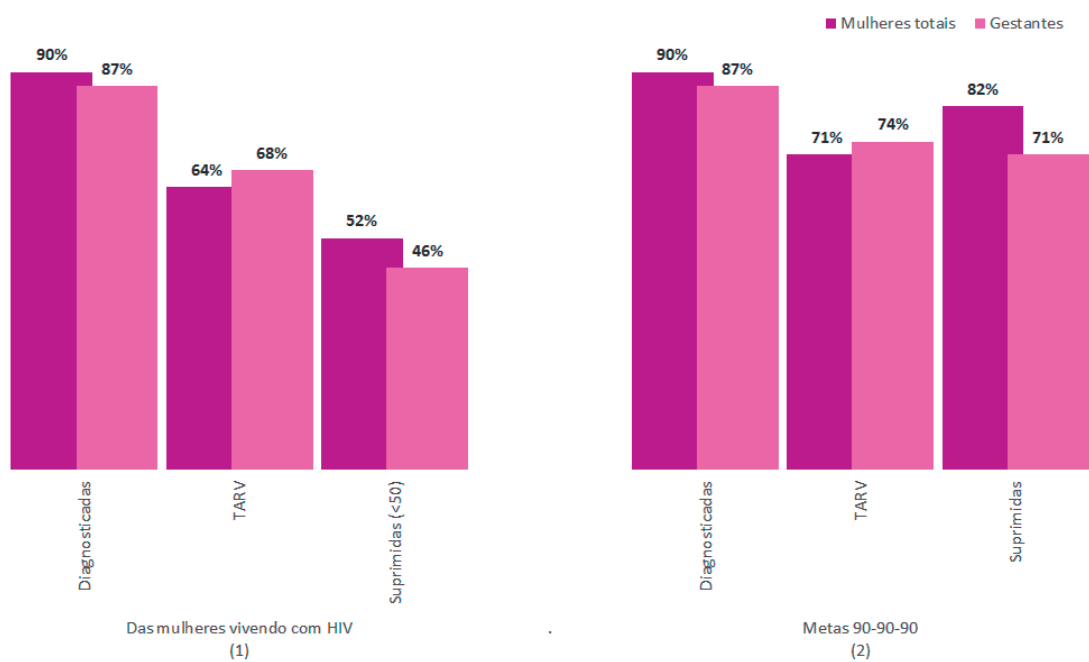


**Figura 14. Cascata de cuidado contínuo das gestantes vivendo com HIV. Brasil, 2010 e 2017**

Nota: Proporções calculadas em relação às gestantes vivendo com HIV.

Na Figura 15, compararam-se os resultados da cascata de cuidado contínuo das GVHIV com os das mulheres como um todo, de duas formas: a partir das proporções calculadas em relação às gestantes vivendo com HIV; e de acordo com a perspectiva das metas 90-90-90 (BRASIL, 2017). Na primeira comparação, foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao diagnóstico e à supressão viral. A proporção de gestantes diagnosticadas (90%) foi 3% inferior à de mulheres como um todo (87%); e, no que se refere à supressão viral, enquanto 52% das mulheres vivendo com HIV estavam em supressão viral, entre as gestantes essa proporção foi 13% menor, de 46%.

Na análise das metas 90-90-90 para as mulheres como um todo e para as GVHIV, notam-se diferenças estatisticamente significativas nas três barras. No que se refere à TARV, verifica-se que a proporção de gestantes diagnosticadas que estavam em TARV foi estatisticamente maior do que a de mulheres como um todo, 74% e 71%, respectivamente. Apesar disso, a supressão viral foi 13% menor entre as gestantes em TARV (71%) quando comparadas às mulheres em tratamento (82%).



**Figura 15. Cascata de cuidado contínuo das mulheres como um todo e das gestantes vivendo com HIV. Brasil, 2017**

Nota: (1) Proporções calculadas em relação às gestantes ou mulheres vivendo com HIV.

(2) Proporções calculadas em relação à barra anterior.

VERSÃO NÃO DIAGNÓSTICA

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com este primeiro *Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV*, foi possível observar que o país vem melhorando, de forma consistente, o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado das mulheres vivendo com HIV nesse importante momento das suas vidas. Quando comparamos as tendências de 2010 a 2018, 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 inequidades e garantir que as melhores tecnologias disponíveis no SUS sejam acessadas pelas mulheres mais vulneráveis, que são as que mais precisam delas.

Aproximadamente 10 mil GVHIV foram identificadas nos sistemas de informação de HIV em 2018, e a maioria delas residia nas regiões Sul e Sudeste (64%), mesmo que o maior crescimento proporcional tenha ocorrido nas regiões Norte e Nordeste. Aproximadamente 70% dessas mulheres residia no interior, e não em capitais. Dessa forma, a organização da rede de assistência ao HIV, incluindo serviços de pré-natal, maternidades de referência e serviços pediátricos para seguimento das crianças expostas precisa levar em consideração que as GVHIV não estão concentradas nos grandes centros urbanos. Modelos de cuidado de base comunitária têm mostrado bons resultados pelo mundo, e um melhor perfil do cuidado das GVHIV que vivem fora das capitais do país pode estar sinalizando o impacto positivo do cuidado compartilhado e a importância da Atenção Primária em Saúde.

Além disso, foi possível observar que a proporção de mulheres vivendo com HIV que engravidam já sabendo do diagnóstico é maior do que aquelas que iniciam TARV já gestantes. Isso pode ser reflexo de anos de políticas públicas voltadas para a garantia de acesso à TARV, redução de estigma e promoção de saúde sexual e reprodutiva para essa população.

Entre as gestantes experimentadas, há uma maior proporção de mulheres brancas, 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 CV-HIV $\geq$ 500 cópias/mL no início da gestação evidencia problemas na adesão e retenção e, possivelmente, resistência emergente aos ARV entre elas.

Por outro lado, 8% das GVHIV não iniciaram TARV, em 2018, e as maiores proporções foram observadas na região Sudeste, entre as mais jovens e as residentes em capitais. Isso em oposição a uma redução importante dessa proporção entre as mulheres residentes no interior e aquelas situadas nos extremos etários. Assim, torna-se necessário intensificar a busca ativa dessas mulheres que de algum modo foram identificadas pelo sistema de saúde, mas não entraram em TARV, de modo a garantir o acesso ao tratamento e, também, a retenção delas à TARV.

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 GVHIV não é ideal, e menos de um quinto das gestantes identificadas realizou seguimento laboratorial conforme o preconizado. Um exemplo claro é o pedido de genotipagem pré-tratamento entre as GVHIV. Embora no período analisado tenha havido uma melhora de mais de 400% nesse indicador, a cobertura desse exame ainda é extremamente baixa (26%). A

avaliação da resistência transmitida tem papel fundamental para que seja oferecido o tratamento mais adequado à gestante e os esquemas profiláticos necessários ao recém-nascido.

Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, 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 é de 15% a 45% (BRASIL, 2019). Nas MVHIV, com infecção crônica pelo vírus, o risco de TV-HIV pela amamentação é de 10% a 15%, sendo que o risco de transmissão é de 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 passa para 36% (COUTSODIS, 2005; LOCKMAN; CREEK, 2009; MONEY et al., 2014; MOSEHOLM; WEIS, 2019).

Outras características demográficas evidenciaram vulnerabilidades entre essas mulheres. Mulheres mais jovens, por exemplo, têm maior chance de não iniciar TARV, além de apresentarem menor adesão, com conseqüente desenvolvimento de resistência aos ARV. Isso pode estar relacionado ao menor acesso aos serviços de saúde (LIMA et al., 2016). Não foi analisada neste relatório a paridade dessas mulheres, e questões importantes ainda necessitam ser respondidas, a exemplo do que os serviços têm oferecido além de TARV. Dois pilares são reconhecidamente importantes na prevenção da transmissão vertical do HIV: a prevenção primária do HIV entre as mulheres, especialmente as jovens, o que está relacionado ao acesso à saúde sexual e reprodutiva, incluindo noções sobre sexo seguro e acesso a insumos de prevenção de IST; e a necessidade de prevenção de gestações não desejadas, especialmente entre as MVHIV, o que diz respeito ao acesso a métodos contraceptivos.

No Brasil, a maioria das gestações não são planejadas (VIELLAS et al., 2014). Isso ficou ainda mais evidente entre as MVHIV, a partir da necessidade de associação de um dos antirretrovirais de primeira linha para pessoas vivendo com HIV, o dolutegravir, ao uso de um método contraceptivo, devido à sua contra-indicação durante o período periconcepcional (ZASH et al., 2019). Apesar dessa recomendação, o número de mulheres engravidando em uso desse ARV vem aumentando nos últimos meses. Além disso, a apresentação tardia no pré-natal aumenta o risco de TV-HIV e a média de início de TARV entre as gestantes ainda é maior que 20 semanas.

Boa parte das MVHIV estão sub-representadas nos ensaios clínicos realizados para aprovação de antirretrovirais para uso. 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, há diferenças consideráveis de farmacocinética, pré-disposição a efeitos tóxicos, uso de medicamentos contraceptivos e 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 GVHIV, contribuam para a melhoria da gestão do cuidado dessa população no território e, conseqüentemente, para a eliminação da transmissão vertical do HIV. Para fortalecer ainda mais a resposta, até o fim de janeiro, os indicadores apresentados neste relatório serão incluídos no site do DCCI, para todos os

municípios com mais de 100.000 habitantes, no endereço: <http://indicadoresgestantes.aids.gov.br/>.

Por fim, a despeito de todas as oportunidades de melhoria identificadas por meio dos indicadores aqui analisados, o país vem apresentando uma evolução importante no cuidado às GVHIV, o que fica evidente na análise das taxas de transmissão vertical do HIV. Este ano, o Brasil certificou o município de São Paulo como a terceira cidade no país a eliminar a transmissão vertical do HIV, sendo digno de nota que São Paulo seja mais populosa do que todos os países atualmente certificados pela OMS (WHO, 2019). Em última análise, o indicador de TV, proporção de crianças expostas que foram infectadas pelo HIV depois do acompanhamento de 18 meses, ficou próximo dos 2% no Brasil (BRASIL, 2018), o que é o patamar de um dos indicadores de impacto que determinam a eliminação da transmissão vertical do HIV como um problema de saúde pública. Nesse contexto, pode-se afirmar que a eliminação da transmissão vertical desse agravo, no país, nunca esteve tão próxima.

VERSÃO NÃO DIAGRAMADA



## REFERÊNCIAS

- ANDANY, N.; WALMSLEY, S. L. What's new for antiretroviral treatment in women with HIV. **Journal of virus eradication**, v. 2, n. 2, p. 67-77, 2016.
- ARRUDA, M. B.; BOULLOSA, L. T.; CARDOSO, C. C. et al. Brazilian network for HIV Drug Resistance Surveillance (HIV-BresNet): a survey of treatment-naive individuals. **Journal of the International AIDS Society**, [S.l.], v. 21, p. e25032, 2018.
- 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. **Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- 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: Ministério da Saúde, 2016. p. 123. Disponível em: [https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf). Acesso em: 20 dez. 2019.
- 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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- 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: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em: 6 nov. 2019.
- COUTSOUDIS, A. Breastfeeding and HIV. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, [S.l.], v. 19, n. 2, Spec. Iss., p. 185-196, 2005.
- DOMINGUES, R. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JR, P. R. et al. Prenatal testing and prevalence of HIV infection during pregnancy: data from the "Birth in Brazil" study, a national hospital-based study. **BMC Infect Dis.**, [S.l.], 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: 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**, [S.l.], 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**, [S.l.], 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**, [S.l.], 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**, 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**, [S.l.], v. 4, n. 12, p. e536-e546, 2017.

PASCOM, A. R. P.; MEIRELES, M. V.; RICK, F. M. 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.

PEREIRA, G.; A. KIM; E. JALIL et al. No occurrences of neural tube defects among 382 women on dolutegravir at pregnancy conception in Brazil. In: IAS CONFERENCE ON HIV SCIENCE, 10., Cidade do México, 21-24 jul. 2019. **Abstract Book**. Cidade do México: IAS, 2019. p. 441. Disponível em: [http://www.ias2019.org/Portals/5/IAS2019\\_Abstracts.pdf](http://www.ias2019.org/Portals/5/IAS2019_Abstracts.pdf). Acesso em: 20 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**, [S.l.], 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**, [S.l.], 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**, [S.l.], v. 50, n. 4, p. 585-596, 2010.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). **90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2014.

VIELLAS, E. F.; AUGUSTO, M.; DIAS, B. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO validation for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and/or syphilis**. [S.l.]: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/WHO-validation-EMTCT/en/>. Acesso em: 23 dez. 2019.

ZASH, R. et al. Neural-Tube Defects and Antiretroviral Treatment Regimens in Botswana. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 381, n. 9, p. 827-840, 29 ago. 2019.

**ANEXOS**

**Tabela A1. Distribuição das gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo o sistema no qual foram encontradas, por ano do exame e/ou dispensação. Brasil, 2010-2018**

Local	Ano do exame e/ou dispensação									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Siclom (dispensação)	70,8	73,1	73,2	72,9	72,5	72,5	71,4	73,9	73,4	
Siscel (LT-CD4+ ou CV)	69,7	68,5	65,6	64,1	63,6	62,0	64,4	65,1	64,0	
Sisgeno (genotipagem)	0,8	1,9	2,8	4,0	5,3	7,6	11,5	18,4	21,0	
Apenas genotipagem	0,3	0,3	0,5	0,7	0,6	0,7	1,2	1,5	1,8	
Apenas LT-CD4+	3,2	2,7	2,7	2,4	2,6	2,1	2,2	1,6	1,8	
LT-CD4+ e genotipagem	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	
Apenas CV	7,5	6,2	4,6	5,6	4,8	5,8	9,6	9,3	9,0	
CV-HIV e genotipagem	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	
CV-HIV e LT-CD4+	18,1	17,5	18,5	17,6	18,3	17,3	13,9	11,0	11,2	
CV, LT-CD4+ e genotipagem	0,1	0,2	0,5	0,6	1,0	1,4	1,4	2,3	2,4	
Apenas dispensação	29,9	31,1	33,8	34,8	35,3	36,2	32,4	30,0	30,7	
Dispensação e genotipagem	0,0	0,1	0,1	0,4	0,6	1,1	2,0	3,4	3,6	
Dispensação e LT-CD4+	2,9	2,5	2,3	2,5	2,2	1,3	1,1	1,0	0,9	
Dispensação, LT-CD4+ e genotipagem	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	
Dispensação e CV	2,8	2,2	2,2	2,2	2,6	3,4	5,5	6,3	6,4	
Dispensação, CV-HIV e genotipagem	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,4	0,8	1,1	1,2	
Dispensação, CV-HIV e LT-CD4+	34,7	35,9	33,1	30,9	28,9	26,3	23,7	22,4	19,1	
Dispensação, CV, LT-CD4+ e genotipagem	0,3	1,3	1,5	1,9	2,6	3,8	5,6	9,6	11,3	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Nota: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

**Tabela A2. Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup>, segundo o ano de início da gestação, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária. Brasil, 2010-2018**

Características	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Região de residência									
Norte	408	491	540	546	550	677	764	907	1.044
Nordeste	971	992	1.065	1.269	1.258	1.331	1.460	1.726	2.018
Sudeste	3.055	3.061	2.964	3.210	3.497	3.424	3.461	3.830	3.774
Sul	2.118	2.181	2.423	2.420	2.558	2.684	2.647	2.896	2.773
Centro-Oeste	431	450	421	523	543	521	573	622	644
Local de residência									
Capital	2.068	2.208	2.466	2.553	2.656	2.820	3.001	3.310	3.219
Interior	4.915	4.967	4.947	5.415	5.750	5.817	5.904	6.671	7.034
Raça/cor									
Branca/Amarela	2.804	2.858	2.959	3.039	3.230	3.175	3.353	3.699	3.538
Negra	2.637	2.771	2.845	3.102	3.414	3.653	3.833	4.290	4.677
Indígena	26	13	25	28	24	19	26	27	20
Ignorada	1.551	1.550	1.613	1.821	1.764	1.813	1.739	2.018	2.104
Escolaridade									
0 a 7 anos	2.237	2.303	2.165	2.263	2.327	2.304	2.428	2.614	2.669
8 a 11 anos	1.657	1.776	1.785	1.853	1.961	2.197	2.296	2.526	2.527
12 e mais anos	423	501	524	551	565	590	699	798	854
Ignorada	2.701	2.612	2.968	3.323	3.579	3.569	3.528	4.096	4.289
Faixa etária									
< 19 anos	914	906	984	1.136	1.128	1.123	1.090	1.116	1.147
20 a 24 anos	1.606	1.616	1.740	1.777	1.978	1.926	1.880	2.179	2.244
25 a 29 anos	1.769	1.845	1.830	1.981	2.013	2.034	2.070	2.323	2.296
30 a 39 anos	2.271	2.387	2.414	2.566	2.704	2.828	3.010	3.376	3.429
40 anos ou mais	456	437	470	523	606	746	896	1.028	1.210

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Nota: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.

**Tabela A3. Número de gestantes experimentadas (Exp)<sup>(1)</sup> e não experimentadas (Ñ exp) identificadas nos sistemas de HIV<sup>(2)</sup>, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação segundo o ano de início da gestação. Brasil, 2010-2018**

Características	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		
	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	Exp	Ñ exp	
Região de residência																			
Norte	106	302	117	374	159	381	184	362	182	368	292	385	339	425	467	440	566	478	
Nordeste	270	701	301	691	333	732	412	857	474	784	546	785	696	764	850	876	1.103	915	
Sudeste	1.195	1.860	1.262	1.799	1.335	1.629	1.470	1.740	1.617	1.880	1.756	1.668	1.923	1.538	2.311	1.519	2.289	1.485	
Sul	827	1.291	877	1.304	1.059	1.364	1.205	1.215	1.331	1.227	1.492	1.192	1.714	933	1.940	956	1.949	824	
Centro-Oeste	127	304	180	270	168	253	239	284	261	282	250	271	311	262	374	248	384	260	
Local de residência																			
Capital	762	1.306	854	1.354	979	1.487	1.131	1.422	1.170	1.486	1.418	1.402	1.611	1.390	1.893	1.417	1.924	1.295	
Interior	1.763	3.152	1.883	3.084	2.075	2.872	2.379	3.036	2.695	3.055	2.918	2.899	3.372	2.532	4.049	2.622	4.367	2.667	
Raça/cor																			
Branca/Amarela	1.113	1.691	1.225	1.633	1.401	1.558	1.506	1.533	1.661	1.569	1.821	1.354	2.119	1.234	2.450	1.249	2.429	1.109	
Negra	937	1.700	964	1.807	1.088	1.757	1.309	1.793	1.437	1.977	1.669	1.984	1.990	1.843	2.331	1.959	2.652	2.025	
Indígena	6	20	2	11	9	16	7	21	7	17	12	7	13	13	12	15	13	7	
Ignorada	484	1.067	551	999	560	1.053	694	1.127	774	990	846	967	876	863	1.168	850	1.219	885	
Escolaridade																			
0 a 7 anos	883	1.354	928	1.375	980	1.185	1.111	1.152	1.212	1.115	1.283	1.021	1.504	924	1.703	911	1.732	937	
8 a 11 anos	576	1.081	637	1.139	751	1.034	879	974	920	1.041	1.160	1.037	1.258	1.038	1.514	1.012	1.605	922	
12 e mais anos	159	264	189	312	241	283	257	294	280	285	293	297	404	295	478	320	522	332	
Ignorada	922	1.779	988	1.624	1.086	1.882	1.269	2.054	1.467	2.112	1.612	1.957	1.832	1.696	2.266	1.830	2.454	1.835	
Faixa etária																			
≤ 19 anos	182	732	208	698	234	750	305	831	325	803	379	744	373	717	448	668	495	652	
20 a 24 anos	414	1.192	444	1.172	547	1.193	642	1.135	745	1.233	795	1.131	877	1.003	1.121	1.058	1.166	1.078	
25 a 29 anos	581	1.188	672	1.173	726	1.104	842	1.139	909	1.104	968	1.066	1.099	971	1.326	997	1.354	942	
30 a 39 anos	1.097	1.174	1.152	1.235	1.236	1.178	1.376	1.190	1.468	1.236	1.644	1.184	1.921	1.089	2.203	1.173	2.274	1.155	
40 anos ou mais	265	191	266	171	315	155	173	350	432	174	560	186	727	169	863	165	1.022	188	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Notas: (1) Foram consideradas experimentadas aquelas gestantes cuja primeira dispensação da vida aconteceu no mínimo 16 dias antes da DG.

(2) Siscel, Siciom e Sísigeno.

**Tabela A4. Número de gestantes identificadas nos sistemas de HIV<sup>(1)</sup> que nunca iniciaram TARV, por região e local de residência, raça/cor, escolaridade (em anos de estudo) e faixa etária, segundo ano de início da gestação. Brasil, 2010, 2014 e 2018**

Características	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Região de residência									
Norte	20	28	40	36	42	31	36	38	54
Nordeste	76	63	109	142	123	122	111	111	137
Sudeste	422	437	365	439	512	486	441	456	428
Sul	125	122	195	197	162	200	134	192	147
Centro-Oeste	23	21	19	23	29	38	30	23	33
Local de residência									
Capital	177	223	263	284	337	344	291	332	293
Interior	489	448	465	553	531	533	461	488	506
Raça/cor									
Branca/Amarela	168	184	186	221	243	247	238	270	207
Negra	162	173	191	236	250	290	249	285	320
Indígena	2	2	1	2	3	0	1	5	0
Ignorada	346	319	360	384	378	348	273	278	306
Escolaridade									
0 a 7 anos	135	142	156	178	173	172	173	188	192
8 a 11 anos	104	121	142	150	176	175	163	174	171
12 e mais anos	25	46	25	43	41	63	44	66	55
Ignorada	414	369	415	472	484	475	381	410	415
Faixa etária									
≤ 19 anos	131	125	151	171	164	172	145	122	118
20 a 24 anos	169	160	183	187	240	207	191	200	214
25 a 29 anos	166	157	172	211	197	208	180	196	203
30 a 39 anos	176	199	195	221	214	248	196	257	240
40 anos ou mais	36	36	33	47	57	49	46	52	47

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Nota: (1) Siscel, Siclom e Sisgeno.