



Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

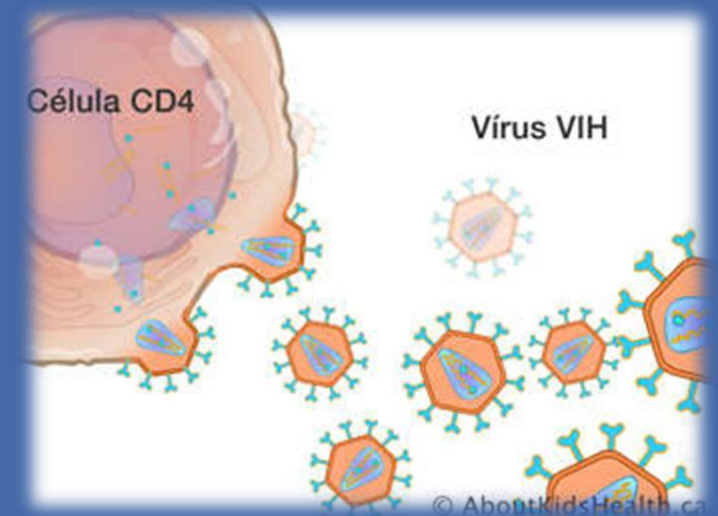
Ana Gabriela Álvares Travassos – 2025
Médica e Pesquisadora/CEDAP
Professora Titular/UNEB



Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Relembrando conceitos

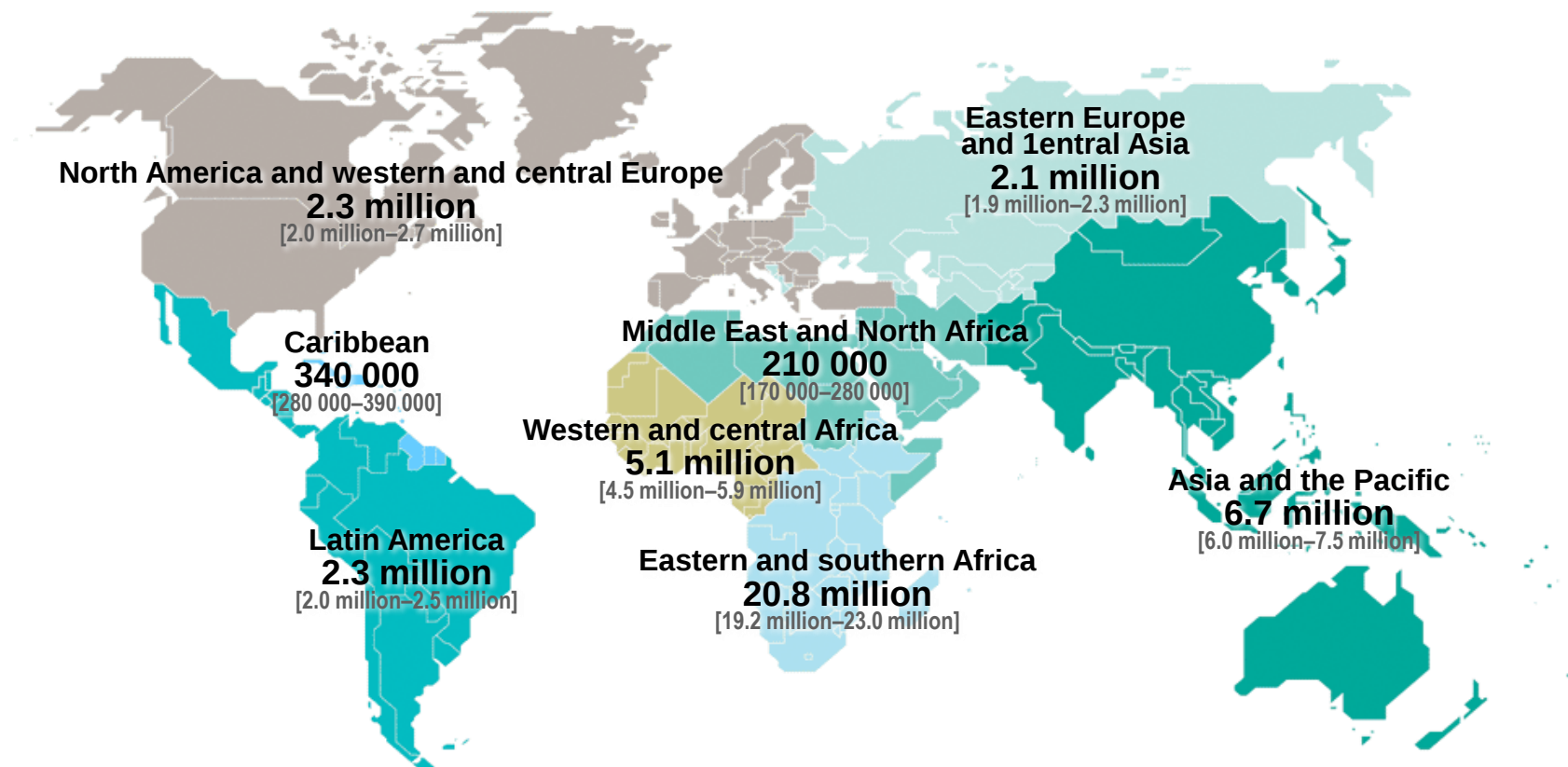
- ✓ HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- ✓ Formas de Transmissão : Sexual, sanguínea e acidente perfurocortante, Transmissão vertical
- ✓ Aids: Síndrome da Imunodeficiência Humana, quadro definido por destruição dos linfócitos T CD4 (menor que 200 cels/mL) e por presença de algumas doenças definidoras)
- ✓ Linfócitos T CD4 – células do sistema imunológico responsáveis pela defesa celular do organismo e que são destruídas na replicação do HIV
- ✓ Carga Viral do HIV
- ✓ Terapia Antiretroviral – medicações que impedem a replicação do HIV
- ✓ **Indetectável = Intransmissível**



<https://www.aboutkidshealth.ca/ieu/healthaz/infectious-diseases/hiv-and-your-child/?language=pt>

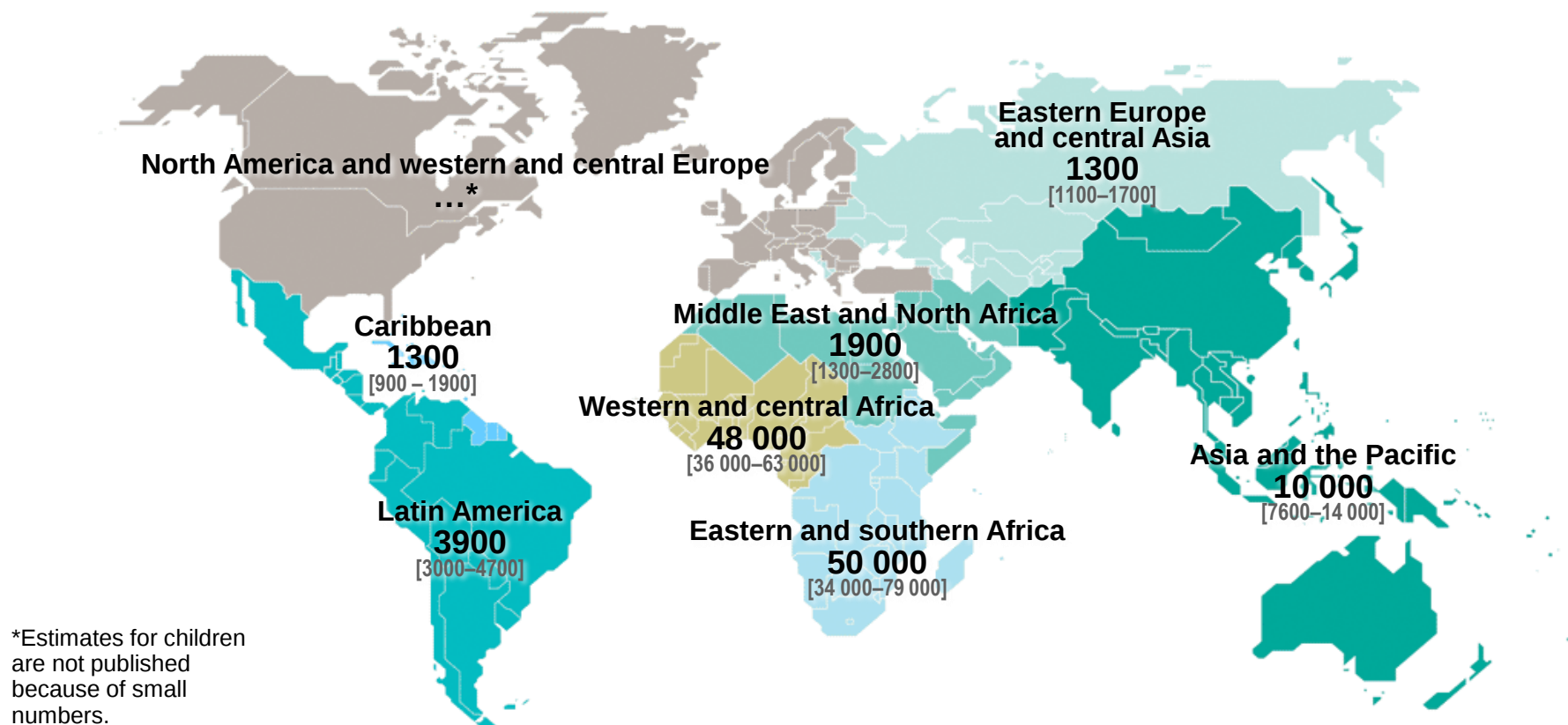
Número estimado de adultos e crianças vivendo com HIV

2023



Total: 39.9 million [36.1 million–44.6 million]

Número estimado de crianças (<15 years) com novas infecções pelo HIV | 2023



Total: 120 000 [83 000–170 000]



Metas para acelerar a resposta

Até 2020

90-90-90

Tratamento

500 000

Novas infecções em adultos

ZERO

Discriminação

Até 2030

95-95-95

Tratamento

200 000

Novas infecções em adultos

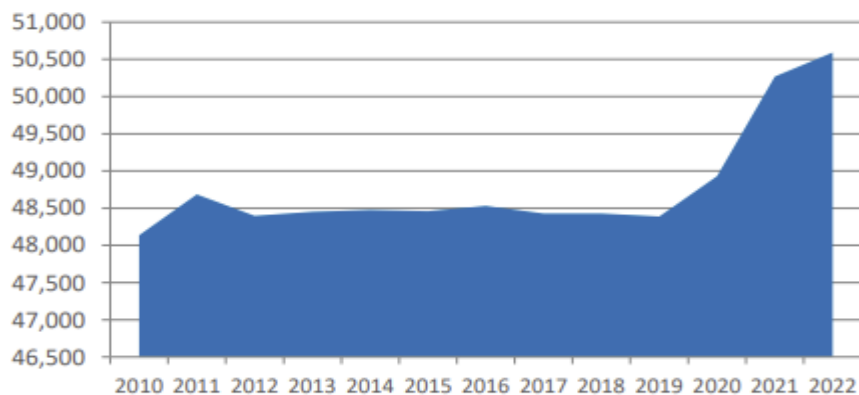
ZERO

Discriminação

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV Onde Estamos?

Nova Tendência de Infecções de HIV

50,591 novas infecções pelo HIV em adultos (+15 anos) em 2022
5 mudanças percentuais entre 2010 e 2022

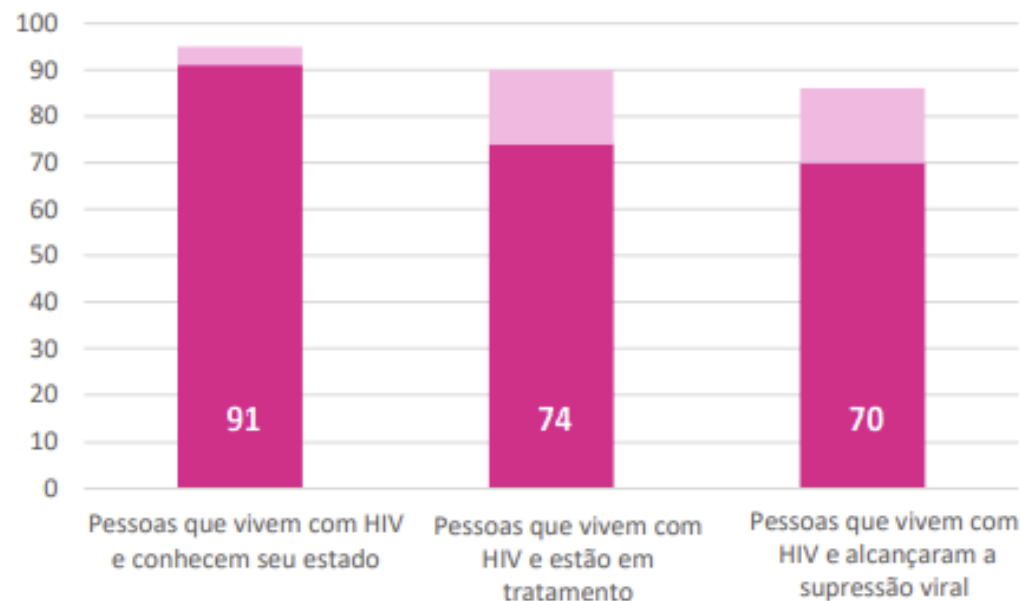


Distribuição por sexo em 2022

Mulheres: 27% Homens: 73%

Fonte: Estimativas Epidemiológicas do UNAIDS de 2022

Índice de diagnóstico e tratamento (2022)



Fonte: Relatório de Progresso da Resposta Global ao HIV de 2023

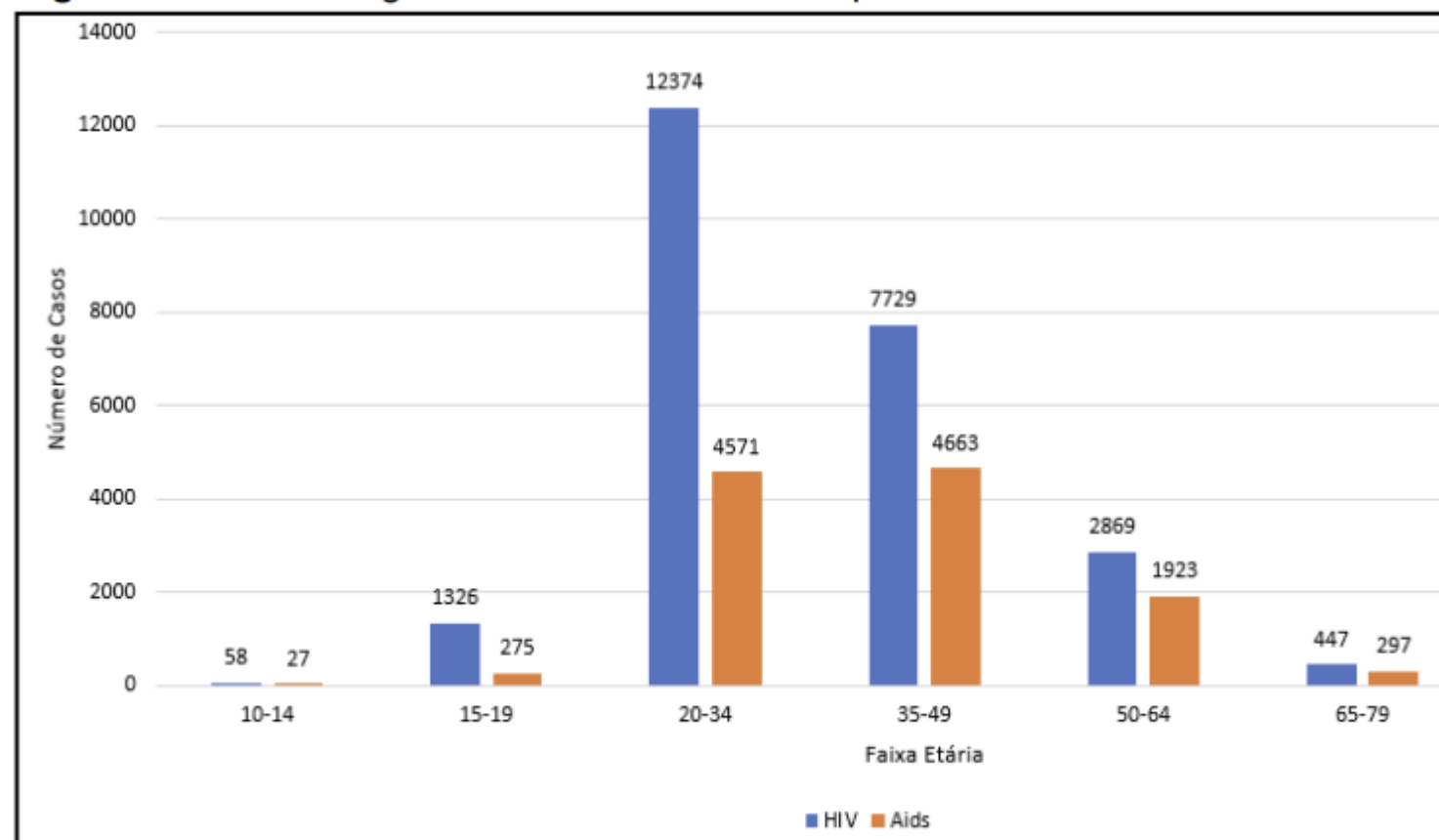


Boletim Epidemiológico

HIV/AIDS

Nº 01 | dezembro | 2024

Figura 04 - Porcentagem de casos de HIV/Aids por faixa etária. Bahia. 2014-c023



Fonte: Datasus/ Tabwin. Acesso 05 de novembro de 2024.

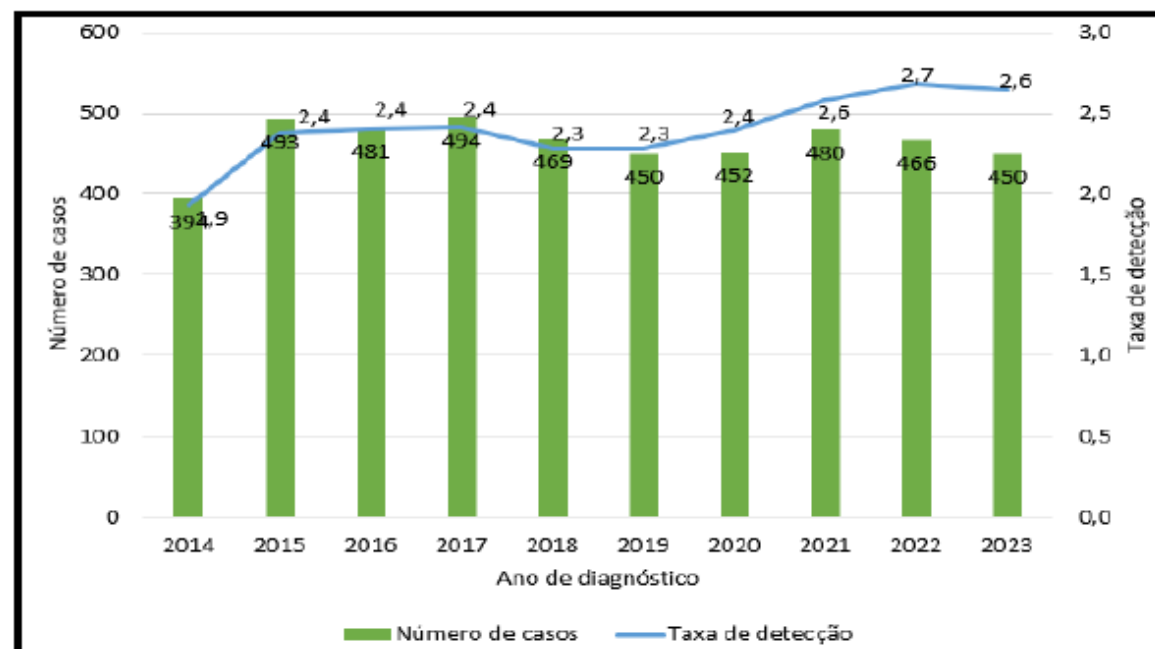


Boletim Epidemiológico

HIV/AIDS

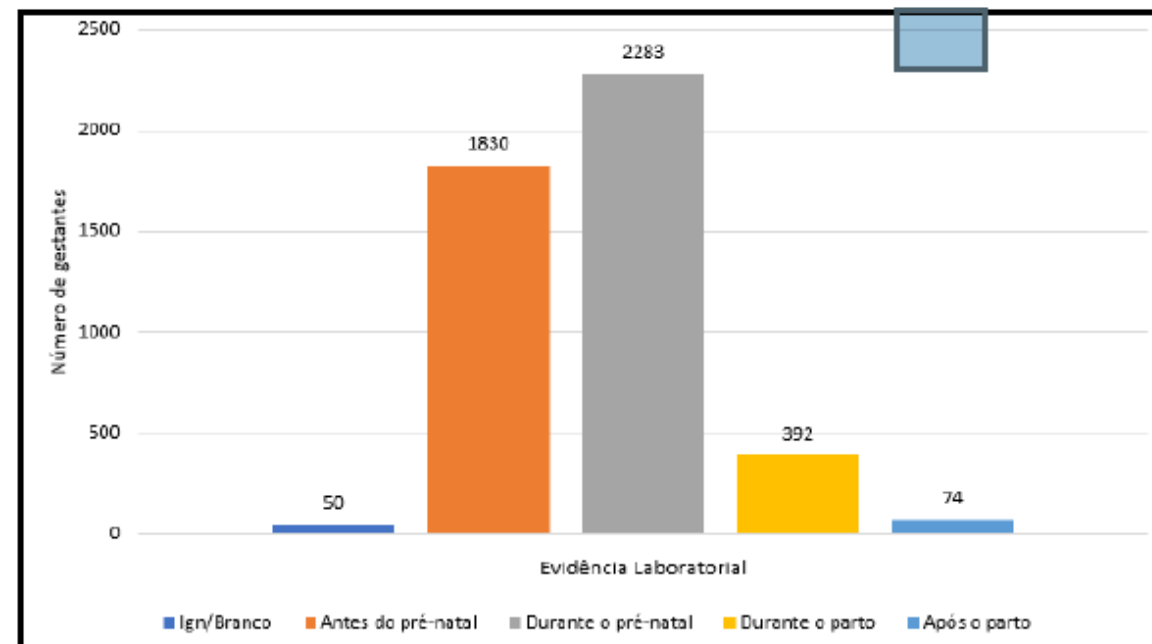
Nº 01 | dezembro | 2024

Figura 11 - Número de casos e taxa de detecção por 1.000/NV. Bahia. 2014-2023



Fonte: Datasus/ Tabwin. Acesso 05 de novembro de 2024.

Figura 12 - Número de casos por Evidencia Laboratorial. Bahia. 2014-2023



Fonte: Datasus/ Tabwin. Acesso 05 de novembro de 2024.

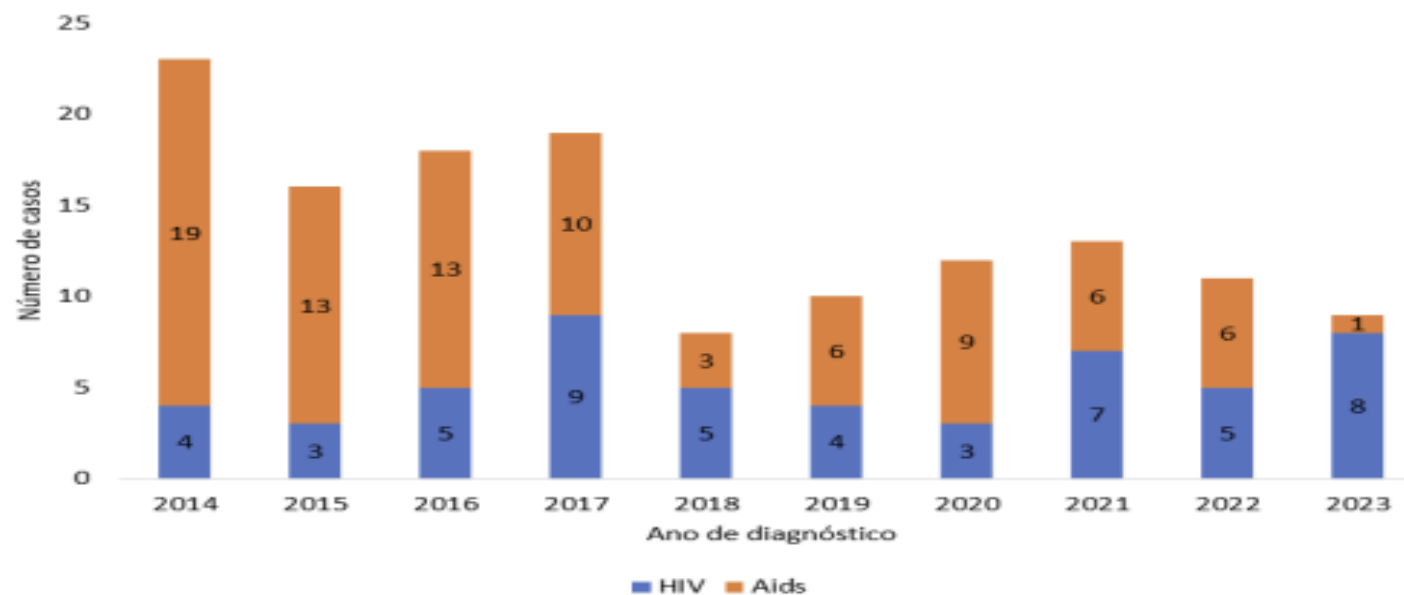


Boletim Epidemiológico

HIV/AIDS

Nº 01 | dezembro | 2024

Figura 13 - Número de casos HIV/aids em menores de 5 anos. Bahia. 2014-2023



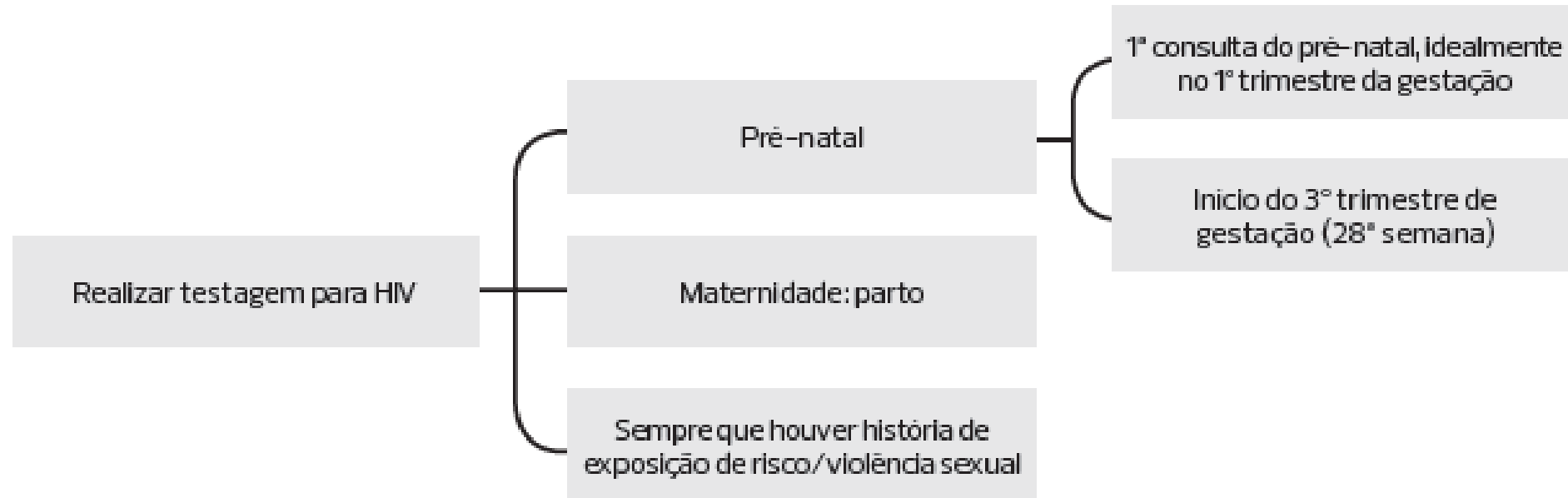
Fonte: Datasus/ Tabwin. Acesso 05 de novembro de 2024.



Gestante vivendo com HIV

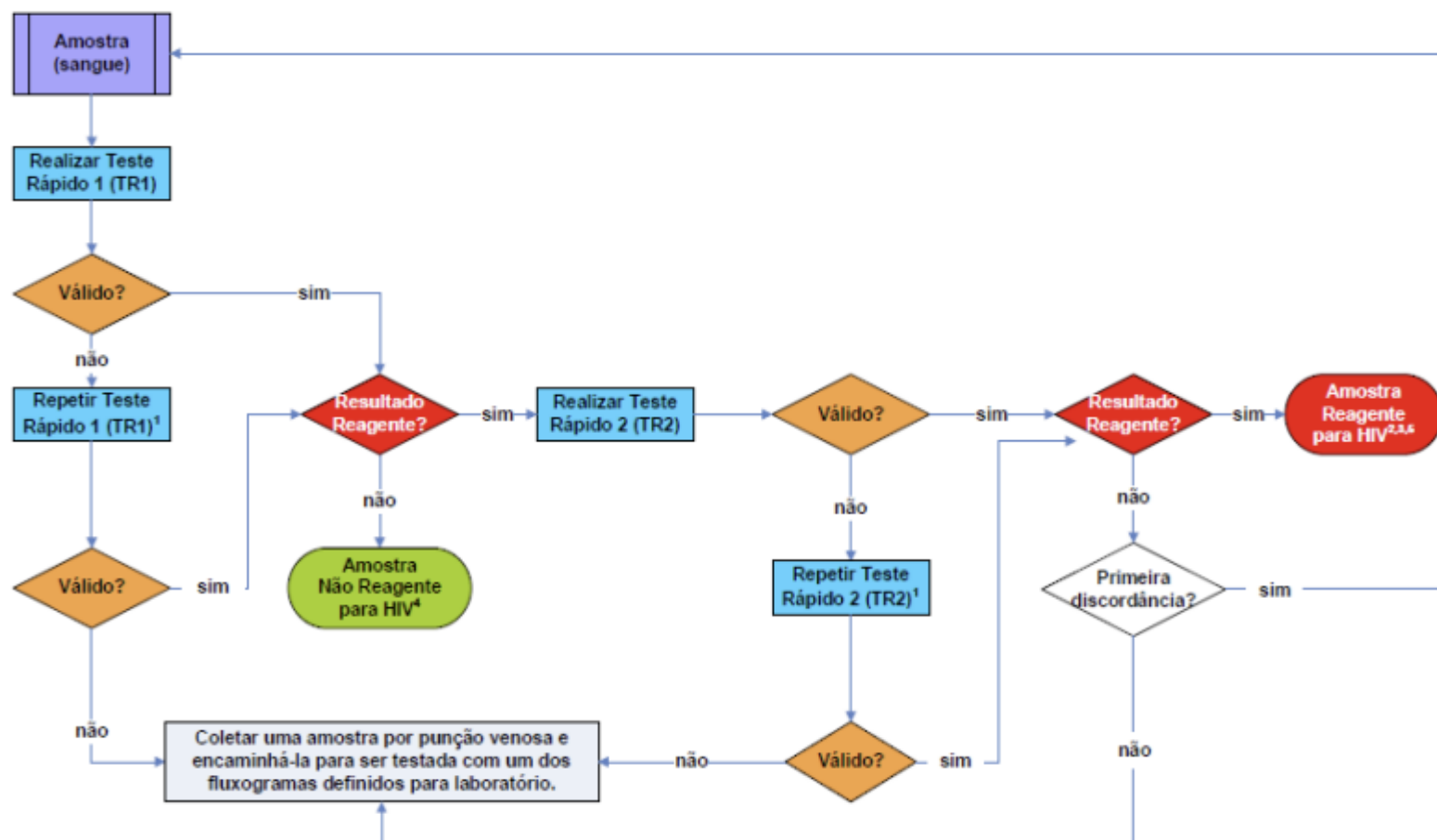
Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Figura 2 – Momentos para oferecer testagem de HIV à gestante



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 14. Fluxograma 1 – Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue



Legenda: Processo predefinido.

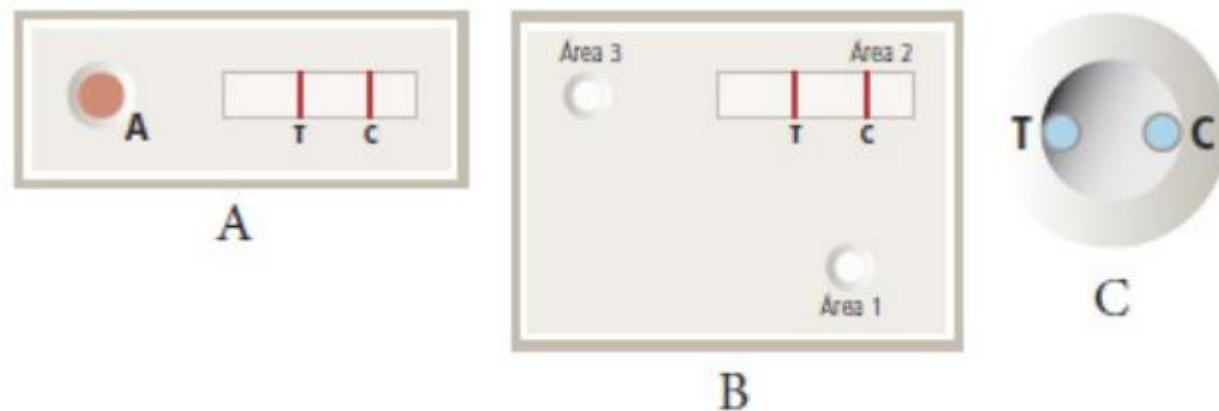
Processo.

Exige uma tomada de decisão.

Finalizador.

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Figura 10. Exemplos de testes rápidos (TR) reagentes^G para HIV



Fonte: adaptado de BRASIL, 2010a.

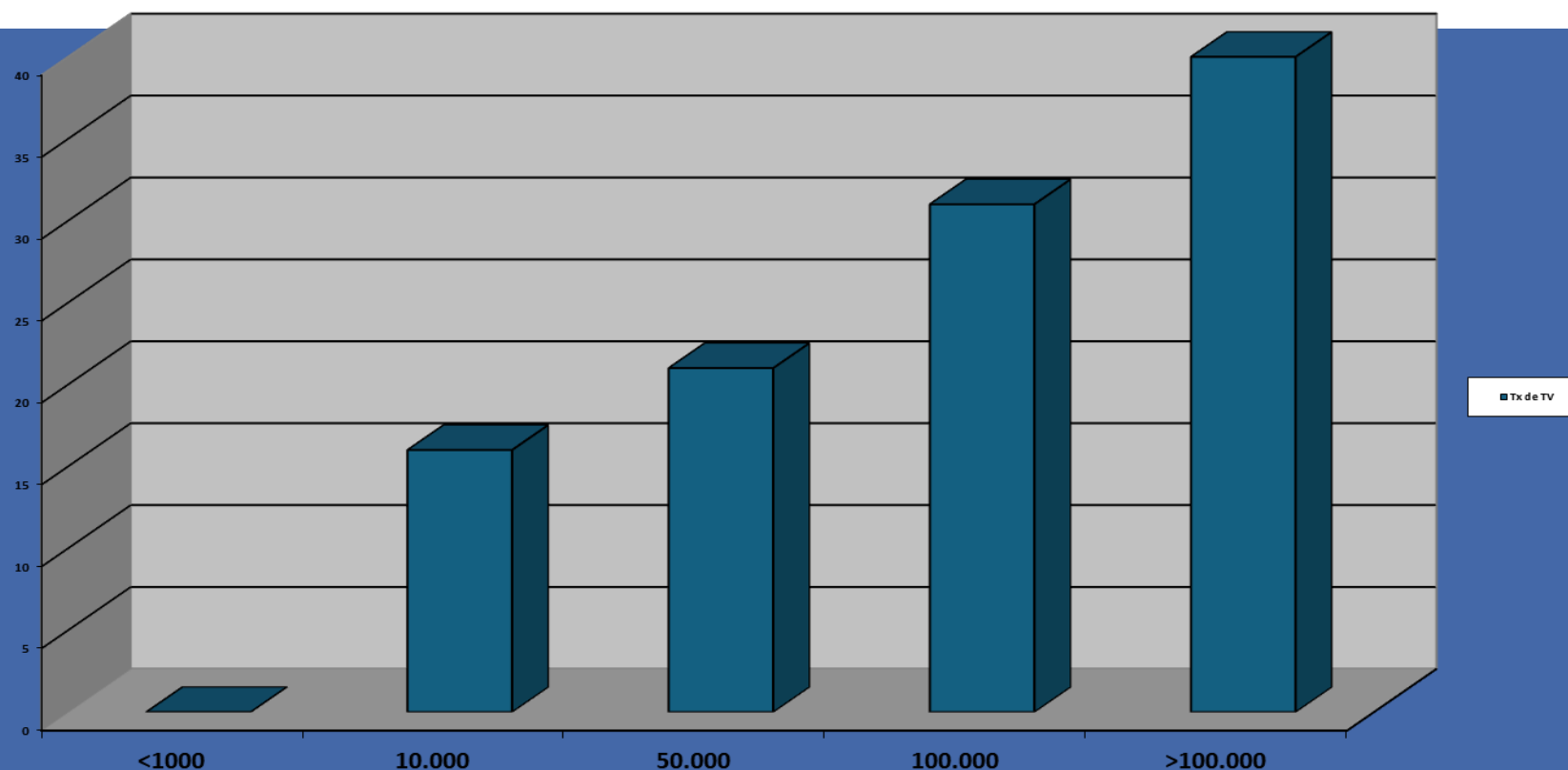
Notas: observa-se presença de linha na área T (Teste) e na área C (Controle). (A) imunocromatografia de fluxo lateral, (B) imunocromatografia de duplo percurso – DPP, (C) Imunoconcentração.

Importância Carga Viral Materna na TV do HIV

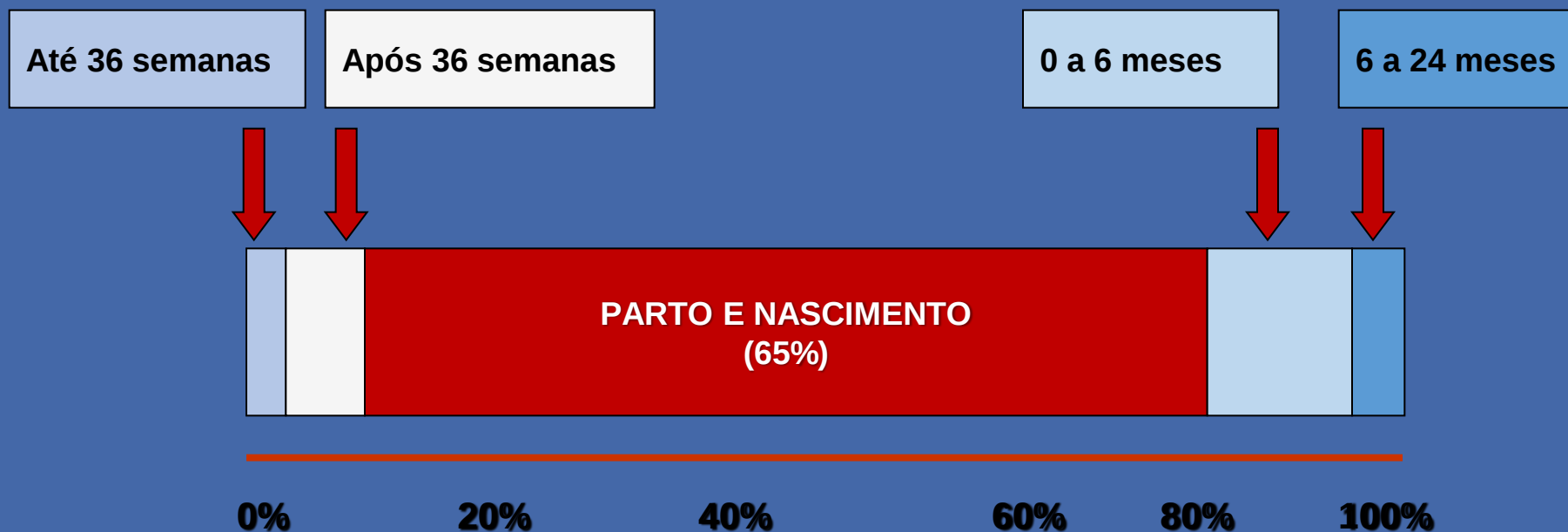
Despina, G. and cols. JAIDHR, 1998

Meta-análise de 9 coortes

1115 pares mãe-filho



TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV



(Intra-útero e aleitamento materno – 35%)
Porcentagem presumível de infecção pelo HIV durante a gravidez e o parto

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Fatores que influenciam a TV do HIV

• Maternos

- Carga viral
- Imunossupressão importante
- Co-infecções: CMV, IST -> Sífilis, hepatite C e B
- Uso de drogas ilícitas

• Obstétricos

- Bolsa rota maior 4 horas
- Procedimentos invasivos

• Perinatais

- Prematuridade
- Amamentação

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

- ✓ **Avaliação Obstétrica**
- ✓ **Acompanhamento Multiprofissional**
- ✓ Pré-Natal - Rotina básica
- ✓ Hemograma e enzimas hepáticas mensais
- ✓ Perfil lipídico e provas de função renal
- ✓ TTGO (24 semanas)
- ✓ Citologia oncótica do colo do útero*



Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV



Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em [CC BY-NC-ND](#)

- ✓ Ultrassonografia Obstétrica Morfológica do 1º Trimestre (10 a 14 semanas);
- ✓ Ultrassonografia Obstétrica Morfológica do 2º Trimestre (20 a 24 semanas);
- ✓ Ecocardiograma fetal (28 a 30 semanas);
- ✓ Ultrassonografia Obstétrica do 3º trimestre com dopplervelocimetria e Perfil Biofísico fetal (acima de 30 semanas).

Rastreio e Tratamento para outras IST

- ✓ Teste rápido para Sífilis e Hepatites virais;
- ✓ PCR para Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae – Rede em implantação (<=30 anos);
- ✓ HTLV;
- ✓ Mycoplasma genitalium?



Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis		Formulário para Solicitação do Exame Pesquisa de Multipatógenos IST – Detecção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular	
DADOS DA INSTITUIÇÃO			
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*	2. CNES*		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
3. Nome do profissional solicitante*	4. Registro do conselho profissional* Sigla do conselho/UF/Nº	5. Assinatura e Carimbo*	
6. Data da solicitação*	7. CPF do profissional solicitante*		
INFORMAÇÕES BÁSICAS			
8. CNS do(a) paciente*	Nome completo do(a) usuário(a)*		12. Preferência de identificação*
	10. Oficial		1. Oficial 2. Social
9. CPF*	11. Social		13. Sexo*
			1. Feminino 2. Masculino
14. Data de nascimento*	15. Raça/Cor*	16. Etnia	17. Nome da mãe*





DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 05/04/2024 | Edição: 66 | Seção: 1 | Página: 109

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

PORTARIA SECTICS/MS Nº 13, DE 3 DE ABRIL DE 2024

Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o exame para detecção pré-natal de infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) 1/2 em gestantes.

Rastreio e Tratamento para outras Infecções

- ✓ Rastreio Infecção latente para *M. tuberculosis*;
- ✓ Sorologia para toxoplasmose;
- ✓ Sorologia para Chagas;
- ✓ Bacterioscopia de secreção vaginal.
- ✓ Swab vaginal e anal para estreptococcus grupo B.

PCDT Transmissão vertical do HIV, sífilis e Hepatites virais, MS/2022



Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis		Formulário para Solicitação do Exame Pesquisa de Multipatógenos IST – Detecção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular	
DADOS DA INSTITUIÇÃO			
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*	2. CNES*		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
3. Nome do profissional solicitante*	4. Registro do conselho profissional*	5. Assinatura e Carimbo*	
	Sigla do conselho/UF/Nº		
6. Data da solicitação*	7. CPF do profissional solicitante*		
INFORMAÇÕES BÁSICAS			
8. CNS do(a) paciente*	Nome completo do(a) usuário(a)*		12. Preferência de identificação*
	10. Oficial		1. Oficial 2. Social
9. CPF*	11. Social		13. Sexo*
			1. Feminino 2. Masculino
14. Data de nascimento*	15. Raça/Cor*	16. Etnia	17. Nome da mãe*



Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Monitoramento materno durante a gestação

✓ Carga Viral:

- ✓ Na visita inicial;
- ✓ 4 semanas depois de iniciar ou trocar o esquema ARV;
- ✓ Com 28 Semanas-> risco do Recém-nascido*;
- ✓ Entre 34-36 semanas de gestação -> via de parto.

✓ Contagem de LT CD4+:

- ✓ Na consulta pré-natal inicial e a cada 3 meses:
 - ✓ Sem acompanhamento prévio;
 - ✓ Mulheres com diagnóstico prévio, em interrupção do uso de TARV;
 - ✓ Mulheres com último exame < 350 cels/mm³
- ✓ Na consulta inicial e no 3º trimestre, se uso regular de TARV.

SUS				Laudo Médico para Emissão de BPA-I			
Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV							
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ					
INFORMACOES BASICAS							
Nome completo do usuário SUS*		5. Identificação do usuário SUS nos relatórios					
3. Civil:		☐ 1-Civil 2-Social					
4. Social:							
6. Data de Nascimento*		7. Sexo atribuído ao Nascimento*					
8. País*		9. Cidade de nascimento*					
10. UF*		11. Raça/Cor*					
12. Número de Identidade		13. CPF*					
14. Escolaridade		15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*					
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*					
18. Telefone do Usuário SUS		19. Prontuário					
20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)		21. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)					
22. Nome da mãe*		23. Endereço do usuário SUS*					
24. Bairro*		25. CEP*					
26. Cidade de residência do usuário SUS*		27. UF*					
28. Cod. IBGE Município							
DADOS DA SOLICITAÇÃO							
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento					
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO							
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*							
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral ☐							
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral ☐							
31.3. Diagnóstico ☐							
31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV ☐							
32. CID 10*							
33. Nome do Profissional Solicitante*		34. Data da Solicitação					
36. Registro do Conselho Profissional*		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*					
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA							
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		39. Data da coleta*					
40. Hora da Coleta*							
LABORATORIO EXECUTOR DO TESTE							
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES					
43. Data do recebimento		44. Hora					
45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra					
47. Responsável		48. Data do resultado					
49. Condições de chegada da amostra		50. Material Biológico					
51. Quantidade de cópias		52. Log					
53. Volume da amostra		54. Técnica utilizada					

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aidas/pt-br> (08/02/2023)

web
PALES
TRA



SUS				Laudo Médico para Emissão de BPA-I			
Contagem de Linfócitos T CD4+							
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ					
INFORMACOES BASICAS							
Nome completo do usuário SUS*		5. Identificação do usuário SUS nos relatórios					
3. Civil:		☐ 1-Civil 2-Social					
4. Social:							
6. Data de Nascimento*		7. Sexo atribuído ao Nascimento*					
8. País*		9. Cidade de nascimento*					
10. UF*		11. Raça/Cor*					
12. Número de Identidade		13. CPF*					
14. Escolaridade		15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*					
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*					
18. Telefone do Usuário SUS		19. Prontuário					
20. Nome do Responsável (se o usuário SUS for menor de idade)		21. CPF do Responsável (se o usuário SUS for menor de idade)					
22. Nome da mãe*		23. Endereço do usuário SUS*					
24. Bairro*		25. CEP*					
26. Cidade de residência do usuário SUS*		27. UF*					
28. Cod. IBGE Município							
DADOS DA SOLICITAÇÃO							
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento					
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO							
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*							
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral ☐							
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral ☐							
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm ³ ? ☐							
31.2.2. Paciente assintomático? ☐							
31.2.3. Carga Viral indetectável? ☐							
31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista ☐							
32. CID 10*							
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
33. Nome do Profissional Solicitante*		34. Data da Solicitação					
36. Registro do Conselho Profissional*		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*					
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA							
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		39. Data da coleta*					
40. Hora da Coleta*							
LABORATORIO EXECUTOR DO TESTE							
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES					
43. Data do recebimento		44. Hora					
45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra					
47. Responsável		48. Data do resultado					
49. Condições de chegada da amostra		50. Material Biológico					
51. CD4 (valor absoluto)		52. CD8 (valor absoluto)					
53. Média CD3 (valor absoluto)		54. Técnica utilizada					

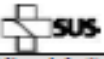
*Preenchimento obrigatório

Imprimir Limpar Formulário Salvar como

<https://www.gov.br/aidas/pt-br> (08/02/2023)

Teste de genotipagem durante a gestação

- Recomendações:
 - ✓ Realizar teste de genotipagem antes de iniciar TARV em gestante com diagnóstico recente;
 - ✓ Ou antes de modificar ARV para todas as gestantes com CV detectável ($>1.000\text{cp/ml?}$), em uso de TARV.
 - ✓ Ajustar esquema se necessário, quando os resultados forem disponíveis.

 Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais		Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV			
1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*			2. CNPJ		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome*		5. Identificação do usuário nos relatórios		6. Data de Nascimento*	7. Sexo*
3. Oficial:		☐ 1-Oficial ☐ 2-Social		/ /	☐ 1-Masculino ☐ 2-Feminino
4. Social:					
8. País	9. Cidade de nascimento*		10. UF*	11. Raça/Cor	
				☐ 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorado	
12. Número de Identidade	13. CPF	14. Escolaridade		15. Número SUSCEL	
		☐ 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado			
16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*		17. Gestante* S-Sim / N-Não	17.1. Idade gestacional*	18. Telefone do Paciente	19. Frontalário
			semanas ()		
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*			21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
22. Nome da mãe*			23. Endereço do paciente		
24. Bairro	25. CEP	26. Cidade de residência do paciente		27. UF	28. Cid. IDGE Município
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME					
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento			
02.02.03.124-1		Genotipagem do HIV			
DADOS CLÍNICOS					
31. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log)* (colado na rede pública ou privada)			32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm ³) e (%)		
Situação	Data da Coleta	Cópias	Log	Situação	Data da Coleta
Última Carga Viral	/ /			Último CD4	/ /
Penúltima Carga Viral	/ /				
33. CID 10		34. Comorbidades		35. Genotipagem anterior	
B24				☐ Não ☐ Sim - Ano(s): _____	
INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM*					
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:			36.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*:		
☐ Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) ☐ GP41 (T 20/Efavirenz) ☐ Integrase (Raltegravir/Dolutegravir) ☐ Alça V3 GP120 (Maraviroc)			Solicitação de exame de carga viral na mesma data? ☐ Sim ☐ Não		
37. Paciente em Tratamento?*		38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*			
☐ Sim ☐ Não		☐ Gestante ☐ Criança (0-17 anos; TV*) ☐ Paciente sorodiferente (paciente em uso atual ou prévio de TARV*) ☐ Coinfecção TB-HIV			
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso*:					
39. Uso(s) do esquema* ☐ Paciente ☐ Paciente (genotipagem pré-tratamento)		☐ Mito (Transmissão vertical)			
Esquemas:		Índice* (ano)	Motivo da Troca		
			FT*	INT*	Outros
1º					
2º					
3º					
4º					
5º					
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
40. Nome do Profissional Solicitante*		43. Documento do Profissional Solicitante*		45. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
		CPF:			
41. CRM (Nº Registro do Conselho)*		42. Data do Preenchimento		44. E-mail do profissional solicitante	
UF/CRM: /		/ /			
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA					
46. Nome da Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*		47. Data da coleta*		48. Hora da Coleta*	
		/ /			
49. Coleta simultânea de amostras de carga viral e Genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data? ☐ Sim ☐ Não					
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME					
50. Nome da Instituição Executora (Carimbo Padrão)		51. Identificador da Amostra		53. Hora do recebimento	
		/ /			

Notificação Gestante Vivendo com HIV

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **GESTANTE HIV +**

Definição de caso: Para fins de notificação, entende-se por gestante HIV+ aquela em que for detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico confirmado como aids. Para tanto não se espera a realização de testes confirmatórios. Os critérios para caracterização da detecção laboratorial do HIV estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual
2 Agrevado(a): **GESTANTE HIV** Código (CID10): **Z 21** Data de Notificação: _____
4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data do Diagnóstico: _____
8 Nome do Paciente: _____ 9 Data de Nascimento: _____

Notificação Individual

10 (ou) Idade: ☐ 1 - Hom 2 - M 3 - M 4 - A 11 Sexo: ☐ 1 - Feminino ☐ 2 - Gestante 3 - 1º trimestre 4 - 2º trimestre 5 - 3º trimestre 6 - 4º trimestre 7 - 5º trimestre 8 - 6º trimestre 9 - 7º trimestre 10 - 8º trimestre 11 - 9º trimestre 12 - Não se aplica
13 Raza/Cor: ☐ 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
14 Escolaridade: ☐ 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (artigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica
15 Número do Cartão SUS: _____ 16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____ Código (IBGE): _____ 19 Distrito: _____
20 Bairro: _____ 21 Logradouro (rua, avenida, ...): _____ Código: _____
22 Número: _____ 23 Complemento (apto., casa, ...): _____ 24 Geo campo 1: _____
25 Geo campo 2: _____ 26 Ponto de Referência: _____ 27 CEP: _____
28 (DDD) Telefone: _____ 29 Zona: ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados Complementares do Caso

31 Ocupação: _____ 32 Evidência laboratorial do HIV: ☐ 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - Durante o parto 4 - Após o parto

Pré-Natal

33 Fez/ Faz pré-natal: ☐ 1 - sim 2 - não 9 - Ignorado 34 UF: _____ 35 Município de realização do Pré-Natal: _____ Código (IBGE): _____
36 Unidade de realização do pré-natal: _____ Código: _____
37 Nº de Gestante no SISPRENATAL: _____ 38 Uso de anti-retrovirais para profilaxia: ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 39 Data do início do uso de anti-retroviral para profilaxia: _____

Parto

40 UF: _____ 41 Município do local do parto: _____ Código (IBGE): _____
42 Local de realização do parto: _____ Código: _____
43 Data do parto: _____ 44 Tipo de parto: ☐ 1 - Vaginal 2 - Cesárea eletiva 3 - Cesárea de urgência 4 - Não se aplica
45 Faz uso de profilaxia anti-retroviral durante o parto: ☐ 1 - sim 2 - não 9 - Ignorado 46 Evolução da gravidez: ☐ 1 - Nascido vivo 2 - Natimorto 3 - Aborto 4 - Não se aplica
47 Início da profilaxia anti-retroviral na criança (horas): ☐ 1 - nas primeiras 24h do nascimento 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - Ignorado

Investigador

Município/Unidade de Saúde: _____ Cód. da Unid. de Saúde: _____
Nome: _____ Função: _____ Assinatura: _____
Gestante HIV + Sinan NET SVS 17/07/2006

VACINAS

IMUNIZAÇÃO	RECOMENDAÇÃO — AVALIAR CONTAGEM DE LT-CD4+ E CONDIÇÃO CLÍNICA DA GESTANTE
Vacina para pneumococo	Recomendada. Duas doses, com intervalo de 5 anos, independentemente da idade
Vacina meningocócica conjugada (MncC)	Recomendada
Vacina <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Nas mulheres menores de 19 anos, não previamente vacinadas
Vacina para tétano e difteria (dT)	Recomendada. Indicado o reforço durante a gestação caso a última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos
Vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa)	Se a gestante não for vacinada ou o estado vacinal for desconhecido, indicar 3 doses (esquema padrão) e considerar uma dose de dTpa. Caso a gestante precise do reforço de difteria e tétano, poderá realizá-lo contendo as 3 vacinas (dTpa) entre a 27ª semana e a 36ª semana (pelo menos 20 dias antes do parto), conforme orientações sobre imunização contra a coqueluche em gestantes
Vacina para hepatite B	Recomendada para as gestantes caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg não reagente A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante e seguindo o esquema de 4 doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses)
Vacina para hepatite A	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV IgG negativas) Realizar duas doses com intervalo de 6 a 12 meses
Influenza/ H1N1 (INF)	Recomendada anualmente para PVHIV, antes do período da influenza. Vacina inativada trivalente, uma dose anual Pode ser feita na gestação
Imunoglobulina para vírus da varicela-zoster (VZV)	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-VZV negativas), após exposição a pessoas com infecção ativa por varicela
Febre amarela	A vacinação está contraindicada em gestantes, independentemente do estado vacinal. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para área endêmica, o médico deverá avaliar o benefício e o risco da vacinação

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

NOTA TÉCNICA Nº 30/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se da ampliação da recomendação da vacina COVID-19 bivalente como dose de reforço para todas as pessoas com 18 anos de idade ou mais.

2. RECOMENDAÇÕES

2.1. Considerando a disponibilidade de doses da vacina bivalente e a oportunidade de atualização da resposta imunológica de uma população maior frente às novas variantes da covid-19, o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda, a partir da data de publicação desta nota:

2.2. **Uma dose de reforço da vacina COVID-19 bivalente** para todas as **pessoas com 18 anos de idade ou mais** que tenham recebido ao menos duas doses de vacinas monovalentes como esquema primário ou que tenham recebido previamente qualquer vacina COVID-19 monovalente como dose de reforço.

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Interações Medicamentosas Principais

- ✓ Suplementação de Ferro (40 mg/dia de Fe elementar) e Ácido fólico (5mg/dia até 12 semanas);

- ✓ Dolutegravir:
 - ✓ Rifampicina, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital -> aumento para 50 mg, 12/12 horas;
 - ✓ Medicamentos contendo cátions: antiácidos com alumínio ou magnésio, polivitamínicos-> 2 horas antes e 6 horas depois;
 - ✓ Suplementos de Calcio e Ferro -> acompanhados de alimentos.

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Indicações de TARV na gestação

- ✓ *Toda gestante vivendo com HIV deve receber terapia antirretroviral, independente da sua situação imunológica ou virológica*
- ✓ Profilaxia da transmissão vertical
- ✓ Tratamento da infecção pelo HIV



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente
Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis

NOTA INFORMATIVA Nº 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS

Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar.



Publicada em 26 de janeiro de 2022

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Uso de TARV em gestantes

TDF* + 3TC* + DTG

A terapia inicial deve incluir dois ITRN associados a um Inibidor de Integrase (INI).

** Preferencialmente na apresentação de dose fixa combinada*

- ✓ Tenofovir + Lamivudina: 1 comprimido, via oral, ao dia e
- ✓ Dolutegravir: 1 comprimido, via oral, ao dia.
- ✓ A mulher que engravida já em uso de TARV deverá continuar o esquema, se o mesmo estiver sendo efetivo e bem tolerado.

Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto									
1 - Categoria de usuário		☐ HIV/AIDS - Adulto		☐ HIV/AIDS - Adolescente		☐ HIV/AIDS - Gestante		IG: _____ Semanas	
2 - Serviço de atendimento*		☐ Serviço Especializado		☐ CTA		☐ Atenção Primária		☐ Internação Hospitalar	
3 - CPF*		4 - CNS – Cartão Nacional de Saúde		5 - SINAN		6 - Prontuário			
7 - Nome Completo do Usuário - Civil*									
8 - Nome Social									
9 - Este formulário tem a validade de:		10 - Início de tratamento?		11 - Peso		12 - Paciente coinfectado?		Gravidade de cirrose (paciente)*	
☐ 30 dias ☐ 60 dias ☐ 90 dias ☐ 120 dias ☐ 150 dias ☐ 180 dias		☐ Sim ☐ Não		Kg		☐ TB ☐ Hepatite B** ☐ Hepatite C		☐ Sem Cirrose ☐ Child A ☐ Child B ou C	
								13 - Manter TARV anterior:	
								☐ Sim ☐ Não	
14 - Motivo para mudança no tratamento antiretroviral (TARV)									
☐ Falha virológica ☐ Falta de medicamento ☐ Gestação ☐ Resistência a inibidor de integrase ☐ Coinfecção com tuberculose									
☐ Reintrodução de TARV/Abandono de tratamento ☐ Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV ☐ Indicação de DRV/r 600/100mg ☐ Apresenta mutação ao DRV? ☐ Sim ☐ Não ☐ Falha prévia com IP sem RTV? ☐ Sim ☐ Não									
☐ Simplificação ☐ Falha prévia a 3TC ☐ Sim ☐ Não ☐ Outro – especificar: _____									
15 - ARV de uso restrito		16 - Situação Especial		17 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL		Data do exame		18 - Exame realizado na rede:	
☐ Autorizado pela Câmara Técnica		☐ Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo: _____		☐ < 50 ☐ 50 - 1000 ☐ > 1000		☐ < 50 ☐ 50 - 1000 ☐ > 1000		☐ Pública ☐ Privada	
19 - Contraindicação do esquema de preferencial? ☐ Sim ☐ Não Justificativa: _____									
20 - Contraindicação do uso de esquema com Dolutegravir? ☐ Uso de oxcarbamazepina ☐ Uso de dofetilida ☐ Uso de pilsicainida ☐ Toxicidade									
21 - Contraindicação de dose fixa combinada 2 em 1* e 3 em 1* por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? ☐ Sim ☐ Não									
22 - Contraindicação a manutenção do tenofovir (TDF): ☐ Alteração na função renal ☐ Alteração na função óssea									
23 - Indicação de esquema com ☐ Uso de rifampicina ☐ Uso de fenitoina ☐ Etravirina sem IP ☐ 24 - Data do desfecho da gestação: ____/____/____									
Dolutegravir dose dobrada: ☐ Uso de carbamazepina ☐ Uso de fenobarbital ☐ 25 - Origem do acompanhamento médico: ☐ Público ☐ Privado									
26 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)									
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto) ☐ Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) 2 em 1* + Dolutegravir 50mg (DTG)									
DFC "3 em 1" Tenofovir - Lamivudina - Efavirenz									
comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia									
Tenofovir + Lamivudina									
comp. de 300mg + 300mg/dia									
Zidovudina + Lamivudina									
comp. de 300mg + 150mg/dia									
Abacavir - ABC									
comp. de 300mg/dia									
Lamivudina - 3TC									
comp. de 150mg/dia									
Tenofovir - TDF									
comp. de 300mg/dia									
Tenofovir Alafenamida(TAF)									
comp. de 25mg/dia									
Uso exclusivo para paciente coinfectado HIV/HBV									
Zidovudina - AZT									
comp. de 100mg/dia									
solução injetável 10 mg/mL/dia									
comp. de 10mg/mL/dia									
Efavirenz - EFZ									
comp. de 600mg/dia									
comp. de 200mg/dia									
comp. de 10mg/mL/dia									
Nevirapina - NVP									
comp. de 300mg/dia									
Atazanavir - ATV									
comp. de 300mg/dia									
Darunavir - DRV									
comp. de 600mg/dia									
comp. de 150mg/dia									
comp. de 75mg/dia									
comp. de 800mg/dia									
Lopinavir + ritonavir - LPV/r									
comp. de 100mg + 25mg/dia									
comp. de 10mg/mL + 20mg/mL/dia									
Ritonavir - RTV									
comp. de 100mg/dia									
envoltório									
Dolutegravir - DTG									
comp. de 50mg/dia									
Raltegravir - RAL									
comp. de 400mg/dia									
comp. de 100mg/dia									
Enfuvirtida - T-20									
Presco-emp. de 90mg/mL/dia									
Etravirina - ETR									
comp. de 100mg/dia									
comp. de 200mg/dia									
Maraviroque - MVQ									
comp. de 150mg/dia									
Raltegravir - RAL									
comp. de 400mg/dia									
comp. de 100mg/dia									
27 - Prescritor									
UF: _____ CRM: _____									
Data: ____/____/____ RMS: _____									
(Carimbo e assinatura)									
28 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)									
1ª dispensação					4ª dispensação				
Data: ____/____/____					Data: ____/____/____				
Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)					Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)				
2ª dispensação					5ª dispensação				
Data: ____/____/____					Data: ____/____/____				
Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)					Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)				
3ª dispensação					6ª dispensação				
Data: ____/____/____					Data: ____/____/____				
Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)					Dispensação para ____ dias _____ (Assinatura do usuário)				

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Via de Parto

CV não detectável na 34ª sem gestacional

- Indicação obstétrica, preferencialmente vaginal. Não utilizar AZT venoso.
- TARV habitual, via oral

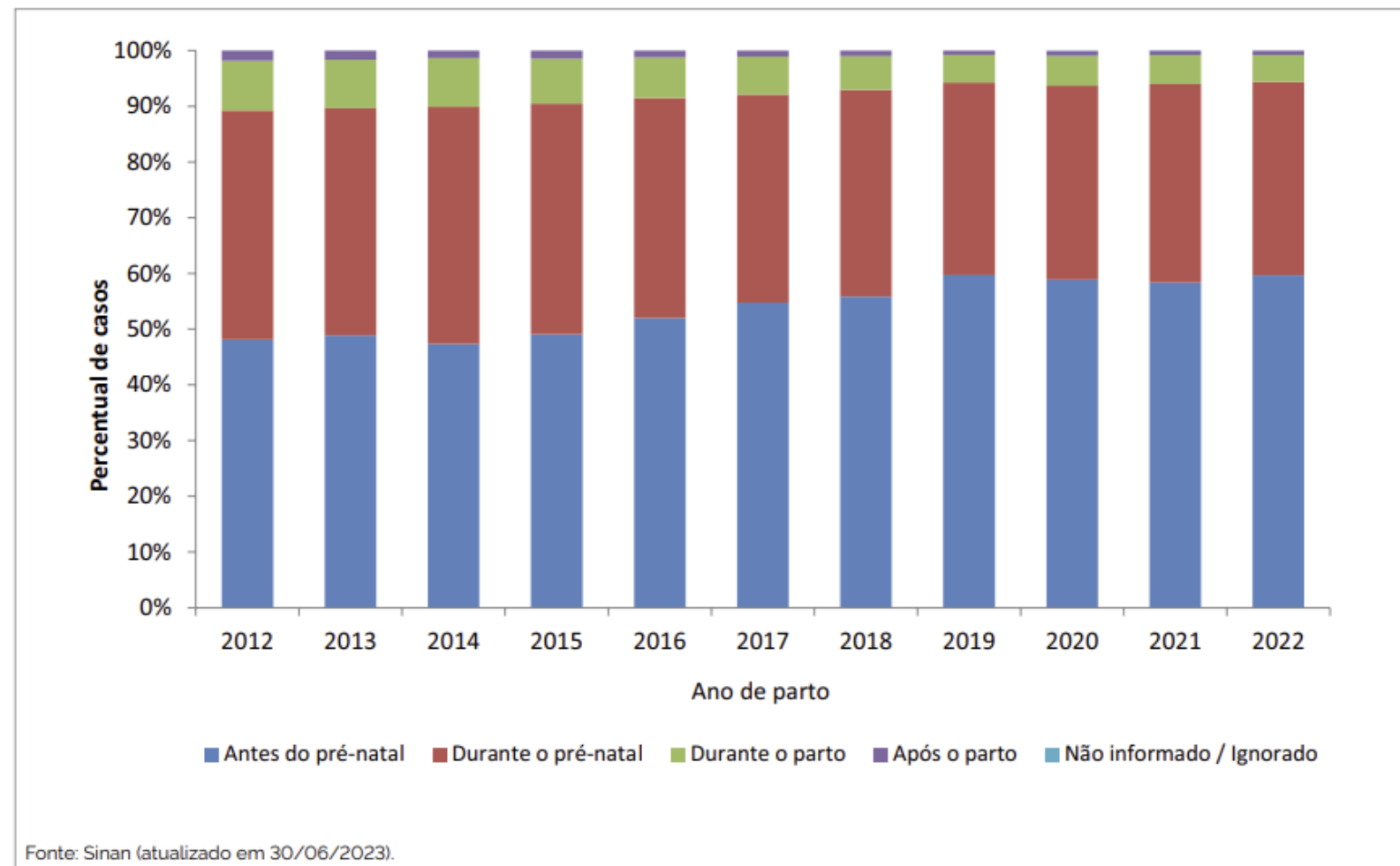
CV detectável, porém < 1000 cp/mL na 34ª sem gestacional

- Indicação obstétrica, pode ser vaginal
- Uso de AZT, EV, no parto

CV detectável ou desconhecida na 34ª sem gestacional

- Cesareana, eletiva, empelcado, a partir de 38ª sem
- Uso de AZT, EV, no parto

FIGURA 3 Distribuição percentual dos casos de gestantes com infecção pelo HIV segundo o momento da evidência laboratorial da infecção e ano de parto. Brasil, 2012 a 2022



Onde estamos?

- ✓ Em 2022, uso de TARV por gestantes relatado durante o pré-natal foi de **66,8%**;
- ✓ Via de parto -> **62,3%** relatado cesárea eletiva ou de emergência.



DESENVOLVIMENTO INTEGRAL
DO SER HUMANO



[Home](#)

[Sobre nós](#)

[Notícias](#)

[Artigos](#)

[Eventos](#)

[Palestras](#)

[Serviços](#)

[Biblioteca](#)

[Dicionário](#)

14/01/2021 - 09h53

Os desafios de viver com HIV na maternidade



Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Biossegurança

- Precauções básicas e universais
 - Medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer paciente.
 - Utilização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI: luvas , máscara , óculos de proteção e aventais.
 - Exposição percutânea - Hepatite B, Hepatite C e HIV

NOTA TÉCNICA Nº 01/2021

DCCI/SVS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Baixo Risco	Uso de TARV desde primeira metade da gestação E com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV
-------------	---

QUADRO 1. Classificação de Risco de exposição ao HIV

Alto Risco

Mães sem pré-natal OU;
Mães sem TARV durante a gestação OU;
Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam OU;
Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação OU;
Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU;

Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU;
Mães sem CV-HIV conhecida OU;
Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio).

NOTA TÉCNICA Nº 01/2021

DCCI/SVS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Quadro 2. Utilização de antirretroviral na profilaxia de criança exposta conforme idade gestacional (IG) e risco de exposição

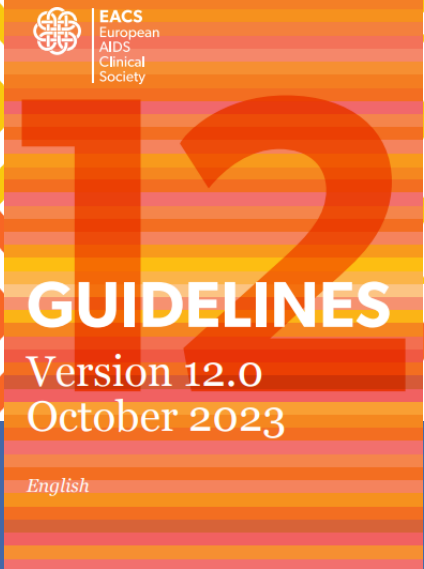
Risco	IG	AZT	3TC	RAL	NVP
Baixo Risco	Qualquer IG	X	Não usar	Não usar	Não usar
Alto Risco	37 semanas ou mais	X	X	X	Não usar
	34 semanas a 37 semanas	X	X	Não usar	X
	< 34 semanas	X	Não usar	Não usar	Não usar

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

ALEITAMENTO

*Recomenda-se que toda puérpera vivendo com HIV/aids seja orientada a **não amamentar**. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil.*

- **contra indicação formal até o momento.**



BHIVA guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018 (2020 third interim update)

Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States

- ✓ A amamentação não é recomendada rotineiramente.
- ✓ As evidências atuais ainda não demonstram completamente que “indetectável = intransmissível” no contexto da Transmissão vertical.
- ✓ Em situações onde há carga viral de HIV materna persistentemente indetectáveis e risco muito baixo de transmissão, a amamentação pode ser facilitada e tomada de decisão conjunta, com um acompanhamento adequado e próximo da mãe e do bebê.
- ✓ Em alguns países, a profilaxia pré-exposição infantil é oferecida para o bebê durante a amamentação com acompanhamento.
- ✓ **A amamentação deve ser interrompida em caso de: Mastite/infecção/fissura em mama, Sintomas gastrointestinais no bebê (vômitos ou diarreia) ou blip de carga viral materna.**

Dilemas

Profissionais da Saúde e Gestante

- Desejo Materno
- Questões Sociais
- Revelação diagnóstica
- Benefícios do Aleitamento Materno
- Relação psíquica Mãe-Bebê
- Questões práticas do cotidiano



- **Risco de TV – não é zero**
- Efeitos adversos da exposição ao ARV
- Mastite e fissuras mamárias
- Problemas gastrointestinais do bebê
- Adesão Materna
- Resistência aos ARV no bebês que se infectam



Evidências X Bom Senso

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Recomendações no Puerpério

- ✓ Inibir a lactação:
 - ✓ Cabergolina (Dostinex) - 2 comp. de 0,5 mg.
- ✓ Orientar planejamento reprodutivo.
- ✓ Reforçar adesão ao tratamento.
- ✓ Notificação da gestante HIV + e criança exposta.
- ✓ Encaminhar para a unidade de referência.

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Planejamento Reprodutivo

Quadro 3 – Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos

CATEGORIA	CLASSIFICAÇÃO	JULGAMENTO CLÍNICO
1	Condição em que não existem restrições ao uso do método contraceptivo	Método pode ser utilizado em quaisquer circunstâncias
2	Condição em que as vantagens do uso do método geralmente superam os riscos, teóricos ou comprovados	De modo geral, o método pode ser utilizado
3	Condição em que os riscos, teóricos ou comprovados, geralmente superam as vantagens do uso do método	O método não é recomendado, a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis, ou não sejam aceitáveis. Avaliar risco-benefício
4	Condição em que há risco inaceitável à saúde com o uso do método	Não utilizar o método

Fonte: adaptado de WHO, 2019 (40).

Quadro 5 – Critérios médicos de elegibilidade para a prescrição de contraceptivos para mulheres vivendo com HIV

INFECÇÃO PELO HIV	ORAL COMBINADO, ANEL E ADESIVOS	INJETÁVEL COMBINADO	PÍLULA DE PROGESTA-GÊNIO	IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL/LEVONORGESTREL	INJETÁVEL TRIMESTRAL (AMPD) IM OU SC		DIU-COBRE/ DIU-LNG	
					I	C	I	C
HIV sem critérios de aids ^(a)	1	1	1	1	2	2	2	2
HIV com critérios de aids ^(a)	1	1	1	1	3	2	3	2

Fonte: adaptado de WHO, 2015 (36).

Legenda: AMPD = acetato de medroxiprogesterona subcutâneo; IM = intramuscular; SC = subcutâneo; DIU = dispositivo intrauterino; DIU-LNG = dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; I = início; C = continuação.

^(a) Aids: linfócitos T-CD4 <200 células/mm³ ou doença definidora de aids.

Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Planejamento Reprodutivo

O que muda com a nova **Lei da Laqueadura?** (14.443/2022)

ANTES

Idade 25 anos

Exige consentimento
do(a) parceiro(a)

Ter 2 filhos, no mínimo

Vedado laqueadura
pós-parto

AGORA

Idade **21** anos

Não exige
consentimento do(a)
parceiro(a)

Não precisa ter filhos

Laqueadura **pode**
ocorrer pós-parto



Obrigada!

Contato:
@anagabrielatravassos



NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650



Acompanhamento Pré-Natal e no puerpério das Gestantes vivendo com HIV

Referências Bibliográficas

Boletim Epidemiológico de HIV/Aids na Bahia, Nº 01, dezembro/2024, DIVEP/SUVISA, Secretaria de Saúde da Bahia. https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_HIV_AIDS_No01_dezembro2024_27112024.pdf

Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2016. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf

Protocolo clínico e Diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e Hepatites virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2022 https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf

Core epidemiologic slides. UNAIDS, 2024. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/core-epidemiology-slides>

Waters L, Winston A, Reeves I, et al. BHIVA guidelines on antiretroviral treatment for adults living with HIV-1 2022. HIV Med. 2022;23 Suppl 5:3-115. doi:10.1111/hiv.13446

Ambrosioni J, Levi L, Alagaratnam J, et al. Major revision version 12.0 of the European AIDS Clinical Society guidelines 2023. HIV Med. 2023;24(11):1126-1136. doi:10.1111/hiv.13542

Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Clinicalinfo.HIV.gov, 2024. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new>

Powell AM, Knott-Grasso MA, Anderson J, et al. Infant feeding for people living with HIV in high resource settings: a multi-disciplinary approach with best practices to maximise risk reduction. Lancet Reg Health Am. 2023;22:100509. Published 2023 May 29. doi:10.1016/j.lana.2023.100509

Freeman-Romilly N, Nyatsanza F, Namiba A, Lyall H. Moving closer to what women want? A review of breastfeeding and women living with HIV in the UK and high-income countries. HIV Med. 2020;21(1):1-8. doi:10.1111/hiv.12792

