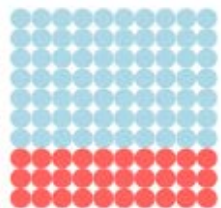
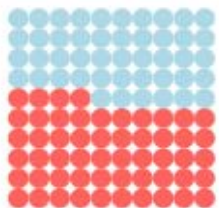


Porcentagem de descontinuidade entre as populações



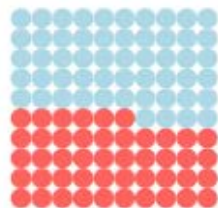
30%

Gays e outros HSH cis



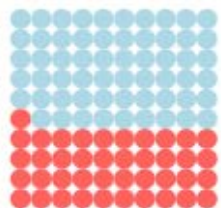
54%

Mulheres cis



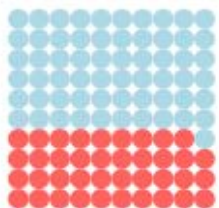
46%

Homens heterossexuais cis



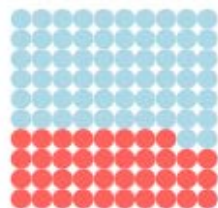
41%

Mulheres trans



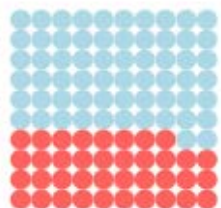
39%

Homens trans



38%

Não binários



38%

Travestis



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal

**PRECISAMOS ABAS
ESPECÍFICAS DE GESTAÇÃO,
ALEITAMENTO NO PAINEL
DE MONITORAMENTO**

DETERMINANTES DA DESCONTINUAÇÃO DA PREP EM GESTANTES E LACTANTES NO KENYA

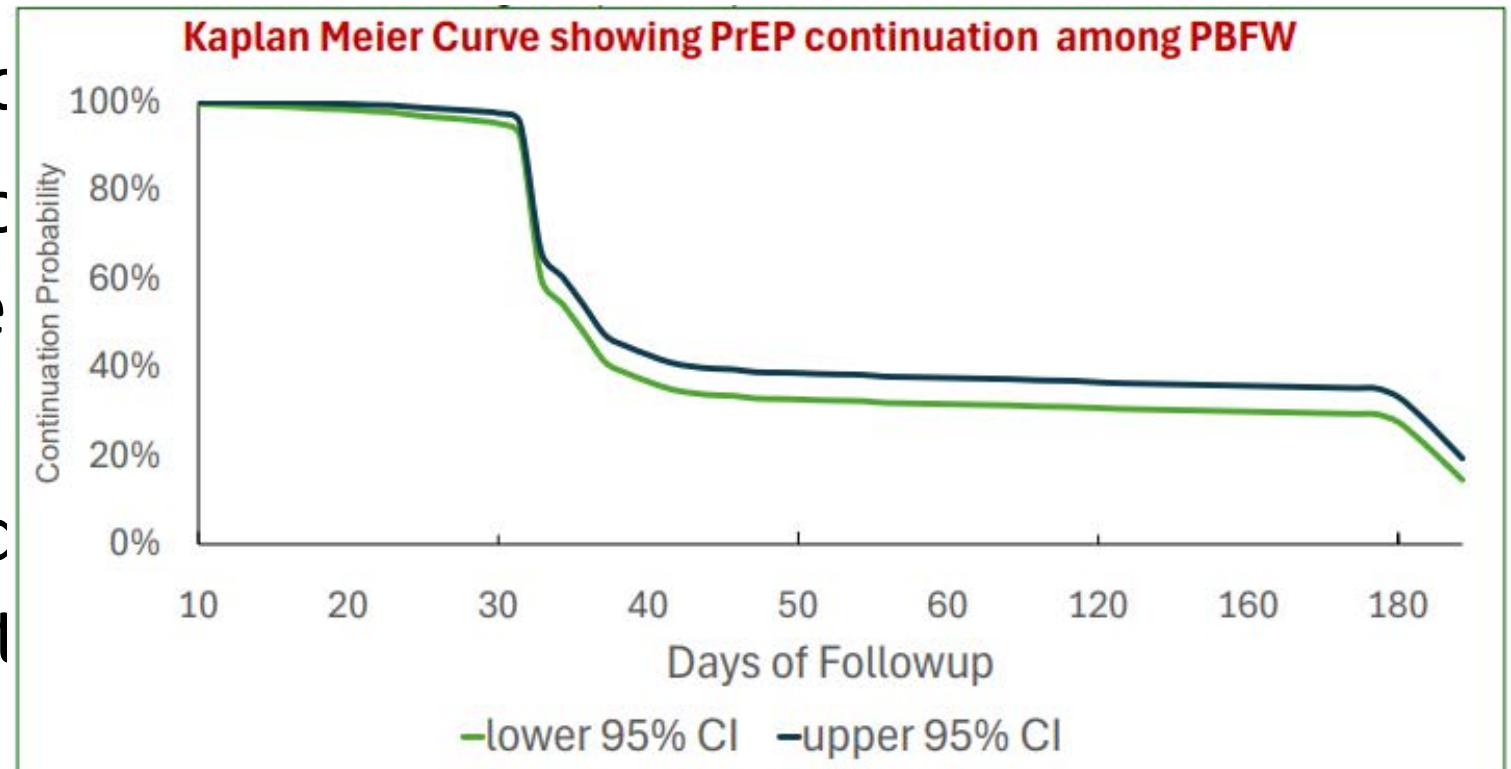
Determinants of PrEP Discontinuation among Pregnant and Breastfeeding Women in Lower Eastern Kenya

O-04

Angeline Muia¹, Christian Onyango¹, Felix Makori¹, John Kioko¹, Patrick Eshikumo¹, Peter Kyalo¹, Sam Wafula¹

1. Centre for International Health, Education and Biosecurity Kenya (CIHEB)-Kenya, Nairobi

- 1.003 gestantes e lactantes
- Motivos para o início do uso inconsistente de PrEP (6%)
- Taxas de continuidade de uso de PrEP após 120 dias, respectivamente



DETERMINANTES DA DESCONTINUAÇÃO DA PREP EM GESTANTES E LACTANTES NO KENYA



- Descontinuação da PrEP ocorreu principalmente devido a falta de retirada do medicamento (67%) e não adesão (21%)
- Baixa taxa de descontinuação entre: mulheres casadas ($p=0,003$), trabalhadoras autônomas ($p=0,008$) e gestantes que iniciaram a PrEP em consultas de retorno ao pré-natal em comparação com aquelas que iniciaram na primeira consulta de pré-natal ($p<0,001$)
- Alta taxa de descontinuação foi observada entre aquelas cujo risco de infecção pelo HIV se devia a ter múltiplos parceiros sexuais ($p=0,006$) em comparação com aquelas que iniciaram por terem parceiros HIV positivos

DETERMINANTES DA DESCONTINUAÇÃO DA PREP EM GESTANTES E LACTANTES NO KENYA



- A interrupção precoce da PrEP continua alta entre mulheres
- Compreender os fatores que predisõem à interrupção da PrEP permite intervenções direcionadas que abordem esses fatores de risco
- Aconselhamento abrangente antes do início da PrEP, abordando preocupações e fornecendo ferramentas para superá-las, pode aumentar a continuidade da PrEP e acelerar a eliminação da TVHIV
- Implementação de formulações injetáveis de PrEP que são administradas com menos frequência, por exemplo, Lenacapavir, deve abordar os desafios da adesão à medicação diária e o estigma.

Orientações para ginecologistas, obstetras e demais profissionais sobre a **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV**

O que é a PrEP?

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV consiste no uso preventivo de medicamentos antirretrovirais (tenofovir/entricitabina) por pessoas negativas para o HIV, com o objetivo de reduzir o risco de infecção pelo vírus.

Segurança e eficácia:

Para quem está indicada a PrEP?

Todas as pessoas com 15 anos ou mais, com peso acima de 35 kg, sexualmente ativas e que estejam em situação de vulnerabilidade para o HIV.

Mulheres cisgênero (cis), gestantes, pessoas que planejam engravidar e puérperas estão incluídas entre as beneficiárias.

Segurança e eficácia:

Da mesma forma que a terapia antirretroviral (Tarv) é segura e eficaz para a prevenção da transmissão vertical, estudos mostram que a PrEP é segura e eficaz para prevenir o HIV, inclusive durante a gestação e o pós-parto, sem evidências de eventos adversos graves para o bebê.

Quem pode prescrever a PrEP?

Médicas(as) dos serviços públicos e privados, independentemente da especialidade (médico da família e comunidade, infectologista, ginecologista/obstetra e demais).

Enfermeiras(os) e farmacêuticas(os) atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Mulheres cisgênero (cis), gestantes, pessoas que planejam engravidar e puérperas estão incluídas entre as beneficiárias.

Benefícios da PrEP:

Redução significativa na aquisição do HIV.

Fortalecimento da autonomia sobre o cuidado com a saúde sexual.

Redução da transmissão vertical do HIV (de mãe/pessoa gestante para filho).

Situações de indicação específica:

Parcerias sorodiferentes (quando um parceiro tem HIV e o outro não): recomendada para a parceria sem HIV apenas se a

Indicativos para a prescrição da PrEP

Solicitação ou desejo de usar PrEP

Frequência de não uso de preservativo nas relações sexuais (anais ou vaginais)

Uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV)

Histórico de episódios de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc.

Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas* com a finalidade de melhorar e facilitar as experiências sexuais

Parcerias de pessoas vivendo com HIV com carga viral detectável

Compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos para injetar drogas

* Metanfetaminas, gama-hidroxi-butilato (GHB), cocaína, poppers

Parcerias sorodiferentes

A PrEP para a parceria sem HIV só está recomendada nas situações em que a parceria vivendo com HIV apresenta carga viral detectável acima de 200 cópias/mL ou desconhecida. As pessoas que mantêm carga viral do HIV **indetectável** (abaixo do limite de detecção do exame) ou inferior a 200 cópias/mL há mais de seis meses apresentam risco zero de transmissão do HIV por via sexual. Entretanto, caso a parceria sem HIV manifeste interesse em iniciar a PrEP mesmo ciente da situação especificada acima, o acesso à profilaxia não deve ser negado ou postergado.

Passo a passo para avaliação e indicação de PrEP oral para mulheres cis, pessoas que planejam engravidar, gestantes e pessoas no período pós-parto:

Passo 1:

Realize o acolhimento e a escuta qualificada de todas(os) usuárias(os), identificando situações de vulnerabilidade para o HIV, indicativos para PrEP ou desejo de usar a profilaxia.

Passo 2:

Converse sobre a PrEP oral, orientando a pessoa sobre o seu funcionamento, eficácia e segurança, testes necessários para iniciar a profilaxia, possíveis efeitos adversos, rotina de consultas e cuidado.

Passo 3:

Se houver interesse no uso da PrEP, consulte o QR Code do PDCT de PrEP Oral, abaixo, e siga as orientações para a prescrição – lembrando que, antes da prescrição da PrEP, é necessário realizar a testagem para HIV.

Passo 4:

Se não houver interesse ou indicação: reforce medidas de prevenção combinada e deixe o espaço aberto para futuros diálogos.

Cuidar da saúde sexual é parte do bem-estar de todas as pessoas, em todas as fases da vida. A PrEP é uma maneira segura e eficaz de prevenir o HIV. Ela fortalece a autonomia das(os) usuárias(as), reduz os casos de transmissão vertical do HIV e é essencial para alcançar o fim da epidemia de aids até 2030.



SCOPE-PP

Stepped Care to Optimise PrEP Effectiveness
in Pregnant & Postpartum Women

RCT of Dynamic Choice to Provide Oral PrEP to Postpartum South African Women

Dvora Joseph Davey, University of California Los Angeles (UCLA) & University of Cape Town, South Africa (UCT)

Landon Myer, Kalisha Bheemraj, Sumaya Dadan, Susan Cleary (UCT), Monica Gandhi (UCSF), Thomas Coates, Kathryn Dovel (UCLA)



CROI 2026

Conference on Retroviruses
and Opportunistic Infections

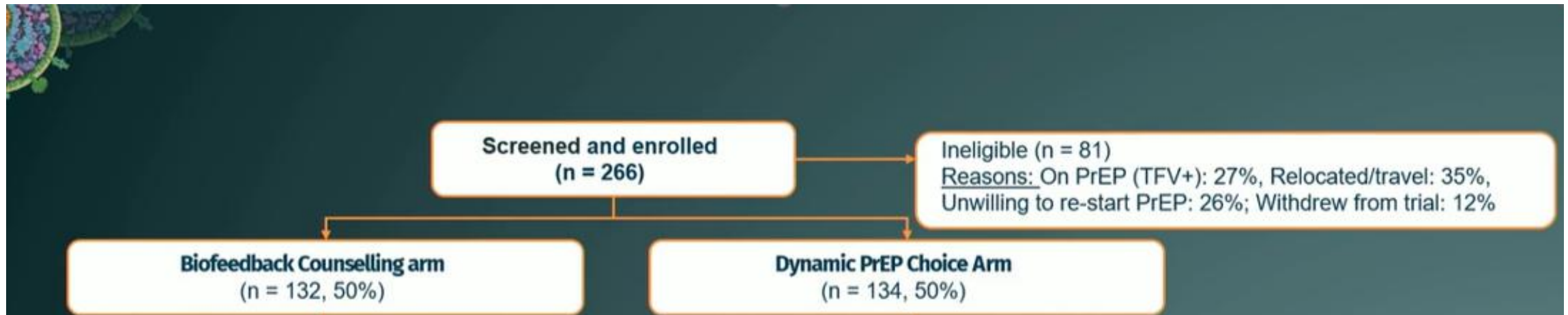
UCLA Health
David Geffen
School of Medicine

 School of Public Health
Departement Openbare Gesondheid
Isikolo Sempilo Yoluntu
UNIVERSITY OF CAPE TOWN

- Mulheres no pós-parto apresentam risco elevado de infecção pelo HIV e TV.
- PrEP oral reduz o risco de HIV, embora a baixa adesão e a interrupção do tratamento diminuam sua eficácia
- Oferecer opções flexíveis de administração da PrEP em clínicas e comunidades pode melhorar o uso efetivo da PrEP
- Recrutamos mulheres no pós-parto sem HIV, com mais de 15 anos de idade, que haviam interrompido ou não aderiram à PrEP oral durante a gravidez ou no início do pós-parto em um estudo anterior
- Participantes foram randomizadas 1:1 para uma intervenção *de Escolha Dinâmica* (retirada rápida de PrEP em clínicas, locais comunitários ou entrega domiciliar, com autoteste de HIV para monitoramento do status sorológico) ou para um grupo controle aprimorado (aconselhamento sobre PrEP em clínica com biofeedback por meio de teste de TFV na urina).



- Desfecho primário foi a continuidade da PrEP, definida como a retirada da PrEP e o relato de uso da PrEP no último mês, ao final do estudo.
- Desfechos secundários incluíram a adesão confirmada por TFV na urina (indicador indireto do uso de PrEP nas últimas 72 horas) e o uso de PrEP correlacionado com o relato de atividade sexual recente.



Demographics

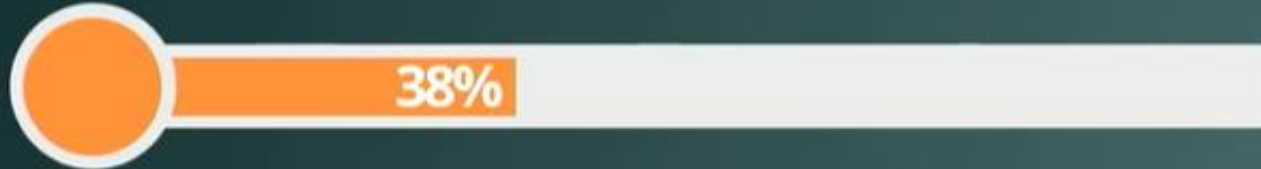
266 women (n=132 in Dynamic Choice Arm, n=134 in Biofeedback Counseling Arm)

Participants were young, mostly unmarried and sexually active at enrolment.



Maternal age (median, IQR): **25 (21-30) years**

Postpartum time at enrolment (median, IQR), **4 (3-7) months**



Married/cohabiting

vs. Not married / not-cohabiting (62%)



Self-reported partner without HIV

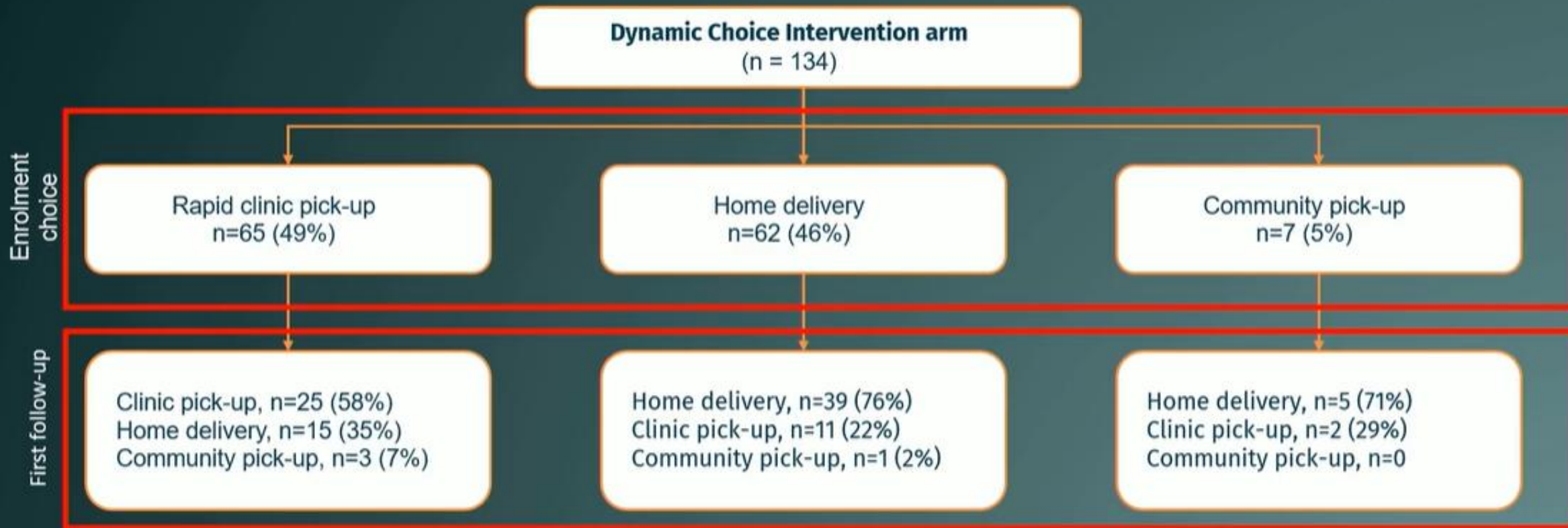
vs. Living with HIV (4%), Unknown (34%)



Sexually active in last 3-months

vs. sexually inactive (40%)

Dynamic Choice arm at enrolment



10% (n=14) did not return after enrolment visit

6% (n=8) no PrEP delivery selected

HIV testing choice: 57% chose clinic-based rapid HIV testing, 43% chose self-testing

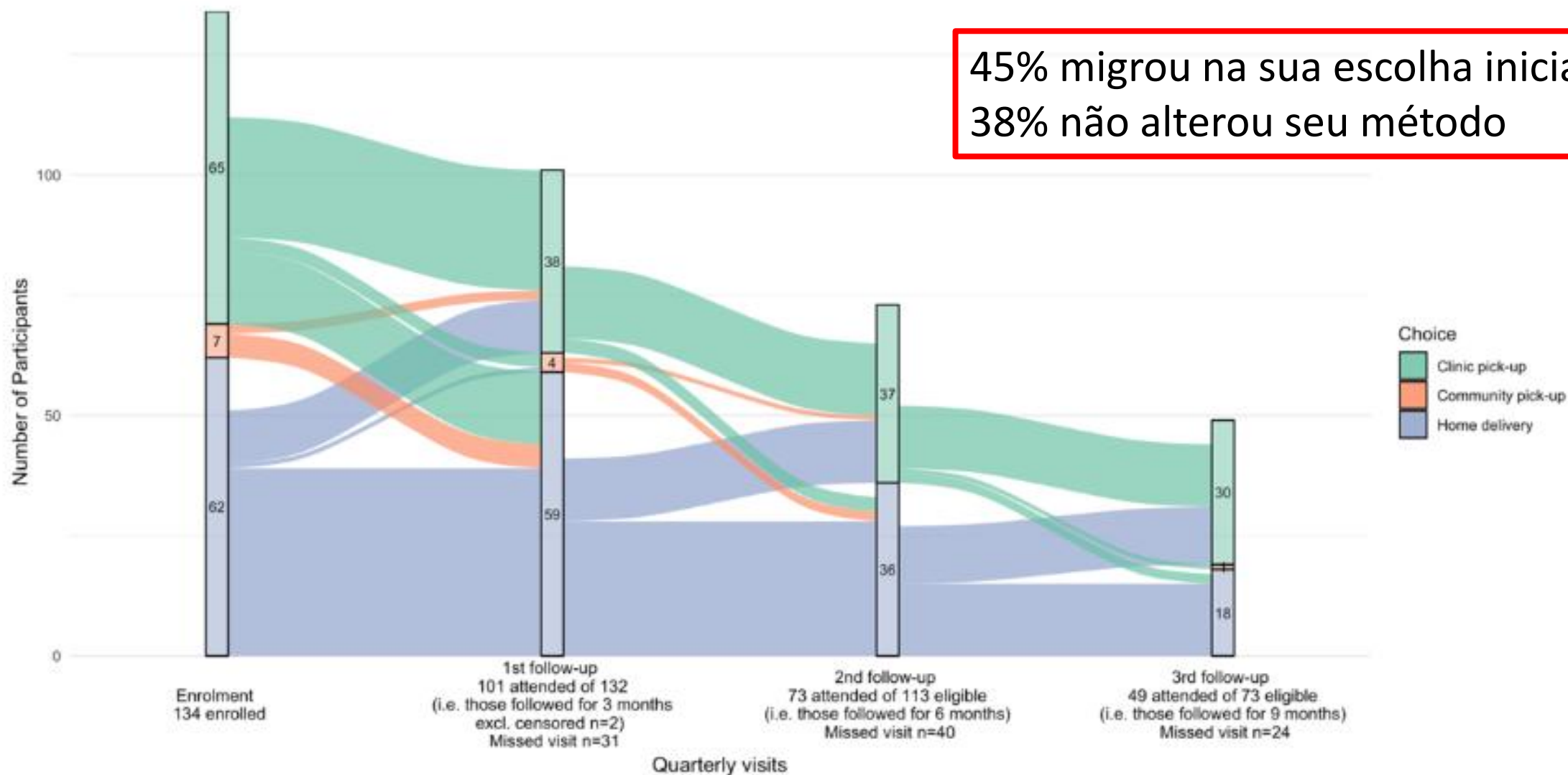
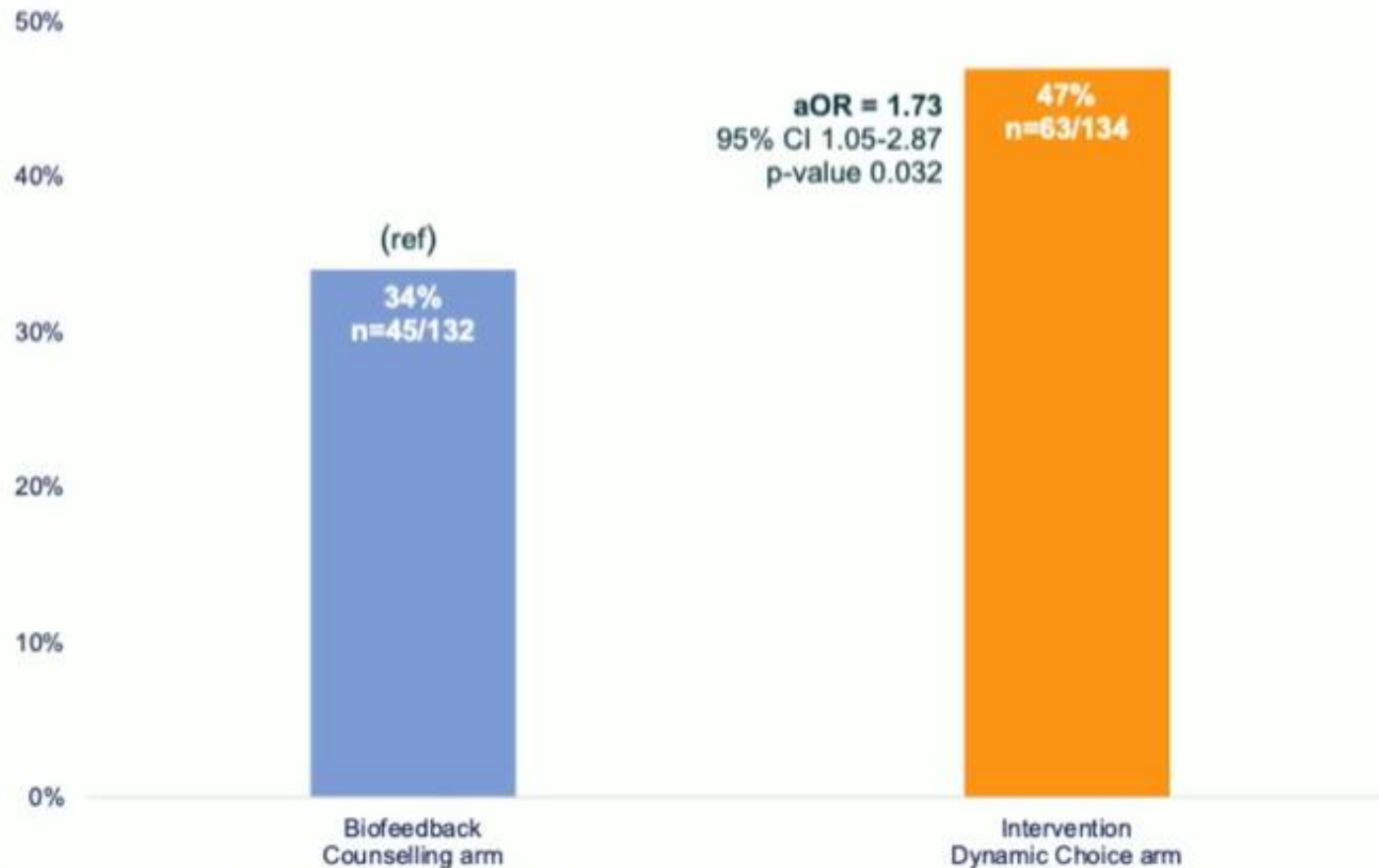


Figure. Postpartum participants in PrEP Dynamic Choice arm with selection and change of PrEP collection method in Cape Town, South Africa

Primary outcome through 9-months

Primary outcome through 9-months defined as
PrEP prescription collection and reported PrEP use in the past month

SCOPE-PP results showing primary outcome (PrEP continuation and adherence) in the PrEP
Dynamic Choice and Biofeedback Counselling arms with adjusted odds ratios of adherence
Odds of adherence adjusted for maternal age, education, sexual activity last 3m



Dynamic PrEP Choice improved PrEP adherence with 1.7 times higher odds of PrEP adherence & continuation vs. Biofeedback Counselling

Secondary Outcome:

No difference in urine TFV result by study arm (OR=1.18; 95% CI=0.58-2.41)

- 54% had urine TFV+ results in Dynamic Choice
- 46% in Biofeedback Counseling

VACINA PARA VSR PESSOAS GESTANTES VIVENDO COM HIV

Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Vaccine (RSVpreF) in Pregnant People Living with HIV (PLHIV)

826

Landon Myer,¹ Emily Wasserman,² Saiqa Tabasum,³ Yanping Liu,⁴ Lisa Jose,⁵ Elizea Horne,⁶ Heather J. Zar,¹ Shabir A. Madhi,⁷
Rahsan Erdem,² David Radley,² Olympia Evdoxia Anastasiou,⁸ Kena A. Swanson,² Annaliesa S. Anderson,² Alejandra Gurtman,² and Iona Munjal¹
¹University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ²Pfizer Vaccines, Pearl River, NY, USA; ³Pfizer Vaccines, Marlow, UK; ⁴Pfizer Vaccines, Collegeville, PA, USA; ⁵Wits-Vida, Johannesburg, South Africa; ⁶Wits RHL, Johannesburg, South Africa; ⁷University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; ⁸Pfizer Hellas SA, Thessaloniki, Greece

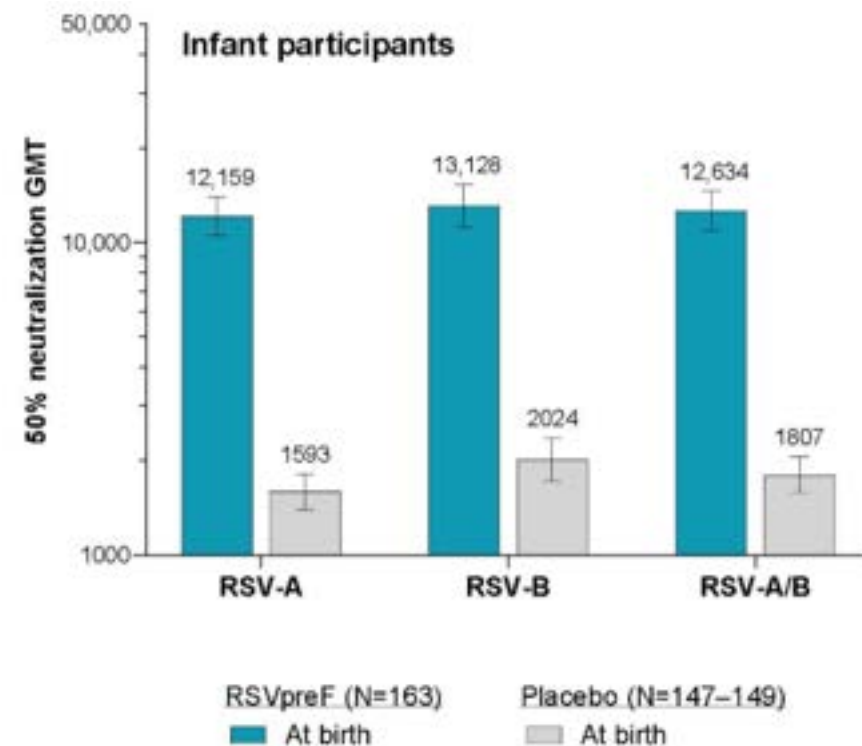
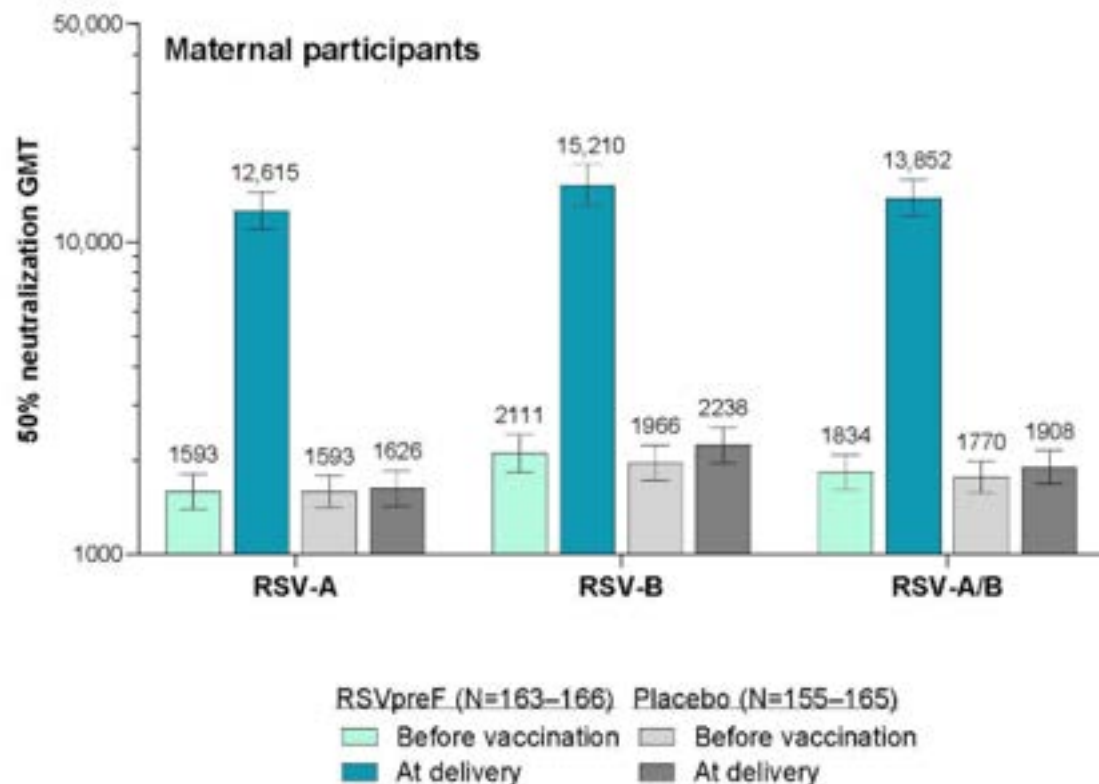
- Mais de 1 milhão de gestantes vivendo com HIV (PVHIV) no mundo, com grande população de crianças expostas ao HIV, não infectadas (HEU).
- Bebês HEU apresentam taxas mais elevadas de infecção grave do trato respiratório inferior associada ao VSR (IRTI-VSR) em comparação com bebês não expostos.
- Estudo MATISSE demonstrou que a vacinação materna para VSR pode prevenir ITRI-VSR grave em bebês até os 6 meses de idade.
- Não há dados disponíveis para bebês HEU, pois as mães com HIV foram excluídas do estudo MATISSE.
- Estudo avaliou especificamente essa população.

VACINA PARA VSR PESSOAS GESTANTES VIVENDO COM HIV

- 342 gestantes vivendo com HIV receberam vacina contra VSR (n=172) ou placebo (n=170)
- Avaliação final - 331 gestantes vivendo com HIV e 314 bebês
- Mediana da idade materna e da idade gestacional na vacinação foram de 31 (16–44) anos e 29,3 (24,0–36,0) semanas
- 82% e 80% das participantes maternas apresentaram CV HIV indetectável, 68% e 50% apresentaram contagem de CD4 >500 células/mm³ na vacinação e no parto, respectivamente.

VACINA PARA VSR PESSOAS GESTANTES VIVENDO COM HIV

Figure. RSV neutralizing geometric mean titers (GMTs) in maternal and infant participants with 95% CIs (modified intent to treat immunogenicity populations)



VACINA PARA VSR PESSOAS GESTANTES VIVENDO COM HIV



- Resultados apoiam a vacinação materna contra VSR em gestantes vivendo com HIV.
- Gestantes vivendo com HIV demonstraram respostas imunes robustas a vacina, observando títulos de ac neutralizantes contra o VSR tendendo a ser menores em bebês de mães vacinadas contra o HIV em comparação com bebês de mães não expostas ao HIV.
- Independentemente do status de HIV e da população do estudo, as respostas vacina foram robustas no geral, apoiando a proteção esperada de bebês expostos ao HIV contra a doença causada pelo VSR em uso no mundo real.
- Nenhuma preocupação de segurança foi identificada.