

# VIH, gravidez e saúde da mulher

## Março de 2012

**GAT**

Grupo Português de Activistas  
sobre Tratamentos de VIH/SIDA  
Pedro Santos



O GAT agradece a revisão científica da  
Dra. Cristina Guerreiro, Assistente Hospitalar  
Graduada de Obstetrícia e Ginecologia  
na Maternidade Alfredo da Costa

Tradução: Mariela Kumpere

Adaptação: Rosa Freitas

Coordenação: Maria José Campos

[www.i-base.info](http://www.i-base.info)

[www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org)

**Diagnosticada com VIH durante a  
gravidez  
Como se transmite a infeção pelo  
VIH ao bebé  
Saúde da mãe  
Ter um bebé saudável e não infetado  
pelo VIH**

## Índice

Introdução	3
Conhecimentos de base e perguntas gerais	4
Proteger e assegurar a saúde da mãe	15
Transmissão mãe-filho	16
Planear a gravidez	19
Cuidados pré-natais e tratamento para o VIH	29
Medicamentos ARV durante a gravidez	32
Resistências, monitorização e outros testes	36
Medicamentos ARV e saúde do bebé	40
Escolha entre parto vaginal e parto por cesariana	42
Depois do nascimento	45
Amamentação do recém-nascido	47
Dicas para ajudar a adesão	49
Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa	53

Esta publicação é uma adaptação da brochura escrita por Polly Clayden para o HIV I-Base, com a contribuição de um vasto painel de especialistas seropositivos para o VIH e de ativistas da comunidade e profissionais de saúde.

Artwork copyright Keith Haring Studio

**Importante:** A informação contida neste guia não substitui a informação fornecida pelo médico ou por outros técnicos de saúde. As decisões relacionadas com o tratamento devem ser sempre tomadas em conjunto com o médico.

A informação sobre os tratamentos da infeção pelo VIH fica rapidamente desatualizada, por isso, é necessário verificar sempre a data de edição da brochura e se há uma edição mais atualizada. A reprodução é livre se se destinar a fins não lucrativos. Pode solicitar-se cópias adicionais gratuitamente.

## Introdução

A brochura inclui informações sobre:

- Conceção segura para casais serodiscordantes, onde um dos parceiros é seronegativo e o outro é seropositivo para a infeção pelo VIH, sendo dada maior ênfase à conceção natural. Embora a maioria da informação incluída nesta brochura seja direcionada a mulheres seropositivas é, também, relevante para mulheres seronegativas cujo parceiro é seropositivo para o VIH.
- O facto de o AZT já não ser imprescindível numa combinação terapêutica.
- A importância da carga viral ser indetetável no momento do parto e mais informações sobre quando iniciar o tratamento de forma a assegurar que tal é alcançado para diferentes níveis basais de carga viral.
- Segurança e efeitos secundários dos medicamentos ARV. Tal, inclui informações sobre o inibidor da protease atazanavir, cada vez mais utilizado durante a gravidez.
- Recomendação para que todas as mulheres grávidas sejam vacinadas contra a gripe.
- Recomendações sobre a importância de se evitar a amamentação, apesar de novas investigações recomendarem o contrário em países onde tal não é possível.
- Novos testemunhos.

Os relatórios mais recentes apontam para a probabilidade de existir 1 transmissão da infeção pelo VIH por cada 1 000 mulheres sob TAR (Terapêutica Antirretroviral) com níveis de carga viral indetetáveis abaixo das 50 cópias/ml, tanto para o parto vaginal planeado como para a cesariana planeada.

Este nível é o mais baixo alguma vez reportado e representa um avanço significativo para as a mulheres que planeiam engravidar ou que já estão grávidas.

Explicamos o que significam todas estas opções e quando são as mais apropriadas.

Uma outra excelente notícia é que as pessoas que vivem com VIH estão a viver mais tempo e de forma saudável e, assim, uma mulher seropositiva para o VIH em Portugal pode acompanhar o crescimento da criança.

As linhas de orientação de 2008 da *British HIV Association* (BHIVA) e da *Children's HIV Association* (CHIVA) para a Gestão da Infeção pelo VIH nas Mulheres Grávidas de 2008 estão disponíveis online através do link:

<http://www.bhiva.org/PregnantWomen2008.aspx>

As linhas de orientação de 2008 da *British HIV Association*, BASHH e FSRH para a gestão da saúde sexual e reprodutiva das pessoas que vivem com a infeção pelo VIH estão disponíveis online através do link:

<http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Sexual%20health/Sexual-reproductive-health.pdf>

Aqui, falamos dos tratamentos que se podem obter em Portugal, em 2012.

## Conhecimentos de base e perguntas gerais

O objetivo desta brochura é ajudar a mulher que estiver a pensar em engravidar ou mesmo durante a gravidez a tirar partido do tratamento para a infeção pelo VIH e cuidados médicos. Esperamos que a informação aqui apresentada seja útil em todas as fases: antes, durante e depois da gravidez. Pode também ser útil quer para a mulher já sob tratamento ou não. Inclui informação sobre a saúde da mãe e do seu bebé.

### Diagnóstico recente da infeção pelo VIH

Pode-se estar a ler esta brochura num momento muito confuso e difícil da sua vida. Descobrir que se está grávida ou que se tem VIH pode, por si só, ser avassalador. Pode ser ainda mais difícil quando se sabe de ambas ao mesmo tempo.

Tanto a gravidez como o tratamento da infeção pelo VIH envolvem palavras e termos novos. Tentaremos esclarecer o que estes termos de facto significam e como podem influenciar a vida.

De salientar que, independentemente de a situação parecer difícil no início, provavelmente irá melhorar e tornar-se-á mais fácil. É muito importante e tranquilizador perceber os imensos progressos alcançados no tratamento para a infeção pelo VIH. Tal, é especialmente verdadeiro no que concerne os tratamentos durante a gravidez.

Existem muitas pessoas, serviços e outras fontes de informação que podem ajudar. As recomendações disponibilizadas por estas fontes e outras podem ser diferentes das que são dadas às mulheres grávidas em geral. Incluem informação sobre medicação, cesariana e amamentação.

A maioria das pessoas que vivem com VIH têm bastante tempo para se reconciliar com o diagnóstico antes de decidir sobre o tratamento. Mas tal pode ser diferente quando se é diagnosticada durante a gravidez e pode ser necessário tomar algumas decisões difíceis num curto espaço de tempo.

Qualquer decisão que se tome, deve ser baseada na certeza de que se percebeu a informação dada. Algumas sugestões:

- Fazer muitas perguntas.
- Fazer-se acompanhar pelo parceiro ou um(a) amigo(a) às consultas.
- Tentar falar com outras mulheres que estiveram na mesma situação.

As decisões que se tomam relativamente à gravidez são muito pessoais. Obter o maior número possível de conhecimentos ajuda a tomar decisões informadas.

As únicas decisões “certadas” são as que são tomadas pela futura grávida, contudo, convém decidir após se ter obtido informações sobre o VIH e gravidez e em conjunto com a equipa de cuidados de saúde.

**Centro de Genética de Reprodução**

Prof. Doutor Alberto Barros  
Avenida do Bessa, 591 - 1º drt frt  
4100-009 Porto  
www.cgrabarros.pt  
Telefone geral: 226 007 517  
Fax: 226 007 516  
Email: geral@cgrabarros.pt

**Hospital de Beja (consulta de Obstetrícia)**

Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 BEJA  
www.hbeja.min-saude.pt  
Telefone geral: 284 310 200 - 284 322 134

**Hospital D. Estefânia**

Rua Jacinta Marto  
1169-045 Lisboa  
www.hdestefania.min-saude.pt  
Telefone geral: 21 312 66 00  
Linha azul: 21 312 66 80  
Fax: 21 312 66 67  
Email: hdestefania@hdestefania.min-saude.pt

**Hospital de Faro (Consulta de Obstetrícia)**

Rua Leão Penedo  
8000-386 Faro  
www.hdfaro.min-saude.pt  
Telefone geral: 289 891 100  
Fax: 289 891 159  
Email: administracao@hdfaro.min-saude.pt  
Gabinete do Utente  
Ext.: 21022  
Email: gabutente@hdfaro.min-saude.pt

**Hospital Fernando da Fonseca**

Estrada IC 19  
2720-276 Amadora  
www.hff.min-saude.pt  
Telefone Geral: 21 434 82 00  
Fax: 21 434 55 66  
Email: sec.geral@hff.min-saude.pt

**Hospital Garcia de Orta (consulta de Obstetrícia)**

Av. Torrado da Silva  
2801-951 Almada  
www.hgarciaorta.min-saude.pt  
Telefone: 212 940 294  
Fax: 212 957 004  
E-mail: geral@hgo.min-saude.pt  
Gabinete do Utente  
Telefone: 212 940 294  
E-mail: gabutente@hgo.min-saude.pt

**Hospital Pediátrico de Coimbra**

Av. Afonso Romão  
Santo António dos Olivais  
3000-602 Coimbra  
Telefone geral: 239 488 700  
Fax: 239 717 216  
E-Mail: correio.hpc@chc.min-saude.pt

**Hospital Santa Maria**

Avenida Professor Egas Moniz  
1649-035 Lisboa  
www.hsm.min-saude.pt  
Telefone Geral: 21 780 5000  
Informações Gerais: 21 780 5333 -  
21 780 5444 - 217 805 555  
Gabinete do Utente  
Tel. : 21 780 5130  
Fax: 21 780 5604  
E-mail: gabinete.utente@hsm.min-saude.pt

**Hospital São João (consulta para grávidas seropositivas)**

Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200 – 319 Porto  
www.hsjoao.min-saude.pt  
Telefone geral: 225 512 100  
Fax: 225 025 766  
E-mail: geral@hsjoao.min-saude.pt

**Maternidade Alfredo da Costa (Consulta de Imunodepressão)**

Rua Viriato  
1069-089 Lisboa  
www.maternidade.pt  
Telefone geral: 21 318 40 00  
Linha azul: 21 314 31 31  
Gabinete do Utente  
Email: gumac@mac.min-saude.pt

**Maternidade Bissaya Barreto**

Rua Augusta  
3000-061 Coimbra  
www.chc.min-saude.pt  
Telefone geral: 239 480 400  
E-Mail: adm.mbb@chc.min-saude.pt  
Gabinete do Utente  
Telefone: 239480475  
E-mail: gumbb@chc.min-saude.pt

“Tomei conhecimento que era seropositiva para o VIH em 1995, altura em que a doença ainda era um enorme tabu e muito pouco se sabia.

Na altura eu já tinha um filho de 18 meses e lembro-me que a par do medo de morrer e não o ver crescer, assolava-me a ideia de não poder ter outro filho, coisa que ambicionava. E muito.

As terapêuticas foram melhorando, a esperança de vida aumentando, e eu sempre me fui atualizando. Apesar de não ter sido programado, em 1998, engravidei. Contactei logo a minha médica de infeciologia e pedi para me dar toda a informação e saber quais os riscos associados à gravidez.

Foi-me aconselhado na altura, visto eu já ser mãe, que não deveria arriscar aquela gravidez. Mais pela minha saúde do que pelo risco da criança nascer portadora, pois desde que eu fizesse a medicação corretamente os riscos de contágio seriam de 30% num parto normal e 5% numa cesariana.

Avisaram-me logo que caso decidisse ter a criança, seria difícil conseguir a cesariana pois era muito dispendioso para o estado. Em 24 horas tive de decidir entre a interrupção ou o seguimento da gravidez. Foi muito complicado decidir em tão curto espaço de tempo, mas a medicina estava a evoluir.

Levei a gravidez avante, foi uma gravidez normal, tive o meu filho de parto normal e hoje é uma criança saudável e inteligente. Penso que foi a decisão mais difícil mas, também, a mais acertada que fiz até hoje.”

*Sílvia, Lisboa*

### As mulheres seropositivas podem ser mães?

Sim, e a terapêutica antirretroviral torna a gravidez mais segura.

Há mais de 15 anos que, mundialmente, as mulheres usam com segurança os medicamentos antirretrovirais (ARV) durante o período de gravidez. Atualmente, tal significa tomar pelo menos três medicamentos ARV, uma estratégia designada por terapêutica Antirretroviral de combinação ou TARVc.

Estes tratamentos mudaram por completo a vida das pessoas que vivem com VIH em todos os países onde são usados.

O tratamento teve um forte impacto positivo na saúde das mulheres seropositivas e nas suas crianças. Incentivou muitas mulheres a pensar em ter filhos (ou a serem novamente mães).

### O tratamento para o VIH da mãe irá proteger a criança

Os benefícios do tratamento antirretroviral não são apenas para a saúde da mãe. Uma mulher sob tratamento reduz quase por completo o risco de a criança nascer infetada pelo VIH.

Sem tratamento, cerca de 25% (1 em cada 4) dos bebés de mães que vivem com VIH, nascerão infetados. Isto não é um bom prognóstico,, sobretudo porque o tratamento atual para o VIH pode prevenir quase por completo a transmissão.

### Como se transmite o VIH a um recém-nascido?

Continua a não se conhecer o modo exato como a transmissão mãe-filho ocorre. No entanto, a maioria das transmissões ocorre no final da gravidez ou durante o trabalho de parto e o parto. Pode também ocorrer através da amamentação.

Alguns fatores de risco parecem tornar a transmissão da infeção muito mais pro-vável. O fator de maior peso é a carga viral da mãe.

Assim, como para qualquer pessoa seropositiva para o VIH, um importante objetivo da terapêutica é alcançar níveis de carga viral indetetável.

Tal é particularmente importante no momento do parto. Outros fatores de risco incluem o parto prematuro e a ausência de cuidados pré-natais.

Praticamente todos os fatores de risco apontam para o mesmo: cuidar da saúde da mãe.

Alguns pontos-chave a ter em conta:

- A saúde da mãe tem uma relação direta com o estatuto serológico do recém-nascido.
- Se o pai do recém-nascido for seropositivo tal não afeta o estatuto serológico do recém-nascido.
- O estatuto serológico do recém-nascido não está relacionado com o estatuto serológico dos irmãos.

“Em 1997, quando decidi engravidar do meu primeiro filho, já sabia que era seropositiva. O meu companheiro era seronegativo.

Informei-me com o meu médico sobre a possibilidade de engravidar sem colocar em risco o meu companheiro e o bebé.

O meu médico aconselhou-me a fazer a chamada "inseminação artificial". Assim o fiz, e quando recebi o teste de gravidez positivo, fui seguida na consulta de gravidez de risco, no serviço de obstetrícia do Hospital Dona Estefânia.

Desde o primeiro mês de gravidez, sempre fui muito bem acompanhada e informada. Fiz a terapêutica com AZT até ao fim da gestação. Na altura, a minha contagem de células CD4 era de 600/ml.

A minha filha nasceu em abril de 1998 de parto vaginal e começou logo a fazer a terapêutica antirretroviral. Foi seguida até ao primeiro ano de vida.

Não planeie a minha segunda gravidez, e apenas soube que estava grávida no segundo mês. O meu filho nasceu de cesariana em 1999, tendo ele, também, iniciado a terapêutica antirretroviral.

Tal como a minha filha, também é seronegativo. São a luz da minha vida.“

*Susana, Lisboa*



- **Terapêutica de combinação** ou **terapêutica antirretroviral altamente eficaz** são termos usados para descrever o uso de três ou mais medicamentos para tratar o VIH.
- Os medicamentos ARV não são eficazes para tratar o VIH individualmente (monoterapia), mas podem ser muito eficazes em combinação.
- Para mais informação, consultar a brochura “Introdução à terapêutica de combinação” através do site [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org).

### O teste de rastreio da infeção pelo VIH é automaticamente oferecido às mulheres grávidas?

Atualmente, é recomendado em muitas partes do mundo. Em Portugal, a última Circular Normativa da Direção Geral de Saúde data de 04/02/04 (ver página 53), embora já antes tivesse havido indicações para que tal fosse recomendado às mulheres grávidas. Assim, recomenda-se que os prestadores de cuidados de saúde ofereçam e aconselhem o rastreio a todas as mulheres em idade fértil, no contexto dos cuidados pré-concepcionais e pré-natais, após aconselhamento e sendo o teste realizado voluntariamente. Hoje em dia faz parte dos cuidados pré-natais de rotina.

É essencial que todas as mulheres sejam informadas de quais as análises “de rotina” que estão a ser requisitadas. É uma ótima oportunidade para falar sobre o VIH, aproveitando esse momento de consulta para “educar para a saúde” e para reforçar a prevenção primária. O risco de cada mulher inclui também o risco que advém dos comportamentos do seu parceiro ou dos seus parceiros sexuais.

Se o médico não informou que as análises “de rotina” para a gravidez incluíam também o teste para o VIH, torna-se muito mais complicado comunicar um resultado positivo.

Informar e esclarecer é uma arma fundamental para a prevenção de novas infeções.

É importante que uma mulher faça o rastreio da infeção pelo VIH quando está grávida. A sua capacidade de tomar conta do próprio tratamento, saúde e bem-estar é melhorada quando sabe se é seropositiva ou não. Este conhecimento também significa que pode proteger o recém-nascido do VIH, se for seropositiva.

A Direção Geral de Saúde, na sua Circular Normativa de 2004 (em anexo), contempla também a realização do teste ao parceiro. Mais uma vez, o teste deve ser realizado com o consentimento do parceiro, após ser convenientemente esclarecido.

### Como é que os medicamentos para o VIH protegem o recém-nascido?

Um dos primeiros benefícios dos medicamentos ARV é reduzir o risco de transmissão mãe-filho.

PACTG 076 é o nome de um conhecido ensaio sobre VIH realizado em conjunto por investigadores americanos e franceses, cujos resultados foram anunciados em 1994. Este foi o primeiro estudo a demonstrar que o AZT poderia proteger um bebé do VIH. As mães tomavam o AZT antes e durante o parto. O recém-nascido recebia AZT durante as seis semanas depois do parto. O risco de transmissão mãe-filho da infeção pelo VIH baixou de 1 em 4 (25%) para 1 em 12 (8%).

A partir de 1994, esta estratégia passou a ser recomendada a todas as mulheres seropositivas em muitos dos países industrializados.

Nos últimos anos foram conseguidos mais progressos, sobretudo desde que a terapêutica de combinação se tornou mais comum no fim dos anos 90. A taxa de transmissão com a terapêutica de combinação é, atualmente, inferior a 1%.

O AZT é o único medicamento que inclui no seu RCM (resumo das características do medicamento) a autorização de utilização durante a gravidez e como há muita

experiência no seu uso, é provável que seja recomendado como parte da combinação. No entanto, quando se é resistente ao AZT, não se deve usar este medicamento. Se uma mulher já está a fazer um esquema de medicamentos antirretrovirais antes de engravidar e se esse esquema está a ser eficaz, habitualmente não é necessário alterá-lo, mesmo que não inclua AZT.

Um recente relatório Europeu e do Reino Unido reportou sobre mais de 1 000 mulheres sob TARV que durante o período de gravidez não tomavam AZT. Este relatório concluiu que as mulheres sob TARV sem AZT não tinham

**A transmissão do VIH** ocorre quando o vírus passa de uma pessoa para outra. Quando ocorre de mãe para filho durante a gravidez, parto ou amamentação, designa-se por transmissão mãe-filho (TMF), perinatal ou vertical.

- As crianças seropositivas para o VIH através deste meio de transmissão são designadas por crianças “infetadas verticalmente”.

Os testes da **carga viral** medem a quantidade de vírus no sangue. As medições são em cópias por mililitro – por exemplo 20 000 cópias/mL.

- A carga viral é um dos marcadores de progressão da infeção pelo VIH. O objetivo do tratamento é conseguir carga viral indetetável, considerado geralmente abaixo das 50 cópias/mL.
- Se a mãe tem carga viral indetetável quando a criança nasce, as hipóteses de transmissão mãe-filho são de quase zero.

### Resistência

- Quando se toma apenas um medicamento (monoterapia) ou uma combinação de medicamentos que não é suficientemente eficaz para diminuir a carga viral para níveis indetetáveis, o VIH pode tornar-se resistente a estes medicamentos.
- Se o vírus é resistente a um medicamento, este não será tão eficaz ou poderá ter perdido por completo a eficácia.
- Para evitar as resistências, é necessária uma combinação de pelo menos três medicamentos ARV.
- É importante evitar resistências durante a gravidez.
- No entanto, o uso da monoterapia de curto prazo com AZT para prevenir a transmissão mãe-filho (esta é apenas usada em alguns casos, quando a mãe tem níveis de carga viral muito baixos) comporta um risco muito pequeno de desenvolvimento de resistências.

uma probabilidade acrescida de transmitir o VIH aos seus bebés ou de ter níveis de carga viral detetável comparativamente às mulheres que tomavam AZT. Nem os bebés tinham maior probabilidade de malformações.

No Reino Unido, o AZT é utilizado cada vez menos em regimes de combinação em substituição de outros medicamentos como o tenofovir (mais fácil de tolerar) cada vez mais usado. Quando já se está sob tratamento ARV, o mais provável é que se esteja num regime sem AZT e, desde que seja eficaz, o médico não o irá mudar.

A regra prática é “o que é melhor para a mãe é o melhor para o recém-nascido”.

É importante lembrar-se que apesar dos grandes avanços e sucessos, há ainda riscos a ter em conta quando se usa a terapêutica de combinação em mulheres grávidas. Ainda se está a aprender sobre a terapêutica de combinação na gravidez.

### É seguro tomar a terapêutica antirretroviral durante a gravidez?

Geralmente, é aconselhável evitar tomar qualquer medicação durante a gravidez. Contudo, este é um conceito errado, pois há medicamentos que podem ser usados na gravidez. O que não se deve fazer é tomar medicamentos que não sejam prescritos por médicos com experiência em cuidados pré-natais.

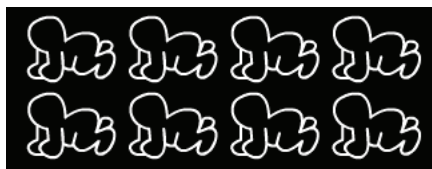
Ninguém pode afirmar que é completamente seguro usar medicamentos antirretrovirais durante a gravidez. Por exemplo, alguns medicamentos para o VIH não devem ser usados durante este período.

Ao mesmo tempo, no entanto, muitos milhares de mulheres fizeram a terapêutica durante a gravidez sem quaisquer complicações para os seus recém-nascidos. Isto resultou em muitos nascimentos de crianças negativas para o VIH.

Nas discussões pré-natais, a mulher e o médico devem avaliar os riscos e os benefícios de usar o tratamento para ela e para o recém-nascido.

A equipa dos cuidados de saúde tem também acesso ao registo internacional de malformações à nascença, que documenta, desde 1989, todos os casos ocorridos em recém-nascidos expostos aos medicamentos ARV. Para mais informações, consulte o site [www.apregistry.com](http://www.apregistry.com)

Até agora, não se verificou aumento no tipo e na taxa de malformações nos bebés de mães que estavam sob TARV comparativamente com os recém-nascidos de mães seronegativas.



“Soube que estava grávida em março de 2006, onze anos após o meu diagnóstico. Deste que soube que era seropositiva para o VIH, engravidar não era opção, uma vez que tinha já um filho antes de ser infetada.

Mas a verdade é que aconteceu e a minha médica aconselhou-me a fazer uma interrupção voluntária. Assim o fiz, mas decidi engravidar novamente 2 meses depois e dirigi-me ao serviço onde tinha feito a interrupção, pois neste local tinham-me informado que poderia ter um filho seronegativo.

Decidi levar avante a gravidez e correu tudo dentro da normalidade. Fui muito bem acompanhada, tomei sempre a medicação, mantive a carga viral em níveis indetetáveis e tive o meu filho por cesariana às 37 semanas. Durante os primeiros meses ele tomou medicação, fez várias vezes análise e, aos 18 meses, pudemos respirar de alívio pois o nosso filho era seronegativo.

Hoje em dia, viver com VIH não é de todo impedimento para uma mulher ser mãe, desde que siga as recomendações médicas. Em nenhuma ocasião senti qualquer tipo de discriminação, muito pelo contrário, senti sempre um cuidado especial.”

*Sandra, Almada*

### A gravidez agrava a infeção pelo VIH?

A gravidez não agrava a saúde da mulher relativamente à infeção pelo VIH, não fazendo acelerar a progressão da infeção.

No entanto, a gravidez pode provocar uma descida na contagem de células CD4 da mulher de cerca de 50/mm<sup>3</sup>, mas tal pode variar muito. Esta diminuição é temporária. A contagem de células CD4 geralmente volta ao nível que a mulher tinha antes da gravidez, pouco tempo após o parto.

Esta situação deverá apenas ser preocupante quando a contagem de células CD4 descer abaixo de 200/mm<sup>3</sup>. Abaixo deste nível há um risco aumentado de aparecimento de infeções oportunistas (IO), que podem afetar quer a mãe, quer o filho e, se ocorrerem, devem ser tratadas imediatamente. No geral, as mulheres grávidas precisam do mesmo tratamento para prevenir as infeções oportunistas tal como as outras mulheres que não estão grávidas.

Por vezes, quando se inicia o tratamento durante a gravidez, a contagem de células CD4 pode aumentar pouco, apesar da carga viral baixar. Se tal acontecer, não se preocupe pois a contagem de células CD4 irá subir após o nascimento da criança.

O VIH não afeta o curso da gravidez nas mulheres que recebem tratamento.

O vírus também não afeta a saúde do recém-nascido durante a gravidez, a não ser que a mãe desenvolva uma infeção oportunista (IO).

### Informações adicionais

Esta brochura é sobre VIH e gravidez. Outros aspetos importantes sobre o tratamento e cuidados médicos para a infeção pelo VIH são abordados em maior detalhe noutras Publicações GAT:

- Introdução à Terapêutica de Combinação
- Mudanças de Tratamento: quando o tratamento antirretroviral falha: terapêutica de segunda e terceira linha e resistências aos medicamentos
- Evitar e gerir melhor os efeitos secundários
- Hepatite C para as pessoas que vivem com o VIH
- Transmissão Sexual e Testes do VIH

Todo o material informativo do GAT é gratuito. Faça o seu pedido através do site [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org) ou através do e-mail [contactos@gatportugal.com](mailto:contactos@gatportugal.com)

#### Outras fontes de informação

SOS GRÁVIDA | 808 201 139

SEXUALIDADE | 808 22 20 30

SAÚDE 24 | 808 24 24 24

DEIXAR DE FUMAR | 808 20 88 80

As **células CD4** são um tipo de glóbulos brancos que ajudam o nosso organismo a combater as infeções. Estas células são também as que o VIH infeta e usa para fazer cópias de si próprio e se disseminar posteriormente.

A contagem de **células CD4** corresponde ao número de células CD4 num milímetro cúbico ( $\text{mm}^3$ ) de sangue. A contagem de células CD4 é uma das medições do estágio do VIH.

As contagens de células CD4 variam de pessoa para pessoa, mas um adulto seronegativo deverá ter uma contagem entre 400 e 1600/ $\text{mm}^3$ . Alguns fatores, tais como o cansaço, doença ou gravidez podem provocar descidas temporárias nas contagens.

Uma contagem de células CD4 abaixo de 350/ $\text{mm}^3$  é considerada baixa, e todas as linhas de orientação recomendam iniciar o tratamento antes de chegar a este nível.

Quando se tem uma contagem inferior a 200 células/ $\text{mm}^3$ , está -se mais vulnerável a infeções.

Independentemente da gravidez, as mulheres devem receber o tratamento otimizado para a infeção pelo VIH.



## Proteger e assegurar a saúde da mãe

A saúde da mãe e o tratamento são os fatores mais importantes para assegurar a saúde do bebê.

A prevenção da transmissão e a saúde do bebê estão diretamente relacionadas com a saúde da mãe.

O aconselhamento pré-natal para uma mulher seropositiva deve incluir:

- aconselhamento e discussão sobre como prevenir a transmissão mãe-filho;
- informação sobre como tratar o VIH da mãe durante a gravidez;
- informação sobre como tratar o VIH da mãe no futuro.

Quando crescer, a criança precisa que a mãe esteja bem e em boa saúde. E a mãe vai querer ver o filho ou a filha ir para a escola e tornar-se adulto.

### Princípios de cuidados

- A mãe deve ser capaz de fazer as próprias escolhas sobre como gerir a gravidez.
- Deve ser capaz de escolher o tratamento durante a gravidez.
- Os prestadores de cuidados de saúde devem proporcionar informação, educação e aconselhamento que seja imparcial, apoie e seja livre de juízos de valor.
- O VIH deve ser monitorizado intensivamente durante a gravidez. Isto é particularmente importante quando se aproxima o parto.
- As infeções oportunistas devem ser tratadas adequadamente.
- Os medicamentos para o VIH devem ser usados para reduzir a carga viral a níveis indetetáveis.
- As mães devem ser tratadas o melhor possível para não desenvolverem resistências aos medicamentos para o VIH.
- As mães devem ser capazes de fazer escolhas informadas relativamente a como e quando as suas crianças irão nascer.

## Transmissão mãe-filho

### Como e por que razão ocorre a transmissão?

Apesar dos avanços significativos na redução da transmissão mãe-filho (TMF), não se compreende plenamente como é que tal acontece. O que se percebe, no entanto, é que há muitos fatores que afetam a transmissão.

Destes, o mais importante é o nível da carga viral da mãe.

A transmissão mãe-filho pode ocorrer antes, durante e depois do nascimento. Os cientistas encontraram várias razões possíveis para que a infeção ocorra. Além da carga viral da mãe, a infeção é mais provável se a contagem de células CD4 é baixa e se há doenças definidoras de SIDA.

Considera-se que os meios de transmissão da infeção são a exposição do bebé ao sangue infetado da mãe ou a outros fluidos corporais durante a gravidez e o parto, bem como a amamentação. Apesar disso, a maioria das transmissões ocorrem durante o parto, quando o bebé está a nascer. É raro, mas há transmissões que ocorrem durante a gravidez, antes do parto. Este tipo de transmissão designa-se por transmissão intrauterina.

### Transmissão durante a gravidez (intrauterina)

Pode ocorrer quando a placenta sofre lesões, tornando possível a passagem do sangue infetado pelo VIH da mãe para a circulação do feto.

A corioamnionite, por exemplo, tem sido associada a um risco aumentado de transmissão da infeção pelo VIH.

Pensa-se que tal ocorre por meio de células infetadas que atravessam a placenta ou pela infeção progressiva das diferentes camadas da placenta até o vírus alcançar a circulação fetoplacentar.

A razão pela qual se sabe que a transmissão intrauterina ocorre é que uma proporção de bebés com poucos dias de idade já tem carga viral detetável no sangue. Regra geral, são necessárias várias semanas para que uma pessoa infetada tenha o VIH detetável no sangue e, assim, se a transmissão tivesse acontecido durante o parto, essa primeira análise com 48 horas de vida não poderia ser já positiva. Além disso, a rápida progressão da infeção pelo VIH em alguns bebés levou os cientistas a concluir que tal acontece.

A transmissão intrauterina torna-se mais provável quando há carga viral elevada, SIDA e contagem baixa de células CD4.

Estar coinfetado com TB (tuberculose) torna mais fácil a transmissão intrauterina do VIH e a infeção pelo VIH torna mais provável a transmissão intrauterina da TB.



**intrauterino:** significa que é dentro do útero, antes do início do trabalho de parto.

**intraparto:** significa que ocorre durante o parto (trabalho de parto ou nascimento do bebé).

**placenta:** é um órgão temporário que se desenvolve durante a gravidez e une a mãe ao feto. A placenta age como um filtro. Transfere o oxigénio e os nutrientes da mãe para o feto e elimina o dióxido de carbono e os produtos residuais. A placenta tem muitos vasos sanguíneos. A placenta é expelida do corpo da mãe após o nascimento do bebé.

**circulação feto-placentária:** corresponde à circulação de sangue entre o feto e a placenta.

**membranas fetais:** membranas que envolvem o feto.

**microtransfusões materno-fetais:** ocorrem quando pequenas quantidades de sangue infetado da mãe passa da placenta ao bebé durante o trabalho de parto (ou através de outras roturas da placenta).

**corioamnionite:** é uma inflamação do córion e do âmnios, as membranas que envolvem o feto. A corioamnionite é, regra geral, causada por uma infeção bacteriana.

**membrana mucosa:** é o revestimento interno húmido de alguns órgãos e cavidades corporais (tais como o nariz, boca, vagina, pulmões e estômago). As glândulas da mucosa segregam muco, um fluido espesso e viscoso.

**trato gastrointestinal:** é o tubo que vai desde a boca até ao ânus e onde são digeridos os alimentos. O trato gastrointestinal começa na boca e, seguindo-se o estômago, duodeno, intestino delgado, intestino grosso (cólon), reto e, por último, ânus. Por vezes é também designado por trato GI.

### Durante o trabalho de parto e o parto (transmissão intraparto)

Pensa-se que a transmissão durante o trabalho de parto e o parto ocorre quando o bebé entra em contacto com o sangue infetado e as secreções genitais da mãe à medida que passa pelo canal de parto.

Isto pode acontecer através da infeção ascendente via vaginal e do colo do útero às membranas fetais e fluido amniótico, e através da absorção no trato digestivo do bebé.

Alternativamente, durante as contrações do trabalho de parto, pode ocorrer uma microtransfusão materno-fetal.

Os cientistas sabem que durante o parto ocorrem transmissões porque:

- 50% dos bebés infetados têm um teste negativo para o VIH durante os primeiros dias de vida.
- Há um aumento rápido na taxa de deteção da infeção pelo VIH nos bebés durante as primeiras semanas de vida.
- O modo como o vírus e o sistema imunitário se comporta em alguns recém-nascidos é semelhante ao que se verifica em adultos recém-infetados.

É também demonstrado pelo sucesso na prevenção da transmissão. Isto inclui:

- Tratamentos que têm reduzido o risco de transmissão, mesmo quando proporcionados apenas durante o trabalho de parto.
- Parto por cesariana antes de se iniciar o trabalho de parto.

Se se demora muito tempo entre a rotura das membranas (rotura da bolsa de águas) e o parto ou se o trabalho de parto for longo, o risco de transmissão nas mulheres que não estão sob terapêutica ARV ou sob profilaxia é acrescido.

Um bebé prematuro pode estar em maior risco de contrair o VIH do que um bebé nascido aos nove meses.

### Amamentação

Os médicos pensam que o VIH presente no leite materno atravessa a membrana mucosa do trato gastrointestinal das crianças.

O trato gastrointestinal de um recém-nascido está imaturo e é mais facilmente penetrável do que num adulto. Pensa-se que o dano do trato intestinal de um bebé, causado pela introdução prematura de outros alimentos, sobretudo alimentos sólidos, pode aumentar o risco de infeção.

Recomenda-se a todas as mulheres seropositivas que alimentem os bebés com leite em pó para os proteger do VIH.

Após ter seguido as recomendações médicas durante a gravidez e o parto, a mãe não vai querer pôr em risco a saúde da criança pela amamentação.

Se a mãe não tem meios para pagar o leite em pó, os biberões e o equipamento de esterilização, o hospital pode fornecê-los para que não tenha que amamentar. O sistema varia de um hospital para o outro.

A equipa deverá falar com a mãe para saber se precisa de apoio extra após a alta. Os hospitais têm assistentes sociais que orientam e indicam quais os apoios existentes.

O tratamento médico e o fornecimento de leite em pó são confidenciais, por isso recomenda-se que a mãe aproveite essa ajuda, se assim precisar. Nenhum membro da equipa que trabalha no hospital ou trabalhadores de apoio entrará em contato com o departamento de imigração.

Seja como for, mais importante do que saber como ocorre a TMF, é saber como se pode prevenir que isto aconteça: não falhar a toma dos medicamentos ARV.

Felizmente, sabe-se muito mais sobre isso.



## Planear a gravidez

### Gravidez planeada e o direito a ter filhos

Muitas mulheres seropositivas engravidam quando já conhecem o seu estatuto serológico para o VIH. Muitas já estão sob TARV quando engravidam.

Se uma mulher sabe que é seropositiva, pode já ter discutido a possibilidade de engravidar nos cuidados de rotina para o VIH, quer a gravidez seja planeada quer não.

Se se está a planear engravidar, o médico irá aconselhar:

- a considerar o estado de saúde geral;
- a ter consultas adequadas e
- a tratar qualquer infeção sexualmente transmissível.

É necessário assegurar-se que se está a receber cuidados e tratamentos adequados para o VIH.

Em Portugal, o Grupo Médico de Transmissão Vertical recolheu as seguintes taxas de transmissão nacionais, a partir dos maiores hospitais do país:

- 2003 13 crianças infetadas 4,9%
- 2004 11 crianças infetadas 3,6%
- 2005 1 crianças infetadas 0,46%
- 2006 4 crianças infetadas 1,5%
- 2007 6 crianças infetadas 2,3%
- 2008 3 crianças infetadas 1,2%
- 2009 6 crianças infetadas 2,5%
- 2010 5 crianças infetadas 1,8%

É importante:

- Escolher uma equipa de saúde e uma maternidade que apoie e respeite a decisão de se ter uma criança.
- Se não se recebe apoio nessa decisão, então deve-se procurar um médico e uma equipa de saúde com mais experiência em lidar com o VIH.

Nesta secção, além de tratar das opções para as mulheres seropositivas (com parceiro seropositivo ou negativo) que querem engravidar, falamos, também, da conceção segura para as mulheres seronegativas com parceiros seropositivos.

### O que fazer quando um parceiro é seropositivo e o outro é seronegativo para a infeção pelo VIH

É ainda controverso qual é o melhor conselho a dar a casais serodiscordantes (termo usado quando um parceiro é seropositivo e o outro é seronegativo).

Se os casais serodiscordantes têm relações sexuais desprotegidas, existe sempre um risco acrescido de transmissão de infeção pelo VIH. Mesmo quando se trata de uma “tentativa de conceção” nas condições mais seguras, há sempre um risco teórico, apesar de muito baixo, de o parceiro seronegativo contrair o VIH.

Até há pouco tempo, a conceção através de relações sexuais desprotegidas apenas durante o período ovulação era, na generalidade, não recomendada oficialmente.

As evidências mais recentes, no entanto, demonstram que esta opção é muito mais prática, sendo importante falar sobre esta opção com a equipa de prestadores de cuidados de saúde.

“Em 1995, aos 23 anos, engravidei. Na altura consumia drogas por via injetada. Quando descobri, ao quinto mês, que estava grávida, decidi entrar num centro comunitário.

O facto de conviver com muitas pessoas que viviam com VIH, ajudou-me muito a enfrentar a minha gravidez e a perceber que ser seropositiva não era o fim do mundo.

Antes de o meu filho nascer, tomava AZT duas vezes ao dia.

O meu filho nasceu por parto normal, com medicação intraparto e começou logo a fazer a terapêutica antirretroviral (AZT líquido) durante 4 semanas.

O meu filho tem hoje 16 anos, sabe do meu passado, aceita-o e respeita-me. É o meu grande amigo e eu sou uma mulher muito mais feliz por ele existir.”

*Maria João, Almada*

Com a ajuda da equipa de saúde e com base nos conhecimentos atuais, os casais avaliam os riscos e os benefícios da gravidez e se o risco é aceitável.

A transmissão da infeção pelo VIH durante a relação sexual vaginal depende de vários fatores. Para os casais em relações estáveis e monogâmicas que querem conceber, o mais importante a considerar é:

- A carga viral do parceiro seropositivo para a infeção pelo VIH.
- Se há infeções sexualmente transmissíveis (IST).
- Frequência das relações.

Por exemplo, se um homem seropositivo está numa relação monogâmica e não está sob terapêutica antirretroviral, o risco de transmissão da infeção pelo VIH à sua parceira seronegativa está estimado ser entre 0,1 a 0,3 % por cada ato sexual.

O risco de transmissão da infeção pelo VIH de uma mulher seropositiva que não está a fazer tratamento para um homem seropositivo está estimado ser entre 0,03 a 0,09%.

O risco é muito mais baixo em pessoas com cargas virais indetetáveis no plasma sanguíneo sob terapêutica antirretroviral.

A carga viral no plasma tem uma correlação bastante boa com a carga viral nas secreções genitais.

No entanto, o VIH tem sido detetado tanto no esperma dos homens seropositivos como no fluido do útero e à volta do óvulo das mulheres seropositivas, mesmo quando as suas cargas virais estavam indetetáveis com a TARV.

Ter uma IST (por exemplo, sífilis ou clamídia) aumenta a carga viral do VIH nas secreções genitais, mas não no plasma.

É difícil para os médicos (ou para nós) dar conselhos exatos a casais serodiscordantes. Sabe-se que o risco de relações sexuais desprotegidas programadas, onde o parceiro seronegativo está em tratamento com uma carga viral indetetável durante mais de seis meses, é muito baixo. Mas não é completamente nulo.

Modelos matemáticos têm sugerido um risco de 1 em 100 000 por ato sexual.

Os modelos matemáticos são muito usados pelos cientistas para responder às perguntas “e se?”. Simulam situações reais através de equações matemáticas. As informações conhecidas são introduzidas num programa do computador e o sistema gera respostas.

As respostas dos modelos matemáticos não são iguais às respostas dos estudos de investigação na vida real, mas podem ser muito úteis em ajudar-nos a compreender qual a probabilidade de um resultado.

Um estudo alargado reportou recentemente algumas informações muito importantes.

Em maio de 2011, os resultados do estudo HPTN 052 do *HIV Prevention Trials Network* (HPTN) disponibilizou provas que a TARV pode tornar as pessoas seropositivas menos infecciosas para os seus parceiros seronegativos.

O HPTN 052 é o primeiro ensaio clínico controlado randomizado (ECR) que demonstrou uma redução nas infeções.

O estudo multinacional foi conduzido com mais de 1 700 casais serodiscordantes. Comparou o efeito de iniciar TARV imediatamente (definido com contagem de células CD4 entre 350 e 500/mm<sup>3</sup>) com o efeito de adiar o início do tratamento até o parceiro seropositivo alcançar uma contagem de células CD4 inferior a 350/mm<sup>3</sup>.

Os resultados mostraram que o início da TARV com contagens de células CD4 mais elevadas baixou o risco de transmissão da infecção pelo VIH em 96%, um valor muito importante. O estudo foi interrompido mais cedo porque os benefícios foram demonstrados mais rapidamente do que antecipado no desenho original do ensaio.

O único estudo prospetivo realizado em 22 casais analisou o risco de transmissão da infecção pelo VIH em casais serodiscordantes que tentavam conceber naturalmente, onde o homem seropositivo tinha uma carga indetetável sob TARV e a mulher recebia a terapêutica de pré-exposição PrEP. Neste estudo, a relação sexual era programada de acordo com o período fértil da mulher e a taxa de concepção foi de 50%.

Os mesmos investigadores reportaram anteriormente uma revisão retrospectiva de 74 casais (52 onde o homem era seropositivo e 22 onde a mulher era seropositiva para a infecção pelo VIH) em que o parceiro seropositivo estava sob TARV e as relações sexuais eram programadas, não havendo transmissão da infecção pelo VIH.

Se se decide, em conjunto com o parceiro, de que este é o modo mais aceitável de concepção, é necessário assegurar-se que:

- O parceiro seropositivo para a infecção pelo VIH tem boa adesão à TARV.
- O parceiro seropositivo para o VIH realiza regularmente testes de carga viral.
- Ambos os parceiros são rastreados para a IST.
- Ambos os parceiros fazem rastreios para a fertilidade.
- Ambos os parceiros percebem qual o período fértil da mulher.

Alguns hospitais pedem para assinar um formulário em que se confirma que se recebeu aconselhamento preconcepção e que se compreende em pleno os riscos envolvidos.

Um ponto adicional deve ser salientado. Embora um pequeno número de tentativas de concepção possam ser relativamente seguras, alguns casais não retomam os métodos de proteção utilizados anteriormente. Tal resulta, por vezes, na transmissão da infecção pelo VIH ao parceiro anteriormente seronegativo.

O VIH é ainda uma doença para toda a vida. Se um dos parceiros conseguiu manter-se seronegativo, não faz sentido mudar isto aquando da decisão de ter uma criança.

### **Período propício a engravidar: período fértil**

**Ovulação:** o momento mais fértil durante o ciclo menstrual da mulher é quando o ovário liberta o óvulo maduro. O óvulo tem uma vida útil de cerca de 24 horas. Neste momento é mais provável que a concepção ocorra.

A ovulação da mulher ocorre 14 dias antes do início do próximo ciclo menstrual.

A mulher é mais fértil no dia antes e no dia da ovulação uma vez que o óvulo sobrevive 24 horas. É neste momento que a concepção ocorre.

O período fértil é normalmente 5 dias antes da ovulação (dado que o esperma pode sobreviver no corpo da mulher vários dias) até cerca de dois dias após a ovulação. Ou seja, a mulher é fértil durante cerca de 7 dias.

Há vários meios para estimar o período fértil, geralmente, medindo a temperatura (a temperatura aumenta no início da ovulação) ou registando a data da menstruação para perceber quando se ovula (designado por método do calendário).

### **Profilaxia Pré-Exposição ou PrEP**

Ocorre quando uma pessoa seronegativa para a infeção pelo VIH toma medicamentos ARV para prevenir a transmissão do VIH. Este método pode ser usado para tornar a concepção mais segura. A equipa de profissionais da saúde pode explicar como tal é feito.



### Quando o homem é seropositivo e a mulher é seronegativa para a infeção pelo VIH

Quando o homem é seropositivo e a mulher é seronegativa para a infeção pelo VIH é possível utilizar um processo que se designa por lavagem do esperma.

Para tal, é obtida uma amostra de esperma. Uma máquina especial centrifuga a amostra para separar os espermatozoides do fluido seminal (apenas o fluido seminal contém os glóbulos brancos infetados pelo VIH; os espermatozoides não contêm o VIH infeccioso).

O esperma lavado é então testado para o VIH e, finalmente, é usado um cateter para injetar o esperma no útero da mulher. Este é o método mais simples por não incluir técnicas de procriação medicamente assistida (FIV). No entanto, a taxa de sucesso em obter a gravidez é mais baixa, levando a ter que se repetir o procedimento mais vezes. Por outro lado, a técnica de lavagem de esperma deve ser encarada como uma técnica de redução do risco de infetar a mulher, mas não pode ser vista como uma técnica absolutamente isenta de risco. A fertilização in vitro (FIV), também, pode ser usada, sobretudo quando o homem tem uma contagem baixa de espermatozoides.

Não há registos de transmissão do VIH para a mulher com a lavagem do esperma.

No entanto, há custos, dificuldades de acesso e taxas baixas de conceção.

Poucos hospitais oferecem lavagem de esperma em Portugal. O Hospital S. Francisco Xavier, em Lisboa, iniciou a técnica de lavagem de esperma, mas não tem técnicas de procriação medicamente assistida. O Hospital de S. João, no Porto, disponibiliza também a técnica de lavagem de esperma. Atualmente, a Maternidade Dr Alfredo da Costa é o centro de referência nacional para estas técnicas, no setor público.

Existe também no setor privado, por exemplo na Clínica do Professor Alberto Barros, no Porto.

Como referimos anteriormente, uma opção mais controversa é fazer um número limitado de tentativas durante os dias mais férteis do ciclo da mulher.

O risco de uma exposição de baixo nível por parte de uma pessoa com carga viral inferior a 50 cópias /ml foi estimado pela Organização Mundial de Saúde entre 0,03% e 0,005%.

Isto representa um rácio de cerca de 1 em 3 300 até 20 000. Alguns casais consideram que representa um risco aceitavelmente baixo comparativamente com a importância de tentar ter uma criança.

É obviamente essencial que um homem seropositivo faça o tratamento para o VIH para reduzir a sua carga viral para níveis indetetáveis. Para aumentar ainda mais a segurança a carga viral deve ser verificada quer no sangue, quer no sêmen.

Cerca de 10% dos homens com níveis indetetáveis no sangue, têm níveis detetáveis no esperma, portanto isso seria uma medida de segurança adicional. A carga viral no esperma pode ser testada usando os mesmos testes da carga viral que são usados para o sangue e o hospital deve aconselhar quanto a isso.

A conceção pode ser natural ou com a autoinseminação. A maioria dos médicos pode aconselhar sobre como planear e identificar os dias mais apropriados, ou seja, o período fértil da mulher.

A inseminação artificial ou autoinseminação (ver abaixo) reduz o risco de um trauma durante a relação sexual onde uma pequena fissura pode aumentar o risco de transmissão da infeção pelo VIH.



“Fui diagnosticada em 1996 com VIH1 e VIH2, em Madrid. Encontrava-me num centro evangélico para parar com os meus consumos de drogas quando soube que estava grávida e que era seropositiva.

Foi um choque, embora não me tenha surpreendido, pois todos os meus cuidados durante os consumos foram poucos e muitas vezes me prostituí na zona de Olhão.

Fui seguida no Hospital Ramon Cajal e na época os tratamentos existentes em Espanha estavam efetivamente mais avançados do que em Portugal. Desde cedo me apercebi que, apesar do meu diagnóstico, o meu estatuto serológico não era impedimento para ser mãe.

O meu filho nasceu em novembro de 1997. O Samuel tem hoje 14 anos e é uma criança saudável pois eu segui todas as indicações médicas, inclusive, mantive-me em recuperação.

Vivi em Espanha durante 5 anos até que voltei para Faro, onde continuo a ser assistida.

Hoje, tenho uma vida normal e procuro ser feliz pois o meu filho tornou-se a razão do meu existir.”

*Elisabete, Faro*

### É essencial continuar a usar preservativo em todas as relações sexuais.

Esta abordagem é controversa porque existe um pequeno risco de transmissão do VIH. No entanto, sobretudo onde a lavagem do esperma não está disponível, houve relatos de sucesso. Embora um relatório com cerca de 60 casais tenha concebido desta maneira sem nenhuma transmissão do VIH, o estudo é demasiado pequeno dado que o risco de transmissão do VIH é muito inferior a 1 em 60.

Para muitas mulheres que querem ter um filho pode ser aceitável, mas a decisão de o fazer deve ser tomada apenas pela mulher, sem que ninguém a pressione.

Há um benefício adicional de segurança para a mulher ao usar durante 1 ou 2 dias medicamentos ARV para reduzir ainda mais a hipótese baixa de transmissão da infeção. Vários estudos estão a investigar se o uso do tenofovir e do FTC (ou 3TC) antes da exposição ao VIH diminui o risco de transmissão.

À medida que a informação sobre concepção segura com os ARV torna o uso deste método de concepção mais aceitável para os casais, a lavagem do esperma passa a não ser a única alternativa aceitável.

### Quando a mulher é seropositiva e o homem é seronegativo para a infeção pelo VIH

Geralmente, as opções são muito mais simples neste caso. A “autoinseminação” usando uma seringa de plástico não comporta qualquer risco para o homem. É a maneira mais segura de proteger o homem da infeção pelo VIH. Nos dias perto da ovulação, deve-se colocar o esperma do parceiro o mais profundo possível na vagina. A ovulação ocorre a meio do ciclo, cerca de 14 dias antes do período (em ciclos menstruais regulares de 28 dias).

Médicos diferentes podem recomendar métodos diferentes. Um método é o de ter uma relação sexual com um preservativo sem espermicida. Um outro é o de o parceiro ejacular num recipiente. Em ambos os casos, insere-se o esperma na vagina com uma seringa.

O hospital pode fornecer o recipiente e a seringa e dar instruções detalhadas sobre como realizar esta operação, incluindo o aconselhamento sobre o tempo do processo para coincidir com a ovulação.

## Declaração Suíça

A “Declaração Suíça” foi publicada em janeiro de 2008 pela Federação Suíça para as Questões Relacionadas com SIDA (um grupo de especialistas composto por médicos e investigadores). Este grupo tinha receios relativamente à situação legal das pessoas seropositivas na Suíça e aos casais serodiscordantes que pretendiam ter filhos.

Estavam preocupados relativamente à exatidão da informação pública e privada sobre o risco da transmissão da infeção pelo VIH por parte das pessoas sob tratamento antirretroviral.

Uma das razões para a divulgação da declaração foi o de proporcionar linhas de orientação a médicos para ajudar casais serodiscordantes que pretendem ter filhos. Muitos casais não podem ou não querem usar o método da lavagem de esperma ou outros métodos de reprodução medicamente assistida e precisam de tomar decisões informadas sobre o nível de risco envolvido nas relações sexuais quando se está sob tratamento antirretroviral.

A declaração enuncia o risco de transmissão da infeção pelo VIH quando se está estável sob terapêutica antirretroviral como “negligenciável” e “semelhante ao risco na vida quotidiana”. Explica que, por exemplo, mesmo usando o preservativo, este não é 100% seguro.

A declaração torna claro a descrição de uma pessoa em risco reduzido de transmissão, aplicando-se apenas nas seguintes condições:

- Quando a carga viral é indetetável durante um período de pelo menos 6 meses.
- Quando há boa adesão ao tratamento.
- Quando não há presença de nenhuma infeção sexualmente transmissível.

Os médicos suíços calcularam que a conceção natural nestas circunstâncias teria poucas probabilidades de transmissão da infeção pelo VIH ao parceiro seronegativo. Não estavam a recomendar que o preservativo fosse abandonado nas relações sexuais - mas que o risco envolvido durante tentativas limitadas de conceção é muito reduzido comparado com a importância para muitos casais de ter filhos.

Afirmaram, também, que o tratamento PPE não deveria ser proporcionado se um preservativo se danifica quando o parceiro seropositivo preenche os critérios acima referidos.

Para quem quiser ler mais sobre a Declaração Suíça o link é:  
<http://www.aids.ch/e/fragen/pdf/swissguidelinesART.pdf>

### Quando ambos os parceiros são seropositivos para a infeção pelo VIH

Para os casais em que ambos os parceiros são seropositivos, a maioria dos médicos recomenda o sexo seguro. Isto é para limitar a possibilidade de uma reinfeção com uma estirpe diferente do VIH (ou uma estirpe resistente).

A reinfeção é apenas um risco se um dos parceiros tem resistências extensas aos medicamentos e uma carga viral detetável ou se nenhum dos parceiros está em tratamento ARV. Isto é a única razão em que um casal deveria ser desencorajado de tentar conceber naturalmente.

O risco de reinfeção é ainda mais baixo se o sexo desprotegido ocorrer apenas algumas vezes para conceber a criança. Aqui, seguem algumas questões a considerar sobre o risco da reinfeção:

- O risco em casais seropositivos depende, também, dos níveis da carga viral e é muito baixo se se está em tratamento.
- O risco é mais grave se um dos parceiros é resistente ao tratamento para o VIH, especificamente, se tem carga viral elevada.
- Se se pratica sexo mais seguro como rotina, pode-se considerar a possibilidade de limitar o sexo desprotegido ao período fértil. Pode-se seguir os conselhos para os casais serodiscordantes.

Para os casais que não praticam sexo seguro, continuar a fazê-lo para conceber uma criança não comportará nenhum risco adicional.

Felizmente, em Portugal, já existe resposta a situações de infertilidade do casal quando a mulher é seropositiva. A Maternidade Dr. Alfredo da Costa criou as condições necessárias para dar resposta a estas situações, sendo o único hospital com condições técnicas e logísticas para o estudo da infertilidade e eventual recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (FIV/ICSI) em casais inférteis em que a mulher é seropositiva para o VIH.



## Cuidados pré-natais e tratamento para o VIH

Os cuidados pré-natais são também chamados cuidados antenatais. Abrangem todos os cuidados adicionais que se recebe durante a gravidez em preparação para o nascimento da criança.

Os cuidados pré-natais não se restringem apenas aos medicamentos e testes. Incluem aconselhamento e fornecimento de informações como esta brochura. Abrangem, também, recomendações sobre a saúde em geral, tais como fazer exercício e parar de fumar.

Tal como para todos os aspetos dos cuidados com o VIH, é muito importante que os membros da equipa de saúde tenham experiência especializada com mulheres seropositivas para o VIH. Isto inclui o obstetra, a parteira e o resto dos técnicos de apoio.

É também importante que a pessoa responsável pelos cuidados de saúde esteja constantemente atualizada sobre os mais recentes avanços na prevenção da transmissão mãe-filho e nos tratamentos para o VIH.

### Todas as mulheres seropositivas precisam de fazer o tratamento para a infeção pelo VIH durante a gravidez?

As mulheres (grávidas) seropositivas para o VIH com contagem de células CD4 de cerca de  $350/\text{mm}^3$  ou inferior precisam iniciar o tratamento pela própria saúde, independentemente de estarem, ou não, grávidas

A gravidez constitui uma indicação para iniciar terapêutica, independentemente do número de células CD4.

Cada mulher seropositiva deve considerar seriamente o tratamento para o VIH durante a gravidez, mesmo que seja apenas para o fazer durante a gravidez e interromper após o nascimento da criança.

### E se uma mulher está grávida e não precisa de tratamento para o VIH para a sua saúde?

As linhas de orientação portuguesas, na revisão de 2011, recomendam iniciar o tratamento com uma contagem de células CD4 de  $350/\text{mm}^3$ . Geralmente o tratamento não é recomendado a níveis de CD4 mais elevados a não ser que existam problemas de saúde relacionados com o VIH.

No entanto, os estudos demonstram que o tratamento para o VIH pode reduzir o risco de transmissão até em mães com cargas inferiores a 1 000 cópias/ml. A transmissão desceu de quase 10% em mulheres não tratadas para menos de 1% em mulheres tratadas com medicamentos ARV.

Em consequência, o tratamento ou a profilaxia é oferecido a todas as mulheres grávidas seropositivas, incluindo as com contagens de células CD4 superiores a  $350/\text{mm}^3$  que nunca estiveram em tratamento.

As linhas de orientação portuguesas para o VIH na gravidez recomendam duas opções nesta situação para quem tem uma contagem elevada de células CD4:

- 1) Usar uma **Terapêutica Antirretroviral de Curto Prazo**, também designada, a partir do inglês, terapêutica **START** (em inglês, *Short Term Anti Retroviral Therapy*). Com esta terapêutica, inicia-se o tratamento no segundo trimestre entre as 20 e as 28 semanas e interrompe-se após o parto. Cada vez mais especialistas estão a iniciar não às 28 semanas, mas

sim às 20 semanas, porque o parto pré-termo é muitas vezes imprevisível e se um bebé nasce às 24 semanas já tem hipóteses de sobreviver. Não tendo a mãe feito terapêutica ARV, juntam-se dois grandes riscos para a transmissão: o facto de ser prematuro e o facto de não ter havido terapêutica. Pode -se escolher ou não fazer o parto planeado por cesariana às 38-39 semanas ou um parto vaginal. Mais recentemente, a tendência é iniciar a terapêutica mais precocemente, logo após o 1º trimestre, para conseguir mais cedo e de forma mais sustentada a descida da carga viral.

- 2) Usar AZT em monoterapia em três períodos, como no estudo 076, e ter uma cesariana planeada antes do trabalho de parto às semanas 38.

A segunda opção só deve ser considerada para mulheres com uma elevada contagem de células CD4 e uma carga viral baixa que não precisarão de fazer o tratamento ARV durante vários anos.

Optar pela START não significa que a mulher não irá fazer cesariana. Poderá ter de fazer devido a outras razões obstétricas.

É necessário reconhecer os benefícios e riscos destas duas opções. Discuta-se e considere-se as seguintes questões muito cuidadosamente até se estar satisfeito com a abordagem que se escolheu:

Benefícios da START:

- Usar três medicamentos reduz a carga viral para níveis indetectáveis.
- A cesariana não é obrigatória.

Riscos da START:

- O bebé será exposto a um maior número de medicamentos, o que poderá aumentar o risco de parto prematuro.

### E se uma mulher é seropositiva e precisa de tratamento para o VIH?

As orientações atuais recomendam que todas as pessoas seropositivas para o VIH com contagem de células CD4 inferiores a 350/mm<sup>3</sup> recebam tratamento, incluindo as mulheres grávidas. O início do tratamento também dependerá do momento na gravidez em que é diagnosticado o VIH.

Nalguns casos, a mulher sabe que é seropositiva quando já está grávida e isto pode ser um período muito difícil em termos práticos e emocionalmente. É importante pedir apoio adicional, se for preciso.

Se a mulher for diagnosticada no início da gravidez, pode escolher adiar o início do tratamento até o fim do primeiro trimestre. Isto quer dizer 12 a 14 semanas depois da última menstruação.

Há duas razões principais para iniciar o tratamento só após o 1º trimestre.

A primeira é que os órgãos principais do feto se desenvolvem nas primeiras 12 semanas da gravidez. A esta fase chama-se organogénese. Durante esse período, portanto, a criança pode ser vulnerável aos efeitos negativos de qualquer medicamento, incluindo os medicamentos ARV.

Os estudos não mostraram um risco acrescido para as crianças cujas mães fizeram o tratamento ARV durante o primeiro trimestre comparativamente com as que não usaram o tratamento nesse período. Mas algumas mulheres e médicos podem preferir preservar este período de organogénese

A segunda razão para adiar o tratamento é que a maioria das mulheres tem náuseas, "enjoo matinal" ou mesmo vómitos no início da gravidez. É perfeitamente normal. Mas os sintomas do enjoo matinal são muito semelhantes às náuseas que podem ocorrer quando se inicia o tratamento ARV. Não é desejável nem é

necessário ter os dois ao mesmo tempo. Isto pode tornar a adesão mais difícil.

Ao sentir-se mal por causa do enjoo matinal, é pouco provável que se queira fazer um tratamento que agrava a náusea. E nos casos em que o enjoo matinal é forte ou se vomita, pode criar um problema de doses não tomadas, o que pode levar a falência terapêutica e ao desenvolvimento de resistências aos medicamentos antirretrovirais.

Se o enjoo matinal continua após o primeiro trimestre, deve considerar-se a situação seriamente em conjunto com o médico, porque pode ser indicação de outros problemas.

Se se quer iniciar o tratamento de imediato ou se se precisa de iniciá-lo urgentemente porque se tem contagens das células CD4 baixas, o médico irá recomendá-lo.

### Qual o melhor momento para iniciar o tratamento quando se tem carga viral elevada?

Um recente estudo inglês analisou o melhor momento para iniciar o tratamento de forma a assegurar carga viral indetetável no momento do parto. Recomendou que:

- As mulheres com carga viral superior a 100 000 cópias/mL devem iniciar a TARV imediatamente.

Assim, é importante iniciar o tratamento mais cedo quando a carga viral é elevada. Tal, resultará num menor risco de transmissão da infeção pelo VIH e a possibilidade de escolher o tipo de parto.

### E se uma mulher descobre que é seropositiva numa fase avançada da gravidez?

O tratamento, mesmo por um curto período de tempo, pode reduzir rapidamente e de modo considerável a carga viral e alguns medicamentos antirretrovirais podem ajudar a reduzir o risco de transmissão da infeção pelo VIH ao atravessar a placenta para o bebé e bloqueando a infeção, independentemente da quantidade do vírus no sangue da mãe.

### E se a gravidez ocorre quando se está sob tratamento ARV?

Muitas mulheres decidem ter um filho quando já estão sob tratamento para o VIH. Isto diz imenso sobre os progressos espantosos feitos com os medicamentos para o VIH.

As mulheres sentem-se melhor, são mais saudáveis, pensam em relações a longo prazo no futuro e possivelmente na família.

É agora cada vez mais comum que as mulheres que concebem enquanto estão em tratamento continuem em tratamento durante a gravidez.

Os estudos não demonstraram um risco acrescido para a mãe ou para a criança por se usar o tratamento sem interrupção durante a gravidez.

## Medicamentos ARV durante a gravidez

### Quais os medicamentos que se devem utilizar:

Como para todas as decisões relacionadas com o tratamento para o VIH não há regras rígidas. O tratamento deve ser individualizado e deve ser adequado à condição de saúde e de vida da pessoa.

### Uso da terapêutica de combinação tripla

É muito provável que seja recomendado o uso do AZT como parte da combinação. Isto porque o AZT é o único medicamento para o VIH licenciado para ser usado durante a gravidez e há também muita experiência no seu uso em mulheres grávidas.

Assim, alguns médicos recomendam-no durante este período, particularmente se a mulher está a iniciar o tratamento durante a gravidez.

No entanto, um estudo do Reino Unido e Europeu observou o uso da TARV sem AZT em mulheres grávidas e não constatou qualquer diferença nas taxas de transmissão mãe-filho, na carga viral indetetável no parto e anomalias nos bebés.

O uso de outros análogos nucleosídeos também aumentou nos últimos anos: entre 2006 e 2009 cerca de 60% das mulheres do estudo estavam sob TARV sem AZT. Mais de 70% já estava a receber a TARV sem AZT antes de engravidar.

Se não se precisa de tratamento para a própria saúde, pode decidir-se usar “START”.

Ir-se-á receber dois nucleósidos.

O terceiro medicamento será, provavelmente, um inibidor da protease.

O inibidor da protease será provavelmente o lopinavir potenciado com ritonavir (um comprimido designado por Kaletra®), o saquinavir potenciado com ritonavir ou o atazanavir potenciado com ritonavir.

Se se planeia interromper o tratamento imediatamente após o nascimento da criança, um inibidor da protease tem uma outra vantagem em relação a um ITRNN. O organismo processa os inibidores da protease de modo relativamente rápido. Pode interromper-se todos os medicamentos da combinação ao mesmo tempo com um baixo risco de criar resistência.

Se a mulher precisa de iniciar o tratamento pela sua própria saúde e continuar após a gravidez, usa-se frequentemente um medicamento do grupo dos ITRNN designado por nevirapina. É um medicamento muito usado durante a gravidez.

No entanto, há um aviso contra o início da TARV baseada na nevirapina em mulheres com contagens de células CD4 superiores a 250/mm<sup>3</sup> devido ao risco de toxicidade hepática.

Aparentemente a nevirapina é mais segura para mulheres com baixas contagens de células CD4 (inferiores a 250/mm<sup>3</sup>). Não há nenhuma preocupação relativamente às pessoas que já estão a usar, com sucesso, nevirapina na sua combinação e conseguiram uma contagem mais elevada de células CD4 sob tratamento.

Se já se está a usar a terapêutica de combinação, e tudo está a correr bem, provavelmente mantém-se a mesma combinação. É cada vez mais comum que as mulheres já estejam sob TARV antes de engravidar.



Se se está a usar o efavirenze, ddl ou ddl e d4T juntos, pode ser necessário interromper ou mudar estes medicamentos. Relativamente ao efavirenze, é de salientar que não deve ser usado em grávidas, especialmente no 1º trimestre, pelo que é muito importante que as mulheres que estão a utilizá-lo mudem o esquema terapêutico antes de ficarem grávidas. O nome comercial do efavirenze é Stocrin®. Também está contido num medicamento que associa vários fármacos e cujo nome comercial é Atripla®.

Quando se têm efeitos secundários ou a carga viral continua detetável, o médico irá procurar possíveis mudanças na terapêutica.

Embora raramente, algumas mulheres tiveram crianças usando combinações de 5 ou mais ARV (às vezes designado por mega-HAART).

Finalmente, se se descobre que se é seropositiva muito tarde na gravidez ou no trabalho de parto, faz-se um tratamento específico. Provavelmente recebe-se nevirapina em toma única no trabalho de parto, associado a AZT no soro, independentemente da contagem de células CD4, porque aparentemente uma única dose é segura. A nevirapina é absorvida e passa muito rapidamente a placenta e é o medicamento mais eficaz a reduzir a transmissão mãe-filho nestas situações.

Como a resistência à nevirapina se desenvolve facilmente, é necessário usá-la com mais dois medicamentos. Estes são muitas vezes AZT e 3TC (designado por Combivir®, quando num único comprimido).

É recomendável continuar com uma combinação tripla enquanto a carga viral não atinge 50 cópias/ml. Isto irá reduzir o risco de criar resistências.

Se a contagem de células CD4 é superior a 250/mm<sup>3</sup> será usado um inibidor da protease potenciado, em substituição da nevirapina durante, pelo menos, uma semana mas o ideal será até a carga viral ficar indetetável.

Se a contagem de células CD4 é inferior a 350/mm<sup>3</sup> será aconselhado continuar o tratamento antirretroviral.

Apenas se deve continuar o tratamento se se está a tomar rigorosamente todas as doses como prescritas.

Em algumas circunstâncias, dependendo dos medicamentos que se está a usar e do plano de parto, continua a ser recomendado o uso de AZT por via endovenosa (EV) durante o trabalho de parto ou durante as 3 horas prévias a uma cesariana programada. O objetivo é que o AZT passe a placenta e se obtenham concentrações eficazes no feto, que o vão proteger num momento de risco como é o parto. O fundamento do uso do AZT EV é o de obter um efeito de profilaxia pré e pós-exposição. O AZT administrado ao recém-nascido vai sequenciar esta profilaxia pós-exposição, iniciada no parto.

### Há medicamentos que não são recomendados durante a gravidez?

O uso do efavirenze não está recomendado durante a gravidez. Num único estudo realizado em animais, este medicamento causou malformações do tubo neural (o cérebro em desenvolvimento) nos fetos em desenvolvimento. É importante notar que o efavirenze é o único ARV testado desta forma.

Até ao momento, não há relatos sobre riscos semelhantes em humanos. À medida que mais mulheres sob TARV engravidam há, atualmente, mais casos de mulheres a receber efavirenze.

Por exemplo, num estudo do Reino Unido de mulheres medicadas com TARV no período de concepção, 20% destas estavam a tomar efavirenze.

Tem havido muitos relatos de mulheres sob efavirenze durante a gravidez o que é tranquilizador para mães e médicos.

No entanto, se houver outras opções, há uma advertência contra o seu uso. Considera-se que isto é sobretudo importante nas primeiras 12 semanas da gravidez, quando o tubo neural está em desenvolvimento.

Quando uma mulher já está grávida há 12 semanas ou mais e tem estado sob efavirenze durante esse período, precisa de fazer o rastreio de anomalias, fazendo uma ecografia num centro de diagnóstico prenatal.

Após o primeiro trimestre, pode não fazer sentido interromper o efavirenze se o tratamento estiver a correr bem. Por vezes, pode ser uma boa opção usar, após um diagnóstico tardio se se tem contagem de células CD4 elevada e a nevirapina não é recomendada.

A formulação líquida do amprenavir, um inibidor da protease menos usado, também não é recomendada durante a gravidez (ou a crianças com menos de quatro anos de idade). Isto porque as mulheres grávidas e as crianças não são capazes de fragmentar um dos seus componentes designado por propilenoglicol. A formulação em cápsula do amprenavir não contém propilenoglicol.

O ddl não é recomendado durante a gravidez. Pode haver um pequeno aumento do risco de malformações à nascença com este medicamento. Há, também, um ligeiro aumento do risco com o nelfinavir. Atualmente, este medicamento é raramente usado

Há também um forte alerta para evitar usar os medicamentos ddl e d4T em conjunto, durante a gravidez. Houve vários relatos sobre efeitos indesejáveis fatais em mulheres grávidas que estavam sob estes dois medicamentos em conjunto. O d4T já não é recomendado para terapêutica de primeira linha nas linhas de orientação portuguesas.

E, como acima descrito, a nevirapina não é recomendada a mulheres com contagens de células CD4 elevadas (acima de 250/mm<sup>3</sup>).

### Deve esperar-se mais efeitos secundários quando se está grávida?

Algumas grávidas que utilizam a terapêutica de combinação têm algum tipo de efeitos adversos com estes medicamentos, mas esta percentagem é similar à das outras pessoas que fazem o tratamento ARV.

A maioria dos efeitos secundários é ligeira e incluem náuseas, cansaço e diarreia. Às vezes, mas raramente, podem ser mais graves.

Uma grande vantagem de se estar grávida é a monitorização rigorosa nas consultas de rotina. Isto torna mais fácil discutir com o médico qualquer efeito secundário.

Alguns efeitos secundários dos medicamentos ARV são muito similares às mudanças que ocorrem no organismo durante a gravidez, como, por exemplo, o enjoo matinal. Pode ser difícil distinguir se a causa é o tratamento ou a própria gravidez.

Muitos medicamentos ARV provocam náuseas e vômitos. Tal é mais comum quando se inicia a toma. Quando se está grávida, no entanto, tais efeitos secundários podem apresentar problemas adicionais de enjoo matinal e de adesão.

Algumas dicas para reduzir as náuseas e ajudar com a adesão estão incluídas na página 50.

Se os enjoos matinais são fortes, o médico pode prescrever medicamentos para ajudar (antieméticos), que se podem usar com segurança durante a gravidez.

A mulher pode também sentir-se mais cansada do que o habitual. De novo, isto é de esperar, sobretudo se se está a iniciar o tratamento ARV.

A anemia (baixo nível de glóbulos vermelhos) pode causar cansaço. É um efeito adverso muito comum quer ao AZT quer à gravidez. Uma simples análise ao sangue verifica se existe anemia. Se se tem anemia, pode ser preciso tomar suplementos de ferro.

A diabetes gestacional pode ocorrer durante a gravidez, havendo um teste específico para o seu diagnóstico. Todas as grávidas devem fazê-lo. Geralmente esta diabetes desaparece depois da gravidez.

As mulheres que tomam inibidores da protease durante a gravidez podem ter um maior risco teórico de ter esta complicação comum. Portanto, é importante assegurar-se de que os testes de rastreio da diabetes gestacional são realizados. Felizmente, em muitos centros que acompanham grávidas seropositivas e em várias publicações científicas, o acréscimo de casos de diabetes gestacional tem sido muito ligeiro e sem significado estatístico

Estes são exames de rotina para todas as mulheres grávidas.

Fora da gravidez, os inibidores da protease foram associados a níveis aumentados de bilirrubina.

Enquanto geralmente isto é uma medida da saúde do fígado, tal nem sempre é o caso com o inibidor da protease atazanavir. Neste caso, os níveis da bilirrubina podem ser muito elevados sem causar qualquer problema.

Os níveis de bilirrubina do bebé também podem ser acima do nível normal e a equipa dos cuidados de saúde irá acompanhar esta situação cuidadosamente e poderá fazer-lhe fototerapia para os reduzir.

Embora níveis muito elevados de bilirrubina neonatal possam danificar o cérebro, não houve qualquer relato que tal tenha acontecido sob o atazanavir.

A gravidez pode ser um fator de risco adicional em relação ao aumento do nível de ácido láctico, que é geralmente regulado pelo fígado. A acidose láctica é um efeito adverso raro, mas potencialmente fatal, relacionado com os análogos dos nucleósidos.

É particularmente arriscado usar ao mesmo tempo o d4T e o ddl durante a gravidez por causa da acidose láctica. Atualmente, esta combinação não está recomendada durante a gravidez. Como consequência, o risco de acidose láctica é, atualmente, muito baixo.

Aconselha-se consultar o guia publicado por GAT “Como Evitar e Gerir os Efeitos Adversos” para mais detalhes sobre sintomas e monitorização.

## Resistências, monitorização e outros testes

### E as resistências?

Durante a gravidez o aparecimento de resistências aos medicamentos é uma questão muito importante.

Quando se está sob terapêutica de combinação e a carga viral é detetável, é importante perceber a razão com um especialista. Isto é crucial para a saúde da mulher e da criança.

As resistências podem desenvolver-se quando a carga viral é detetável. Esta situação poderá afetar a saúde a longo prazo pois reduz as opções de tratamento posteriormente. A carga viral no momento do parto está diretamente relacionada com o risco de transmissão mãe-filho.

Fazer uma interrupção do tratamento, se não gerida adequadamente, pode levar a resistências. Não tomar todos os comprimidos à hora certa pode, também, levar ao desenvolvimento de resistências.

### Deve-se fazer o teste de resistências?

Atualmente, as linhas de orientação portuguesas, bem como as internacionais, recomendam um teste de resistências após o diagnóstico de infeção pelo VIH, antes de iniciar a terapêutica e antes de se alterar a terapêutica que não está a ser eficaz. Estas linhas de orientação são as mesmas para tratar “qualquer outro adulto seropositivo para a infeção pelo VIH”.

As mulheres que interrompem a TARV devem fazer um teste de resistências quando realizam o primeiro teste de carga viral após a interrupção, idealmente nas primeiras 6 semanas.

As mulheres sob monoterapia com AZT devem fazer um teste de resistências na amostra de carga viral recolhida durante o parto.

Um teste de resistência é importante para determinar se todos os medicamentos da combinação que se irá tomar serão ativos e eficazes (tanto na gravidez como no futuro). Assim, pode-se saber se houve infeção por um vírus resistente.

Deve-se verificar se o médico incluiu este teste.



### São necessários testes e monitorização adicionais?

Quer a gravidez, quer os cuidados para o VIH requerem uma boa monitorização.

Para o VIH, são monitorizados cuidadosamente a carga viral e a contagem das células CD4. Pode ser também necessário um teste de resistências. Alguns médicos podem recomendar um doseamento dos níveis plasmáticos dos medicamentos (em inglês, designa-se por TDM – *Therapeutic Drug Monitoring*).

O TDM usa testes ao sangue para verificar se se está a absorver a quantidade correta de um medicamento. Os níveis dos medicamentos, sobretudo dos inibidores da protease, variam muito entre uma pessoa e outra e tendem a ser mais baixos durante a gravidez. Ocasionalmente, isto pode levar a um ajustamento da dose.

Para além dos cuidados para o VIH, os cuidados especializados prestados às grávidas devem incluir o rastreio para as hepatites, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, tal como a despistagem de anemia, diabetes e tuberculose (TB). As infeções sexualmente transmissíveis e as infeções vaginais podem aumentar a possibilidade de transmissão da infeção pelo VIH.

Pode também ser necessário fazer o rastreio de toxoplasmose e do citomegalovírus (CMV). Estes testes devem ser efetuados o mais precocemente possível

O seguimento médico proporciona um acompanhamento ginecológico muito cuidadoso. Isto inclui um exame citológico (exame de Papanicolaou ou Pap), particularmente importante nas mulheres com contagem de células CD4 abaixo de 200/mm<sup>3</sup>. De resto, os testes são de rotina e podem variar ligeiramente consoante o médico. Os testes de rotina incluem medir a tensão arterial, peso, análises ao sangue e à urina.

Se não se precisar de cuidados adicionais, provavelmente as consultas serão mensais durante a maior parte da gravidez e de duas em duas semanas depois do oitavo mês.

### Existem testes a evitar?

Alguns testes e procedimentos usados vulgarmente para avaliar as mães e os bebés em desenvolvimento comportam um risco teórico de aumento da transmissão da infeção pelo VIH. No entanto, este risco não foi claramente demonstrado num estudo de mulheres que tomavam a terapêutica de combinação.

Geralmente, as mulheres grávidas infetadas pelo VIH são aconselhadas a evitar os seguintes testes, a menos que sejam essenciais:

- Colheita de sangue do couro cabeludo fetal.
- Cordocentese.
- Monitorização interna durante o trabalho de parto.

Se a amniocentese e a biópsia de vilosidades coriônicas é essencial, é recomendado estar a fazer terapêutica ARV há algumas semanas. O ideal é que a carga viral já esteja indetetável quando se realiza a amniocentese.

As razões para fazer uma amniocentese podem ser várias: idade materna avançada, risco aumentado de cromossomopatia evidenciado pelo rastreio combinado, ou outras razões que levam à necessidade de esclarecer se existe alguma doença no feto, com eventual indicação para interromper a gravidez. Apesar de ser um exame invasivo, o risco de que o VIH atinja o feto é baixo se a grávida estiver sob terapêutica ARV, com carga viral indetetável ou já muito baixa. Existem já vários trabalhos científicos publicados que demonstram não ter havido nenhum caso de transmissão mãe-filho em grávidas que fizeram amniocentese. Mais uma vez, o importante é optar após ter sido convenientemente esclarecida por médicos com experiência em na vigilância de grávidas seropositivas por VIH.

A equipa médica poderá dar mais informações sobre estes testes e porque motivo estes não são recomendados.

### Prevenção de Infeções Oportunistas (IO) e tratamento durante a gravidez

O tratamento e a profilaxia da maioria das infeções oportunistas durante a gravidez são geralmente similares aos dos outros adultos seropositivos, mas alguns medicamentos não são recomendados.

O médico deve verificar a presença de IO como parte da vigilância da infeção pelo VIH e à medida que o sistema imunitário recupera com o uso da terapêutica de combinação. Pode ser necessário tratar outras infeções, sobretudo quando se é diagnosticado com VIH durante a gravidez.

A profilaxia e o tratamento das infeções por *pneumocysti jiroveci*, *Mycobacterium avium complex* (MAC) e tuberculose (TB) são recomendados se forem necessários, durante a gravidez.

A profilaxia para o citomegalovírus (CMV), infeções por cândida e infeções fúngicas invasivas não são recomendadas como rotina devido à toxicidade dos medicamentos. No entanto, o tratamento de infeções muito graves não deve ser evitado por causa da gravidez.

### Uso das vacinas durante a gravidez

As mulheres grávidas têm um risco acrescido de gripe e devem ser vacinadas independentemente do estatuto serológico para a infeção. Devem receber a vacina para a gripe.

As vacinas para a hepatite B, gripe e pneumococo podem ser usadas durante a gravidez, mas devem ser usadas apenas quando a carga viral se torna indetetável após o uso da terapêutica de combinação, porque há um aumento temporário na carga viral após a vacina.

As vacinas vivas incluindo o sarampo, papeira e rubéola não devem ser tomadas durante a gravidez.

### Tratar o herpes genital recorrente durante a gravidez

Muitas mulheres que vivem com VIH têm, também, herpes genital. As mães seropositivas têm maior probabilidade de ter um surto de herpes durante o trabalho de parto do que as mães seronegativas. Para reduzir este risco, recomenda-se muitas vezes o tratamento profilático para o herpes, com aciclovir.

O herpes transmite-se muito facilmente da mãe ao filho. Mesmo quando a carga viral é indetetável pelo efeito dos ARV, as lesões do herpes contêm elevados níveis de VIH.

O vírus do herpes pode ser libertado através das lesões durante o trabalho de parto. Isto põe o filho em risco de contrair herpes neonatal e em maior perigo de ser infetado pelo VIH. O herpes genital ativo constitui indicação para cesariana, quer em mulheres seropositivas quer em seronegativas para VIH.

A profilaxia e o tratamento com aciclovir são seguros durante a gravidez.

### É fácil transmitir a hepatite C da mãe para o bebé?

Quando se é coinfetado com hepatite C (VHC) e VIH - isto pode ser descoberto através das análises de rotina durante a gravidez - há um risco de transmitir o VHC até 15%. Tratar o VIH reduz o risco de transmissão do VHC.

### E relativamente à hepatite B?

É muito provável que uma mãe com um vírus da hepatite B ativo (VHB) o irá transmitir à sua criança, podendo chegar a 90% se o Ag HBe é positivo. No entanto, a transmissão pode ser prevenida através da imunização da criança contra o VHB logo após o nascimento. Em Portugal, todos os recém-nascidos de mulheres com Ag HBs positivo recebem a vacina e imunoglobulina específica para a hepatite B. Este procedimento tem demonstrado ter uma eficácia muito elevada.

Pode ser indicado incluir na combinação da mãe os medicamentos para o VIH que também funcionam contra o VHB, sobretudo o 3TC ou FTC e tenofovir.

### VIH e coinfeção com a TB

É importante tratar a tuberculose durante a gravidez. Além disso, a coinfeção VIH/TB aumenta o risco de transmissão de ambas as infeções.

Tal como o VIH, a TB constitui um risco muito maior para uma mulher grávida e a sua criança do que o tratamento e a profilaxia.

A maioria dos medicamentos para a TB de primeira linha é segura na gravidez. Não se recomenda o uso do medicamento estreptomicina durante a gravidez porque pode provocar surdez permanente na criança.

## Medicamentos ARV e a saúde do bebé

Algumas mães e médicos têm sido relutantes em usar ou prescrever os medicamentos ARV durante a gravidez, por receio de efeitos desconhecidos no bebé.

É difícil saber se há efeitos a longo prazo. As primeiras crianças expostas à terapêutica de combinação não têm mais de 15 anos.

Até agora, o seguimento atento de crianças expostas ao AZT não tem revelado diferenças em relação às outras crianças.

Portanto, o maior risco para o bebé de uma mãe seropositiva é o próprio VIH. A terapêutica de combinação pode prevenir a transmissão.

### Os medicamentos ARV vão afetar o feto?

Estes receios são justificáveis. Infelizmente não há respostas definitivas, embora os medicamentos no seu conjunto pareçam ser razoavelmente seguros.

Alguns relatórios estudaram o risco de parto prematuro, malformações e toxicidade mitocondrial nas crianças.

### Parto prematuro

Vários estudos mostram um maior risco de parto prematuro (crianças nascidas com menos de 37 semanas) e baixo peso à nascença para os filhos de mães que estavam sob tratamento ARV com três ou mais medicamentos.

Isto não é razão para que uma mãe evite o tratamento durante a gravidez, sobretudo quando precisa do tratamento para a sua própria saúde.

Relativamente à associação de parto prematuro com os ARV, particularmente com os IP, mantém-se um assunto controverso, porque existem também inúmeros trabalhos publicados que não encontraram esse risco. Reportando-nos a Portugal, os Centros com maior número de grávidas seropositivas vigiadas, não têm tido aumento de parto prematuro com a terapêutica de combinação que inclui IP.

É importante que a mãe esteja consciente destes riscos, os discuta com a equipa de técnicos de saúde e se assegure que está a receber o melhor tratamento, os melhores cuidados e a melhor monitorização possíveis, para si própria e para o filho.



### Os medicamentos ARV podem causar malformações?

Há muito poucos relatos de malformações em bebês cujas mães tomaram estes medicamentos durante a gravidez. Neste momento, o único aviso é em relação aos medicamentos ddI e efavirenze, que geralmente não são recomendados durante a gravidez.

### E quanto à toxicidade mitocondrial?

As mitocôndrias são as “fábricas que produzem energia” dentro das células. Houve alguns relatos sobre a possível associação entre o uso de 3TC e AZT durante a gravidez e lesões mitocondriais em crianças.

Num estudo alargado nos E.U.A., as fichas clínicas de mais de 20 000 crianças seronegativas nascidas de mães infetadas foram examinadas à procura de alterações neurológicas associadas a lesões mitocondriais. Este estudo foi planeado após terem sido relatadas em França duas mortes de crianças expostas ao AZT e 3TC e seis outros casos de toxicidade mitocondrial.

Todavia, este estudo alargado não encontrou provas relativamente a danos graves nas mitocôndrias em crianças expostas a estes medicamentos durante a gravidez da mãe. Tal foi muito tranquilizador.

Em casos raros, no entanto, a toxicidade mitocondrial a curto prazo pode ser um problema nos recém-nascidos. Foi relatado um número muito pequeno de casos de crianças com acidose láctica grave e anemia e pensa-se que foram relacionadas com os medicamentos ARV. Todos recuperaram com cuidados adequados.

Alguns estudos têm sugerido que estes efeitos não são observados quando os medicamentos são usados em regimes de combinação.

### E a anemia?

Foi relatada anemia em bebês de mães que estavam a tomar medicação ARV, mas passa rapidamente e raramente requer transfusão.

### Os filhos de mães seropositivas são monitorizados para estes sintomas?

Sim. Os bebês de mães seropositivas em tratamento devem ser monitorizados muito cuidadosamente.

## Escolha entre parto vaginal e parto por cesariana



O modo como uma criança deve nascer, por parto vaginal, ou por cesariana é uma questão polêmica em relação às mulheres seropositivas.

No parto por cesariana, a operação tem de ser feita antes do começo do trabalho de parto e da rotura da bolsa de água. A isto chama-se cesariana planeada ou cesariana eletiva.

Alguns dos primeiros estudos mostraram que o parto por cesariana eletiva reduz significativamente a transmissão mãe-filho do VIH em comparação com o parto vaginal.

Todavia, estes estudos decorreram antes de a terapêutica de combinação e o teste da carga viral serem usados por rotina.

Os dados do Reino Unido e da Irlanda indicam que as mães sob terapêutica de combinação com carga viral indetetável podem ter um parto vaginal e que a cesariana eletiva não oferece benefícios adicionais ao bebé.

No entanto, é mundialmente indiscutível que a cesariana eletiva protege da transmissão vertical quando a grávida tem carga viral detetável, acima das 1 000 cópias/mL. Neste caso, as recomendações de todos os países, com recursos e bons cuidados de saúde, são unânimes a recomendar a cesariana eletiva.

### É preferível o parto por cesariana?

Se a mãe não precisa de tratamento e escolhe usar o AZT em monoterapia, a cesariana será necessária para reduzir o risco de transmissão para níveis mínimos.

Quando uma mulher tem carga indetetável sob TARV, o risco de transmissão mãe-filho é tão baixo que pode nunca ser possível demonstrar a vantagem da cesariana em relação ao parto vaginal, no que concerne ao risco de transmissão.

Quando a carga viral é detetável, superior a 50 cópias/mL, recomenda-se a cesariana, especialmente se a carga viral era indetetável e voltou a estar detetável.

### Qual a estratégia recomendada?

As atuais linhas de orientação dizem: "A escolha do parto deve ser discutida com a mulher e os seus desejos devem ser tidos em consideração."

A escolha entre a cesariana e o parto vaginal é oferecida quando a carga viral da mãe não é detetável tomando a terapêutica de combinação.

Quando se tem uma contagem elevada de CD4 e uma carga viral baixa e se escolhe tomar apenas AZT, é realizada uma cesariana planeada às 38 semanas. Se a carga viral está indetetável sob tratamento e se se opta por uma cesariana planeada, esta é realizada às 39-40 semanas.

### Qual é a probabilidade de haver complicações?

Como foi referido acima, a cesariana é um parto cirúrgico, com possibilidade de complicações inerentes à cirurgia. Mas também há complicações no parto normal. A decisão da via de parto deve ser individualizada e discutida entre o médico e a grávida.

Os trabalhos científicos publicados mais recentemente não têm evidenciado mais complicações com a cesariana eletiva em grávidas seropositivas, comparativamente com a cesariana eletiva em grávidas não infetadas pelo VIH. Esta é também a realidade nas Maternidades e Serviços de Obstetria portugueses com larga experiência.

Independentemente de ser ou não seropositiva, a quantidade de sangue perdido na cesariana é superior à do parto por cesariana. Se houver fatores de risco para infeção (obesidade, imunodepressão grave, risco para tromboembolismo) a probabilidade de poder haver complicações aumenta. A boa decisão clínica não se faz por formulários ou normas escritas, mas sim pela ponderação do contexto clínico de cada doente.

Uma cesariana não oferece a mesma proteção da cesariana eletiva se a mulher já entrou em trabalho de parto ou se houve rotura de membranas. Nestes casos, deve ser iniciado imediatamente AZT EV, acelerar o trabalho de parto com ocitocina, não fazer monitorização interna e evitar a aplicação de ventosa e de fórceps. Se possível, deve também ser evitada a episiotomia.

Também não há benefício se a cesariana é efetuada após a rutura da bolsa de águas. No entanto, mesmo com bolsa de águas rota, o médico pode considerar que é preferível realizar cesariana, se antevê um trabalho de parto muito demorado, ou se o feto é grande.

O acompanhamento do trabalho de parto de uma mulher seropositiva impõe algumas limitações à conduta obstétrica habitual.

### Após uma cesariana é possível ter um parto vaginal no futuro?

Quando se tem uma cesariana, é mais difícil e complicado ter um parto vaginal no futuro.

Isto é uma consideração muito importante.

Pode-se ter a possibilidade de escolher um parto vaginal, mas é mais provável que se precise de uma cesariana do que uma mulher que teve anteriormente partos vaginais.

É importante saber isto quando se planeia ter mais do que um filho num país onde a cesariana planeada não é possível ou segura e os cuidados obstétricos não são de fácil acesso.

### Como se toma a decisão?

Quando se tem uma carga viral indetetável e se pode escolher, antes de se fazer a escolha, é importante que se esteja informado sobre os riscos e os benefícios associados a cada tipo de parto e discutir qualquer receio que haja em relação a estes com a equipa de técnicos de saúde.

É também importante que a mãe e o médico se assegurem que o VIH está a ser bem gerido e que a carga viral está indetetável. Não só pelo risco de transmissão, mas também pela saúde da mulher.

Atingir uma carga viral <50 cópias/ml nem sempre é possível quando a grávida se apresenta pela 1ª vez na consulta com uma gravidez já avançada e ainda sem terapêutica.

Se a carga viral não é ainda indetetável porque ainda não decorreu o tempo suficiente para o conseguir, não é grave para a saúde da mulher. O tratamento é adequado, mas tem que se dar tempo ao tempo.

Pelo contrário, a gravidez e o bebé não esperam... nestes casos é preferível optar por cesariana planeada (eletiva).

### É necessário lembrar-se de alguma coisa mais para o parto?

Muitos livros sobre a gravidez recomendam que se prepare uma malinha com antecedência. Isto é sobretudo importante quando se escolhe um parto natural não planeado.

Deve incluir-se um pijama ou alguma coisa para usar no hospital, uma escova de dentes, os produtos de higiene pessoal e, obviamente, os medicamentos ARV. Lembrar-se de os trazer mesmo quando não se tem a certeza de que se está em trabalho de parto.

É muito importante tomar todos os medicamentos à hora correta, como de costume, incluindo no dia do parto ou da cesariana planeada. Este é um momento em que é especialmente importante não saltar nenhuma dose.

Poderá ser difícil não falhar uma dose com tanta coisa a acontecer, especialmente se se está à espera durante muito tempo.

É importante assegurar que o parceiro ou amigo e a equipa de técnicos de saúde saibam o horário da medicação, onde é guardada e que se sintam à vontade em ajudar a lembrar as tomas a tempo.

O parto por cesariana é um método que envolve um corte na parede abdominal para remover cirurgicamente a criança do útero.

É importante perceber que se o VIH é bem gerido e a carga viral é indetetável por se estar a fazer a terapêutica de combinação, o risco de transmissão nos dois tipos de parto é praticamente zero.

Se uma mãe está em tratamento e escolhe o parto vaginal, há sempre a possibilidade de que precise de uma cesariana de emergência por razões obstétricas.

Isto pode acontecer a qualquer mulher em trabalho de parto, quer seja seropositiva ou negativa. As equipas médicas terão os cuidados adequados durante o parto vaginal de uma mulher infetada pelo VIH.

## Depois do nascimento

### O que é importante para a saúde da mãe

A adesão! Isto significa tomar os medicamentos exatamente como estão prescritos.

A adesão da mãe ao tratamento depois do nascimento do seu filho é de extrema importância.

Muitas mulheres têm uma excelente adesão durante a gravidez, mas depois de o bebé nascer esquecem-se de cuidar de si próprias.

Não é grande surpresa. Ter uma criança pode ser um grande choque e provoca sempre uma certa desorganização. As rotinas mudam e pode não se dormir o suficiente. Em casos graves, há mulheres que desenvolvem depressão pós-parto.

Portanto, uma mãe precisa de muito apoio suplementar por parte da família, dos amigos e da equipa de técnicos de saúde. Um grupo da comunidade pode ser de grande ajuda.

Muitas mães acham que a melhor maneira de se lembrarem da sua medicação é relacioná-la com os horários das doses do recém-nascido. Portanto, se a criança tem duas doses ao dia e a mãe também, pode-se assegurar que são tomadas à mesma hora.

A brochura das publicações GAT "Introdução à Terapêutica de Combinação" tem dicas sobre como ajudar na adesão. Pode consultar através do link [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org).

### Quando e como se sabe se uma criança não está infetada pelo VIH?

Os recém-nascidos que nascem de mães seropositivas para a infeção pelo VIH apresentam sempre testes de anticorpos positivos para o VIH nos primeiros meses. Isto porque os anticorpos maternos IgG atravessam a placenta e passam para o feto. É assim para o VIH, a rubéola, a toxoplasmose, o CMV, etc. Quando um recém-nascido não está infetado com o VIH, os anticorpos irão desaparecer gradualmente, durante um período que pode durar até 18 meses.

Felizmente já não é necessário esperar 18 meses para saber que o bebé não está infetado. Os testes de anticorpos não têm qualquer interesse para o diagnóstico no recém-nascido.

O melhor teste para o VIH nos recém-nascidos é muito similar ao teste da carga viral. Este teste é o HIV PCR DNA, que procura o vírus no sangue da criança em vez de o fazer nas respostas imunitárias.

Considera-se como boa prática fazer um teste aos recém-nascidos nas primeiras 48 horas de vida, quando têm um mês e aos três meses de idade.

Se todos estes testes são negativos e a mãe não amamenta, o filho não está infetado pelo VIH

A criança já não tem seguramente os anticorpos da mãe aos 18 meses de idade. A este processo designa-se por seroconversão (ou perda dos anticorpos), podendo acontecer mais cedo, entre os 6 e os 9 meses de idade.

### O recém-nascido precisa de tomar medicamentos ARV?

Um recém-nascido tem de tomar medicamentos para o VIH provavelmente durante quatro a seis semanas após o nascimento.

O mais provável é que seja o AZT, que tem de ser tomado duas vezes por dia. Em alguns casos pode tomar um outro medicamento ou uma terapêutica de combinação se a mãe for resistente ao AZT ou se o bebé nasceu enquanto a mãe tinha carga viral detetável.



### Para verificar se o bebé é seronegativo

O teste da reação em cadeia da polimerase (PCR) é um teste altamente sensível que deteta quantidades pequeníssimas de VIH no plasma.

O teste irá “amplificar” ou multiplicar o VIH no tubo de teste para que possa ser detetado mais facilmente.

Como sugerido anteriormente, é recomendável coordenar o tratamento de profilaxia do recém-nascido com o horário do tratamento da mãe.

### É necessário usar métodos contraceptivos após o nascimento da criança?

Após o nascimento da criança é dado aconselhamento sobre meios de contraceção.

É possível que não seja recomendável recomeçar ou iniciar a contraceção oral se a mãe iniciou os medicamentos ARV durante a gravidez. Isto porque alguns medicamentos ARV podem reduzir o nível de alguns contraceptivos orais, o que significa que não seriam plenamente eficazes. Alguns ARV não diminuem a eficácia dos contraceptivos orais que contêm pelo menos 30 mcg de etinilestradiol.

O preservativo deve ser sempre utilizado, quer o parceiro seja, ou não, seropositivo. No entanto, recomenda-se um segundo método contraceptivo em associação. Esta escolha deve ser individualizada e a opção deve ser feita pelo casal, após esclarecimento.

A injeção contraceptiva (Depoprovera) é eficaz, mesmo em quem toma medicamentos ARV. É preciso não ultrapassar os 3 meses, devendo ser repetida sem atrasos.

Tem-se verificado bons resultados com o implante subcutâneo (Implanon®), embora não seja totalmente eficaz em mulheres que estão a tomar ARV. O dispositivo intrauterino (DIU) ou o sistema intrauterino de levonogestrel (SIU), comercializado com o nome de Mirena®, não estão contra indicados em mulheres seropositivas, desde que não tenham imunodepressão grave e desde que sejam devidamente vigiadas.

## Alimentação do recém-nascido

Há também um risco de transmitir a infecção pelo VIH de mãe para o filho através da amamentação.

As mães seropositivas que vivem em países industrializados podem facilmente evitar a amamentação usando alimentação artificial.

Deve ser prescrito à mulher um comprimido para inibir a produção de leite, que será iniciado após o parto e tomado duas vezes por dia, após o pequeno-almoço e jantar, durante 15 dias.

### Alimentação artificial

A alimentação artificial é atualmente recomendada para todos os bebés nascidos de mães seropositivas, independentemente da contagem de células CD4, carga viral ou tratamento.

Após ter seguido as recomendações médicas durante a gravidez e o parto, a mãe não vai querer pôr em risco a saúde da criança pela amamentação.

A transmissão mãe-filho é atualmente muito baixa nos países industrializados. Juntamente ao uso de antirretrovirais na gravidez e um parto gerido cuidadosamente, a alimentação exclusiva com leite em pó tem contribuído para estas excelentes taxas.

Todas as mães seropositivas em Portugal devem receber apoio para alimentar artificialmente os seus bebés. Se a mãe não tem meios para pagar o leite em pó, os biberões e o equipamento de esterilização, o hospital pode fornecê-los para que não tenha de amamentar. O sistema varia de um hospital para o outro.

A equipa deverá falar com a mãe para saber se precisa de apoio extra, por exemplo, na alta. Os hospitais têm assistentes sociais que orientam e indicam quais os apoios existentes.

O tratamento médico e o fornecimento de leite em pó são confidenciais, por isso recomenda-se que a mãe os aproveite se assim precisar. Nenhum do pessoal que trabalha no hospital ou trabalhadores de apoio terá qualquer ligação com o departamento de imigração.

### Pode-se amamentar ocasionalmente?

É desaconselhado que as mães amamentem ocasionalmente. De facto, um estudo demonstrou que uma “alimentação mista” (amamentação e leite em pó) pode levar a um risco de transmissão ainda mais elevado do que apenas a amamentação.



### Às vezes as pessoas perguntam porque é que não se está a amamentar

Às vezes as mães têm receio de ser identificadas como seropositivas por não amamentarem.

Cada um decide se quer ou não dizer que é seropositivo.

Se não se quer dizer a ninguém que não se está a amamentar por causa da infeção pelo VIH, o médico ou a parteira podem ajudar a encontrar outras razões para explicar isso.

Por exemplo, pode-se dizer que se tem um mamilo gretado ou que não se tem leite, sendo ambos comuns.

**Não se é uma má mãe por não se amamentar.**

### Amamentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou recentemente novas linhas de orientação para a alimentação dos recém-nascidos para as mulheres nos países onde a alimentação artificial não é segura ou não está disponível.

A amamentação é mais segura se a mãe ou o recém-nascido está sob tratamento antirretroviral.

No entanto, a *British HIV Association* (BHIVA) e a *Children's HIV Association* (CHIVA) recomendam evitar integralmente a amamentação para as mulheres seropositivas, independentemente de a mulher ser saudável, ter uma carga viral indetetável ou sob tratamento.





## Dicas para ajudar a adesão

Em primeiro lugar, antes do início do tratamento deve-se recolher toda a informação possível sobre o que se deve fazer:

- Quantos comprimidos?
- Quantas vezes é necessário tomá-los?
- Com que precisão é preciso tomá-los?
- Há restrições quanto à comida e ao armazenamento?
- Há escolhas mais fáceis?

Dividir cada manhã os medicamentos para o dia inteiro e usar uma caixinha para os comprimidos. Assim pode-se sempre ver se não se tomou uma dose.

Levar medicamentos adicionais se se vai embora alguns dias.

Guardar uma pequena reserva de medicamentos onde se pode vir a necessitar em qualquer emergência. Por exemplo no carro, no trabalho ou na casa de um amigo.

Pedir aos amigos que ajudem a lembrar das doses em horários difíceis ou quando sai à noite.

No caso de se ter um telemóvel com calendário, pode-se programar lembretes para tomar a medicação à mesma hora, todos os dias.

Se se tem computador, pode-se programar o calendário do computador para lembrar a toma da medicação sempre à mesma hora, todos os dias.

Se se tem um calendário online através do Google, pode-se acionar um lembrete diário. Alguns calendários online, incluindo o do Google, podem enviar mensagens para o telemóvel todos os dias e sempre à mesma hora.

Perguntar às pessoas em tratamento como é que fazem. Como é que gerem o tratamento?

Na maioria dos centros de tratamento pode-se combinar para se falar com alguém que está a fazer o mesmo tratamento, se se pensa que pode ser útil.

Contactar sempre o hospital se se tiver graves dificuldades com os efeitos adversos da medicação. O médico pode ajudar e discutir uma mudança de tratamento, se necessário.

### Dicas que ajudam a diminuir as náuseas matinais ou as que estão associadas aos medicamentos

- Comer refeições pequenas e lanches mais frequentemente, em vez de poucas refeições grandes.
- Tentar comer comida mais leve.
- Evitar alimentos condimentados, gordurosos e picantes.
- Deixar alguns biscoitos perto da cama. Comer um ou dois antes de se levantar da cama de manhã.
- O gengibre ajuda muito. Pode ser usado em cápsulas ou como pó das raízes. A infusão de raiz fresca descascada também é boa.
- Se o cheiro dos alimentos a cozer perturba, abrir as janelas quando se está a cozinhar.
- Manter a divisão bem ventilada.
- O micro-ondas coze os alimentos rapidamente e com o mínimo de cheiros. Também permite preparar uma refeição logo que se sente fome. Ter alguém que prepare as refeições pode ajudar.
- Não comer numa divisão abafada ou que tenha o ar impregnado de cheiros da cozinha.
- Comer as refeições à mesa em vez de deitada. Não se deitar imediatamente após a refeição.
- Tentar não beber com a refeição ou logo depois. É melhor esperar uma hora e depois beber lentamente. É importante que as grávidas não se desidratem, portanto é importante beber fora das refeições.
- Tentar comer alimentos frios em vez de quentes ou deixar arrefecer a comida quente antes de a comer.
- A hortelã-pimenta também ajuda. Pode ser bebida em infusão ou mastigada em pastilha elástica.







## Direção-Geral da Saúde Circular Normativa

**Assunto: Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana Nº: 01/DSMIA**

**Para: Todos os Estabelecimentos de Saúde**

**Data: 04/02/04**

De acordo com o European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS, o número de novos casos diagnosticados de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), adquirida por transmissão heterossexual, tem vindo a aumentar. Em 2002, na Europa Ocidental, observou-se um aumento de 23% em relação ao ano anterior de novos diagnósticos declarados de infeção adquirida por aquela via.

Em Portugal, os casos notificados de infeção VIH/SIDA que referem como origem provável a transmissão sexual (heterossexual) apresentam uma tendência evolutiva crescente importante. No 1º semestre de 2003, a categoria de "transmissão heterossexual" correspondeu a 54,9% dos casos notificados.

Por outro lado, em cada ano no mundo, mais de 600 000 crianças são infetadas pelo vírus, 90% das quais através da mãe; à medida que aumenta o número de mulheres em idade fértil seropositivas, o número de crianças infetadas pode aumentar paralelamente.

A transmissão do VIH através da mãe pode ocorrer durante a gravidez,

o parto e o aleitamento. Na ausência de qualquer intervenção estima-se que entre 15-30% dos filhos de grávidas seropositivas serão infetados durante a gravidez e o parto e que, 10-20% o serão através do leite materno. A utilização de medidas preventivas específicas naqueles períodos, reduzem a transmissão da infeção para valores inferiores a 8-10%, podendo mesmo atingir valores inferiores a 2%.

Nesse contexto, a prevenção da transmissão mãe-filho do VIH representa, cada vez mais, uma das estratégias essenciais no combate à propagação da SIDA. A realização do teste específico para o VIH na preparação e durante a gravidez, para além de possibilitar a adoção das medidas necessárias para a redução do

risco de transmissão perinatal permite à mulher, no caso de seropositividade assintomática, ter acesso precoce aos cuidados apropriados de saúde e melhorar o prognóstico da sua doença.

O pedido de serologia VIH às grávidas nem sempre tem sido efetuado, no nosso País, de acordo com as recomendações dos organismos especializados. Nesse contexto, a Direção-Geral da Saúde no âmbito das suas competências e de acordo com a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida determina que:

1. sejam desenvolvidos esforços no sentido de se alertar os cidadãos/ãs, em particular as mulheres em idade fértil para as vantagens de efetuar a serologia VIH antes e durante a gravidez;
2. os responsáveis pelos serviços de saúde incrementem as medidas tendentes a garantir o acesso à informação e ao aconselhamento sobre VIH/SIDA, assim como à efetivação voluntária do teste, no contexto dos cuidados pré-concepcionais e pré-natais;
3. a serologia VIH deve realizar-se após o consentimento esclarecido da mulher e com a seguinte calendarização:
  - no período pré-concepcional, no contexto da Circular Normativa nº2/DSMIA de 1998.
  - no período pré-natal – realização de duas serologias:
  - A periodicidade e o número dos testes podem ser alterados em função de situações clínicas específicas que o justifiquem.
  - Os resultados positivos devem ser confirmados, com urgência, pelo método de Western blot.
  - Deve ser estimulada a participação do futuro pai no aconselhamento e realização simultânea do teste.

1.ª serologia realizada até 14 semanas de gestação	Repete às 32 semanas
1.ª serologia realizada após as 14 semanas de gestação	Repete às 32 semanas
Serologia não realizada ou desconhecida e grávida em trabalho de parto	Teste rápido

4. a grávida seropositiva deve ser imediatamente referenciada para a consulta de Alto Risco Obstétrico do Hospital de Apoio Peri-natal onde as questões relativas ao seguimento da gravidez serão discutidas e instituída a terapêutica antirretrovírica, no contexto da situação clínica em causa.

De acordo com o conhecimento científico atual, é recomendada a cesariana eletiva atendendo à redução do risco de transmissão materno-fetal. Deve ser agendada para as 38-39 semanas de gestação e ser obtido o consentimento informado.

Não está documentado o benefício da cesariana se a grávida já estiver em trabalho de parto ou após a rotura de membranas ou ainda, com cargas virais indetetáveis. No parto vaginal, as manobras invasivas devem ser evitadas, estando contraindicada a utilização de fórceps ou ventosa e a monitorização interna.

Nas grávidas seropositivas é imperativa a terapêutica antirretrovírica intraparto, quer no caso da cesariana, quer no parto via vaginal.

O aleitamento materno está desaconselhado, devendo ser inibida a lactação.

A utilização futura de um método contraceptivo deve ser discutida durante a gravidez e ficar definida antes da alta, com encaminhamento precoce para uma consulta de Planeamento Familiar.

5. as grávidas não infetadas devem ser informadas sobre as conseqüências de adquirir VIH durante a gravidez e o aleitamento, e orientadas sobre as medidas adequadas de prevenção. Há que promover a participação dos homens e a partilha de responsabilidade na redução dos comportamentos de risco.

#### *Aconselhamento pré e pós-teste*

A realização da serologia VIH em grávidas sem aconselhamento prévio e sem o seu consentimento é uma prática inaceitável que colide com a autonomia e os direitos da mulher e pode ter como consequência, entre outras, o seu distanciamento dos serviços de saúde.

O aconselhamento pré e pós teste são elementos essenciais na conduta clínica da infeção por VIH na gravidez e deve ser levado a cabo por um profissional competente nas técnicas de aconselhamento e nas questões relativas a gravidez/VIH e conhecedor dos procedimentos dos serviços de referência.

#### **Contactos úteis:**

Associação para o Planeamento Familiar (APF)  
[www.apf.pt](http://www.apf.pt)  
 Morada em Lisboa: Rua Artilharia Um, 38  
 - 2.º Dto 1250-040 Lisboa (Sede) Telefone:  
 +351 21 385 39 93 Fax: +351 21 388 73 79  
 E-mail: [apfsede@apf.pt](mailto:apfsede@apf.pt)









**GAT**

**Av. Gomes Pereira, 98 - 4º**

**1500-332 Lisboa**

**Portugal**

**Tel: +351 21 096 78 26**

**Fax: +351 21 093 82 16**

**E-mail: [gatcontactos@gmail.com](mailto:gatcontactos@gmail.com)**

**Site: [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org)**



Projecto Informação VIH/SIDA

