

Módulo 11

Infecção pelo HIV na Mulher Grávida

Unidade 11 – Infecção pelo HIV na Mulher Grávida

Introdução

Nesta unidade serão abordadas as particularidades da infecção pelo HIV na mulher grávida. A gravidez não parece ter um efeito negativo na progressão para SIDA, mas as doentes com HIV/SIDA têm maior probabilidade de sofrer de complicações relacionadas com a gravidez.

O tratamento anti-retroviral e outros cuidados pré-natais na mulher grávida têm os seguintes objectivos:

- ✓ Tratar a infecção na própria mãe como em qualquer outro adulto;
- ✓ Prevenir a transmissão da infecção para a criança;
- ✓ Prevenir outras complicações na criança como infecções oportunistas ou baixo peso ao nascer.

Nesta unidade serão apresentados os seguintes conteúdos:

- Epidemiologia da infecção pelo HIV na mulher grávida em Moçambique
- Possíveis consequências da infecção pelo HIV para mãe e para o filho
- O programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)
- Vantagens do TARV Universal para a Mulher Grávida
- O tratamento anti-retroviral na mulher grávida: particularidades
- Malária e gravidez na doente seropositiva
- Outras intervenções pré-natais com relevância nos cuidados de HIV/SIDA
- Coordenação de serviços: Consultas Pré-natais, Maternidade, Consulta Criança em Risco e Serviço TARV.

Epidemiologia da Infecção pelo HIV na Mulher Grávida em Moçambique

Desde o início da epidemia do SIDA em Moçambique, à semelhança de outros países também afectados pela mesma doença, reconheceu-se a necessidade de avaliar periodicamente a situação da prevalência do HIV. Esse tipo de avaliação periódica fornece dados essenciais para a definição de acções de prevenção e controle da doença, bem como para avaliar o seu impacto demográfico. Assim, foi estabelecida uma rotina de realização de **Rondas de Vigilância Epidemiológica** de modo a permitir a avaliação da prevalência do HIV na população adulta.

A vigilância epidemiológica consiste na testagem periódica de mulheres grávidas em relação ao HIV em Unidades Sanitárias seleccionadas como Postos Sentinelas.

As mulheres grávidas são consideradas uma parte representativa da população geral, e por isso estima-se que a prevalência de HIV neste grupo pode ser um bom indicador da prevalência no total da população entre os 15 e os 49 anos (idade reprodutiva).

Na Ronda de Vigilância Epidemiológica de 2007, um total de 10.757 mulheres grávidas foram incluídas no estudo. Os dados obtidos neste estudo foram os seguintes:

Região	Taxa de Prevalência
Sul	21%
Centro	18%
Norte	9%
Nacional	16%

Em 2009, os dados do INSIDA dão uma prevalência nacional de 11,5%. De este total, 13,1% corresponde a mulheres de 15 a 49 anos (9,2% para homens)

Possíveis Consequências da Infecção pelo HIV para Mãe e para o Filho

A infecção pelo HIV na mulher grávida traz diferentes consequências negativas tanto para a mãe e como para o filho.

As complicações para a mãe podem incluir:

- Infecções e outras doenças oportunistas
- Estigma
- Desenvolvimento de resistência aos medicamentos anti-retrovirais
- Risco elevado de complicações próprias da gravidez: endometrite, anemia, mortalidade materna

As complicações para o filho podem incluir:

- Transmissão vertical (da mãe para o filho) do HIV
- Exposição a infecções oportunistas
- Baixo peso ao nascer
- Morte fetal intra-uterina

Risco Elevado de Complicações da Gravidez para a Mãe

Para além do risco de infecções oportunistas, reacções adversas a medicamentos, outras complicações do SIDA e do próprio tratamento (iguais as que os outros doentes HIV positivos adultos podem apresentar), as grávidas seropositivas correm mais risco de sofrer de outras complicações na gravidez, tais como:

- Morbilidade materna pós-parto:** As complicações pós-parto são aproximadamente cinco vezes mais frequentes na mulher seropositiva na fase pós-parto do que na mulher seronegativa e incluem: febre, anemia, endometrite, peritonite, e pneumonia¹. As complicações infecciosas mais comuns são algumas vezes associadas às intervenções cirúrgicas (episiotomia, por exemplo).
- Mortalidade materna:** A infecção pelo HIV é também associada à mortalidade materna. Num estudo realizado no hospital central de Maputo sobre os óbitos maternos, verificou-se que o SIDA causou mais de um óbito em cada 8 mortes maternas (mais mortes do que as causadas pela malária).

Risco Elevado de Complicações para o Filho

A. Transmissão de HIV de Mãe para Filho: Riscos

Em Moçambique registam-se em cada ano cerca de 150.000 mulheres grávidas seropositivas²; 30% a 35% dos bebés nascidos destas mulheres, sem prevenção da transmissão vertical, estarão infectados pelo HIV.³ Este número de crianças infectadas distribui-se em função da circunstância em que adquirem a infecção. Por exemplo:

Impacto da Transmissão Vertical/Riscos:

- Em cada 100 crianças que nascem de mães seropositivas sem receber tratamento com ARVs, destas 10 a 25 serão **infectadas durante a gravidez no período pré-natal das 14-36 semanas**. Os factores que favorecem a infecção precoce dependem da mãe. Em resumo, pode-se referir o seguinte:
 - Mãe com infecção avançada pelo HIV: estadio III ou IV da OMS, carga viral alta e o nível de CD4 baixo.
 - Mãe com alguma infecção (por exemplo, malária, tuberculose ou sífilis) que pode contribuir para elevar a carga viral e pode favorecer a transmissão do HIV para o filho.
- Em cada 100 crianças nascidas de mães seropositivas sem receber tratamento com ARVs, destas 25-50 serão **infectadas durante o período pré-natal tardio (>36 semanas) e no parto**,

¹ European HIV in Obstetrics Group. Higher Rates of Post-Partum Complications in HIV-Infected than in Uninfected Women Irrespective of Mode of Delivery. *AIDS* 2004;18:933-938.

² Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique, MISAU, Maio 2004

³ Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants in Resource-Limited Settings, WHO 2006, p.5

no momento da passagem através do canal vaginal, por contacto da criança com fluidos maternos infectados. Todas aquelas práticas que contribuem para o sangramento da mãe (por exemplo, a episiotomia,) ou da criança (o parto instrumentado com fórceps, ventosa, etc.), ou aquelas que fazem com que a criança esteja exposta durante mais tempo (rotura prematura de membranas, partos muito prolongados) aumentam o risco de transmissão.

As mães seropositivas devem ser manipuladas o menos possível durante o trabalho de parto e a cesariana deve ser indicada perante qualquer complicação, de modo a evitar práticas mais agressivas, que possam favorecer a transmissão.

- Em cada 100 crianças nascidas de mães seropositivas sem receber tratamento com ARVs, destas 35-40 serão **infectadas através do aleitamento materno**. À semelhança do que acontece com qualquer fluido corporal de uma pessoa infectada, o leite da mãe contém o vírus. Alguns factores que favorecem a transmissão são:
 - a. *Prematuridade*: as crianças prematuras têm menor capacidade de defesa, por isso o vírus do HIV atravessa com maior facilidade as mucosas do aparelho digestivo.
 - b. *Alimentação mista* (mistura de leite materno com outros alimentos líquidos ou sólidos): também facilita a infecção. Os alimentos sólidos podem provocar pequenas feridas nas mucosas digestivas das crianças (por exemplo, na boca), facilitando a entrada do vírus através delas.
 - c. *Processos infecciosos*: as feridas nos mamilos, a mastite, dermatites ou abcessos no peito da mãe favorecem a transmissão do vírus de HIV de mãe para filho.
 - d. *Lesões nas mucosas do bebé* (por exemplo, através duma candidíase oral que provoca feridas e favorece o sangramento): também facilitam a transmissão do HIV durante o aleitamento.

Portanto, se a mãe não recebe anti-retrovirais:

- ✓ Durante a **gravidez existe** 10-25% de risco de transmissão.
- ✓ Durante o **trabalho de parto existe** 25-50% de risco de transmissão.
- ✓ Durante a **amamentação existe** 35-40% de risco de transmissão.

Momentos da TV do HIV

Pré Natal Medio		Pré Natal Tardio		Proporção Substantial de Infecções acontecem durante Amamentação		
14-36		>36 sem + parto		Postpartum Precoce 0-1	1-6 mes.	Postpartum Tardio 6-24 mes.
sem Gravidez 10-25%		Parto 25-50%		Amamentação 35-40%		

B. Exposição a Infecções Oportunistas e Outras

O filho de uma mãe com tuberculose ou outra infecção associada ao SIDA pode apanhar a infecção da mãe. As infecções associadas ao SIDA que podem infectar mãe e filho incluem:

- Tuberculose (infecção pós-parto);
- Toxoplasmose (infecção antes de nascer);
- Sífilis (infecção antes de nascer);
- Herpes (infecção antes de nascer).

C. Baixo Peso ao Nascer

O filho de uma mãe seropositiva corre maior risco de nascer com baixo peso (peso <2500 g)⁴. Os bebés que têm baixo peso ao nascer correm maior risco de morrer. O baixo peso no bebé pode ser causado por malnutrição materna, por malária ou outra infecção materna ou por prematuridade.

D. Óbitos ao Nascer (nados mortos, morte fetal prematura)

O risco de morrer antes ou durante o parto é mais elevado para o filho de uma mãe seropositiva.

Condições que Favorecem a Transmissão Vertical

Tabela 1: Condições que Favorecem a Transmissão Vertical

Durante a Gravidez	Durante o Parto	Durante o Aleitamento
<ul style="list-style-type: none">• Infecção pelo HIV aguda durante a gravidez: uma mulher grávida deve-se proteger mais por causa do risco de transmissão do HIV ao bebé.	<ul style="list-style-type: none">• Modo do parto: o parto vaginal está associado com as taxas mais altas de transmissão do que a cesariana electiva.	<ul style="list-style-type: none">• Condições do peito (mastite, abscessos no peito, fissuras nos mamilos)
<ul style="list-style-type: none">• HIV avançado (baixo CD4, estadio III ou IV da OMS).	<ul style="list-style-type: none">• A hemorragia intra-parto está associada ao aumento da transmissão do HIV ao bebé.	<ul style="list-style-type: none">• Padrão da alimentação do bebé (aleitamento materno não exclusivo ou alimentação mista)
<ul style="list-style-type: none">• A malária torna a placenta mais permeável ao HIV.	<ul style="list-style-type: none">• Os procedimentos obstétricos como rotura prematura das membranas, rotinas de episiotomias, parto com ventosa ou fórceps estão associados ao aumento da transmissão.	<ul style="list-style-type: none">• Infecções do bebé (candidíase oral, gastrite)
<ul style="list-style-type: none">• As ITS podem aumentar o número de vírus nas secreções vaginais.	<ul style="list-style-type: none">• Prematuridade	
<ul style="list-style-type: none">• A TB pode diminuir a contagem de CD4 e aumentar a carga viral.	<ul style="list-style-type: none">• Parto prolongado (rotura prolongada das membranas por mais de 4 horas)	

Tabela 2: Conduta para Reduzir a Transmissão Vertical

Durante a Gravidez	Durante o Trabalho de Parto	Após o Parto:
<ul style="list-style-type: none">• Oferecer aconselhamento de rotina, testagem para o HIV e apoio psicossocial (opcional).	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar o protocolo de PTV com anti-retrovirais durante o parto (Nevirapina+Duovir).	<ul style="list-style-type: none">• Evitar a sucção nasal mecânica a menos que seja para salvar a vida. Limpar o recém-nascido imediatamente de todas as secreções de sangue.
<ul style="list-style-type: none">• Estadiar a mãe e tratar imediatamente a malária, ITSS e IOs.	<ul style="list-style-type: none">• Faça apenas exames vaginais mínimos durante todo o trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none">• Começar a profilaxia anti-retroviral no recém-nascido o mais rápido possível
<ul style="list-style-type: none">• Iniciar a terapia preventiva com Cotrimoxazol (quando elegível)	<ul style="list-style-type: none">• Reduzir o uso de assistência ao parto com fórceps ou ventosa	<ul style="list-style-type: none">• Apoie a opção de alimentação do bebé escolhida pela mãe.
<ul style="list-style-type: none">• Iniciar o TARV ou protocolo de PTV com fármacos anti-retrovirais	<ul style="list-style-type: none">• Não fazer episiotomia de rotina.	<ul style="list-style-type: none">• Se o aleitamento de peito for escolhido como uma opção, encoraje a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida.
<ul style="list-style-type: none">• Dar assistência pré-natal como a qualquer mãe incluindo suplementação de ferro e multi-vitaminas, apoio nutricional (ex PMA), vacina contra tétano, medicamentos para parasitas, tratamento para sífilis.	Nota: A cesariana electiva é uma forma eficaz para reduzir a transmissão vertical contudo, existe um risco elevado de complicações pós-operatórias (p.e., infecção) que acontecem com mais frequência nas mães seropositivas.	<ul style="list-style-type: none">• Aconselhe o uso de substitutos do leite materno quando as condições económicas da mãe forem favoráveis.
		<ul style="list-style-type: none">• Se a alimentação de substituição for escolhida, garanta a segurança e apoie a mãe na preparação, higiene, seguimento.

⁴ Ekouevi DK, Tonwe-Gold B, Becquet R, et al. Low Birth Weight with Nevirapine-Based Antiretroviral Therapy in Abidjan Côte d'Ivoire. The ANRS Ditrane Plus Cohort and MTCT-Plus Initiative 2001-2007. CROI Abstract #641.

Outras intervenções para reduzir a transmissão vertical

Segundo o descrito na **Tabela 1: Condições que Favorecem a Transmissão Vertical**, os riscos de transmissão do HIV de mãe para filho são variáveis, e dependem de várias situações e condições que podem surgir durante a gravidez, parto e aleitamento.

O Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

Conhecendo os riscos de transmissão que as crianças têm, as estratégias para reduzir a transmissão vertical que podem ser:

- A prevenção primária do HIV nos adultos (potenciais pais e mães);
- A prevenção da gravidez em mulheres seropositivas (planeamento familiar);
- A redução da transmissão do HIV de uma mulher infectada para a sua criança, tanto durante a gravidez como durante o parto e o aleitamento.

O programa de prevenção da transmissão vertical (PTV) é a estratégia nacional destinada a reduzir o impacto da transmissão de mães para filhos com vista a garantir que as mães tenham acesso aos recursos disponíveis para reduzir os riscos de transmissão do HIV.

As intervenções para a prevenção da transmissão vertical devem ser implementadas precocemente de modo a

- A mulher grávida deve chegar o mais cedo possível para a primeira consulta pré-natal (CPN)
- A toda mulher grávida deve ser oferecido o aconselhamento e testagem para o HIV na primeira consulta de CPN
- Testagem familiar (parceiros e filhos)

Toda mulher grávida testada positiva para o HIV deve receber as intervenções do PTV no mesmo dia do diagnóstico para prevenir a transmissão do HIV ao bebé.

O seguimento da mulher grávida permite que ela receba informações sobre as diferentes possibilidades para a alimentação da criança e obtenha conhecimento sobre os possíveis riscos. A partir destas informações e segundo as possibilidades socioeconómicas da mãe, o pessoal da saúde deve recomendar a forma de alimentação que tenha menor risco possível de infecção para a criança.

Opções de PTV Disponíveis em Moçambique (2013)

Em Novembro de 2012 o Comité Terapêutico Nacional aprovou a implementação do TARV Universal para todas as mulheres grávidas HIV positivas. Esta norma será implementada em conjunto com a estratégia da Paragem Única, que consiste na integração dos serviços de HIV no sector da Saúde Materno-infantil (SMI) e a delegação de tarefas, com a autorização das enfermeiras de SMI (ESMI) a prescreverem TARV.

O TARV Universal para mulheres grávidas HIV positivas será oferecido em todas as US que estão a oferecer TARV e PTV, e a sua expansão deverá seguir a expansão dos serviços de TARV.

Em Moçambique duas opções de profilaxia estarão a ser oferecidas concomitantemente:

- TARV universal para Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) nas US que oferecem TARV e PTV (Opção B+)
- Profilaxia com a Opção A nas US que ainda não oferecem TARV

Os detalhes sobre os regimes de PTV existentes e oferecidos nos dois tipos de serviços, podem ser vistos na tabela 3:

As Vantagens do TARV Universal para a mulher grávida são:

- Redução da transmissão vertical (TV);

- Simplificação do início do TARV para as mulheres grávidas e lactantes (não dependência de resultado de CD4) ;
- A TV reduz até menos 2% nas mulheres em TARV por longo prazo;
- Proteção contra TV em gravidezes futuras;
- Prevenção da TV durante a amamentação;
- Redução da mortalidade materna. Cerca de 18% das mortes maternas em Moçambique são atribuídas ao HIV e o TARV pode prevenir 90% destas mortes).
- Redução do número de órfãos devido ao HIV;⁵
- Redução da transmissão sexual. Estudos internacionais demonstraram 96% de redução na transmissão entre casais sero discordantes ao iniciar o TARV para o parceiro seropositivo independente do seu estado imunológico e/ou clínico. Isto daria consequentemente, uma **redução da transmissão na comunidade**;
- Prevenir a exposição transitória ao TARV. Taxa de fecundidade em Moçambique 5.7 e portanto com o risco de resistência, e ma-adesão com continuas interrupções e reinícios;
- Mensagem única para comunidade: **“TARV é para toda a vida”**

Tabela 3: Opções de PTV disponíveis em Moçambique:

	Opção A	Opção B+ <u>“TARV para ETV ou TARV universal”</u>
Mãe	CD4 >350 cel/mm³ AZT – 14 sem. Idade Gestacional (IG) NVPdu – entregue as 14sem IG para tomar no início do trabalho de parto AZT +3TC-trabalho de parto, ate 7 dias após o parto	TARV início assim que diagnosticada HIV + durante a gravidez, continuar para toda a vida Independente do valor de CD4
	CD4 <350 cel/mm³ TARV independentemente da idade gestacional (assim que diagnosticada HIV+), continuar para toda a vida	
Criança	Mãe em profilaxia ARV <ul style="list-style-type: none"> • Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg/dia) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno • Se aleitamento artificial: NVP diária (2mg/kg/dia) desde o nascimento até 6 semanas de vida Mãe em TARV Mãe em TARV independente do tipo de aleitamento da criança - NVP 2mg/kg de peso diário do nascimento e durante 6 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Se aleitamento materno: – AZT 2x/dia do nascimento até 6 semanas de vida • Se aleitamento artificial: – AZT 2x/dia do nascimento até 6 semanas de vida

⁵ (Mozambique National Institute of Statistics, U.S. Census Bureau, MEASURE Evaluation, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Mortality in Mozambique: Results from a 2006–2007 Post-Census Mortality Survey. Chapel Hill, USA

1. US COM TARV E PTV

TARV UNIVERSAL para todas as Mulheres Grávidas HIV positivas (Opção B+).

Todas as mulheres grávidas testadas positivas na Consulta Pré-natal deverão iniciar TARV para toda a vida independente do seu estadió clínico ou valor de CD4.

Onde será implementado?

- Em todas as US com PTV e TARV
- As US com PTV e TARV irão implementar a Paragem Única na SMI, com a integração dos cuidados de HIV na SMI e o TARV a ser prescrito pelas ESMI
- A expansão para periferias devesse seguir a expansão do TARV

O aconselhamento pré-TARV deverá ocorrer no mesmo dia do diagnóstico. Sempre que possível, deverá ser iniciado o TARV na segunda visita. O aconselhamento para adesão deverá acompanhar todas consultas seguintes.

1.1. Esquemas Terapêuticos para a Mulher Grávida:

I. TDF+3TC+EFV

- a. A implementação deste regime terapêutico será feita gradualmente em todo o país. No ano de 2013, apenas 101 US estarão a oferecer este regime, até 2015 todas as US com TARV estarão a oferecer regime com TDF.
- b. O uso deste regime de TARV apresenta várias vantagens, nomeadamente:
 - i. Ao não incluir Nevirapina, pode ser usado em pacientes com qualquer contagem de CD4, sem o problema do risco elevado de hepatite que apresentam os pacientes quando a Nevirapina é administrada com contagens de CD4 elevadas. Por este motivo é preferível para a implementação do TARV Universal (todas as mulheres grávidas com independência do valor de CD4)
 - ii. Ao não incluir AZT não apresenta o problema do risco de anemia, num grupo de população (mulheres grávidas) que com muita frequência já apresenta anemia.
 - iii. A combinação de TDF+3TC+EFV apresenta-se em dose fixa combinada, e sua administração é 1 vez por dia, pelo que simplifica o tratamento anterior.
 - iv. Harmonização entre diferentes grupos (grávidas, adultos, co-infectados com TB e/ou Hepatite B).
- c. A implementação faseada desta linha é devida à necessidade de avaliar a função dos rins, através da avaliação da creatinina no sangue. Este teste de bioquímica ainda não está disponível em todas as US do país.

II. Esquemas alternativos:

a. AZT+3TC+EFV

- i. Este regime terapêutico será implementado nas restantes US a oferecerem TARV, que não possuem o esquema de TDF+3TC+EFV e deverá ser gradualmente substituído pelo esquema com TDF quando estiver disponível.
- ii. Este regime deve ser oferecido no caso de contra-indicação ao uso de TDF (Rever a tabela 3 na Unidade 10.3 sobre Início de TARV)

b. D4T+3TC+EFV

- i. Nas US que não têm acesso a esquema com TDF, no caso de anemia que contra-indique o uso de AZT, as mulheres grávidas devem iniciar TARV com este esquema terapêutico.

c. TDF+3TC+LPV/r

- i. No caso de pacientes psiquiátricos não deve-se utilizar o EFV, Este fármaco deve ser substituído por LPV/r. O EFV deverá ser suspenso e substituído por LPV/r nas pacientes que desenvolvem alterações de comportamento com o uso de EFV.

IMPORTANTE: Estudos internacionais não demonstram aumento do risco de teratogenicidade para mulheres grávidas recebendo EFV no 1º trimestre. A prevalência de teratogenicidade para mulheres expostas a EFV no 1º trimestre é similar as mulheres expostas a linhas terapêuticas sem EFV e na população em geral (2%, 2.9% e 6% respectivamente). A incidência de defeitos do tubo neural se manteve baixa (0.07%).

A OMS tem publicado recentemente (Junho 2012) uma revisão dos dados existentes até agora. Esta revisão mostra que os benefícios do uso de EFV são maiores que os riscos. Além disso, esta revisão também destaca que os esquemas contendo EFV apresentam uma eficácia maior que esquemas contendo NVP e um menor risco de reações adversas graves (hepatite e reações cutâneas)

1.2. Profilaxia ARV para a crianças expostas:

Todas as crianças nascidas de mães seropositivas em US a oferecer TARV Universal deverão receber como profilaxia o AZT xarope por 6 semanas independente do tipo de aleitamento.

2. US COM PTV, SEM TARV

Nas unidades sanitárias onde ainda não é possível prescrever TARV, todas as mulheres testadas positivas para HIV devem ser avaliadas para elegibilidade para o TARV em todas as consultas através do estadiamento clínico e do resultado de CD4, de acordo com os critérios na tabela abaixo (Opção A de PTV)

.Tabela 4 : Início TARV nas mulheres grávidas

Estadio Clínico da OMS	CD4 não disponível	CD4 disponível
I	Não iniciar TARV	Iniciar TARV se $CD4 \leq 350 \text{ cel/mm}^3$
II	Não iniciar TARV	
III	Iniciar TARV	Iniciar TARV independentemente da contagem de CD4
IV	Iniciar TARV	

As mulheres grávidas HIV+ não elegíveis para receberem o TARV deverão receber a profilaxia com ARV como forma de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). O AZT é o fármaco de eleição neste caso.

Portanto, a profilaxia com AZT está indicada para mulheres grávidas, a partir da 14ª semana de gestação, ou o mais cedo possível no caso da mulher grávida se apresentar com idade gestacional mais avançada, no trabalho de parto ou no parto

2.1. Tratamento ARV para a Mulher Grávida Elegível

A mulher grávida identificada como elegível, deverá ser referida para a US de referência mais próxima que ofereça TARV.

O esquema terapêutico que será oferecido a esta mulher grávida deverá ser aquele disponível na US e de acordo com o explicado no apartado 1.1 desta unidade.

2.2. Profilaxia ARV para a Mulher Grávida não elegível ao TARV

- Oferecer AZT cp 12/12h diário a partir da 14ª semana gestacional;
- Oferecer NVP dose única para ser tomada no momento do início do parto (deve ser entregue à mulher grávida na mesma consulta em que se entrega pela primeira vez o AZT).
- Oferecer AZT+3TC 12/12h durante o trabalho de parto e manter até 7 dias após o parto
- Se a grávida tomou o comprimido de NVP, mas chega à maternidade e não se encontra de

facto em trabalho de parto, ela deve ser entregue uma nova dose de Nevirapina e ser orientada para tomá-la quando o trabalho de parto ocorrer de facto e SOMENTE SE TIVEREM PASSADO 72 HORAS APÓS A PRIMEIRA DOSE.

- Durante o trabalho de parto, o AZT+3TC e a NVP dose única devem ser administrados no início do trabalho de parto vaginal e, pelo menos, 4 horas antes no caso de cesariana electiva

2.3. Profilaxia ARV para crianças expostas:

- Se mãe em TARV:

- O bebé deverá receber NVP por 6 semanas independentemente do tipo de aleitamento

Mãe não em TARV:

- Bebé em aleitamento artificial, deverá receber NVP por 6 semanas
- Bebé em aleitamento materno, deverá receber NVP até uma semana após o desmame

Tabela 3: Protocolos para a Redução da Transmissão Vertical

	ESTADIO CLÍNICO			
CD4	ESTADIO 1	ESTADIO 2	ESTADIO 3	ESTADIO 4
≤ 350	TARV	TARV	TARV	TARV
> 350	PROFILAXIA ARV	PROFILAXIA ARV	TARV	TARV

Malária, Gravidez e HIV

A gravidez supõe um aumento do risco de contrair malária para a mulher. Quando a malária acontece durante a gravidez, esta pode ter uma série de complicações:

- Malária severa na mãe, com risco de óbito materno
- Anemia materna
- Nado com baixo peso ao nascer
- Elevado risco de aborto ou de nado-morto como consequência da anemia

O risco de malária é ainda mais elevado durante a gravidez numa mulher com infecção pelo HIV. Além do risco elevado de sofrer de malária, a malária está associada à transmissão vertical. A malária provoca um aumento da carga viral nos doentes, o que favorece a transmissão do vírus da mãe para o filho.

A terapia profiláctica intermitente (TPI) com Fansidar tenta reduzir o risco de malária nas mulheres grávidas. No caso das mulheres seropositivas, o tratamento que devem receber para prevenir a malária é o Cotrimoxazol, que deve ser tomado diariamente (2 comprimidos por dia). O **Cotrimoxazol** tem demonstrado ser efectivo na prevenção da malária e também de algumas infecções oportunistas.

O uso da rede mosquiteira é recomendado a todas as mulheres grávidas devido ao risco elevado de contrair a malária durante a gravidez e as consequências para a futura criança. Nas mães seropositivas, a recomendação é a mesma.

Outras Intervenções Pré-Natais na Mulher Seropositiva

As mulheres grávidas seropositivas devem receber vacinas para o tétano, testagem e tratamento para sífilis, e suplementos de ferro e sulfato ferroso, segundo os mesmos protocolos usados para as grávidas sem HIV. Também devem receber Mebendazol em dose única a partir do segundo trimestre (o Albendazol é contra-indicado na gravidez).

Para apoiar o bom crescimento do feto, a mãe seropositiva terá de se alimentar melhor do que a mulher seronegativa. Deve fazer avaliação e aconselhamento nutricional em todas as consultas (veja o capítulo sobre nutrição).

Coordenação dos Serviços: Consultas Pré-Natais, Maternidade, Consulta Pós Parto, Consulta Criança em Risco e Serviços TARV

A estratégia de paragem única tem como objectivo simplificar o atendimento à mulher grávida seropositiva e ao seu filho exposto ao HIV. A simplificação deste atendimento pretende aumentar a cobertura de TARV nas mulheres grávidas, fazendo com que elas e seus filhos sejam avaliados na mesma consulta.

Apos o parto, a mulher grávida em TARV irá fazer seguimento junto com a crianças exposta e o sector responsável por este atendimento será o da Saúde Materno-infantil.

Uma vez que a infecção na criança seja excluída, esta receberá alta da CCR e a mãe deverá ser referida para o Serviço de TARV, para continuar com seu seguimento e tratamento nesse lugar. Se apesar dos esforços o resultado final é que a criança fica infectada, ambos (mãe e criança) deverão ser referidos para o serviço TARV (a mãe para continuar o tratamento e a criança para iniciá-lo sem demora).

Pontos-Chave

- Na mulher grávida, o tratamento anti-retroviral pode ter mais de um objectivo: pode ser o tratamento da doença da própria mãe, e também permite reduzir os riscos de infecção para a futura criança.
- O TMG deve conhecer as diferentes componentes do programa nacional de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) e apoiar na sua implementação na US.
- O TMG deve conhecer as particularidades do TARV para a mulher grávida (Opção B+ ou TARV Universal).
- Terapia tripla é superior para ETV (eliminação da transmissão vertical);
- Tratamento para toda a vida previne a exposição transitória ao TARV em países de alta taxa de fecundidade;
- TARV traz benefícios para saúde materna;
- TARV traz benefícios para a prevenção da infeção no parceiro sero-negativo;
- Adesão e retenção são aspectos críticos.
- As interações entre a malária e a gravidez são ainda mais complicadas no caso das grávidas seropositivas. O TMG deve conhecê-las bem como a profilaxia para malária e IOs para a grávida seropositiva.