

HIV e Gravidez

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia – nº 93 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Corintio Mariani Neto
Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS – 2016 / 2019

Presidente

José Eleutério Junior

Vice-Presidente

Paulo César Giraldo

Secretária

Ana Katherine da Silveira Gonçalves

Membros

Geraldo Duarte

Iara Moreno Linhares

Maria Luiza Bezerra Menezes

Mario Cezar Pires

Mauro Romero Leal Passos

Newton Sérgio de Carvalho

Plínio Trabasso

Regis Kreitchmann

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Rose Luce Gomes do Amaral

Victor Hugo de Melo

Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho

Maria Luiza Bezerra Menezes¹

Descritores

Gravidez; Vírus da imunodeficiência humana; HIV, Aids

Como citar?

Menezes ML. HIV e gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetria, no. 93/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas).

Introdução

A gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no pré-natal e quanto aos benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical (TV). Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de TV é reduzido a menos de 2%, no entanto sem adequados planejamento e seguimento está bem estabelecido que varia de 15% a 45%.⁽¹⁾

Etiologia

O HIV é uma partícula esférica, que mede 100 a 120 nm de diâmetro, pertencente ao gênero *Lentivirus* e à família *Retroviridae*,

¹Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetria nº 93, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

apresentando em seu núcleo duas cópias de RNA de cadeia simples, encapsuladas por uma camada proteica ou nucleocapsídeo, capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica. O genoma do HIV inclui três principais genes que codificam as proteínas estruturais e enzimas virais: *gag*, *pol* e *env*. A similaridade entre os genomas do HIV-1 e do HIV-2 é de aproximadamente 50%. As regiões *gag* e *pol* do genoma viral apresentam maior similaridade entre o HIV-1 e o HIV-2, ao contrário da região *env*. As proteínas do HIV-2 têm funções equivalentes às do HIV-1, entretanto apresentam diferenças na composição de aminoácidos e no peso molecular. A classificação do HIV é feita por meio da análise filogenética de sequências nucleotídicas dos vírus. A classificação atual é hierárquica e consiste em tipos, grupos, subtipos, subsubtipos e formas recombinantes (Figura 1). O HIV-1 e o HIV-2 são tipos distintos do vírus, mais distantes filogeneticamente. A variação genética do HIV tem implicações na biologia e transmissão do vírus, na evolução clínica, na reatividade e nas reações cruzadas em testes diagnósticos que detectem a presença de anticorpos específicos para os antígenos virais.⁽²⁾

Fisiopatologia

A maioria das infecções pelo HIV-1 ocorre através das mucosas do trato genital ou retal durante a relação sexual. Nas primeiras horas após a infecção pela via sexual, o HIV e as células infectadas atravessam a barreira da mucosa, permitindo que o vírus se estabeleça no local de entrada e continue infectando linfócitos T CD4+, além de macrófagos e células dendríticas. A resposta imunológica inata que se estabelece no foco da infecção atrai uma quantidade adicional de células T, o que, por sua vez, aumenta

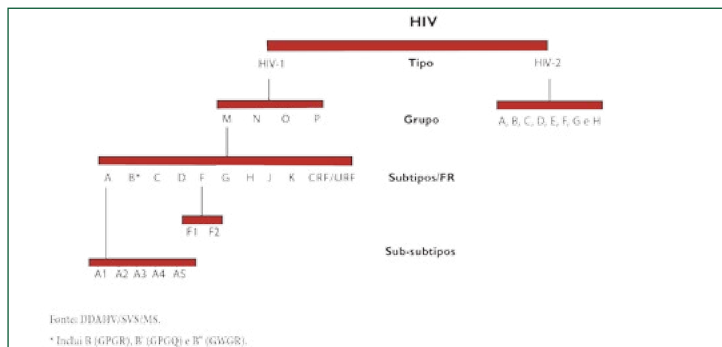
a replicação viral. A partir dessa pequena população de células infectadas, o vírus é disseminado, inicialmente, para os linfonodos locais e, depois, sistemicamente e em número suficiente para estabelecer e manter a produção de vírus nos tecidos linfoides, além de estabelecer um reservatório viral latente, principalmente em linfócitos T CD4+ de memória. A replicação viral ativa e a livre circulação do vírus na corrente sanguínea causam a formação de um pico de viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia está associada a um declínio acentuado no número de linfócitos T CD4+. Na fase de expansão e disseminação sistêmica, há a indução da resposta imunológica, mas esta é tardia e insuficiente em magnitude para erradicar a infecção. A ativação imune, por sua vez, produz uma quantidade adicional de linfócitos T CD4+ ativados que servem de alvo para novas infecções. Ao mesmo tempo, o número crescente de linfócitos T CD8+ exerce um controle parcial da infecção, mas não suficiente para impedir, em ausência de terapia, a lenta e progressiva depleção de linfócitos T CD4+ e a eventual progressão para a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids). A ativação de linfócitos T citotóxicos CD8+ específicos contra o HIV ocorre normalmente antes da soroconversão. O aparecimento de uma resposta imune celular HIV-específica e a subsequente síntese de anticorpos anti-HIV levam a uma queda da carga viral plasmática (viremia) – até um nível (*set point*) que é específico de cada indivíduo – e à cronicidade da infecção pelo HIV. A resposta imune mediada por células é mais importante do que a resposta imune humoral no controle da replicação viral durante a infecção aguda pelo HIV, mas os anticorpos exercem um papel relevante na redução da disseminação do HIV na fase crônica da infecção.⁽²⁾

Diagnóstico

Os testes utilizados mais comumente no diagnóstico da infecção pelo HIV são os imunoenzimáticos do tipo ELISA (do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) de quatro gerações, que podem levar até quatro horas para serem realizados, e os testes rápidos (TR), que são imunoenaios (IE) simples, que podem ser realizados em até 30 minutos e, por essa razão, são ideais para fornecer resultados no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, como gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto; parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto; e nos casos de abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional. Os TR são primariamente recomendados para testagens presenciais. Podem ser realizados com fluido oral, soro, plasma ou sangue total, o que permite o uso de amostras obtidas por punção digital.⁽²⁾ Testes complementares utilizam diferentes formatos e princípios. Estão inclusos nessa categoria: *western blot* (WB), *imunoblot* (IB) ou imunoenaios em linha (LIA, do inglês *line immunoassay*), incluindo *imunoblot* rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI).⁽²⁾ A infecção pelo HIV pode também ser diagnosticada por meio da detecção direta de componentes do vírus, como o antígeno p24 ou com testes moleculares (TM) que detectam RNA ou DNA pró-viral. A detecção do antígeno p24 do HIV-1, de RNA ou DNA desempenha um papel importante quando a detecção de anticorpos não é possível. São especialmente úteis para o diagnóstico em crianças com idade inferior a 18 meses e na infecção aguda em adultos.⁽²⁾ Os TR são métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibili-

tam início adequado da terapia antirretroviral (TARV) e resposta virológica mais precoce. A testagem laboratorial pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno (até 14 dias). Algumas situações (p. ex., doenças autoimunes, múltiplos partos, transfusões sanguíneas, vacina recente contra influenza A-H1N1, artrite reumatoide e outras retrovirose) podem provocar reação cruzada e resultar em TR “falso-reagentes”, por isso, é importante realizar um segundo TR e convergir o resultado reagente, recomenda-se a realização imediata da carga viral do HIV após a conclusão do fluxograma com dois TR, com o objetivo de complementar o diagnóstico da infecção pelo HIV. Por sua vez, os TR podem apresentar resultados “falso-não reagentes” em algumas situações como, por exemplo, durante uso de terapia antirretroviral, não sendo, portanto, indicado o uso de TR em pessoas em uso de TARV. Outras causas de falhas podem estar relacionadas diretamente ao profissional que executa o teste (erros na execução ou na leitura) ou mesmo ao local em que o teste é executado (falha no armazenamento e conservação). Por conseguinte, é imprescindível que as instruções do fabricante e o fluxograma adequado sejam rigorosamente seguidos. Nas figuras 1 e 2 estão ilustrados o exemplo de testagem utilizando-se TR de fabricantes diferentes, segundo as recomendações definidas pela Portaria nº. 29/2013 e descritas no “Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em <<http://www.aids.gov.br/biblioteca>>. ⁽²⁾ A realização imediata do teste de carga viral do HIV (CV-HIV) está indicada após a confirmação da infecção pelo HIV por qualquer um dos fluxogramas de diagnóstico. O teste de genotipagem pré-tratamento está indicado para todas as gestantes. Esse teste deverá ser solicitado e a amostra de sangue coletada antes de iniciar a TARV. Não é neces-

sário aguardar o resultado da genotipagem para o início da TARV. Recomenda-se também a oferta de testagem combinada de HIV, sífilis e hepatite B à gestante, na 1ª consulta e no 3º trimestre.

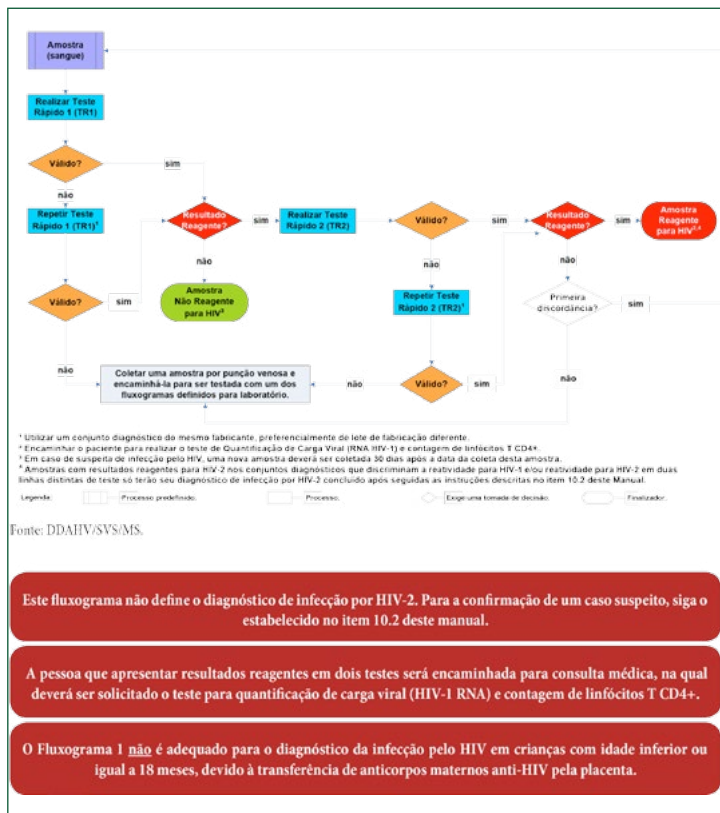


Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.⁽²⁾

Figura 1. Representação esquemática da classificação do HIV

Manejo na gestação

Exame físico detalhado em busca atenta de sinais clínicos sugestivos de manifestações da doença, infecções oportunistas (IO) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), na pele (dermatite seborreica, foliculite, micose cutânea, molusco contagioso, sarcoma de Kaposi), cabeça e pescoço (candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa na orofaringe; realizar fundoscopia se a contagem de $LT-CD4^+ \leq 50$ cels/ mm^3), linfonodos (linfadenomegalia), abdômen (hepato ou esplenomegalia ou massas palpáveis), sistema neurológico (sinais focais e avaliar estado cognitivo), trato genital inferior (região vaginal, anal e pe-



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.⁽²⁾

Figura 2. Fluxograma 1: dois testes rápidos de fabricantes diferentes (TR1 e TR2) usados sequencialmente

rianal, pesquisando corrimento, úlceras e lesões sugestivas de infecção pelo HPV ou de neoplasias).⁽³⁾ Dentre os exames laboratoriais, o nível da CV-HIV deve ser realizado pelo menos três vezes durante a gestação: na 1ª consulta, para estabelecer a magnitude da viremia; duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento; a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto. A contagem de LT-CD4+ deverá ser realizada na 1ª consulta e pelo menos a cada três meses em gestantes em início de tratamento.⁽³⁾

A figura 3 mostra a periodicidade recomendada dos exames laboratoriais no pré-natal. A tuberculose (TB) é a principal causa de óbito definida em PVHIV, por isso, recomenda-se que seja pesquisada em todas as consultas, quanto à presença de sintomas respiratórios (tosse), febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna e provável contato íntimo com um sintomático respiratório.

ENSAIOS REALIZADOS		RESULTADO	OBSERVAÇÃO
TRI	TR2		
Não Reagente	-	Amostra Não Reagente para HIV	Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.
Reagente	Reagente	Amostra Reagente para HIV	Resultado definido com o Fluxograma 1, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013.
Reagente	Não Reagente	-	Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, uma amostra por punção venosa deverá ser coletada e submetida a um dos fluxogramas de laboratório.

Obs 1: em caso de resultado inválido, o teste deverá ser repetido com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

Obs 2: recomenda-se que no laudo seja incluída uma observação indicando a necessidade da imediata realização do exame de carga viral.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.⁽²⁾

Figura 3. Resumo do Fluxograma 1

A existência de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada. A prova tuberculínica (PT ou PPD) deve ser realizada em todas as assintomáticas para TB e sem histórico prévio da doença. Se PT <5 mm, repetir anualmente, bem como após a reconstituição imunológica com o uso da TARV. Se PT >5mm, tratar a infecção latente com isoniazida (INH), desde que excluída TB ativa. Caso o PPD não esteja disponível e se afastada a possibilidade de TB ativa, deve-se também considerar a profilaxia com INH nas gestantes vulneráveis que vivam confinadas ou que estejam em situação precária de moradia; nas que convivam com sintomáticos respiratórios; nas que estejam em uso prolongado de corticoides e drogas imunossupressoras. Para as sintomáticas respiratórias (tosse há mais de 2 semanas), independentemente da contagem de LT-CD4⁺, devem ser solicitadas 3 amostras de escarro para realização do teste rápido da TB (se disponível) e pesquisa direta do bacilo de Koch (BAAR).⁽³⁾ Quanto às imunizações recomendadas, diferencia-se a de hepatite B, que deve ser em dose dupla e acrescentada uma 4ª dose, seguindo o esquema de 0, 30, 60, 180 dias (Figura 4).

TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4⁺.⁽⁴⁾ A genotipagem está indicada para todas as gestantes a fim de direcionar a escolha de ARV com maior barreira genética para resistência, associada à maior adesão, visando reduzir transmissão de cepas resistentes do HIV a uma ou mais classes de ARV, o que está relacionado com a maior chance de falha à TARV.^(5,6) Todavia a TARV poderá ser iniciada na gestante antes mesmo dos resultados dos exames de LT-CD4⁺, CV-HIV e genotipagem, principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal, com o objetivo de

EXAME	TRIMESTRE				COMENTÁRIO
	INICIAL	1°	2°	3°	
Hemograma	X	X	X	X	
Tipagem sanguínea	X				
Coombs indireto	X		X		Se a gestante for Rh negativo Se o resultado for negativo , administrar imunoglobulina anti-RhS na 28ª semana de gestação
Glicemia em jejum	X	X	X	X	
Teste de tolerância à glicose com 75g			X		Entre a 24ª e a 28ª semana
Exame sumário de urina e urocultura	X	X	X	X	
Provas de função hepática	X				Em caso de uso de nevirapina , deve-se realizar o controle de rotina durante toda a gestação Em caso de uso de raltegravir , realizar controle na introdução do ARV e de rotina durante toda a gestação, especialmente no 3º trimestre
Prova de função renal (ureia e creatinina)	X		X		Sempre calcular o clearance de creatina antes do uso de TDF, e rotineiramente após introdução. Solicitar após o 1º mês e, pelo menos, trimestralmente, enquanto os níveis estiverem dentro da normalidade
Contagem de LT-CD4+	X		X	X	Solicitar trimestralmente durante gestação para gestantes em início de tratamento. Para gestantes em uso de TARV, com CV-HIV indetectável, solicitar no 1º trimestre e na 34ª semana
CV-HIV	X		X		A solicitação de CV-HIV deverá ser realizada na primeira consulta Para gestantes em início ou modificação de TARV, uma segunda amostra deverá ser solicitada após 2 a 4 semanas após introdução/modificação da TARV. Avaliar queda de pelo menos 1 Log de CV-HIV Nas gestantes em uso de TARV com CV-HIV detectável , avaliar adesão e realizar genotipagem (CV-HIV >500 cópias/mL) Todas as gestantes deverão ter coleta de CV-HIV a partir da 34ª semana, para auxiliar definição da via de parto e do uso de profilaxias
Genotipagem	X				Coletar antes do início da TARV para todas as gestantes Iniciar TARV em gestantes que não estavam em tratamento, sem aguardar resultado de genotipagem Gestantes em TARV antes da gestação, que apresentem CV-HIV detectável Avaliar adesão e necessidade de modificação de esquema de TARV em gestantes já em uso de TARV e CV-HIV detectável (guiada por resultado de genotipagem).

Continua

Condição

EXAME	TRIMESTRE				COMENTÁRIO
	INICIAL	1°	2°	3°	
Teste treponêmico (ex: TR) e/ou teste não treponêmico (ex: VDRL)	X			X	Realizar testagem no diagnóstico da gestação (ou na primeira consulta) e no 3° trimestre, além da admissão para o parto ou aborto. Oferecer nova testagem em caso de história de exposição sexual de risco/violência sexual
Anti-HAV	X				Solicitar na primeira consulta. Imunizar em caso de resultado não reagente
HBsAg	X				Na primeira consulta e no parto (caso o esquema vacinal não tenha sido completado) Imunizar caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg não reagente
Anti-HCV	X				Na primeira consulta
Sorologia para toxoplasmosse (IgM, IgG)	X	X	X	X	Sorologia trimestral para IgG no caso de resultado inicial não reagente Realizar orientações quanto à prevenção da exposição a <i>Toxoplasma gondii</i>
Sorologia para doença de Chagas	X				Na primeira consulta, solicitar dois métodos distintos para detecção de IgG conforme grupos de risco: 1) pessoas residentes ou procedentes de áreas de transmissão ativa (vetorial ou oral) atualmente ou no passado; 2) pessoas que habitam (ou tenham habitado) em áreas com presença de triatômico; 3) pessoas que tenham recebido transfusão de sangue (hemocomponentes) antes de 1992; 4) filh(os)as de mães com doença de Chagas em quaisquer fases ou formas clínicas; 5) pessoas com familiares (outros que não a "mãe biológica") ou pessoas do convívio social que tenham diagnóstico da doença de Chagas
Citopatológico do colo do útero	X				Semestral no primeiro ano e, se normal, manter seguimento anual Se contagem de LT+CD4+ <200 células/mm ³ , priorizar correção dos níveis de LT+CD4+ e realizar rastreamento citológico a cada 6 meses, até recuperação imunológica Realizar colposcopia na presença de alterações patológicas
Swab vaginal e anal para pesquisa de estreptococo do grupo B				X	Entre a 35ª e a 37ª semana. Se a cultura for positiva, indicar profilaxia com penicilina G cristalina endovenosa durante o trabalho de parto
Exame especular com realização de teste de pH e teste das aminas (teste do cheiro ou de Whiff)	X				Sempre que houver sinais e sintomas de vaginose bacteriana
PPD ⁽⁴⁾ (Reação de Mantoux)	X				Realizar na primeira consulta em gestante assintomática e sem história prévia de TB. PPD ≥ 5 mm: realizar a investigação de TB ativa. Caso a investigação seja negativa, indicar a profilaxia com isoniazida associada a piridoxina. Na ausência de PPD ⁽⁴⁾ , iniciar isoniazida em casos específicos

Fonte: D.ARV/SVS/MS.

⁽⁴⁾ Para mais informações sobre a indicação de PPD, consultar a Nota Informativa n.º 08/2014/CGP/NC/DEVEP/SVS/MS e o Ofício Circular n.º 02/2015/CGP/NC/DEVEP/SVS/MS.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.⁽²⁾

Figura 4. Periodicidade de realização de exames laboratoriais durante a gestação

alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível.⁽³⁾ A supressão da CV-HIV é um fator determinante na redução da TV. O uso de TARV durante a gravidez reduz a taxa de TV-HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da CV-HIV materna (CV-HIV plasmática <50 cópias/mL) próxima ao parto.^(7,8) A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV, sendo dois inibidores da transcriptase reversa nucleosídico/nucleotídico (ITRN)/ITRNt associados a um inibidor da integrase (INI). O raltegravir (RAL) é o ARV da classe dos INI mais estudados na população de mulheres grávidas, sendo o de 1ª escolha para gestantes em início de TARV pela sua eficácia na redução rápida da CV-HIV, ausência de teratogenicidade, boa tolerância e baixa interação medicamentosa.⁽⁹⁻¹⁴⁾ Uma preocupação importante do uso do RAL é a ocorrência de aumento de transaminases durante a gestação, reversíveis após a retirada desse ARV, o que impacta na necessidade de monitoramento do perfil hepático durante toda a gestação.⁽³⁾ O esquema preferencial para gestantes em início de tratamento deve ser: TDF + 3Tc (dose fixa combinada, 300/300mg, 1x/dia) + RAL (400mg, 2x/dia).^(3,15-19) Esse esquema, mesmo durante o 1º trimestre de gestação, não aumenta defeitos congênitos em comparação com a população geral e vem sendo bem-tolerado durante a gestação. Na impossibilidade do uso de TDF/3TC, a associação AZT/3TC é a 2ª opção. Caso essa associação não possa ser usada, recomenda-se o uso do abacavir (ABC) associado a 3TC como 3ª opção, mas só nas que tenham teste para oHLA-B*5701 NEGATIVO, pelo risco de hipersensibilidade.⁽³⁾ Para as gestantes que já estão em uso de Dolutegravir (DTG), como ainda não há dados de segurança para seu uso durante a gestação,⁽²⁰⁾ é permitido realizar a troca para o RAL, mas, ao término da gestação, aquelas que iniciarem TARV com o esquema de TDF + 3TC + RAL deverão

realizar troca do RAL para DTG, em um prazo de até 3 meses.⁽³⁾ Na impossibilidade do uso de INI, esquemas de inibidores de protease (IP) contendo ritonavir (r) como *booster* (IP/r) devem ser considerados. O Atazanavir (ATV/r) é o IP/r de escolha, que possui alta potência de supressão viral e perfil de segurança na gestação, além da comodidade posológica (um comprimido de 300mg/100 mg, uma vez ao dia).^(3,21) Outra opção é Darunavir (DRV), também com alta potência viral, na posologia de 600mg associado a 100mg de ritonavir, duas vezes ao dia.⁽³⁾ O EFV tem sua segurança comprovada na gestação por revisões sistemáticas e metanálises que excluíram a maior incidência de defeitos congênitos das crianças expostas no primeiro trimestre de gestação.⁽²²⁾ É a droga considerada como primeira escolha pela OMS, embora tenha perdido esse papel nos protocolos de outros países,^(23,24) entre os europeus, conforme a *European AIDS Clinical Society* (EACS), principalmente pela preocupação com a neurotoxicidade, além do aumento mundial da incidência de resistência transmitida aos ITRNN, que se dá quando um indivíduo se torna infectado com uma cepa de HIV-1 já resistente a uma ou mais drogas.⁽⁵⁾ Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, analisando o banco de dados de genotipagens pré-tratamento para gestantes, demonstrou uma taxa global de mutações que conferiam resistência aos ITRNN de aproximadamente 8%, acima do corte de 5% estabelecido pela OMS.⁽³⁾ Desse modo, o uso de EFV deve estar necessariamente associado à realização de genotipagem pré-tratamento e evidência de atividade dessa medicação, a despeito da vantagem importante dos esquemas com ITRN + ITRNN, que é a comodidade posológica de dose fixa única de comprimido coformulado contendo TDF + 3TC + EFV (600mg/dia), com grande impacto na adesão.⁽³⁾ Os efeitos adversos mais comuns nas primeiras semanas de TARV em gestantes, assim como as infecções

oportunistas e coinfeções, são semelhantes àqueles que ocorrem nos adultos em geral (Figuras 5 e 6).

IMUNIZAÇÃO	RECOMENDAÇÃO – AVALIAR CONTAGEM DE LT-CD4+ E CONDIÇÃO CLÍNICA DA GESTANTE
Vacina para pneumococo	Recomendada. Duas doses, com intervalo de 5 anos, independentemente da idade
Vacina meningocócica conjugada (MncC)	Recomendada
Vacina <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Nas mulheres menores de 19 anos, não previamente vacinadas
Vacina para tétano e difteria (dT)	Recomendada. Indicado o reforço durante a gestação caso a última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos
Vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa)	Se a gestante não for vacinada ou o estado vacinal for desconhecido, indicar 3 doses (esquema padrão) e considerar uma dose de dTpa. Caso a gestante precise do reforço de difteria e tétano, poderá realizá-lo contendo as 3 vacinas (dTpa) entre a 27ª semana e a 36ª semana (pelo menos 20 dias antes do parto), conforme orientações sobre imunização contra a coqueluche em gestantes
Vacina para hepatite B	Recomendada para as gestantes caso não haja histórico de vacinação completa e se HBsAg não reagente A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante e seguindo o esquema de 4 doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses)
Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAB)	Recomendada para as gestantes suscetíveis, em situação de risco de exposição (ex.: usuárias de drogas que compartilham seringas e agulhas, contato sexual desprotegido com pessoas HBsAg positivas ou em caso de vítimas de violência sexual) Dose única, iniciada ainda nos primeiros 14 dias de exposição
Vacina para hepatite A	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV IgG negativas) Realizar duas doses com intervalo de 6 a 12 meses
Influenza/H1N1 (INF)	Recomendada anualmente para PVHIV, antes do período da influenza. Vacina inativada trivalente, uma dose anual Pode ser feita na gestação
Imunoglobulina para vírus da varicela-zoster (VZV)	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-VZV negativas), após exposição a pessoas com infecção ativa por varicela
Febre amarela	A vacinação está contraindicada em gestantes, independentemente do estado vacinal. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos, epidemias ou viagem para área endêmica, o médico deverá avaliar o benefício e o risco da vacinação

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.⁽²⁾

Figura 5. Imunizações recomendadas em gestantes vivendo com HIV/Aids

CENÁRIOS	USO DE ARV – GESTANTE NO PRÉ-NATAL	INDICAÇÃO DE ARV – RN	POSOLOGIA DE ARV PARA RN	DURAÇÃO DA PROFILAXIA COM ARV PARA RN
Uso de ARV durante a gestação	<ul style="list-style-type: none"> Uso de ARV no pré-natal e periparto, com CV documentada <1.000 cópias/mL no 3º trimestre 	AZT (VO)	<ul style="list-style-type: none"> RN com 35 semanas ou mais de idade gestacional: 4mg/kg/dose de 12/12h RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h 	4 semanas
Sem uso de ARV durante a gestação	<ul style="list-style-type: none"> Sem utilização de ARV durante a gestação, independentemente do uso de AZT periparto; ou Uso de ARV na gestação, mas CV desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL no 3º trimestre; ou Histórico de má adesão, mesmo com CV <1.000 cópias/mL no 3º trimestre; ou Mãe com IST, especialmente sífilis; ou Parturiente com resultado reagente no momento do parto 	AZT (VO) Associado com NVP (VO)	<ul style="list-style-type: none"> RN nascido com 35 semanas ou mais de idade gestacional: 4mg/kg/dose de 12/12h RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h Peso de nascimento >2 kg: 12mg/dose (1,2mL) Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8mg/dose (0,8mL) Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP 	4 semanas 1ª dose: até 48h de vida 2ª dose: 48h após 1ª dose 3ª dose: 96h após 2ª dose

Fonte: DIMHIV/SVS/MS.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.⁽²⁾

Figura 6. Indicação de ARV para profilaxia da transmissão vertical do HIV

Intercorrências clínicas e obstétricas

São manejadas, em sua maioria, da mesma forma que nas gestantes não infectadas pelo HIV, independentemente do *status* imunológico. A pré-eclâmpsia, a síndrome HELLP, a colestase hepática e a insuficiência hepática aguda são distúrbios associados à gestação e podem ser confundidos com os efeitos adversos dos ARV. Portanto é necessário realizar o diagnóstico diferencial de possíveis efeitos adversos associados ao uso de ARV. A utilização de IP também está relacionada ao desenvolvimento de hiperglicemia, DM e agravamento de distúrbios metabólicos da glicose e dos lipídios. Para gestantes que tenham necessidade de invasão amniótica, ponderar o risco e o benefício do procedimento, levando em consideração a CV-HIV da gestante, especialmente nas que estejam com a CV-HIV detectável. A utilização EV de AZT 2mg/kg peso materno, três horas antes da amniocentese, pode reduzir o risco de TV do HIV.⁽²⁵⁾ As principais intercorrências obstétricas em gestantes vivendo com HIV que merecem destaque são:

- Hemorragia pós-parto

Não se deve administrar derivado do ergot, nas que fizerem uso de medicamentos inibidores da enzima citocromica P, cYp450 e cYp3a4 (IP, além de antibióticos macrolídeos), pelo risco de respostas vasoconstritoras exageradas e isquemias periféricas e centrais graves. Preferir ocitocina ou misoprostol.

- Rotura prematura de membranas (RPM) e/ou trabalho de parto pré-termo (TPP)

A conduta expectante, quando inferior a 34 semanas, não se difere daquela adotada para gestantes não infectadas pelo HIV. Mas, no caso da inibição do TPP, as condutas expectantes padronizadas incluem a introdução do AZT intravenoso materno concomi-

tantemente à inibição medicamentosa do parto, a investigação de causas infecciosas, o uso de tocolíticos para postergar o parto por, no mínimo, 48 horas e o uso do corticosteroide para maturação pulmonar fetal, quando indicado, sendo o esquema mais utilizado o da betametasona intramuscular, aplicada em duas doses de 12mg, com intervalo de 24 horas. Ao conseguir a inibição do parto, o AZT intravenoso deve ser descontinuado.

Quando se optar pela resolução da gestação, esta deve ser considerada após a infusão EV de AZT. A decisão pela via de parto irá depender das condições do colo uterino, da apresentação fetal, da presença de atividade uterina e da CV-HIV. Sabendo-se que o tempo de trabalho de parto está associado à maior ocorrência de TV do HIV, nas situações de colo desfavorável, ausência de atividade uterina ou frente à previsão de um parto demorado ou distócico, deve-se considerar a realização de cesárea, com a intenção de evitar induções prolongadas. Caso as condições do colo do útero sejam favoráveis e a gestante estiver em uso de TARV, com CV-HIV indetectável e apresentação cefálica, a via de parto pode ser vaginal. Essa decisão deve ser tomada junto com a gestante.

Via de parto e AZT no parto

Em mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de TV do HIV. Para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com CV-HIV <1.000 cópias/mL, mas DETECTÁVEL, pode ser realizado parto vaginal, se não houver contraindicação obstétrica. No entanto essa mulher tem indicação

de receber AZT intravenoso.⁽³⁾ O AZT deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical. A dose de ataque na primeira hora é de 2mg/kg, seguida de manutenção com infusão contínua de 1mg/kg, diluído em 100mL de soro glicosado a 5%. A concentração não deve exceder a 4 mg/mL. Para as mulheres já em TARV, os ARV devem ser mantidos nos horários habituais, VO, com um pouco de água, mesmo durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada. Não é necessário o uso de AZT profilático EV naquelas gestantes que apresentem CV-HIV indetectável após 34 semanas de gestação e que estejam em TARV com boa adesão.⁽³⁾ São cuidados que se deve tomar durante o parto vaginal: não realizar procedimentos invasivos (amniocentese, coriocentese, amniotomia, escalpo cefálico); parto instrumentalizado deve ser evitado, porém, quando indicado, preferir o fórceps em vez do vácuo-extrator; manter a infusão do AZT, se CV-HIV desconhecida ou >1000 cópias/mL, até a ligadura do cordão umbilical; monitorizar cuidadosamente o TP, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma), amniotomia e episiotomia, salvo se extremamente necessárias; esta sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com o mesmo degermante utilizado para a vagina e períneo durante o parto; evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota (espontânea) por tempo prolongado, visto que a taxa de TV aumenta progressivamente após 4 (quatro) horas de bolsa rota; o uso de medicamentos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, devendo seguir os padrões de segurança já conhecidos.⁽³⁾ O clampeamento tardio do cordão umbilical é preconizado pela OMS,⁽²⁶⁾ a despeito da opinião divergente do PCDT – TV HIV, sífilis e hepatites, MS do Brasil.⁽³⁾ No caso da cesárea

eletiva, deve-se ter os cuidados de confirmar a idade gestacional a fim de evitar a prematuridade iatrogênica – utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina e ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana); cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a RPM; caso a gestante que tenha indicação para a cesárea eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após três horas de infusão; sempre que possível, proceder ao parto empêlico (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras); realizar a completa hemostasia da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do RN com sangue materno; utilizar antibiótico profilático – dose única EV de 2g de cefazolina.⁽³⁾

As precauções básicas e universais incluem a utilização de EPI luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais e devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde, quando da manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra. Em caso de exposição a materiais biológicos, o profissional exposto deve ser avaliado com rapidez para que possa, caso seja indicado, realizar a PEP devida.

Cuidados no puerpério

Inibir a lactação com o uso de cabergolina 0,5mg, 2 comprimidos, dose única logo após o parto, evitando-se o desconfortável enfaixamento das mamas por 10 dias e de efetividade questionável.

Reforçar, na alta, que não amamente o RN nem permita aleitamento cruzado, a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar. Orientar o uso adequado e informá-la sobre o direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar seis meses de idade. Agendar consulta de retorno para seu acompanhamento e da criança. Incentivar a adesão à TARV, trocar o RAL pelo DTG até o 3º mês pós-parto. Acompanhá-la nas ações de saúde sexual e planejamento reprodutivo para que faça escolhas de forma consciente e segura.

Recomendações finais

1. Ofertar testagem combinada de HIV, sífilis e hepatite B à gestante, na 1ª consulta e no 3º trimestre.
2. Os TR são métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da TARV e resposta virológica mais precoce.
3. O teste de genotipagem pré-tratamento está indicado para todas as gestantes.
4. Não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para o início da TARV.
5. Realizar exame físico detalhado em busca atenta de sinais clínicos sugestivos de manifestações da doença, IO e outras IST, na pele, na cabeça e no pescoço, linfonodos, abdômen, sistema neurológico, trato genital inferior.
6. O nível da CV-HIV deve ser realizado pelo menos três vezes durante a gestação: na 1ª consulta, para estabelecer a magnitude da viremia; duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento; a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto.

- 7.** A contagem de LT-CD4⁺ deverá ser realizada na 1ª consulta e pelo menos a cada três meses em gestantes em início de tratamento.⁽³⁾
- 8.** A prova tuberculínica (PT ou PPD) deve ser realizada em todas as assintomáticas para TB e sem histórico prévio da doença. Se PT < 5mm, repetir anualmente e também após a reconstituição imunológica com o uso da TARV. Se PT ≥ 5mm, tratar a infecção latente com isoniazida (INH), desde que excluída TB ativa. Caso o PPD não esteja disponível e se afastada a possibilidade de TB ativa, deve-se também considerar a profilaxia com INH nas gestantes vulneráveis que vivam confinadas ou que estejam em situação precária de moradia; nas que convivam com sintomáticos respiratórios; nas que estejam em uso prolongado de corticoides e drogas imunossupressoras. Para as sintomáticas respiratórias (tosse há mais de duas semanas), independentemente da contagem de LT-CD4⁺, devem ser solicitadas três amostras de escarro para realização do teste rápido da TB (se disponível) e pesquisa direta do bacilo de Koch (BAAR).⁽³⁾
- 9.** Quanto às imunizações recomendadas, diferencia-se a de hepatite B que deve ser em dose dupla e acrescentada uma 4ª dose, seguindo o esquema de 0, 30, 60, 180 dias.
- 10.** TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4⁺.
- 11.** O esquema preferencial para gestantes em início de tratamento deve ser: TDF + 3Tc (dose fixa combinada, 300/300mg, 1x/dia) + RAL (400mg, 2x/dia).^(3,19)

- 12.** Na impossibilidade do uso de TDF/3TC, a associação AZT/3TC é a segunda opção.
- 13.** Caso essa associação não possa ser usada, recomenda-se o uso do abacavir (ABC) associado a 3TC como terceira opção, mas só nas pacientes que tenham teste para o HLA-B*5701 NEGATIVO, pelo risco de hipersensibilidade.⁽³⁾
- 14.** Para as gestantes que já estão em uso de Dolutegravir (DTG), como ainda não há dados de segurança para seu uso durante a gestação,⁽²⁰⁾ é permitido realizar a troca para o RAL, mas, ao término da gestação, aquelas que iniciarem TARV com o esquema de TDF + 3TC + RAL deverão realizar troca do RAL para DTG, em um prazo de até 3 meses.⁽³⁾
- 15.** Na impossibilidade do uso de INI, esquemas de inibidores de protease (IP) contendo ritonavir (r) como *booster* (IP/r) deve ser considerado. O Atazanavir (ATV/r) é o IP/r de escolha, que possui alta potência de supressão viral e perfil de segurança na gestação, além da comodidade posológica (um comprimido de 300mg/100 mg, uma vez ao dia).^(3,21) Outra opção é Darunavir (DRV), também com alta potência viral, na posologia de 600mg associado a 100mg de ritonavir, duas vezes ao dia.⁽³⁾
- 16.** EFV tem sua segurança comprovada na gestação por revisões sistemáticas e metanálises que excluíram a maior incidência de defeitos congênitos das crianças expostas no primeiro trimestre de gestação.⁽²²⁾ É a droga considerada como primeira escolha pela OMS, embora tenha perdido esse papel nos protocolos de outros países,^(23,24) entre os europeus, conforme a *European AIDS Clinical Society* (EACS), principalmente pela preocupação com a neurotoxicidade, além do aumento mundial da incidência de resistência transmitida aos ITRNN, que se dá quando

um indivíduo se torna infectado com uma cepa de HIV-1 já resistente a uma ou mais drogas.⁽⁵⁾ Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, analisando o banco de dados de genotipagens pré-tratamento para gestantes, demonstrou uma taxa global de mutações que conferiam resistência aos ITRNN de aproximadamente 8%, acima do corte de 5% estabelecido pela OMS.⁽³⁾ Desse modo, o uso de EFV deve estar necessariamente associado à realização de genotipagem pré-tratamento e evidência de atividade dessa medicação, a despeito da vantagem importante dos esquemas com ITRN + ITRNN, que é a comodidade posológica de dose fixa única de comprimido coformulado contendo TDF + 3TC + EFV (600mg/dia), com grande impacto na adesão.⁽³⁾

- 17.** As intercorrências clínicas e obstétricas são manejadas, em sua maioria, da mesma forma que nas gestantes não infectadas pelo HIV, independentemente do *status* imunológico. A pré-eclâmpsia, a síndrome HELLP, a colestase hepática e a insuficiência hepática aguda são distúrbios associados à gestação e podem ser confundidos com os efeitos adversos dos ARV. Portanto, é necessário realizar o diagnóstico diferencial de possíveis efeitos adversos associados ao uso de ARV. A utilização de IP também está relacionada ao desenvolvimento de hiperglicemia, DM e agravamento de distúrbios metabólicos da glicose e dos lipídios.
- 18.** Para gestantes que tenham necessidade de invasão âmnica, ponderar o risco e o benefício do procedimento, levando em consideração a CV-HIV da gestante, especialmente nas que estejam com a CV-HIV detectável. A utilização EV de AZT 2mg/kg peso materno, três horas antes da amniocentese, pode reduzir o risco de TV do HIV.

- 19.** Nos casos de HPP, não se deve administrar derivado do ergot nas pacientes que fizerem uso de medicamentos inibidores da enzima citocrômica P, cYp450 e cYp3a4 (IP, além de antibióticos macrolídeos), pelo risco de respostas vasoconstritoras exageradas e isquemias periféricas e centrais graves. Preferir ocitocina ou misoprostol.
- 20.** Na RPM e/ou TPP, a conduta expectante, quando inferior a 34 semanas, não difere daquela adotada para gestantes não infectadas pelo HIV. Mas, no caso da inibição do TPP, as condutas expectantes padronizadas incluem a introdução do AZT intravenoso materno concomitantemente à inibição medicamentosa do parto, a investigação de causas infecciosas, o uso de tocolíticos para postergar o parto por, no mínimo, 48 horas e o uso do corticosteroide para maturação pulmonar fetal, quando indicado, sendo o esquema mais utilizado o da betametasona intramuscular, aplicada em duas doses de 12 mg, com intervalo de 24 horas. Ao conseguir a inibição do parto, o AZT intravenoso deve ser descontinuado.
- 21.** Em mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de TV do HIV. Para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com CV-HIV <1.000 cópias/mL, mas detectável, pode ser realizado parto vaginal, se não houver contraindicação obstétrica. No entanto essa mulher tem indicação de receber AZT intravenoso.⁽³⁾
- 22.** O AZT deve ser administrado no início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampea-

mento do cordão umbilical. A dose de ataque na primeira hora é de 2 mg/kg, seguida de manutenção com infusão contínua de 1 mg/kg, diluído em 100 mL de soro glicosado a 5%. A concentração não deve exceder a 4 mg/mL. Para as mulheres já em TARV, os ARV devem ser mantidos nos horários habituais, VO, com um pouco de água, mesmo durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada. Não é necessário uso de AZT profilático EV naquelas gestantes que apresentem CV-HIV indetectável após 34 semanas de gestação e que estejam em TARV com boa adesão.⁽³⁾

- 23.** Durante o parto vaginal: não realizar procedimentos invasivos (amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpo cefálico); parto instrumentalizado deve ser evitado, porém, quando indicado, preferir o fórceps em vez do vácuo-extrator; manter a infusão do AZT, se CV-HIV desconhecida ou >1000 cópias/mL, até a ligadura do cordão umbilical; monitorizar cuidadosamente o TP, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma), amniotomia e episiotomia, salvo se extremamente necessários; esta sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com o mesmo degermante utilizado para a vagina e o períneo durante o parto; evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota (espontânea) por tempo prolongado, visto que a taxa de TV aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota; o uso de medicamentos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, devendo seguir os padrões de segurança já conhecidos.⁽³⁾ O clampeamento tardio do cordão umbilical é preconizado pela OMS,⁽²⁶⁾ a despeito da opinião divergente do PCDT – TV HIV, sífilis e hepatites, MS do Brasil.⁽³⁾

- 24.** No caso da cesárea eletiva, deve-se ter os cuidados de confirmar a idade gestacional a fim de evitar a prematuridade iatrogênica – utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina e ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana); cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a RPM; caso a gestante que tenha indicação para a cesárea eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após três horas de infusão; sempre que possível, proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras); realizar a completa hemostasia da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do RN com sangue materno; utilizar antibiótico profilático – dose única EV de 2g de cefazolina.⁽³⁾
- 25.** Precauções básicas e universais incluem a utilização de EPI, luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais, e devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde, quando da manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra. Em caso de exposição a materiais biológicos, o profissional exposto deve ser avaliado com rapidez para que possa, caso seja indicado, realizar a PEP devida.
- 26.** No puerpério: inibir a lactação com o uso de cabergolina 0,5 mg, 2 comprimidos dose única, logo após o parto, evitando-se o desconfortável enfaixamento das mamas por 10 dias e de

efetividade questionável. Reforçar, na alta, que não amamente o RN nem permita aleitamento cruzado, a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar. Orientar o uso adequado e informá-la sobre o direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar seis meses de idade. Agendar consulta de retorno para seu acompanhamento e da criança. Incentivar a adesão à TARV, trocar o RAL pelo DTG até o 3º mês pós-parto. Acompanhá-la nas ações de saúde sexual e planejamento reprodutivo para que faça escolhas de forma consciente e segura.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Mother-to-child transmission of HIV [Internet]. Genebra: OMS; 2016. [cited 2018 Jan 3]. Available from: <<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/#>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, n. 245, 18 dez. 2013. (citado 2015 Mar 19). Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/bvs>>.
5. Moura ME, da Guarda Reis MN, Lima YA, Eulálio KD, Cardoso LP, Stefani MM. HIV-1 transmitted drug resistance and genetic diversity among patients from Piauí State, Northeast Brazil. J Med Virol. 2015;87(5):798–806.
6. Rhee SY, Blanco JL, Jordan MR, Taylor J, Lemey P, Varghese V, et al. Geographic and temporal trends in the molecular epidemiology and genetic mechanisms of transmitted HIV-1 drug resistance: an individual-patient- and sequence-level meta-analysis. PLoS Med. 2015;12(4):e1001810.
7. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000–2006. AIDS. 2008;22(8):973–81.

8. Tubiana R, Le Chenadec J, Rouzioux C, Mandelbrot L, Hamrene K, Dollfus C, et al. Factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 despite a maternal viral load <500 copies/ml at delivery: a case-control study nested in the French perinatal cohort (EPF-ANRS CO1). *Clin Infect Dis*. 2010;50(4):585–96.
9. Lennox JL, DeJesus E, Lazzarin A, Pollard RB, Madruga JV, Berger DS, Zhao J, Xu X, Williams-Diaz A, Rodgers AJ, Barnard RJ, Miller MD, DiNubile MJ, Nguyen BY, Leavitt R, Sklar P; STARTMRK investigators. Safety and efficacy of raltegravir-based versus efavirenz-based combination therapy in treatment-naïve patients with HIV-1 infection: a multicentre, double-blind randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374(9692):796–806. Erratum in: *Lancet*. 2009;374(9707):2054; *Lancet*. 2009;374(9692):786.
10. McKeown DA, Rosenvinge M, Donaghy S, Sharland M, Holt DW, Cormack I, et al. High neonatal concentrations of raltegravir following transplacental transfer in HIV-1 positive pregnant women. *AIDS*. 2010;24(15):2416–8.
11. Taylor N, Touzeau V, Geit M, Gisinger M, Egle A, Greil R, et al. Raltegravir in pregnancy: a case series presentation. *Int J STD AIDS*. 2011;22(6):358–60.
12. Rosenvinge M, Dosekun O, Rodgers M, Ramsay S, Perez K, Foster R, et al. A multicentre case series of Raltegravir use in pregnancy. *HIV Med*. 2012; 13:1.
13. Westling K, Pettersson K, Kaldma A, Navér L. Rapid decline in HIV viral load when introducing raltegravir-containing antiretroviral treatment late in pregnancy. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26(12):714–7.
14. Renet S, Closon A, Brochet MS, Bussi  res JF, Boucher M. Increase in transaminase levels following the use of raltegravir in a woman with a high HIV viral load at 35 weeks of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(1):68–72.
15. Rockstroh JK, DeJesus E, Lennox JL, Yazdanpanah Y, Saag MS, Wan H, et al.; STARTMRK Investigators. Durable efficacy and safety of raltegravir versus efavirenz when combined with tenofovir/emtricitabine in treatment-naïve HIV-1-infected patients: final 5-year results from STARTMRK. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63(1):77–85.
16. Rizk ML, Houle R, Chan GH, Hafey M, Rhee EG, Chu X. Raltegravir has a low propensity to cause clinical drug interactions through inhibition of major drug transporters: an in vitro evaluation. *Antimicrob Agents Chemother*. 2014;58(3):1294–301.
17. Boucoiran I, Tulloch K, Pick N, Kakkar F, van Schalkwyk J, Money D, et al. A case series of third-trimester raltegravir initiation: impact on maternal HIV-1 viral load and obstetrical outcomes. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2015;26(3):145–50.
18. Sharma M, Walmsley SL. Contraceptive options for HIV-positive women: making evidence-based, patient-centred decisions. *HIV Med*. 2015;16(6):329–36.
19. Maliakkal A, Walmsley S, Tseng A. Review of the efficacy, safety, and pharmacokinetics of raltegravir in pregnancy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(2):153–61.
20. Vitoria M, Ford N, Clayden P, Pozniak AL, Hill AM. When could new antiretrovirals be recommended for national treatment programmes in low-income and middle-income countries: results of a WHO Think Tank. *Curr Opin HIV AIDS*. 2017;12(4):414–22.
21. Samuel M, Bradshaw D, Perry M, Dhairyawan R, Chan SY, L Byrne L, et al. Atazanavir in pregnancy: a report of 155 cases. *HIV Med*. 2011;12:9–10.

22. Ford N, Mofenson L, Shubber Z, Calmy A, Andrieux-Meyer I, Vitoria M, et al. Safety of efavirenz in the first trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2014;28 Suppl 2:S123–31.
23. de Ruiter A, Taylor GP, Clayden P, Dhar J, Gandhi K, Gilleece Y, et al.; British HIV Association. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012 (2014 interim review). *HIV Med*. 2014;15 Suppl 4:1–77.
24. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV. Department of Health and Human Services [Internet]. [cited 2018 Jan. 17]. Available from: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
25. Duarte G, Figueiró-Filho EA, El Beitune P, Quintana SM, Marcolin AC, Yano RK, et al. Controle de polidrmnio Recorrente em gestante portadora do HIV-1. Relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(3):241–5.
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Genebra: OMS; 2012.



Portal Febrasgo

Você também pode ler os
Protocolos Febrasgo online,
pelo seu computador, tablet
ou celular!

Acesse:

www.febrasgo.org.br/protocolos

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propedêutica mamária

Obstetrícia

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



