

A transmissão vertical (da mãe para o seu filho) é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Em nosso País, essa forma de transmissão tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de aids em menores de 13 anos.

Estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou parto, ou por meio da amamentação.

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito.

Em 1994, os resultados do Protocolo 076 do *AIDS Clinical Trial Group (ACTG)* comprovaram que o uso do AZT pela mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto, e pelo recém-nascido,

pode reduzir a transmissão vertical do HIV cerca de 70%. Em 1998, um estudo realizado na Tailândia demonstrou que o uso de um regime de tratamento de curta duração de AZT oral, iniciado na 36^a semana de gestação e mantido durante o trabalho de parto, sem a administração de AZT para o recém-nascido, e com substituição do aleitamento materno, foi capaz de reduzir, aproximadamente, 50% a taxa de transmissão. Esse estudo demonstrou que o uso do AZT, mesmo durante um curto período de tempo, leva à diminuição do risco da mãe transmitir o HIV para o seu filho.



Recomendações da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde

- Oferecer o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV. O teste deve ser voluntário e confidencial.
- Oferecer o AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente do nível de CD4, carga viral ou estado clínico da gestante, devendo o tratamento ser iniciado em qualquer momento, a partir da 14ª semana de gestação até o parto.
- Oferecer o AZT injetável à parturiente desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical, que deve ser realizado o mais rápido possível, após a expulsão da criança. Mesmo as mulheres que não receberam AZT oral durante a gestação, devem receber AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto.
- O AZT deve fazer parte dos esquemas terapêuticos anti-retrovirais combinados (conforme as recomendações do documento de consenso sobre terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV, publicado pelo Ministério da Saúde). A inclusão do AZT no esquema terapêutico adotado para a gestante portadora do HIV é recomendada porque, até o presente momento, não existem dados na literatura científica sobre a eficácia e segurança de outro anti-retroviral que não o AZT, na redução da transmissão do HIV da mãe para o feto. A única exceção ao uso completo do regime de AZT, durante a gravidez, aplica-se às gestantes que estejam fazendo uso, com sucesso, de esquemas terapêuticos que incluam a estavudina (d4T). Nesse caso, deve-se manter o esquema terapêutico com o d4T e administrar o AZT intravenoso durante o trabalho de parto e o parto e a solução oral de AZT para o recém-nato.

- No momento do diagnóstico da gravidez, todas as mulheres que se encontrarem em uso de terapia anti-retroviral combinada, deverão, a princípio, ter seus esquemas de tratamentos mantidos. Todavia, essas pacientes deverão ser informadas sobre os potenciais de riscos e benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento, no tocante à evolução da sua própria doença; e os potenciais efeitos adversos sobre a criança. A conduta deverá ser tomada caso a caso, com a participação do clínico, do obstetra e da própria gestante. Optando-se pela interrupção do tratamento, todas as drogas deverão ser, simultaneamente, suspensas, e reiniciadas após a 14ª semana de gestação, para evitar o desenvolvimento de resistência.

- Oferecer o AZT à criança, na sua forma de solução oral. Essa terapia deve-se iniciar nas

primeiras 8 horas após o nascimento, e mantida até a 6ª semana de vida. Até o momento, não há comprovação de eficácia do medicamento, quando o tratamento é iniciado 48 horas após o nascimento.

- Os filhos de gestantes infectadas pelo HIV devem receber AZT solução oral, mesmo que as suas mães não tenham recebido AZT durante a gestação e parto.

- As mulheres infectadas pelo HIV devem ser aconselhadas sobre o risco de transmissão do vírus da aids durante a amamentação, e devem ser orientadas quanto à supressão da lactação e ao uso de substitutos do leite materno. Recomendam-se o leite de bancos de leite credenciados pelo Ministério da Saúde (quando disponível) e o leite artificial.

Contra-indicam-se o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher) e o uso do leite materno com pasteurização domiciliar. (Para mais informações consulte o folheto do Ministério da Saúde sobre as orientações para a alimentação das crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV).

Outras recomendações

- Todos os procedimentos invasivos durante a gestação (amniocentese, cordocentese), o trabalho de parto (amniotomia, escalpe cefálico) e no parto, são contra-indicados.
- No parto vaginal deve-se evitar a episiotomia.

- O trabalho de parto deve ser acompanhado cuidadosamente, evitando-se os toques vaginais repetidos.
- As gestantes portadoras do HIV não devem permanecer com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado.
- O clampeamento do cordão umbilical deve ser feito imediatamente após a expulsão.
- O recém-nascido deve ser lavado com água e sabão, imediatamente após o parto.
- As vias aéreas do recém-nascido devem ser aspiradas delicadamente, evitando traumatismos em mucosas.

Observação

- Estudos recentes demonstraram que o parto cesáreo contribui para a redução da transmissão vertical somente quando realizado de forma eletiva (estando as membranas íntegras, e antes que o trabalho de parto tenha iniciado). Entretanto, não há dados suficientes sobre morbi-mortalidade materna associada ao parto cesáreo em mulheres portadoras do HIV, que permitam, neste momento, recomendar esse procedimento como rotina.

Esquema posológico do AZT para o período pré-natal

indicação gestantes portadoras de HIV
a partir da 14^a semana de gestação
até o parto

administração via oral

apresentação cápsula de 100mg

**dosagens
e modo de usar** 100mg 5x/dia
ou
200mg 3x/dia
ou
300mg 2x/dia

Esquema posológico do AZT para parturientes

indicação

parturientes portadoras do HIV

administração

infusão intravenosa

apresentação

frasco ampola de 200mg (10mg/ml)

dosagens e modo de usar

Iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1mg/kg/hora até o clampamento do cordão umbilical; diluir em soro glicosado a 5% e gotejar conforme tabela. A concentração não deve exceder 4mg/ml.

Posologia alternativa do AZT para parturientes

indicação

parturientes portadoras de HIV
em situações de não disponibilidade
do AZT injetável no momento do parto

administração

via oral

apresentação

cápsula de 100mg

dosagens e modo de usar

300mg no começo do trabalho
de parto e, a partir de então,
300mg a cada 3 horas até
o clampamento do cordão umbilical

Preparação do AZT para infusão intravenosa

em 100ml de solução glicosada 05%

peso	ataque (2 mg/kg) correr na primeira hora		manutenção (1 mg/kg) correr a cada hora	
	AZT	gotejamento	AZT	gotejamento
40 kg	08 ml	36 gts/min	04 ml	35 gts/min
50 kg	10 ml	37 gts/min	05 ml	35 gts/min
60 kg	12 ml	37 gts/min	06 ml	35 gts/min
70 kg	14 ml	38 gts/min	07 ml	36 gts/min
80 kg	16 ml	39 gts/min	08 ml	36 gts/min
90 kg	18 ml	39 gts/min	09 ml	36 gts/min

Esquema posológico do AZT para crianças

indicação

crianças nascidas de mães
portadoras de HIV

administração

via oral

apresentação

solução oral de 10mg/ml

dosagens e modo de usar

durante as primeiras 6 semanas de vida,
administrar AZT, iniciando
nas primeiras 8 horas de vida,
na dose de 2mg/kg/dose VO de 6/6h

Posologia alternativa do AZT para crianças

Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na dose de 1,5mg/kg IV de 6/6h.

A dose de AZT apropriada para crianças prematuras abaixo de 34 semanas de gestação ainda não está definida. Entretanto, o protocolo 331 do Pediatric AIDS Clinical Trial Group (PACTG), em andamento, está utilizando as seguintes doses: 1,5mg/kg, VO ou IV, a cada 12 horas nas primeiras duas semanas e 2mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas.

Nas crianças acima de 34 semanas a farmacocinética do medicamento é semelhante a das crianças a termo.

Cuidados específicos no acompanhamento da gestante e do recém-nascido

- Estabelecer, durante o pré-natal, o acompanhamento concomitante da gestante com infectologista ou clínico experiente no manejo de pacientes infectados pelo HIV.
- Estabelecer, durante o pré-natal, o diagnóstico precoce, e instituir tratamento de todas as patologias intercorrentes (outras DST, tuberculose, reativação da toxoplasmose, infecções vaginais e cervicais) que possam aumentar o risco de rotura prematura das membranas, parto prematuro e infecção placentária.
- Submeter a gestante à contagem de linfócitos CD4 e medida da carga viral, para melhor avaliação do esquema anti-retroviral e da necessidade de quimioprofilaxias para infecções oportunistas. Essa medida deverá ser feita, sempre que possível, antes de iniciar o uso do AZT.
- Acompanhar a gestante com hemograma e transaminases, no início do tratamento com AZT; e a seguir, de mês em mês. Frente à ocorrência de efeitos adversos, reavaliar a conduta.
- Orientar a mulher, na alta do puerpério, quanto à importância do seu acompanhamento clínico e da criança. O acompanhamento clínico da mulher deve incluir: retorno para avaliação clínico-obstétrica no 8º e no 40º dia pós-parto; encaminhamento para serviço de infectologia para seguimento clínico do estado de infecção pelo HIV; e reavaliação da necessidade de manutenção ou não da terapia anti-retroviral; e encaminhamento a um serviço de planejamento familiar.
- Orientar a mulher quanto ao preparo dos substitutos do leite.

- Orientar a mulher quanto ao uso de preservativos em todas as relações sexuais.

- Acompanhar a criança com hemograma completo, no início do tratamento com AZT e após a 6ª semana de vida para detecção de efeitos adversos.

- Assegurar o acompanhamento da criança pelo pediatra. A partir da 6ª semana, é recomendada a profilaxia de *Pneumocysts carinii* com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP) na dosagem de 750mg de SMX/m²/dia, divididos em 2 doses diárias, 3 vezes por semana, em dias consecutivos.

Precauções Básicas

As Precauções Básicas são medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas; na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-integra. Estas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual-EPI (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais) com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente. Os profissionais de saúde devem tomar outros cuidados especiais, para se prevenirem contra acidentes com materiais pérfuro-cortantes (para mais informações, consulte o Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico: hepatite e HIV do Ministério da Saúde).

Cuidados específicos durante o parto

- Preferir sempre seringas de plástico (isto se aplica durante a episiotomia, quando esta não puder ser evitada).
- Preferir sempre o uso de tesouras, ao invés de bisturi.
- Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo).
- Preferir fios de sutura agulhados.
- Evitar agulhas retas de sutura, pelo seu maior risco de acidente percutâneo.
- Utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos durante a sutura da episiotomia (quando esta for necessária), durante o fechamento por planos na operação cesareana e outros procedimentos.

- Evitar sutura por dois cirurgiões simultaneamente, no mesmo campo cirúrgico.
- A passagem de materiais pérfuro-cortantes (bisturi, porta-agulhas com agulhas etc.) do auxiliar para o cirurgião deve ser através de cubas, após aviso verbal.
- Adotar cuidados especiais na manipulação da placenta e do cordão umbilical, pois o risco de exposição é muito grande.
- Adotar os EPI (luvas, capotes, avental, máscara e gorro) nos cuidados imediatos do recém-nascido, devido a possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico.