



**Assunto:** Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana

**Nº:** 01/DSMIA  
**DATA:** 04/02/04

**Para:** Todos os Estabelecimentos de Saúde

**Contacto na DGS:** Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes  
Divisão das Doenças Transmissíveis

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

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

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

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

Nesse contexto, a prevenção da transmissão mãe-filho do VIH representa, cada vez mais, uma das estratégias essenciais no combate à propagação da SIDA. A realização do teste específico para o VIH na preparação e durante a gravidez, para além de possibilitar a adopção das medidas necessárias para a redução do risco de transmissão perinatal permite à mulher, no caso de seropositividade assintomática, ter acesso precoce aos cuidados apropriados de saúde e melhorar o prognóstico da sua doença.

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

1. sejam desenvolvidos esforços no sentido de se alertar os cidadãos/ãs, em particular as mulheres em idade fértil para as vantagens de efectuar a serologia VIH antes e durante a gravidez;
2. os responsáveis pelos serviços de saúde incrementem as medidas tendentes a garantir o acesso à informação e ao aconselhamento sobre VIH/SIDA, assim como à efectivação *voluntária* do teste, no contexto dos cuidados pré-concepcionais e pré-natais;
3. a serologia VIH deve realizar-se *após o consentimento esclarecido* da mulher e com a seguinte calendarização:
  - **no período pré-concepcional**, no contexto da Circular Normativa nº2/DSMIA de 1998.
  - **no período pré-natal** - realização de duas serologias:

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

A periodicidade e o número dos testes podem ser alterados em função de situações clínicas específicas que o justifiquem.

Os resultados positivos devem ser confirmados, com urgência, pelo método de Western blot.

Deve ser estimulada a participação do futuro pai no aconselhamento e realização simultânea do teste.

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

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

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

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

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

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

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

#### *Aconselhamento pré e pós-teste*

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

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

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde

Prof. Doutor, José Pereira Miguel

**Nota:** A presente Circular revoga as directrizes relativas a este tema contidas nas Orientações Técnicas desta Direcção-Geral nºs 2 e 11.