

SIDA E A MULHERCLÁUDIA CHAVES¹MARIA JOSÉ RAMALHO²PAULA CARRILHO³TERESA ARAÚJO⁴

Os padrões epidemiológicos da pandemia do VIH/SIDA estão a mudar, fazendo prever que, nos próximos anos, o *ratio* homem/mulher seja de 1:1. Isto é tanto mais verdade em localizações geográficas onde a transmissão do vírus por via heterossexual é a predominante, com particular relevância para os países em vias de desenvolvimento. De entre estes, África merece destaque, já que aí as cifras assustadoras relativas a esta doença traduzem, de facto, a precariedade da condição de mulheres e crianças.

As mulheres são, no presente, o grupo mais vulnerável à SIDA, não só pelas suas condições anatomofisiológicas, mas também pela sua situação social, económica e cultural. O seu papel na família, como cuidadora, parceira sexual e, eventualmente, mãe coloca-as face aos desafios de uma doença que, apesar de crónica, tem, ainda hoje, um desfecho fatal.

Simultaneamente vítima e portadora/mensageira da doença, a mulher é confrontada com os seus comportamentos passados ("vítima culpada") ou acaba por se ver presa numa teia de contaminações sucessivas. Com frequência, começa por ser contaminada pelo seu parceiro sexual (muitas vezes, como verdadeira "vítima inocente", já que desconhece condutas e passado do homem com quem vive), tornando-se, depois, ela própria, transmissora da doença aos filhos que, provavelmente, tanto quis proteger.

Em 80% dos casos de SIDA pediátrica a génese pode ser encontrada na transmissão vertical.

É hoje preocupante o número de crianças que são infectadas pelas suas mães, bem como o número daquelas, que não o estando, já perderam ou virão a perder, num

¹ Assistente de 1º Triénio da Escola Superior Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu e Mestranda em SIDA: da prevenção à terapêutica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

² Psicóloga Clínica da Unidade Terapêutica de Dor do Hospital de S. Bernardo, SA, Mestranda em SIDA: da prevenção à terapêutica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

³ Assistente Social do CAT de Coimbra e Mestre em SIDA: da prevenção à terapêutica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

⁴ Assistente de 2º Triénio na Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo e Mestre em SIDA: da prevenção à terapêutica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

futuro próximo, as suas progenitoras, em consequência desta enfermidade.

Impedido de nascer de uma mãe infectada, ou nascendo mas sendo confrontado, desde logo, com o dilema básico da sobrevivência, que a espécie humana, pela sua superioridade, acreditava ter resolvido, o filho do Homem encontra-se agora numa situação particularmente frágil, parecendo ter perdido todo o terreno que os seus antepassados conquistaram para si.

Os alicerces da sua especificidade, fundados numa relação familiar "suficientemente boa" e, principalmente, na precocidade de uma ligação privilegiada à sua mãe, estão em ruínas.

O recurso a instituições, como cuidadores principais, é um passo atrás no caminho da humanização e da dignidade. Mas, cada vez mais, e para qualquer das faixas etárias que se vêm afectadas pelo VIH/SIDA, esta é uma realidade.

Na procura de uma verdadeira solução para mulheres em risco, o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária e secundária (e, provavelmente, terciária, já que se vai no sentido de mais e melhores anos de vida) torna-se cada vez mais pertinente.

Antes de mais, é preciso que estas mulheres se transformem em agentes activos de prevenção, libertando-se da sua (ainda) subjugação sexual, e é necessário melhorar a sua acessibilidade aos serviços de saúde, de aconselhamento e de apoio social, desenvolvendo todos os suportes necessários para si e para as suas famílias, no sentido de um verdadeiro "empowerment".

Uma reflexão sobre a condição da mulher, no contexto do VIH/SIDA, é, portanto, indispensável.

Procurando uma síntese de alguns aspectos que nos parecem relevantes, decidimos objectivar este artigo em torno de algo que, à partida, parece ser um paradoxo: a gravidez no contexto da infecção pelo VIH. Paradoxo porque a SIDA é uma doença incurável, com elevada morbidade e mortalidade, em que o espectro do contágio é permanente. Por seu turno, a gravidez, sendo uma peculiaridade feminina, é um desafio à vida, voltando-se para o futuro, num projecto de continuidade.

As novas terapêuticas, que têm conduzido a um aumento da esperança de vida, e a discussão, cada vez mais actual, sobre os direitos das pessoas infectadas por este vírus, criam expectativas de maternidade.

É por isso que, cada vez mais, se torna pertinente encontrar respostas e reforçar iniciativas dedicadas às "mães dos filhos da SIDA", já que a inversão da pandemia passa também pela prevenção e profilaxia da transmissão vertical.

Começaremos, então, por caracterizar a situação actual da mulher face ao VIH/SIDA, detende-nos depois, com mais pormenor, sobre a problemática da gravidez e da transmissão vertical.

A MULHER E A INFECCÃO PELO VIH

Abordaremos neste capítulo os aspectos característicos da infecção VIH na mulher, procurando traçar um perfil da sua situação actual.

Durante a década de 80 registou-se um rápido aumento do número de mulheres com SIDA. As mulheres constituíram 9% das primeiras 100 000 pessoas infectadas pelo VIH.

Uma estimativa da incidência da infecção revela um declínio marcante, com o passar do tempo, entre os homens brancos e uma incidência relativamente constante entre as mulheres e as minorias.

Presentemente, é importante distinguir a situação epidemiológica da doença na mulher nos países em vias de desenvolvimento e nos países ocidentais. A maioria das pessoas infectadas está, de facto, nos países em vias de desenvolvimento. Só na África Sub-Sahariana existem mais de 25,4 milhões de pessoas portadoras do vírus e 3,1 milhões são novos casos de infecção em 2004. Estes números condicionam, como é óbvio, a incidência da doença nas mulheres neste local do globo.

Segundo dados da OMS, em Dezembro de 2004, havia 39,4 milhões de pessoas infectadas pelo VIH, dos quais 17,6 milhões eram mulheres. Ocorreram, aproximadamente, 14.000 novos casos de infecção diariamente, em adultos entre os 15 e os 49 anos de idade.

As mulheres mais jovens são as mais afectadas: metade delas têm idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Em algumas cidades africanas uma em cada três mulheres, entre os 19 e os 37 anos, está infectada.

Em todo o mundo, 90% das infecções por VIH nas mulheres ocorrem por contágio heterossexual, 5% a 10% por partilha de material injectável contaminado e 3% através de transfusão de sangue ou produtos contaminados.

Em Portugal, a notificação dos casos de infecção pelo VIH é voluntária e realizada pelo médico assistente, procedendo-se ao registo dos casos declarados. Este registo é incompleto, sobretudo no referente aos casos assintomáticos, mas permite-nos observar a tendência crescente no número de mulheres infectadas.

Segundo dados da CNLCS, entre nós, o primeiro caso de SIDA no sexo feminino foi diagnosticado em 1985, registando-se 10 anos depois mais de 360 casos em mulheres, representando cerca de 15% do total de casos notificados (Bastos *et al.*, 1995).

De acordo com o CVEDT, o total acumulado de casos de SIDA em 30 de Junho de 2004, no nosso país, era de 11.263, dos quais 400 causados pelo VIH-2 e 162 referentes à co-infecção pelos VIH-1 e VIH-2.

MECANISMOS DE TRANSMISSÃO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Especialistas mundiais concordam em dizer que as mulheres são hoje o grupo mais vulnerável à SIDA: numa relação heterossexual existe uma probabilidade 10 a 100 vezes maior de uma mulher se infectar relativamente a um homem.

A informação disponível sugere que o coito anal, a relação sexual durante a menstruação, a presença de úlceras genitais, a presença de células receptoras do VIH (células de Langherans) no local e o tempo de contacto com o fluído infectado facilitam a transmissão. Existem ainda outras circunstâncias influenciadoras, como o estágio mais avançado da infecção e o número de relações sexuais com o parceiro.

A prevenção da transmissão heterossexual é fundamental para travar a evolução da pandemia e passa por educar convenientemente a população.

É preciso informar algumas mulheres e seus parceiros de que o uso da pílula, do dispositivo intra-uterino ou o coito interrompido não protegem contra o VIH.

O preservativo, correctamente utilizado, é o meio mais eficaz de prevenção, apresentando, igualmente, benefícios preventivos face a outras DSTs. A sua utilização é fundamental na prevenção da transmissão do VIH em casais serodiscordantes, sobretudo nas situações em que o(a) parceiro(a) sexual apresenta uma carga viral elevada. Contudo, a sua recomendação deverá ser sempre acompanhada de informação sobre o seu correcto uso e as suas limitações.

As causas da sua falibilidade são múltiplas: tipo de material (o látex é o mais protector), o risco de ruptura do preservativo (em 11% a 18% das situações), o contacto ocasional das mucosas e a omissão do seu uso noutras relações potencialmente infecciosas (como, por exemplo, as relações oro-genitais).

Actualmente, recomenda-se o uso de contraceptivos orais em associação com o

preservativo masculino, já que estes apresentam um alto grau de eficácia contraceptiva e permitem a regulação do ciclo menstrual. Mas, é preciso não esquecer que estes benefícios só poderão ser conseguidos por mulheres com um estilo de vida organizado, que se possam responsabilizar pela sua correcta administração. Caso contrário, devem ser procuradas outras soluções mais adequadas à condição psicossocial da mulher.

Na população feminina portuguesa, e tendo em conta as categorias de transmissão, verificou-se que, entre 1985 e 1992, os casos notificados referiam predominantemente a transmissão heterossexual mas, a partir deste ano, a associação entre a toxicoddependência e a SIDA passou a constituir o binómio mais importante na disseminação do VIH (Bastos *et al.*, 1995).

No final do primeiro semestre de 2004, a categoria de transmissão “heterossexual” constituía 54,9% do total de casos notificados, assinalando-se um aumento proporcional no número de casos referindo especificamente a transmissão por via endovenosa (CVEDT, 2004).

Nas mulheres toxicoddependentes a transmissão sexual tem um papel adicional à transmissão parentérica. A maioria das mulheres que consomem drogas por via endovenosa mantêm relações sexuais remuneradas para aceder às drogas ilegais. O risco de transmissão parentérica torna, portanto, as mulheres toxicoddependentes num grupo especialmente vulnerável à infecção.

A prevenção nesta população torna-se, pois, importante, uma vez que a utilização de meios contraceptivos eficazes é relativamente baixa e os contactos sexuais desprotegidos com parceiros múltiplos são frequentes.

Quando grávidas, estas mulheres, deverão ser aconselhadas a reduzir ou a interromper os consumos e motivadas para integrar programas de reabilitação psicossocial. No entanto, nem sempre a abstinência é possível, o que obriga a uma prevenção no sentido de minimizar os riscos de infecção.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Existem poucos estudos relacionados com a SIDA nas mulheres. Este facto contrasta com a necessidade de investigar aspectos específicos nesta população, uma vez que é plausível pensar que possam existir diferenças entre os sexos.

Algumas investigações sugeriram que as mulheres infectadas pelo VIH tinham pior prognóstico que os homens (progressão da doença e morte mais rápidas), mas

análises posteriores revelaram que aspectos de ordem biológica, social e epidemiológica estão na gênese destas diferenças. Hoyt (1998) refere, como causa desta situação, o difícil acesso destas mulheres a cuidados de saúde adequados (acesso a serviços médicos, a medicação e à hospitalização).

Em termos biológicos, a infecção pelo VIH faz com que certas condições ginecológicas afetem a mulher com uma maior frequência, sobretudo as que apresentam uma imunodeficiência moderada e/ou avançada.

Segundo esta mesma autora, as complicações ginecológicas da infecção por VIH incluem uma incidência elevada de achados anormais no esfregaço de *Papanicolaou*, maiores taxas de recaída após terapêutica cirúrgica para o cancro cervical, doença inflamatória pélvica grave, tipos raros de cancro da mama e infecções micóticas vaginais recorrentes ou persistentes.

Em 1992, a classificação da infecção VIH do CDC incluiu o carcinoma invasivo do colo do útero como manifestação definidora de SIDA.

Embora as infecções oportunistas não sejam mais frequentes num dos sexos, as mulheres têm mostrado um maior risco de pneumonia bacteriana e de esofagite por cândida e um menor risco de Sarcoma de Kaposi e de tricoleucoplasia oral. O linfoma não-Hodgkin, como doença definidora de SIDA, raramente é observado, não tendo uma frequência mais elevada em mulheres infectadas pelo VIH.

E a gravidez, influenciará a evolução da infecção por VIH na mulher?

Esta hipótese foi sugerida por alguns estudos iniciais, mas foi desmentida por outros realizados posteriormente.

Embora algumas pesquisas tenham revelado uma variabilidade surpreendente nas células imunitárias em mulheres grávidas, comparadas com mulheres não grávidas com infecção pelo VIH, este achado não reflectiu uma grande variação na carga viral do VIH durante a gravidez nem qualquer efeito na progressão clínica.

A avaliação de grandes grupos de dados mostrou que o mau prognóstico materno e do lactente estão relacionados com factores coadjuvantes como o consumo de drogas, gravidez não vigiada e fase avançada da doença por VIH de *per si*.

Outros factores que podem influenciar o prognóstico materno são a idade, a antiguidade da infecção, o tipo de vírus e os seus diferentes sub-tipos.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da infecção pelo VIH características das mulheres são de ordem fisiológica, ginecológica e obstétrica. Deter-nos-emos agora sobre os aspectos relacionados com as duas primeiras, reservando a abordagem das manifestações obstétricas para o capítulo especificamente dedicado à gravidez.

De acordo com a progressão da doença, registam-se algumas alterações fisiológicas: diminuição do volume mamário e da massa muscular, o que provoca alterações estéticas marcadas. Frequentemente, é também referida a diminuição da libido, cuja causa se desconhece, embora se apontem alterações fisiológicas e/ou psicossomáticas decorrentes da infecção.

Foram observadas irregularidades menstruais em aproximadamente 60% das mulheres: casos de amenorreia, espaniomenorreia, menorragias, *spotting* e síndrome pré-menstrual. Desconhece-se se o VIH exerce alguma acção directa na função do ovário ou do útero ou se, indirectamente, influencia o sistema endócrino.

A disfunção na forma de amenorreia é atribuída ao consumo de heroína, anfetaminas, benzodiazepinas ou mesmo, após período activo, ao uso de metadona. Apontam-se igualmente causas de emagrecimento marcado e alterações hipotalâmicas. O baixo nível de linfócitos T CD4+ e os baixos níveis séricos de albumina, comuns na situação de doença avançada (fase de SIDA), estão correlacionados também com esta alteração.

A situação clínica de meno ou metrorragias é justificada pela administração de estimulantes do apetite, pela ocorrência de cervicites, ou em consequência do uso de contraceptivos hormonais injectáveis.

Todavia, Doroana (1999) refere não existirem estudos que comprovem a disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, pelo que será difícil fazer leituras absolutas acerca das alterações na ovulação destas mulheres.

De entre as alterações ginecológicas, destacamos os seguintes quadros: doenças sexualmente transmissíveis, infecções vulvovaginais, doença inflamatória pélvica, neoplasia invasiva cervical (CIN), carcinoma invasivo do colo do útero.

GRAVIDEZ E VIH

Desde sempre que a fecundidade, gestação e maternidade fascinaram o

Homem, delas dependendo, em grande medida, o poder social da mulher.

Se a gravidez se refere ao período próximo das 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto, rodeada de inúmeras alterações físicas, ela não se esgota nestas. Vivências psicológicas e sociais são outra faceta desta realidade.

O desejo de ter um filho nem sempre coincide com o querer ou poder ser mãe, tendo repercussões a nível consciente e inconsciente.

O nascimento de um filho confirma a fertilidade e a capacidade reprodutiva, proporcionando aos pais o sentimento de imortalidade. O filho surge como um espelho através do qual eles se podem rever, funcionando como o elo de uma longa cadeia de gerações em que são mantidos os ideais e tradições familiares.

O não ter filhos, na nossa sociedade, pode ser encarado como um sinal de imaturidade, de egoísmo, de instabilidade ou de falhanço individual ou conjugal, contribuindo para estigmatização e isolamento social.

Um homem ou uma mulher seropositivos são, virtualmente, inférteis. Inférteis porque na vivência da sua sexualidade põem em perigo a/o companheira/o e futuros filhos.

A decisão de conceber uma criança ou de evitar a sua concepção, em presença do VIH, é extremamente pessoal e, muitas vezes, não é controlada pelo indivíduo, havendo pressões externas e desejos internos, mais ou menos conscientes, que tornam a decisão de gravidez num conflito marcado pela ansiedade e ambivalência.

Neste contexto, torna-se pertinente o aconselhamento e seguimento do casal, ajudando-o a ponderar os aspectos envolvidos numa escolha que não é, de todo, pacífica, já que se faz acompanhar de diversos dilemas éticos, psicológicos e sociais.

A situação agrava-se quando, estando já grávida, a mulher se vê confrontada com um diagnóstico de VIH decorrente de um exame pré-natal.

Considerados todos os riscos, e na presença de uma decisão pela maternidade/paternidade, o leque de possibilidades apresentadas ao casal deve enfatizar aspectos ligados à prevenção da infecção.

Também nesta área a ciência tem evoluído no sentido de dar respostas. Novas tecnologias de diagnóstico e terapêuticas mais avançadas, técnicas de reprodução medicamente assistida para casais serodiscordantes (sobretudo, quando é o homem o infectado) e o recurso a abordagens psicoterapêuticas centradas em aspectos precoces e da relação (clínica da vinculação) procuram ir ao encontro das múltiplas necessidades apresentadas por estas pessoas.

Contudo, é preciso não esquecer que, muitas vezes, os entraves surgem ao

nível do Poder Central que, não legislando e não acompanhando os progressos científicos, impede práticas que poderiam constituir alternativas viáveis no quadro desta doença.

ACONSELHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE PARA A INFECÇÃO VIH

Na prevenção primária, reprodução e cuidados pré-natais, as mulheres devem ser adequadamente aconselhadas a realizar o teste para a infecção VIH. Caso a mulher se encontre infectada, este torna-se importante quer para detecção precoce da sua infecção, quer para limitar a transmissão vertical.

Do ponto de vista da qualidade dos cuidados de saúde, a questão do VIH deve ser colocada *antes*, quer pelos próprios médicos de família, quer no contexto de uma abordagem clínica especializada, designadamente em consultas de planeamento familiar, no rastreio pré-natal e no seguimento de situações de esterilidade.

Os médicos têm o dever de informar a mulher sobre o interesse em fazer o teste para o VIH e sobre a utilidade do diagnóstico precoce. Por seu lado, as mulheres têm o direito de exigir que lhes seja disponibilizada, nessa altura, intervenção de aconselhamento pré-teste que lhes permita decidir. Este aconselhamento individual contribui para a promoção do seu bem-estar psicológico face a um procedimento potencialmente *stressante*, tornando-se, por isso, uma peça chave para a prevenção primária do VIH.

Esta conduta deve ser norma, sobretudo se as pacientes pertencem a um dos seguintes grupos de risco:

- Toxicodependentes, mulheres com parceiro sexual seropositivo ou que vivam com um homem bissexual, toxicodependente ou originário de países endémicos, que tenha vivido num país endémico ou que seja hemofílico;
- Mulheres originárias da África Central, do Haiti ou das Caraíbas, para o vírus VIH-1, ou de Moçambique e Angola, para o vírus VIH-2;
- Mulheres com uma ou várias doenças de transmissão sexual, tais como candidíase vaginal crónica, displasia cervical, tuberculose ou outras infecções genitais, ou com múltiplos parceiros sexuais

(o risco aumenta com o seu número);

- Prostitutas (embora o risco pareça ser menor na Europa do que em África);
- Mulheres transfundidas entre 1981 e 1989.

Contudo, muitas mulheres não conhecem o passado sexual e/ou toxicodépendente do seu companheiro e outras julgam-se invulneráveis ao risco, pelo que mais de 40% das mulheres seropositivas são diagnosticadas após confirmação da gravidez, em exames de rotina pré-natal.

A entrega de um resultado, tanto positivo como negativo, deve ser acompanhada de informação, o mais completa possível, sendo recomendado o apoio psicológico.

Na abordagem inicial de mulheres não grávidas infectadas pelo VIH, a avaliação clínica deve incidir na história médica exaustiva, no exame físico cuidado e na observação de sinais e sintomas de deficiência imune progressiva, com a realização de testes serológicos para a sífilis, o citomegalovírus, a hepatite B, a hepatite C e a toxoplasmose.

Os resultados obtidos permitem estabelecer um nível basal que facilitará a monitorização em relação a potenciais infecções e a uma futura gravidez.

Mulheres seronegativas para a toxoplasmose devem ser cuidadosamente informadas sobre as medidas a tomar para evitar futuros contágios.

Os testes cutâneos para a tuberculose devem ser realizados e, se necessário, deve ser iniciada profilaxia, de acordo com a contagem de células CD4.

A imunização em relação ao *Pneumocystis carinii*, vírus da Hepatite B e *Haemophilus influenzae* deve ser realizada, assim como outras vacinas adicionais (por exemplo, a anti-tetânica), sempre que necessário.

A contracepção deverá ser recomendada às mulheres com infecção pelo VIH e desaconselhada a gravidez.

No aconselhamento de mulheres seropositivas, o que se torna específico são, portanto, os aspectos relacionados com a gravidez, quer no que respeita à decisão de vir a engravidar, quer no que se refere a uma gravidez em relação à qual se poderá colocar a questão da interrupção, sobretudo se a mulher se encontra em situação contemplada pela legislação portuguesa.

ACONSELHAMENTO PRÉ-NATAL E TOMADA DE DECISÃO

Em cerca de metade dos casos, o diagnóstico VIH é feito no decurso da gravidez (Watts, 1999).

Mesmo tendo conhecimento da sua situação clínica, muitas mulheres tomam a decisão impulsiva de engravidar. A impossibilidade de ser mãe é dramática para jovens mulheres assintomáticas e que não são estéreis, sentindo-se injustiçadas de uma forma tanto mais profunda consoante o episódio contaminante tenha sido accidental, antigo, escondido ou desconhecido. Outros sentimentos podem ainda estar em jogo, como o desejo de dar um filho ao homem que ama, a negação face à própria doença, o desafio que representa triunfar em relação a esta, o perpetuar-se ou a esperança de ter um filho não infectado que lhe permita a reabilitação e a reintegração no seu meio social.

Actualmente, entre nós é incluído o teste para o VIH (seguindo o procedimento do consentimento informado) entre os exames laboratoriais a fazer após uma primeira consulta de gravidez e no segundo trimestre.

A comunicação de um resultado de um exame positivo ao VIH é um choque para a mulher que se vê confrontada com um problema que pode contribuir não só para a sua morte, como para a morte do seu filho. Torna-se assim pertinente a existência de técnicas preparadas para o aconselhamento pré e pós-teste e, na opinião de vários autores, esta é uma tarefa que deve estar a cargo de uma equipa multidisciplinar (Pinto, 1995).

Tanto quanto possível, estas intervenções devem passar por um aconselhamento de casal, explorando basicamente quatro aspectos: o significado para o casal, e para cada um dos seus membros, de vir a ter uma criança; a possibilidade de a criança que vai nascer poder vir a estar infectada; as expectativas de cada um em relação a essa situação; a possibilidade de não virem a ter essa e outras crianças.

No âmbito da tomada de decisão, a mulher deve ser informada sobre o seu estado de saúde, sobre as possibilidades terapêuticas actuais e sobre o risco que corre o feto, na ausência de diagnóstico fetal desta doença.

Henrion e Mandelbrot (1997) são da opinião que a mensagem a transmitir à mulher deve ser diferente consoante as circunstâncias. Se tiver SIDA e/ou um défice imunitário severo e uma carga viral elevada, é preferível aconselhar uma interrupção terapêutica da gravidez (e, voltamos a ressaltar, desde que legalmente possível), especialmente se a mãe estiver separada da sua família e/ou o futuro pai também estiver gravemente doente. Pelo contrário, se a mãe não apresentar sinais clínicos, um défice

imunitário marcado e uma carga viral elevada e tiver o apoio da família, sendo o pai da criança seronegativo, a atitude deve ser mais reservada, tendo sempre presente que cada caso é um caso.

O número de mulheres que decidem prosseguir com a gravidez é cada vez maior. A sua proporção ultrapassa actualmente os 50%.

GRÁVIDA SEROPOSITIVA AO VIH - 1º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

A seroprevalência do VIH em mulheres grávidas varia em diferentes países. Por norma, é muito maior nos países em vias de desenvolvimento do que nos países ocidentais. Ainda, no mesmo país, a infecção pode diferir em distintas áreas geográficas, com maior notoriedade nas áreas urbanas relativamente às rurais.

O despiste da infecção VIH em mulheres grávidas, baseado nos factores de risco, falha em, pelo menos, metade dos casos (Watts, 1999). É, portanto, fundamental a realização de testes serológicos para confirmar a infecção.

Na maioria dos casos, a mulher é assintomática e a infecção encontra-se em fase latente.

Para Watts (1999), existem aspectos que devem ser considerados nas mulheres infectadas pelo VIH que optam por engravidar ou por prosseguir com uma gravidez. Entre eles, aponta o impacto da gravidez na infecção materna pelo VIH (relativamente ao qual, como já supra referimos, não existem estudos concludentes) e as opções terapêuticas, os riscos de transmissão perinatal e os meios para a sua redução, o impacto do VIH na gravidez, a evolução e cuidados obstétricos, assim como o seguimento do recém-nascido, desde o diagnóstico precoce até à profilaxia das infecções oportunistas.

Em qualquer das situações, a diminuição da esperança de vida da mãe, o impacto da doença materna no feto e o seguimento a longo prazo da criança, devem ser discutidos com a mãe e a família. Não devemos, de igual modo, esquecer o risco de infecção do cônjuge que, em algumas circunstâncias, poderá não estar informado da situação clínica da sua companheira, ignorando, portanto, os seus próprios riscos. Trata-se de uma situação complexa, já que só com a anuência da mulher este poderá ser informado de que esta se encontra infectada pelo VIH e de que será pertinente ele realizar o despiste da doença, já que poderá estar igualmente infectado.

A mulher deverá ser aconselhada a alterar o seu comportamento sexual (sexo desprotegido, parceiros múltiplos, práticas sexuais violentas,...) e a vigiar DSTs

recorrentes, de modo a prevenir a reinfecção e a minimizar factores que possam facilitar a transmissão da infecção ao seu bebé. A modificação de condutas aditivas (abuso de substâncias, de álcool, uso de tabaco,...) e um acompanhamento em relação à nutrição são, igualmente, aspectos fulcrais.

Influência do VIH sobre a gravidez e o feto

O conhecimento dos efeitos da infecção VIH na gravidez é ainda reduzido.

Muitos autores descrevem o aparecimento de complicações durante este período, nomeadamente:

- aborto espontâneo - foi registado em África um maior número de abortos espontâneos; contudo, nos países ocidentais não se encontram diferenças significativas;
- malformações - por vezes, não são mais numerosas, apenas mais frequentes em crianças infectadas pelo VIH;
- atraso de crescimento intra-uterino - em algumas situações, esta complicação surge aquando da presença de outros co-factores maternos. No entanto, a diminuição do peso poderá estar relacionada com infecção intra-uterina do feto;
- parto prematuro - na Europa e nos Estados Unidos da América, a frequência de partos prematuros em mulheres seropositivas é superior a 10%;
- morte fetal *in útero* - em estudos comparativos realizados em África detectou-se que o risco relativo de morte fetal *in útero* é de 2,7%.

Todavia, estas complicações podem estar essencialmente associadas a outros factores relacionados com aspectos sócio-económicos, más condições sanitárias, coexistência de outras doenças infecciosas ou parasitárias, a frequência de DSTs, a natureza do vírus e a sua variedade.

Mesmo em países desenvolvidos existem divergências consoante se trate de mulheres pertencentes a um meio desfavorecido, com condutas aditivas ou de mulheres socialmente inseridas, com vida estável e harmoniosa.

Em qualquer dos casos, estas gestações devem ser consideradas de alto risco, pelo que a vigilância clínica deve ser uma constante. Lembremos que já foi detectado

ADN viral em tecidos de fetos com 12 semanas de gestação (van Vliet e Roosmalen, 1998).

Complicações devidas a défices imunitários

Segundo Henrion e Mandelbrot (1997), algumas complicações estão directamente relacionadas com infecções secundárias e com deficiências imunitárias. Estas podem produzir sofrimento fetal em casos de hipoxemia devido a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral ou pneumonia bacteriana.

Certas situações clínicas devem-se a infecções associadas ao VIH, tais como tuberculose (que deverá ser precocemente detectada para evitar o risco de primoinfecções em recém-nascidos, aos quais não se administra actualmente o BCG ao nascer), hepatites, infecções por citomegalovírus, toxoplasmose, herpes genital ou condilomas.

Alterações fisiológicas na gravidez

Os sintomas de gravidez e do VIH podem ser sobreponíveis: fadiga, náuseas e vômitos, dispneia e cefaleias são comuns em mulheres grávidas, independentemente da infecção. Lesões cutâneas únicas na gravidez podem mimetizar as do VIH e vice-versa.

As alterações fisiológicas observadas neste período surgem, basicamente, a nível cardiovascular, pulmonar, gastrintestinal, renal e podem ainda ser relativas ao metabolismo da droga.

Transmissão do VIH ao Feto

Os mecanismos de transmissão perinatal do VIH encontram-se no campo das hipóteses, embora haja estudos que refiram algumas possibilidades dos fetos serem contaminados no útero. A morte rápida dos bebés nascidos por cesariana, a descoberta do vírus depois do cultivo de linfócitos em bebés prematuros e portadores de linfadenopatias, provas virológicas de que o feto pode ser contaminado desde a 15ª semana de gestação e a existência de lesões do timo em fetos abortados são algumas das evidências que apontam nesse sentido.

Segundo Henrion e Mandelbrot (1997), as contaminações durante o 1º trimestre são hipotéticas. Isolaram-se receptores CD4 ou CD4 *like* com capacidade de fixar o vírus e detectou-se a presença de proteínas virais e de ARN viral nas vilosidades coriônicas a partir da 9ª semana de amenorreia.

Van Vliet e Roosmalen (1998) referem, por seu turno, que o vírus pode

alcançar o feto através de linfócitos maternos infectados, na situação de crianças com forte imunodeficiência combinada.

O VIH ao penetrar no líquido amniótico pode também contaminar o feto através das membranas mucosas.

Apesar de tudo isto, só a contaminação tardia, no final da gravidez e durante o parto, está actualmente estabelecida.

GRÁVIDA SEROPOSITIVA AO VIH - 2º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

A vigilância da infecção VIH efectua-se, neste período, mediante avaliação análoga à realizada no primeiro trimestre, devendo ser repetida 2 a 3 meses depois, consoante o estado de saúde da paciente.

São desaconselhadas manobras invasivas, tais como amniocentese e extracção de sangue fetal. Embora teoricamente seja possível analisar o líquido amniótico ou sangue extraído do cordão, esta prática é desaconselhada, pois pode provocar uma contaminação accidental do feto.

Início da profilaxia com AZT

O protocolo ACTG 076 preconiza o início da profilaxia da transmissão vertical, pela administração de Zidovudina (10 mg 5id, *per os*) à grávida, a partir desta fase, com início à 14ª semana, já que no período anterior o poder teratogénico do AZT pode ser elevado. E, mesmo a partir desta altura, a administração é preconizada com base numa avaliação custo/benefício, já que não existe ainda tempo suficiente, desde o início da aplicação do protocolo, para afirmar que este fármaco é isento de riscos futuros para a criança. Não se sabe, por exemplo, se poderá existir toxicidade mitocondrial ou se este poderá induzir algum tipo de carcinogénese.

O recurso ao AZT em monoterapia pode conduzir ao aparecimento de formas de VIH mutantes resistentes na mãe, risco este que poderá ser agravado pela possibilidade de resistências cruzadas com outros fármacos.

Embora existam estas reservas, os números apontam para vantagens claras: a taxa de transmissão vertical do VIH antes de ser instaurada a profilaxia com AZT da grávida infectada era, na Europa, de 15% a 20% e desde a introdução do protocolo ACTG 076 assistiu-se a uma redução para os 8%.

Está também actualmente provado que, nas grávidas que fazem profilaxia com

AZT e estão, simultaneamente, sujeitas a tratamento antirretrovírico, a taxa de transmissão vertical reduziu-se a valores entre os 2% e os 5%.

Avitaminose A

Um dos factores responsáveis por maior probabilidade de transmissão vertical do VIH é o défice vitamínico e mineral.

No Malawi foi efectuado um estudo sobre a situação das grávidas VIH positivas quanto à vitamina A, tendo sido demonstrado que era comum a deficiência em relação a esta vitamina e que esta estava fortemente associada a um acréscimo do risco de transmissão vertical do VIH.

Entre os mecanismos biológicos subjacentes à intervenção da vitamina A é possível que figure o papel essencial desempenhado por esta na imunidade e manutenção da integridade das mucosas. Uma baixa concentração de vitamina A poderá prejudicar a função das células B e T, e, desse modo, conduzir a maiores cargas virais e/ou menores níveis de anticorpos maternos. Os baixos níveis de vitamina poderão ter impacto sobre a mucosa do "canal de parto" ou sobre a integridade da placenta.

Estes factos sugerem a possibilidade de a administração de vitamina A ser uma estratégia simples, com boa relação custo/eficácia na redução da transmissão vertical do VIH, especialmente em países em vias de desenvolvimento, onde a carência desta é comum.

No entanto, já surgiram preocupações quanto à teratogenicidade de uma elevada ingestão de vitamina A, pois doses elevadas (mais de 10 000 UI) foram associadas a defeitos congénitos. A dose diária recomendada para grávidas situa-se em 8 000 UI.

GRÁVIDA SEROPOSITIVA AO VIH - 3º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

Vigilância e Parto

A vigilância da saúde da grávida, neste trimestre, deve ser mais frequente se esta é toxicodependente, tem SIDA, uma imunossupressão grave ou uma carga viral elevada.

É importante prevenir o parto prematuro através da informação e aconselhamento sobre medidas de promoção de saúde, sem descuidar a vigilância e tratamento das infecções cervico-vaginais.

É importante o controle do bem-estar fetal através dos movimentos activos e por registo do ritmo cardíaco.

Na fase final da gravidez pode dar-se a entrada de células maternas na circulação fetal, em particular a partir do início do trabalho de parto. Se estas células estiverem infectadas darão lugar à libertação de partículas víricas, infectando o recém-nascido.

O trabalho de parto é um momento crucial, quer pela ansiedade e dúvidas vividas pela mãe, quer por se tornar fundamental evitar todos os procedimentos que possam implicar a infecção. Cerca de dois terços das infecções à descendência ocorrem durante o parto e o *peri-parto*.

Actualmente, sendo possível realizar um parto de termo de forma eutócica, colocam-se dúvidas sobre este procedimento, pois existe a hipótese de contaminação do bebé pelas vias genitais da mãe, devido à exposição ao sangue e secreções vaginais presentes no "canal de parto". O risco aumenta com a ruptura prolongada das membranas.

A cesariana programada, antes da ruptura das membranas, parece constituir o método mais seguro. Esta, associada aos cuidados profilácticos preconizados pelo ACTG 076 para o período *intra-partum*, que passam pela administração de AZT à mãe até à altura do parto (2mg/kg na primeira hora; 1mg/kg até ao parto), permitem reduzir significativamente o risco de contágio ao recém-nascido.

Tais medidas serão preconizáveis nos países desenvolvidos, mas serão de difícil aplicação nos países mais pobres, onde o recurso a este tipo de medicação está limitado pelos seus custos elevados. Nestes casos, poder-se-á restringir a quimioprofilaxia ao parto e *peri-parto* (eliminando o seu uso no *ante* e *pos-parto*, já que, embora sendo períodos de risco, são-no em menor grau) e fazer a administração de Nevirapina (mais económica) em vez de Zidovudina.

O recurso à cesariana poderá também não ser viável, por ausência de meios técnicos e humanos e por existirem elevadas probabilidades de complicações pós-operatórias. A alternativa possível passa pela realização de parto eutócico com lavagem do "canal de parto" com soluto germicida (por exemplo, cloreto de benzalcónio).

Mas, mesmo nos países desenvolvidos há que recordar que existem situações muito distintas, e se é possível o seguimento médico de algumas mulheres grávidas infectadas pelo VIH, outras existem que nunca fizeram terapêutica antirretrovírica e cujo primeiro contacto com os serviços de saúde se dá apenas na iminência do parto.

Neste caso, torna-se pertinente a implementação de algumas medidas:

- indução do trabalho de parto em caso de ruptura prematura de membranas, se as condições do "canal de parto" forem favoráveis (podendo ser útil a desinfecção do canal de parto com antissépticos endovaginais, principalmente se a ruptura de membranas for superior a 4 horas); cesariana electiva em caso contrário;
- cesariana em caso de distocia dinâmica ou mecânica sem resolução imediata;
- limitação da duração da ruptura de membranas ao mínimo;
- devem evitar-se todas as intervenções que possam provocar lesões ou microlesões cutâneas;
- administração *intra-partum* de AZT endovenoso, nas doses recomendadas pelo protocolo ACTG 076.

MULHER SERONEGATIVA PARCEIRA DE HOMEM SEROPOSITIVO AO VIH

Falando de gravidez no contexto do VIH/SIDA não podemos deixar de referenciar uma última situação: aquela em que não sendo a mulher a portadora do vírus, vê quartadas as suas possibilidades de engravidar por ser o seu parceiro seropositivo.

A um casal nestas circunstâncias, que quisesse ter um filho, restava, até há bem pouco tempo, o recurso à adopção ou à inseminação artificial com esperma de dador, com todas as problemáticas psicológicas e éticas inerentes a estas práticas.

Actualmente, têm vindo a ser desenvolvidas e investigadas outras alternativas, no contexto da reprodução medicamente assistida em casais serodiscordantes que desejam ter um filho que seja biologicamente seu. No entanto, é preciso salientar que, embora constituindo avanços tecnológicos, estas práticas não são isentas de risco de transmissão da infecção, quer à mulher, quer ao futuro ser e carecem ainda de enquadramento legal no nosso (e noutros) país. De entre estas destacamos:

relações sexuais não protegidas no momento da ovulação - o método consiste em limitar as relações sexuais não protegidas ao período da ovulação, apontando os autores que o preconizam (por exemplo, Mandelbrot) que, em algumas situações, é possível a fecundação numa única relação sexual. Para que este procedimento possa ser posto em prática é necessária uma avaliação clínica da infecção

VIH no homem (estado imunológico e virológico), do estado ginecológico da mulher e um estudo da fertilidade do casal.

Não está provado qual o número mínimo de relações sexuais necessário para a transmissão do VIH. Deste modo, numa relação sexual desprotegida se pode engravidar, mas também numa única se pode contrair/transmitir o vírus. A maior infectividade do homem para o VIH e a também maior vulnerabilidade da mulher são factores a considerar na utilização deste método (lembramos que a probabilidade de transmissão da infecção de um homem para uma mulher é de 2:1)

Este método, a nosso ver, cria um paradoxo face às orientações vigentes em termos de prevenção, passando a mensagem de que é possível, ainda que ocasionalmente, ter relações sexuais desprotegidas com o conhecimento prévio do diagnóstico de infecção. Parece-nos, portanto, que o aconselhamento reprodutivo, aquando da apresentação desta alternativa, deve enfatizar este risco.

Inseminação artificial intra-uterina de espermatozóides tratados e controlados do homem seropositivo- baseia-se na preparação prévia do esperma (permitindo a sua descontaminação à escala molecular), seguida de inseminação artificial. Semprini e seus colaboradores (1997), que têm vindo a conduzir um programa de reprodução assistida com recurso a esta técnica, referem que o fundamental é o controle da principal variável na transmissão sexual: a presença do VIH no sémen. Opõem-se, portanto, ao método anterior, já que referem como fundamental o uso continuado do preservativo nas relações sexuais do casal.

Em 1990, o CDC publicou dois casos de contaminação com recurso a esta técnica. Não se pode, pois, concluir que o risco de contaminação seja nulo, embora ele seja significativamente mais reduzido do que aquele no decurso de uma relação não protegida em período ovulatório. A principal questão passa pelo facto não ser possível ainda determinar, em segurança, o grau de infecciosidade das partículas víricas.

A redução do risco de contaminação (e, essencialmente, de contaminação materna), com recurso a estas técnicas, está estreitamente ligada à qualidade do meio clínico.

O seu uso coloca, no estado actual dos conhecimentos, uma série de questões de ordem ética e jurídica.

No nosso país, voltamos a frisar, a questão da reprodução medicamente assistida em casais serodiscordantes para o VIH, aplicando as técnicas acima citadas, é ainda do domínio meramente teórico, uma vez que não existe enquadramento legal que

permita a sua aplicação prática.

Em França, os Centros de Fecundação Medicamente Assistida, têm-se negado a trabalhar com esperma infectado, devido ao risco potencial de transmissão ocupacional e de contaminação dos materiais.

Estas práticas colocam ainda o problema da responsabilidade médica e científica em intervenções potencialmente contaminantes.

Em liberdade, o médico pode apelar à objecção de consciência. No entanto, não pode deixar de se envolver num processo de esclarecimento e orientação, que permita a cada casal uma decisão informada.

Mais uma vez, o recurso a um aconselhamento feito no âmbito de uma equipa multidisciplinar poderá ser útil, ajudando o casal a encarar realisticamente a sua situação. O objectivo deverá ser o de possibilitar uma verdadeira opção, feita no presente, numa perspectiva de continuidade com o passado, mas, acima de tudo, tendo em conta o futuro. Neste sentido, é fundamental que o casal compreenda a sua dinâmica conjugal e o significado da parentalidade, bem como as suas responsabilidades no desenvolvimento harmonioso da criança que poderão pretender conceber.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH

A transmissão vertical da infecção VIH pode ocorrer a três níveis: pré-natal (transplacentar-intra-útero), perinatal (incluindo o momento do parto) e pós-natal (através do aleitamento materno). Vários estudos referem que esta se processa com elevada frequência nas duas últimas semanas da gravidez e durante o parto.

A taxa de transmissão vertical, isto é, a percentagem de recém-nascidos infectados por cada 100 mães infectadas, varia segundo as áreas geográficas a que se refere, sendo determinante o nível de desenvolvimento humano.

Nos países europeus, antes da implementação da profilaxia da transmissão vertical na grávida VIH positiva, a taxa de transmissão era de 15%-20%, pouco inferior à actual taxa nos países em vias de desenvolvimento, que é de 25%.

A prática sistemática do protocolo ACTG 076, a partir de 1994, reduziu-a para valores de 6%-8%, e, quando este procedimento se associa à terapêutica antirretrovírica, esta taxa pode situar-se em 2%-5%.

Com base nestes dados, a OMS tem alertado a opinião pública mundial e a comunidade científica para a progressão da doença nos países que não têm recursos

económicos, nem estabilidade social, por guerras e conflitos. Nestes países, à semelhança do que acontece nos países desenvolvidos, devem ser implementadas estratégias de prevenção e combate à doença.

Existem vários factores que favorecem a transmissão vertical da infecção VIH (Mellado *et al.*, 1999):

- Factores maternos
 - o estado avançado da doença;
 - infecção materna aguda ou recente;
 - co-infecções víricas e doenças de transmissão sexual durante a gravidez;
 - défice de vitamina A e de alguns minerais, tais como zinco e cobre;
 - tipo de parto⁵;
 - uso de drogas e promiscuidade depois do 1º trimestre;
- Factores víricos
 - carga vírica materna elevada: a nível plasmático e nas secreções vaginais;
 - fenótipo vírico: indutor de sincícios e com tropismo por células mononucleares;
 - genótipo vírico: estirpes víricas mutantes ou resistentes;
- Factores feto-placentares
 - primeiro gémeo/RNBPN/prematuridade (< 35 semanas);
 - ruptura de membrana superior a 4 horas/corioamniotite;
 - procedimentos invasivos durante a gravidez ou parto que provoquem sangramento da mãe e/ou recém-nascido;
- Factores imunológicos
 - valores baixos de CD4 maternos⁶;
 - ausência de anticorpos neutralizantes;
 - mediadores da imunidade;
 - imunidade da mucosa vaginal alterada;
 - Aleitamento materno
 - Não realização de profilaxia durante a gravidez e parto com Zidovudina.

⁵ Embora esta seja uma temática ainda envolta em alguma controvérsia, como já atrás se disse, parece ser que o parto vaginal se constitui como de maior risco

⁶ Na mulher, os linfócitos T CD4+ baixam naturalmente durante a gravidez, retomando os valores normais cerca de 6 meses após o parto. Na grávida infectada por VIH o processo é idêntico, mas os níveis de CD4 não são repostos.

O protocolo ACTG 076 preconiza a administração de Zidovudina à grávida e ao recém-nascido, nas doses recomendadas, segundo os seguintes critérios:

- *ante-partum*: desde a 14^a semana de gestação até ao trabalho de parto;
- *intra-partum*: administrada à grávida, por via intravenosa, desde a primeira hora do trabalho de parto até ao parto;
- *pos-partum*: administrada ao recém-nascido, por via oral, a iniciar nas primeiras 8-12 horas de vida e durante as primeiras 6 semanas.

A implementação deste protocolo pressupõe que a grávida seja acompanhada regularmente em consulta, o que nem sempre acontece. Com frequência, a grávida procura os serviços de saúde quando está doente, no final da gravidez ou mesmo já em trabalho de parto.

Nestas circunstâncias, deve ser equacionado o procedimento mais adequado, personalizando as estratégias de intervenção, na certeza de que o factor mais importante na transmissão vertical é a profilaxia com Zidovudina durante a gravidez.

As recomendações actuais pautam-se pelo objectivo da prevenção de transmissão vertical, proporcionando à grávida os melhores cuidados de saúde, independentemente do estágio da gravidez e/ou da infecção/doença. Assim, e de acordo com as distintas situações, temos:

- grávida infectada sem terapêutica antirretrovírica prévia - as recomendações terapêuticas (após avaliação clínica, imunológica e virológica), deverão basear-se nos mesmos parâmetros utilizados para as não grávidas. As combinações terapêuticas devem incluir o AZT. Se a situação imunitária for boa, poderá adiar-se o início dos antirretrovirais para depois das 12 semanas de gestação.
- grávida infectada a fazer terapêutica antirretrovírica previamente à gravidez - deverá manter terapêutica, se esta estiver a ser eficaz. Se o esquema terapêutico não incluir o AZT, este deverá ser adicionado após 14 semanas.
- grávida infectada sem terapêutica antirretrovírica prévia e que entra em trabalho de parto na Urgência - administração *intra-partum* de AZT endovenoso, seguida de administração ao recém-nascido de AZT, *per os*, nas primeiras 6 semanas de vida. As doses são as recomendadas pelo protocolo ACTG 076.
- recém-nascido de mãe seropositiva que não fez terapêutica antirretrovírica antes ou durante o parto - oferecer AZT nas primeiras 6 semanas de vida (iniciar pelas 12 horas de vida).

Para reduzir o risco de transmissão através do aleitamento materno, as mães não devem amamentar os filhos, independentemente do tipo de vigilância e tratamento implementados antes do nascimento⁷. Contudo, esta restrição levanta problemas éticos em países em que a mortalidade em recém-nascidos por sub-nutrição e por situações infecciosas precoces é muito elevada. Nestes países, o aleitamento materno, para além de ter vantagens económicas, trás benefícios imunológicos para o bebé e tem um efeito negativo na fertilidade. Além disso, por razões culturais, será muito complicado impedir que estas mulheres amamentem os seus filhos.

Portanto, mais uma vez nos confrontamos com o facto de que o que é verdade no mundo ocidental poderá não se aplicar *ipsis verbis* à realidade noutras latitudes do globo.

As estratégias propostas para a prevenção e profilaxia da transmissão vertical do VIH devem ser do inteiro conhecimento da grávida, incluindo a terapêutica antirretrovírica, na medida em que não são, de todo, conhecidos os efeitos teratogénicos da maioria destes fármacos a longo prazo. A segurança e a eficácia destes, em relação à grávida, ao feto e ao recém-nascido estão pouco estudados. São áreas a desenvolver, com complexas implicações éticas, que justificam cuidada investigação.

DIAGNÓSTICO DA INFECCÃO VIH NA CRIANÇA

Após o nascimento, o diagnóstico da infecção VIH na criança deve ser realizado com a maior celeridade possível. Actualmente, com as novas técnicas laboratoriais, este pode ser realizado nos primeiros 3 meses de vida.

A classificação da infecção VIH em pediatria, proposta pelo CDC (1994), utiliza uma associação de estado clínico e imunológico, expressando estádios de maior ou menor severidade e de maior ou menor deterioração da função imune.

Os critérios de positividade em crianças filhas de mães infectadas pelo VIH, infectadas por sangue ou hemoderivados ou outros mecanismos conhecidos de transmissão, por exemplo, por contactos sexuais, são os seguintes:

- crianças com idade inferior a 18 meses, devem apresentar resultados positivos em duas determinações realizadas com um intervalo mínimo de 48 horas (excluindo sangue do cordão), numa ou mais das seguintes provas:

⁷ Os factores associados a um maior risco no aleitamento materno são: a elevada carga vírica da mãe, défice de vitamina A, latoferrinémia elevada, mastites e outras lesões da mama, da mucosa oral da criança e a duração da amamentação.

- cultivo ou co-cultivo para VIH;
- PCR para VIH;
- antigenemia VIH (p24).

Considera-se ainda que a criança está infectada se apresenta uma das determinações anteriores positiva, quando acompanhada de critérios clínicos de diagnóstico de SIDA, baseados no CDC de 1987.

- crianças com idade superior a 18 meses, devem apresentar anticorpos anti-VIH persistentemente positivos por ELISA e confirmados por IFI ou Western-blot.

O método mais utilizado no recém-nascido é a determinação da presença do VIH por PCR, devido à sua alta sensibilidade – aos 35 dias de vida é de 95% (Muñoz-Fernández, 1999) - e à reduzida quantidade de sangue que exige.

Cerca de 15% a 20% dos recém-nascidos e crianças infectadas por transmissão vertical, irão ter uma evolução rápida da doença, com encefalopatia, imunodeficiência progressiva e elevada taxa de mortalidade antes dos 3 ou 4 anos. As restantes 80% a 85% crianças infectadas, terão uma evolução semelhante à do adulto (com sobrevida superior aos 10 anos).

A contagem dos linfócitos T CD4+ como referencial da doença não deve ser, contudo, muito valorizada nos primeiros anos de vida, já que ela é muito distinta da do adulto, ou mesmo da da criança mais velha.

Os recém-nascidos, filhos de mães seropositivas para o VIH, devem iniciar profilaxia para a pneumonia por *Pneumocystis carinii* antes dos 2 meses de vida, mesmo que não se conheçam os resultados do rastreio da infecção. Esta recomendação é fundamental porque a PPC é muito frequente, nesta idade, na criança infectada e tem prognóstico vital reservado.

CONCLUSÃO

Casais confrontados com a infecção VIH, clamam hoje, no contexto de uma doença crónica, pelos seus direitos sociais, profissionais e familiares. Mas, embora assistamos a progressos significativos, com mais e melhor qualidade de vida, esta não deixa de ser uma doença contagiosa, incurável e com morbilidade e mortalidade elevadas.

A incidência desta infecção em idades jovens, obriga a equacionar opções e condutas face a uma reorganização de projecto de vida.

Transmitindo-se por via sexual e por via vertical, o vírus compromete não só a sobrevivência da espécie, mas pode pôr em causa alguns destes interesses, como por exemplo, o planeamento da própria família.

No contexto social, o estatuto desigual das mulheres tem implicações sexuais.

É urgente prestar atenção às questões específicas que a SIDA coloca às mulheres, tendo em conta os seus direitos reprodutivos, uma vez que até agora as soluções apresentadas para estas questões têm sido insuficientes.

Tal como acontece em relação à SIDA em geral, também não existe no nosso país, uma estratégia global, adequada às realidades sociais e coerente, de educação para a saúde e de prevenção da infecção pelo VIH nas mulheres, nem suficientes apoios (sociais, psicológicos, de saúde e jurídicos) para mulheres infectadas ou mesmo doentes.

É fundamental aumentar a acessibilidade das mulheres aos serviços de saúde, sistematizando a prática do teste para o VIH, com a garantia absoluta da disponibilização de uma intervenção adequada de aconselhamento pré e pós-teste, por forma a prevenir a transmissão vertical do VIH.

Parece importante ter presente que a transmissão materno-fetal de um vírus, que pode ser fatal para a mãe e para o seu bebé, produz modificações importantes quer nas vivências da grávida seropositiva, quer posteriormente no relacionamento mãe-bebé. Surge um sentimento de impotência e culpabilidade face à situação, o que contribui também para uma desvalorização da imagem de mãe e mulher.

O aconselhamento de grávidas seropositivas pode complicar-se com problemas psicossociais diversos: pobreza, toxicodependência e isolamento. Deste modo, consideramos desejável a existência de equipas multidisciplinares nos serviços hospitalares, por forma a prestar cuidados pré-natais completos a estas mulheres e a responder às suas necessidades específicas.

O nascimento de um bebé, que tem probabilidades de ser seropositivo e que só terá um diagnóstico positivo alguns meses depois do parto, provoca nos pais uma grande angústia e incerteza. Apesar de todo o sofrimento, não nos podemos centrar de tal forma na doença que acabemos por descuidar a imagem de mãe, do bebé e do casal, pois eles são o verdadeiro recurso da humanidade.

Por tudo o que se disse, parece-nos necessário e desejável promover o debate no âmbito do binómio VIH/SIDA-Mulher, tendo como referencial os seus contextos sociais específicos, e sem esquecer os direitos reprodutivos e os direitos das crianças que eventualmente poderão vir a ser geradas. Só assim será possível contribuir para a identificação de algumas áreas de investigação que remetam para a especificidade desta

infecção no feminino, procurando dar resposta a questões como as que, por exemplo, se seguem:

- quais são os modelos teóricos mais adequados para sustentarem programas de prevenção especificamente dirigidos às mulheres, e de entre estas, a grupos particulares?
- que modelos de aconselhamento e de intervenção serão mais eficazes junto de mulheres em diferentes fases do ciclo de vida e em diferentes contextos sociais e relacionais?
- que factores psicológicos influenciam a decisão de interromper ou não a gravidez, quando a mulher grávida é seropositiva para o VIH e toma conhecimento disto no rastreio pré-natal?

BIBLIOGRAFIA

- PAIXÃO, M. T. – SIDA : a situação em Portugal em 30 de Junho de 2004. *AIDS Portugal*. [em linha]. 2004. [consult. 8-3-2005]. Disponível em [www: <URL:http://aidsportugal.com/print.php?sid=3890>](http://aidsportugal.com/print.php?sid=3890).
- BASTOS, A. I. *et al.* (1995). As mulheres e a SIDA. *Análise Psicológica*, XIII, 1-2, 79-94.
- CAMPOS, I.; ANTUNES, B. (1998). SIDA na prática ginecológica. *O Médico*, 118, 1878, 468--474.
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2000). SIDA: A situação em Portugal a 30 de Junho de 2000. *Informação SIDA*. Lisboa, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, Doc. 121.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (1999). Problèmes éthiques posés par le désir d'enfant chez des couples où l'homme est séropositif et la femme séronégative. Retrived August 6, 2000 from the World Wide Web: http://www.ccne-ethique.org/francais/avis/a_056.htm.
- DOROANA, M. (1999). Aspectos peculiares da infecção VIH na mulher. *GW-Divulgação Hospitalar*, II, 2-3, 52-59.
- GRAÇA, Luís (1992). Trabalho em equipa numa nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa,

X, 1 (Jan./Março), 5-18.

- GRILO, A. M. (1998). Vivência da sexualidade nos seropositivos e doentes com SIDA: haverá lugar para o sexo após a notificação do teste para o VIH?. *Informação SIDA*, II, 6, 16-18.
- HENRION, R.; MANDELBROT, L. (1997). SIDA y embarazo. *In Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Ginecología y Obstetricia*. Paris, Elsevier Medicales, 1-14.
- HOYT, L (1998). Infecção VIH em mulheres e crianças. Cuidados especiais na prevenção e tratamento. *Postgraduate Medicine*, 10, 5, 58-63.
- LANDESMAN, S. H. *et al.* (1997). Os factores obstétricos e a transmissão de mãe para filho do vírus da imunodeficiência humana de tipo 1. *Obstetricia e Ginecologia*, XX, 8, 287-289.
- MANDELBROT, L. *et al.* (1997). Natural conception in HIV-negative women with HIV--infected partners. *Lancet*, 349, 9055, 850-854.
- Human immunodeficiency virus type 1-serodiscordant couples can bear healthy children after undergoing intrauterine insemination. *Infertility*, 70, 1, 35-39.
- MELLADO, M. J. *et al.* (1999). SIDA pediátrico. *In V. Soriano, J. González-Lahoz. Manual del SIDA*, 3ª Ed. Madrid, Idepsa, 621-639.
- MUNDY, L. M.; FRASER, V. J. (1999). Temas relacionados à mulher. *In W. G. Powderly. Manual de Terapêutica de HIV*. Porto Alegre, Artes Médicas, 90-97.
- MUÑOZ-FERNÁNDEZ., M. A. (1999). Diagnóstico de la infección perinatal por VIH-1. *In V. Soriano, J. González-Lahoz. Manual del SIDA*, 3ª Ed. Madrid, Idepsa, 116-121.
- OLIVEIRA, A. P.; FARIA, C. (2000) Desejo de ter um filho em casais discordantes cujo homem é seropositivo para o VIH-1. *Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde*. Lisboa, ISPA, 135-148.
- OMS (1988). Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé : la formation en équipe. Genève, OMS (Série de rapports techniques, 769).
- PINTO, A. C. M. (1995). SIDA, gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, XIII, 1-2, 73-77.
- REMIEN, R. H. (2000). Assited Pregnancies. *The body: an AIDS and HIV*

information resource. Retrieved August 6, 2000 from the World Wide Web: http://www.thebody.com/cgi/couples_ans/9637/Ass.html.

- SANTOS, A. A. (1997). Os pilares da nova genética: eficácia, prudência e razão. *COMMUNIO*, XIV, 5, 453-460.
- SEMPRINI, A. *et al.* (1997). Reproductive counselling for HIV-discordant couples. *Lancet*, 349, 9062, 1401-1402.
- SILVESTRE, M. (2000). Repercussões da infecção VIH na fertilidade. *Informação SIDA*, IV, 21, 20-23.
- SORIANO, V.; GONZÁLEZ-LAHOZ, J. (1999). Mecanismos de transmisión y estrategias de prevención de la infección por el VIH. In V. Soriano, J. González-Lahoz. *Manual del SIDA*, 3º Ed. Madrid, Idepsa, 194-207.
- SPERLING, R. S. *et al.* (1998). A carga viral materna, o tratamento com Zidovudina e o risco de transmissão do vírus da imunodeficiência humana de tipo 1 de mãe para filho. *Obstetrícia e Ginecologia*, XXI, 9, 262-264.
- TEIXEIRA, J. A. C. (1996). A SIDA no feminino do plural: as mulheres e a infecção pelo VIH. *Análise Psicológica*, XIV, 2-3, 367-370.
- VAN VLIET, A.; ROOSMALEN, J. (1998). A prevenção em todo o mundo da transmissão do vírus da imunodeficiência humano (VIH). *Obstetrícia e Ginecologia*, XXI, 9, 279-288.
- WATTS, D. H. (1999). HIV em mulheres grávidas. In W. G. Powderly. *Manual de Terapêutica de HIV*. Porto Alegre, Artes Médicas, 98-104.