

Sida, Gravidez e Maternidade

ANA CRISTINA MARQUES PINTO (*)

1. INTRODUÇÃO

Quando se fala de SIDA ainda é comum associar esta doença aos vulgarmente chamados comportamentos de risco, e considerar que as vias de transmissão mais frequentes são por um lado a vertente sexualidade/genitalidade, e por outro lado as seringas infectadas pelos toxicod dependentes.

No entanto outras formas de contaminação são igualmente frequentes e importantes, um exemplo disso é a propagação da doença por transmissão materno-fetal.

Assim, a transmissão da mãe ao seu filho de um vírus que pela sua acção pode conduzir à morte de ambos, produz alterações significativas nas vivências da grávida seropositiva, e que mais tarde terão consequências na relação mãe-bebé, no casal, e na família.

Com este artigo pretende-se abordar por ordem cronológica, matérias directamente relacionados com este tema que possam contribuir para uma reflexão sobre aspectos importantes nesta área.

2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FORMA COMO É TRATADA INSTITUCIONALMENTE A SEROPOSITIVIDADE E A GRAVIDEZ

Sendo a SIDA uma questão bastante delicada,

parece importante abordar alguns aspectos de carácter institucional e deontológico, nomeadamente em relação à dispistagem da doença nas grávidas, à Interrupção Voluntária da Gravidez e à Laqueação Tubária.

2.1. A dispistagem do vírus HIV na gravidez

Presentemente em Portugal, quando uma grávida se dirige a um serviço hospitalar, como por exemplo: uma maternidade, para ter um acompanhamento obstétrico durante a gravidez, uma das rotinas hospitalares consiste em efectuar uma análise para dispistagem do vírus HIV. Essa rotina é constituída essencialmente por um diagnóstico serológico baseado na pesquisa de anticorpos anti-HIV, pelo método Elisa. Se este exame revelar valores positivos, terá que se efectuar um teste complementar para confirmação do diagnóstico, utilizando-se actualmente o Western-Blot.

Se por um lado parece importante esta dispistagem como forma de reflectir quer sobre as consequências de uma possível infecção, quer sobre as diferentes possibilidades de eficácia médica nessas circunstâncias. Por outro lado, não podemos esquecer que a maioria das mulheres não tem conhecimento que vai ser submetida a esta análise, que muitas vezes é pedida pelo médico conjuntamente com outros exames, sem a utente saber.

Assim, frequentemente, a comunicação do resultado de um exame que não tinha conhecimento, é um choque para a mulher, que se vê

(*) Psicóloga Clínica.

confrontada com um problema que pode conduzir não só à sua morte como à morte do seu filho.

Isto coloca uma questão importante:

– *Quem e como se deve transmitir à doente o resultado do teste?*

Neste sentido, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de existirem técnicos preparados para poderem exercer um aconselhamento pré e pós-teste, e esta função, segundo vários autores, deve estar a cargo de uma equipa multidisciplinar, cada vez mais alargada constituída por técnicos de várias disciplinas, como por ex: o Médico, o Psicólogo, o Assistente Social, etc.

2.2. *A interrupção voluntária da gravidez (IVG)*

Após se saber o resultado do exame, e perante a ausência de terapêutica e diagnóstico fetal nesta doença, existe actualmente um consenso médico que a única alternativa em caso de seropositividade da mãe é uma interrupção voluntária da gravidez. No entanto, esta prática leva muitas vezes quer utentes quer técnicos a lidar com a situação de uma forma circular e ambígua.

Por um lado, verifica-se que a atitude dos médicos face à IVG da seropositiva, pode tranquilizar uma mulher que até aí pensava que a solução para uma gravidez não desejada seria o aborto, mas esta opção era vivida com grande culpabilidade. A partir do momento em que essa possibilidade é encarada como a única alternativa médica possível, esse sentimento de culpa pode diminuir ou desaparecer.

Por outro lado, muitas vezes os técnicos tendem a centram-se mais na relação directa HIV+ / IVG, e tendem a esquecer o desejo de maternidade que pode existir na grávida. Para uma mulher naquele momento pode ser mais importante ser mãe, do que as questões associadas à seropositividade e à SIDA. Além disso, os dados numéricos existentes em relação à transmissão mãe-bebé não são concordantes, o que parece contribuir para que muitas mulheres desejem continuar a gravidez.

2.3. *A laqueação tubária*

É prática corrente simultaneamente à proposta

de IVG, existir um pedido em que se sugere à mulher de forma mais ou menos «indutora» a laqueação tubária. Esta é uma intervenção irreversível, que torna impeditiva uma nova gravidez.

Tendo em conta que a maioria destas mulheres são jovens, existe em muitas delas esperança que num curto espaço de tempo a «cura» para esta infecção seja viável, o que lhes permitiria concretizar o desejo de uma futura gravidez.

Assim a proposta de laqueação tubária, assim como a IVG é muitas vezes rejeitada pelas grávidas seropositivas.

3. A GRÁVIDA SEROPOSITIVA

Quando uma mulher se recusa a fazer a IVG, ou o diagnóstico de seropositividade é conhecido numa fase adiantada da gestação (ex: numa gravidez não vigiada), vários são os problemas que se colocam no decurso dessa gravidez considerada de alto risco:

- saber se a gravidez contribui para uma evolução mais rápida da infecção
- saber quais os efeitos da infecção pelo HIV na gravidez
- as vivências da grávida seropositiva

3.1. *A gravidez e a evoluçãoda infecção pelo HIV*

Para saber se existe uma correlação directa entre gravidez e evolução da infecção pelo HIV, é indispensável comparar a evolução da doença entre mulheres grávidas seropositivas e mulheres não grávidas também seropositivas. Mas, parece não existirem estudos conclusivos em relação a esta problemática. O que há, são algumas observações de casos isolados onde existe a associação Sida/Gravidez, ou estudos retrospectivos e prospectivos, mas sem amostras significativas.

No entanto, os poucos trabalhos comparativos realizados parecem mostrar que o estado materno não sofre grandes alterações numa grávida assintomática ou pouco sintomática. Mas, não é possível assegurar que o mesmo se passa quando a gravidez surge num quadro grave da doença.

3.2. Os efeitos da infecção pelo HIV na gravidez

Por outro lado, o conhecimento dos efeitos da infecção pelo HIV na gravidez ainda é um pouco reduzida, no entanto, é possível tirar algumas conclusões importantes.

Muitos autores descrevem o surgimento de malformações durante este período, nomeadamente possibilidade de complicações como:

- aborto espontâneo
- uma morte *in útero*
- um parto prematuro
- uma hipotrofia

Mas, parece que estas complicações estão essencialmente associadas a outros factores como, más condições sócio-económicas ou toxicoddependência e não propriamente à seropositividade. Porque estudos feitos em grávidas não toxicoddependentes, ou sem consumos há vários meses ou anos, parecem mostrar uma evolução sensivelmente normal.

Em qualquer dos casos, estas gestações deverão ser consideradas de risco, devendo existir uma vigilância clínica constante.

3.3. As vivências da grávida seropositiva

Apesar da gravidez ser um período normal na vida de uma mulher, é também uma fase de adaptação a um grande número de transformações, quer físicas, quer psicológicas. Uma gravidez desejada normalmente subentende um desejo mais ou menos longo de ter um filho, logo subentende um desejo de fazer surgir uma nova vida.

No entanto, a grávida seropositiva vê-se muitas vezes confrontada com a dor trazida pela perspectiva de a mãe que dá a vida se transformar numa mãe «perigosa», portadora da morte, exigindo-lhe um esforço suplementar para tentar integrar esse facto.

Estes acontecimentos podem desencadear um conjunto de vivências negativas, em que podem aparecer:

- sentimentos de culpa
- negação
- uma auto-imagem de mãe e de mulher desvalorizada.
- angústias

Muitas vezes a culpabilidade surge quando a mulher toma consciência que se expôs directamente ou indirectamente a situações que provocaram a sua infecção como, toxicoddependência, ou relações sexuais não protegidas com um parceiro que a contaminou.

Mas, apesar do conhecimento da sua seropositividade e das consequências que daí podem surgir quer para ela, quer para o seu bebé, a mulher pode negar a situação, vivenciando a gravidez e a perspectiva de morte como algo irreal, fantasiado.

Uma das razões apontada para que tal aconteça é a reacção do meio para com esta mulher, que nem sempre é a mais favorável. Prevalece a imagem de seropositiva sobre a de grávida, que é completamente esquecida e/ou desvalorizada.

Assim, a tomada de consciência da gravidez, pode acontecer só no momento das contracções, instantes antes do parto. E uma pergunta surge na mente da futura mãe: – *Será que o meu filho vai estar infectado?*

Mas esta não é a situação mais frequente, e quando a negação não é tão profunda, a grávida seropositiva imagina e idealiza o seu bebé. Mas, contrariamente à grávida saudável que se relaciona no imaginário com um filho também saudável, para a grávida seropositiva esse filho idealizado transforma-se no filho «temido» face há possibilidade de contaminação do bebé. Assim podem surgir sentimentos ambivalentes e até a rejeição em relação ao bebé imaginário.

4. O PARTO

O trabalho de parto é um momento crucial, quer pela ansiedade e incertezas vividas pela mãe, que possivelmente vê todos à sua volta extremamente bem protegidos, prestando-lhe cuidados diferentes que às outras paciente, não lhe permitindo desta forma abstrair-se do seu problema, quer por se tornar fundamental evitar todos os procedimentos que possam implicar a infecção do recém-nascido.

Actualmente e nestas circunstâncias, é possível realizar-se um parto de termo de forma eutócita. No entanto, colocam-se dúvidas se esta será a forma mais correcta, pois existe a hipótese de contaminação do bebé pelas vias genitais da

de contaminação do bebé pelas vias genitais da mãe. Assim, parece mais seguro optar por uma cesariana antes do início do trabalho de parto, como forma de evitar a contaminação, pois o feto não passa pelas vias genitais, mas também porque limita as lesões placentárias que aparecem por ocasião das contrações uterinas.

5. DEPOIS DO PARTO

5.1. *A relação mãe-bebé*

Os primeiros momentos após o parto, são particularmente favoráveis para a mãe reconhecer o seu bebé, e assim estabelecer com ele as primeiras relações interactivas. Um factor bastante importante para o progresso de uma relação íntima afável entre ambos é a amamentação, que contribui de forma importante para o desenvolvimento psicológico saudável do bebé.

Mas, a mãe seropositiva vê-se privada deste privilégio pois a amamentação está-lhe contra-indicada. Porque, sendo o leite materno um veículo importante de transmissão de anticorpos da mãe para a criança, nele encontra-se igualmente o vírus HIV, aumentando assim, o risco de contaminação pós-natal.

Logo à nascença, o bebé possui anticorpos maternos que perderá passados alguns meses. O mesmo acontece com os anticorpos do vírus HIV. Ou seja, o bebé nasce com anticorpos maternos HIV+, mas estes só desaparecem passados 15 a 18 meses. Este é para os pais um período longo e obrigatório de espera, vivido com grande angústia, pois é o reforçar de todas as consequências e a estigmatização da doença.

Após esta fase, o médico faz exames clínicos e biológicos à criança e diz se ela foi ou não contaminada por via fetal. Se a infecção se verifica, a seropositividade mantém-se após os 15 meses e provavelmente começaram a surgir os primeiros sinais clínicos. Se, pelo contrário, não existir contaminação a seropositividade irá desaparecer.

No caso da transmissão materno-fetal, a mãe, o bebé e por vezes também o pai, têm o mesmo destino letal. Vão estar doentes em períodos diferentes, sofrer dos mesmos sintomas, e após a morte de um, o aparecimento dos primeiros sin-

tomas do outro anuncia inexoravelmente o seu destino fatal.

Mas, esta é uma doença que pela sua conotação social não permite que as emoções e angústias vivenciadas por estes pais possam ser facilmente compartilhadas quer com o grupo familiar, quer com o grupo sócio-profissional.

Assim, por vezes, as únicas pessoas com quem conseguem partilhar estes sentimentos, são os membros da equipa que directamente lida com a sua situação, sendo em muitas ocasiões o pediatra aquele que se encontra mais próximo. E pela primeira vez o pediatra e os pais têm a mesma informação científica e terapêutica. Ambos conhecem o prognóstico e a impotência face à doença. Esta comunicação é de extrema importância, sobretudo quando o bebé passa de seropositivo para doente sintomático, em que se verifica uma degradação progressiva a nível neurológico.

Neste caso, o vírus da SIDA não ataca sómente as células imunitária, mas também as do sistema nervoso. Bebés em que inicialmente existia um desenvolvimento harmonioso, começam a surgir atrasos, e mesmo perda de aquisições psicomotoras. Sendo as lesões neurológicas irreversíveis, estas crianças ficam totalmente deficientes e têm que ser internadas.

Encontram-se frequentemente mães ou casais «petrificados», que se mantêm junto à cama do bebé com as lágrimas nos olhos, vivendo a sua culpabilidade em silêncio, um isolamento que é dramático.

Todos estes factores vão contribuir para que existam perturbações na relação mãe-bebé, e à que tentar que ambos caminhem na direcção de uma relação mais satisfatória.

Halpern (1989), afirma que um meio para tentar melhorar essa relação é estimular a interacção mãe-bebé. Uma estratégia para instigar essa melhoria, é autorizar a mãe, e também a pai, a permanecerem o maior tempo possível com a criança.

O estar periodicamente com o bebé incita a mãe a ter sequências interactivas espontâneas com o seu filho. Este procedimento permite uma maior elaboração da vida imaginária e das representações que esta tem do seu bebé.

Assim, o estarem presentes permite aos pais, segundo Halpern (1991), «encontrar ou reencontrar a sua capacidade de serem pais, de viver o

dia-a-dia, de suportar a degradação, e o enfraquecimento geral das funções vitais que se instala inexoravelmente, às vezes após longos meses com o seu bebé».

6. CONCLUSÃO

A SIDA é talvez a primeira doença a suscitar tantos medos, riscos de discriminação, perturbações individuais, familiares e comunitárias, nenhuma doença revelou a este ponto a simbiose entre a sociedade e o indivíduo.

No que se refere mais concretamente à SIDA, Gravidez e Maternidade, um aspecto que não se pode omitir, é a forma como é tratada esta problemática institucionalmente, nomeadamente no que se refere à dispistagem do vírus HIV, à IVG e à laqueação tubária. Parece existir por vezes um certo desfazamento entre a rotina hospitalar e os verdadeiros desejos da grávida seropositiva. Um exemplo disso é a IVG, que é considerada uma «banalidade» no universo médico, centrando-se mais os técnicos de saúde em aspectos como saber se é possível a IVG numa gravidez com determinado tempo de gestação, esquecendo-se frequentemente que nem sempre é esse o desejo da grávida. O mesmo se passa relativamente à laqueação tubária.

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 nascimento de um bebé que tem probabilidades de ser seropositivo, mas que só é possível ter um diagnóstico definitivo alguns meses depois do parto, provoca nos pais uma grande angústia e incerteza. Ao se concretizar o prognóstico da infecção da criança pelo vírus HIV, estes pais vão assistir à degradação progressiva das capacidades do seu bebé, o que contribui para que existam alterações na relação pais-bebé. Assim, é extremamente importante que os pais se mantenham junto ao seu filho o maior tempo possível, partilhando um momento difícil da história familiar que é a doença do seu bebé.

Apesar de todo o sofrimento e angústia que o problema da SIDA gera, não nos podemos centrar de tal forma na doença, que acabemos por descorar a imagem da mãe, do bebé e do casal, pois eles são um verdadeiro recurso da humanidade.

BIBLIOGRAFIA

- Berrebí, A., Tricoire, J., Puel, J., & Pontonnier, G. (1988). L' infection à HIV chez la mère et l'enfant. *La Revue du Praticien*. 38(23), 1642-1643.
- Departamento de Psicologia Clínica da MAC. (1993). *Gravidez e SIDA Algumas considerações*. Comunicação apresentada no Colóquio sobre Sexualidade e SIDA, ISPA.
- Galès, C. le, & Moatti, J.P. (1990). Analyse coût-efficacité du dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans les hôpitaux de la région parisienne. *Journal Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 19(1), 36-42.
- Justiça, B., Margarinho, R., Rocha, H., & Pinto, O. (1991). Sida e Gravidez. *O Médico*, 124(2026), 443-445.
- Malinas, Y., & Guy, M., (1990). Le couple – La maternité – Le Sida. In A. Ruffiot (Ed.), *Psychologie du SIDA*. Paris. Pierre Mardage.
- Weil-Halpern, F. (1989). Conséquences de l'infection par le Virus HIV de la Mère sur les Interactions Mère-Bébé. In S. Lebovici, P. Mazet & J.P. Visier (Eds.), *L'évaluation des Interactions précoces entre le Bébé et ses Partenaires*. Genève: Editions Eshel / Editions Médecine et Hygiène.
- Weil-Halpern, F., (1990). L'implacabilité du destin, le SIDA mère-enfant. *Revue Française Psychanalyse*, 3, 855-862.
- Weil-Halpern, F. (1991). Les Parents d'un Enfant Atteint du SIDA. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 39(1), 25-27.

RESUMO

Este artigo referência alguns aspectos da forma como é tratada institucionalmente a seropositividade de a gravidez, aborda também aspectos relacionados com a grávida seropositiva, o parto e a relação mãe-bebé em mulheres portadoras do vírus da SIDA.

ABSTRACT

This article refer some aspects of how institutions handle positive HIV and pregnancy. It also focus on aspects related to the pregnant positive HIV woman, birth and mother-child relationship.