

## Sida, Criança e Família

JOÃO GOMES-PEDRO

Há quatro anos a O.M.S. estimava que havia cerca de dez milhões de pessoas no mundo infectadas com SIDA.

A previsão actual para daqui a quatro anos (ano 2000) é que esses dígitos numéricos tão mágicos quanto trágicos – 10 milhões – venham a representar não mais a população total de doentes, mas o número de crianças infectadas com SIDA. Nessa altura, a infecção por HIV, agora sétima causa de morte em crianças entre 1 e 4 anos, nos E.U.A., passará provavelmente para um dos primeiros lugares da tabela da morte <sup>(1, 5)</sup>.

Os dados mais recentes indicam que a incidência em mulheres e crianças continua a aumentar, incessantemente <sup>(3, 4)</sup>.

O que outrora a guerra foi para os homens, a SIDA, tal como outros grandes riscos prevalentes na sociedade actual constituem, hoje, ameaças de sobrevivência primordiais para a mulher e para a criança.

Por outro lado, o vírus HIV já não é mais o agente infeccioso marginal que convive com os marginais das sociedades humanas mais desfavorecidas. Ele está hoje presente em todas as comunidades e será hoje o grande desafio consciente do homem dito vulgar, cidadão anónimo do mundo.

Os escritos sobre SIDA invadem hoje as revistas científicas e toda a informação mediática, mesmo a mais popular. Não obstante a divulgação galopante, é cada vez mais significativa e intrigante a discrepância entre a actualização biomédica e a implantação de medidas adequadas de intervenção preventiva, sobretudo a nível dos cuidados primários, tanto de Saúde como de Educação.

Um exemplo paradigmático desta discrepância é a não recomendação sistemática de testes que viabilizem o diagnóstico inequívoco da SIDA em todas as mulheres grávidas e, até, em todas as mulheres em idade de procriar, preferencialmente aquelas que vivam em ecossistemas de risco.

A ignorância, historicamente mais uma vez projectada na mulher e criança poderá ser só um dado cultural a acrescentar, eventualmente, à sua condição de vulnerabilidade, tanto em termos de saúde como de direitos. Porém, não é esse o caso.

O diagnóstico precoce da SIDA em mulheres, sobretudo quando grávidas, viabiliza, hoje, intervenções eficazes para a redução dos riscos de transmissão vertical nas suas várias fases desde o útero à alimentação através do leite materno, passando pelo parto propriamente dito.

Os dados estatísticos de que hoje dispomos confrontam-nos com uma realidade porventura ainda não dominante nas atitudes dos profissionais, mormente clínicos.

Não chega a 20% a percentagem de mulheres grávidas infectadas com HIV que é diagnosticada antes do bebé nascer.

Em Londres, só 15% dos bebés seropositivos para o HIV tinham mães que sabiam estar infectadas <sup>(3)</sup>.

Em muitos países, tal como em Portugal, a grande percentagem de mães com gravidez acompanhada em termos dos serviços de Saúde, fazem um teste de anticorpos no primeiro trimestre da sua gravidez, podendo o resultado ser negativo apesar de, entretanto, poderem ter sido infectadas <sup>(4)</sup>.

Nestas mães infectadas, o bebé em gestação tem cerca de 15% de probabilidades de ser infectado e sabemos agora estar este risco de transmissão vertical aumentado nos países em desenvolvimento e, nas latitudes ditas mais civilizadas, nas famílias que ali vivem em condições desfavorecidas.

25 a 30% destas crianças infectadas por transmissão vertical com HIV desenvolvem sintomatologia clínica de SIDA, durante o primeiro ano de vida.

Nestes últimos dois anos, surgiram de modo consistente e de expressão universal, os relatos clínicos que apontam para a circunstância de estar a ser a criança o primeiro membro da família a ser diagnosticado com SIDA o que leva, de seguida, os pais a confrontarem-se com o seu próprio diagnóstico numa altura em que o seu filho está gravemente doente.

São sobretudo as histórias clínicas publicadas por unidades de cuidados intensivos pediátricas que, face ao novo contexto médico-social, clamam para a evidência de que toda a história natural de doença ilógica – até então insuspeitada – em lactentes, pode significar, até prova em contrário, infecção por HIV <sup>(2)</sup>.

O indicador mais significativo deste determinante diagnóstico é a pneumonia por *Pneumocystis carinii* que se apresenta, na maior parte das vezes, como uma infecção respiratória aguda quase sempre seguida de deterioração da função respiratória e do estado geral não raro levando a intervenções ventilatórias e a outras medidas destinadas a garantir funções vitais.

A infecção por *Pneumocystis carinii* sob a forma de pneumonia, é assim a infecção oportunista mais frequentemente relatada nos primeiros seis meses de vida e este facto leva a que, em qualquer lactente com doença respiratória grave, deva ser suspeitada a infecção por este agente e, se comprovada, a imediata suspeição de SIDA, a comprovar em todos os membros da família.

Em suma, nas condições actuais, existirá uma janela imunológica que, ao estar temporariamente fechada (em fun-

ção das metodologias laboratoriais em curso), tapa uma realidade – infecção por HIV – e adia um diagnóstico bem como as intervenções subsequentes.

Entre outras, julgo que é legítima e urgente a proposta do uso sistemático de técnicas laboratoriais que viabilizem a identificação do vírus HIV ou antígeno viral, no primeiro trimestre da gravidez.

O diagnóstico precoce da SIDA, assim viabilizado, permitirá um leque de medidas preventivas e terapêuticas de que não será irrelevante sublinhar a prescrição de Zidovudina que se sabe reduzir significativamente os riscos de transmissão vertical do retrovírus.

Uma última nota conclusiva desta reflexão é o apontar para a necessidade gritante das equipas de intervenção pediátrica nas unidades de cuidados intensivos passarem a dispor de profissionais competentes no domínio da psicologia e da educação.

O facto que quiz trazer neste ponto de vista, de lactentes com doenças oportunistas, serem os primeiros membros da família com SIDA a serem diagnosticados, chama a atenção para a cascata da agressão familiar que então ocorre: doença grave no filho e muitas vezes morte; culpabilização materna;

estigma social e cultural em impacto agudo; intervenções diagnósticas e terapêuticas exaustivas; etc., etc..

A SIDA é hoje um desafio de primeira grandeza para o pediatra, tanto para o que trabalha em cuidados primários como para o que labuta nos hospitais.

A SIDA ajuda a lembrar que o pediatra é, sobretudo, o médico da criança e da família, nas suas intervenções tanto de bem-estar como de risco.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Jone P. HIV in childhood. *BMJ* 1994; 308: 425.
2. Tasker RC, Wilkinson K, Slater TJ, Novelli V. Unsuspected *Pneumocystis carinii* pneumonia and vertically acquired HIV infection in infants requiring intensive care. *BMJ*, 1994, 308: 462-3.
3. Evans JA, Marriage SC, Walters MDS, Levin M. Unsuspected HIV infection presenting in first year of life. *BMJ*, 1995, 310: 1235-6.
4. Cunha H, Preto L, Almeida H, Rodrigues G, Carvalho A, Correia M, et al. SIDA em lactentes jovens filhos de mães HIV negativas no primeiro trimestre da gravidez. *Acta Pediatr Port* em publicação.
5. Quinn TC, Ruff A, Helsey N. Pediatric acquired immunodeficiency syndrome: special considerations for developing nations. *Pediatric Infant Dis J* 1992; 11: 558-568.