

Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV:
Um Estudo sobre os Sentimentos de Gestantes Soropositivas

Fernanda Torres de Carvalho

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia sob orientação do Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade
Porto Alegre, abril de 2005

*“Eu tinha antes querido ser os outros
Para conhecer o que não era eu.
Entendi então que eu já tinha sido os outros
E isso era fácil.
Minha experiência maior seria ser o outro dos outros:
E o outro dos outros era eu”.*
Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS

*Era uma vez, uma menina de seis anos, que se orgulhava da amizade que tinha com seu tio do coração. Ele lia histórias, brincava, dava presentes...
Um dia, ele adoeceu. A doença dele pareceu durar bastante tempo. Ele ficou feio até falecer. Em função do apego que tinha com sua pequena amiga, ele pedia a seus pais que deixassem a menina ficar um pouco com ele. Afinal de contas, quase não via mais ninguém...
Os pais jamais negaram a possibilidade de convivência entre os dois. O potencial de amor desses pais era grande, um exemplo a ser seguido pela filha.
Como não podia ser diferente naquela época, o tio do coração faleceu, deixando saudade e uma grande lição de vida...
A doença: era AIDS.
E a menina: era eu.*

Este trabalho é fruto do desejo de ajudar gestantes soropositivas a enfrentarem da melhor maneira possível as dificuldades inerentes à constituição da maternidade. Infelizmente, essa tarefa ainda está longe de ser concluída. Uma (pequena) parte dela é o resultado desse estudo, que não teria se concretizado sem a participação de pessoas tão importantes.

Agradeço a toda a minha família, avós, tios, primos, agregados... Inicialmente, aos meus pais, Gilmar e Tânia, fonte de um apoio incansável, que não poupam oportunidades de expressar o amor e o orgulho que sentem por mim. À Xanda, irmã dos sonhos, tão companheira e dedicada, capaz de virar auxiliar de pesquisa em segundos. À vó Helma que, mesmo não conseguindo acompanhar por vezes as tantas coisas que faço, reza por mim todo dia e me dedica uma ternura sem tamanho. Em memória, ao tio Alfredo, o tio do coração, que me ajuda a lembrar que a questão do HIV não vive só no papel.

Agradeço especialmente ao Lucas, meu amigo, namorado, amante, companheiro, colega, ou tudo isso ao mesmo tempo. Obrigada por tanta ajuda, por tanto estímulo e bem-querer. Também sou grata aos nossos gatinhos, Otto e Judith, auxiliando a me preparar para a tarefa de mãe.

À outra metadinha da família, tão longe, mas tão perto lá em Brasília. Agradeço a Seu Joel, Dona Neyde, Cássio e Joelma pelo carinho, pelas puxadas de saco, pelo pão de queijo, pela pamonha (ai, isso vai longe...). E também pela participação especial da Jô na pesquisa. Vocês foram muito compreensivos quando deixei de estar mais com vocês para escrever a dissertação.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. César Augusto Piccinini, sempre presente para, de fato, orientar. Que nossos próximos trabalhos possam ser ricos como este e que possamos seguir firmes na tarefa que abraçamos de, através do conhecimento, auxiliar aquelas que chamamos de mães.

A toda a equipe do GIDEP, que compõe o grupo forte e atuante que temos hoje. Em especial à Daniela, Ayesa e Alexander, que me auxiliaram nesta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade, pela grande colaboração na minha formação acadêmica, em especial ao Prof. Dr. William Gomes, pela cuidadosa atenção na relatoria deste trabalho, e às demais componentes da banca examinadora, Profa. Dra. Marisa Campio Muller e Profa. Dra. Maria Luíza Furtado Kahl. À Prof. Maria Célia Lassance, por fornecer, além do carinho e da amizade, oportunidades importantes àqueles que a cercam.

A Elder, Normanda, Sílvia, Jan e Gabi Wagner, pela convivência, pelos conselhos, pelas trocas e pela amizade. Vocês moram no meu coração. E também a André Vieira, Graça Raymundo, Prislá e Adriano Jardim, sempre me encorajando a seguir meus desejos teóricos. Não foi possível colocá-los nesse trabalho, mas os estudos continuam, sempre em busca do conhecimento que possa auxiliar as pessoas. E também agradeço à minha amiga Kátia, que se transformou em mais uma colaboradora nessa pesquisa.

Agradeço à equipe do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, local que me proporcionou o encontro com as gestantes desse estudo. Em especial, agradeço à minha Coordenadora Cecília Cassal e à minha Preceptora Luciana Castoldi, que me apoiaram na árdua escolha de fazer mestrado e residência juntos. Vocês confiaram em mim sem restrições. Agradeço também às minhas colegas residentes e também à Paulinha à Nalu, que souberam me compreender, nos momentos em que não consegui estar tão presente.

Ao Dr. Mauro Ramos, que, além de contribuir nessa dissertação com seus estudos, vem apostando em mim, me oferecendo tantas oportunidades de crescimento como pesquisadora.

Por fim, agradeço às gestantes portadoras do HIV, fonte da minha motivação para realizar este estudo, que me confiaram sua dor e suas histórias. Vocês têm muito a ensinar. Espero tê-las traduzido de forma satisfatória. A vocês, dedico esse trabalho.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	7
Resumo.....	8
Abstract.....	8
Capítulo I – Introdução	
1.1 A epidemia de HIV/AIDS: Aspectos introdutórios.....	9
1.2 A infecção pelo HIV/AIDS em mulheres	15
1.3 A transmissão materno-infantil e os aspectos psicológicos da maternidade em situação de infecção pelo HIV.....	20
1.4 Aspectos históricos do feminino e do maternal.....	27
1.5 Objetivo do presente estudo.....	36
Capítulo II – Método	
2.1 Participantes.....	37
2.2 Delineamento e procedimentos.....	38
2.3 Considerações éticas.....	38
2.4 Instrumentos.....	39
Capítulo III – Resultados	
3.1 Experiência de infecção pelo HIV.....	42
3.1.1 Comportamento sexual de risco.....	43
3.1.2 O diagnóstico.....	44
3.1.3 Origem da infecção.....	46
3.1.4 Preconceitos.....	47
3.1.5 HIV como castigo.....	52
3.1.6 Conscientização pela gestação.....	53
3.1.7 Religiosidade.....	56
3.2 Sentimentos no contexto da gestação e do HIV.....	57
3.2.1 Medos.....	57
3.2.2 Culpa.....	64
3.3 Relações familiares e HIV.....	65
3.3.1 História familiar.....	65
3.3.2 Apoio Familiar.....	69
3.3.3 Relação com o pai do bebê.....	70

Capítulo IV – Discussão

4.1 Discussão dos relatos sobre a Experiência de infecção pelo HIV.....	73
4.2 Discussão dos relatos sobre os Sentimentos no contexto da gestação e do HIV.....	81
4.3 Discussão dos relatos sobre as Relações familiares e HIV.....	87
4.4 Considerações finais.....	93
Referências.....	98
Anexos	
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
Anexo B: Ficha de Contato Inicial.....	109
Anexo C: Ficha de Dados Demográficos do Casal.....	110
Anexo D: Entrevista sobre a Maternidade em Situação de Infecção pelo HIV.....	111
Anexo E: Descrição dos Casos.....	113
Caso Elvira.....	113
Caso Berenice.....	116
Caso Joice.....	118
Caso Olívia.....	121
Caso Clara.....	124
Caso Eva.....	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Demográficos das Gestantes.....	38
Tabela 2: Estrutura de Categorias Temáticas.....	43

RESUMO

O presente estudo examinou os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. Participaram do estudo seis gestantes com idades entre 26 e 35 anos, de nível sócio-econômico baixo, selecionadas em uma unidade de tratamento para HIV/AIDS. Realizou-se uma entrevista semi-estrutura com cada participante. Análise de conteúdo qualitativa foi utilizada, para examinar as respostas das participantes, baseada em três categorias: Experiência de infecção pelo HIV, Sentimentos no contexto da gestação e do HIV e Relações familiares e HIV. As gestantes relataram comportamentos sexuais de risco e, após a contaminação, dificuldade de assimilação do diagnóstico, com necessidade de justificar a origem da infecção. Também apareceram medos, culpas, preconceitos e a busca de religiosidade. Frustração com a própria mãe, perda da figura materna, falta de apoio familiar e instabilidade na relação com o pai do bebê foram características presentes entre as gestantes. A gestação impulsionou à busca de tratamento, já que não apresentavam boa adesão anterior à gravidez. Discute-se a importância de intervenções interdisciplinares dirigidas a gestantes soropositivas, contribuindo para sua adesão ao tratamento e para a prevenção da infecção do bebê.

Palavras-chave: HIV, gestação, maternidade, sentimentos

Abstract

The present study examined the feelings of seropositive pregnant women concerning their own infection, motherhood and the baby. The participants were six pregnant women, 26 to 35 years old, from low social economic status, selected from a health unit for HIV/AIDS treatment. They answered a semi-structured interview. Content analysis was used to analyze the answers, based on three categories: Experience of HIV infection, Feelings in pregnancy and in infection context and Family relations and HIV. They revealed risk sexual behaviors and, after contamination, difficulty in assimilating the diagnosis. They had the need to justify the origin of their infection. Fear, guilt, besides prejudices and religiosity were also mentioned. Frustration and loss of the mother, lack of family support and instability in the relationship with the baby's father were characteristics presented by these pregnant women. The pregnancy led participants to search for treatment, since they did not have good adherence to treatment until they became pregnant. The need for interdisciplinary interventions with this population is discussed. This could contribute to treatment adherence and prevention of baby infection.

Key-words: HIV, pregnancy, motherhood, feelings

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A vivência da maternidade é uma experiência marcante no curso do desenvolvimento feminino. Quando a maternidade acontece na presença de infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), passa a ser uma experiência ainda mais marcante e complexa, permeada de incertezas. Dificuldades durante a gravidez, tanto para a mãe como para seu filho, podem afetar profundamente a experiência de ser mãe. Desta forma, o presente estudo buscou examinar os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. Inicialmente, apresenta-se a epidemia de HIV/AIDS, além de focar a infecção em mulheres e a transmissão materno-infantil da doença. Num segundo momento, apresentam-se estudos que abordam questões do feminino e do maternal, os quais são importantes para se entender a maternidade no contexto do HIV/AIDS.

1.1 A epidemia de HIV/AIDS: Aspectos introdutórios

Desde a identificação do HIV, muitos estudos têm sido realizados, com o objetivo de conhecer o funcionamento desse vírus no organismo humano, e tentar impedir a sua ação. O HIV é o causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), atacando as células de defesa do organismo para poder se reproduzir (OMS, 1990). Após décadas de convivência com a infecção pelo HIV, sabe-se que o controle da epidemia, além de depender do conhecimento minucioso de seu agente causador, depende também de algumas mudanças nos comportamentos das pessoas.

Com a debilidade do sistema imunológico, o portador do vírus torna-se suscetível a diversas doenças, chamadas de doenças oportunistas. As formas de transmissão do vírus são a sexual, a sangüínea e a perinatal, que se constitui, esta última, na transmissão da mãe para o filho durante a gestação, trabalho de parto, parto ou aleitamento materno (Ministério da Saúde, 1999). Após a infecção pelo vírus, o portador pode apresentar quatro fases clínicas: 1) a infecção aguda, com a manifestação de sintomas típicos de reações corporais a viroses, o que faz com que seja raramente diagnosticada; 2) a fase assintomática, em que a manifestação de sintomas clínicos é praticamente inexistente; 3) a fase sintomática inicial, em que surgem sintomas inespecíficos de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade; e 4) a síndrome da imunodeficiência adquirida

(AIDS), em que se instalam as doenças oportunistas mais graves (Guimarães, 1998; Ministério da Saúde, 1999). Acredita-se que de cinco a 15% das pessoas soropositivas não desenvolverão AIDS (Guimarães, 1998).

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982. Considerando o período de latência da infecção, calcula-se que a introdução do vírus no país tenha se dado na década de 1970 (Lopes, 1998). Desde então, conforme dados do Ministério da Saúde (1999), o perfil da doença vem se modificando consideravelmente. Entre 1980 e 1986, a maior parte dos casos ocorria entre homossexuais e bissexuais com elevada escolaridade. No período de 1986 a 1991, o aumento no número de casos ocorreu preponderantemente através da infecção sangüínea, principalmente entre usuários de drogas injetáveis, além da crescente interiorização (casos em cidades do interior) e pauperização (casos entre a população mais pobre) da epidemia. Finalmente, de 1992 aos dias atuais, aumentaram os casos de transmissão heterossexual em mulheres, caracterizando a feminização da epidemia.

A expansão da epidemia e os estudos realizados trouxeram a possibilidade de realização de exames sorológicos para a detecção da infecção. Esses exames, então, estão disponíveis na rede de saúde desde 1987, destinados, inicialmente, para o uso de rotina nos bancos de sangue e nos serviços de atendimento a doentes de AIDS (Ministério da Saúde, 1999).

Desde seu início, a epidemia esteve ligada ao que se constituíram como grupos de risco (Oliveira, Meyer, Santos & Wilhelms, 2004). Compunham esses grupos os usuários de drogas injetáveis, homossexuais e profissionais do sexo (Domingues, 1998a, Domingues, 1998b). Em seu estudo sobre o tema da AIDS na imprensa, Valle (2002) verificou que essa foi uma doença regularmente presente nos meios de comunicação, os quais foram responsáveis pela construção social da doença e dos infectados. Assim, a AIDS foi uma doença inicialmente associada a comportamentos promíscuos. Quando novos casos foram sendo identificados, constituíram-se os grupos de risco.

Avaliando os aspectos sociais da epidemia, Cohn (1997) afirma que existe uma nova forma de compreender os riscos da infecção pelo HIV, a partir da identificação prioritária de práticas de risco, ao invés de grupos de risco. Com isso, amplia-se o foco de atenção, já que toda a população pode estar implicada no processo, mesmo que alguns indivíduos tenham comportamentos de maior ou menor exposição. Assim, a AIDS está associada à prática da vida diária das pessoas, ao mesmo tempo em que tem repercussões sociais importantes.

A transmissão de informações a respeito do HIV e da AIDS é, então, de extrema importância, na medida em que, além de objetivar a mudança de práticas de risco, significa uma tomada de consciência sobre a responsabilidade que cada um tem sobre seu próprio destino e o da sociedade (Cohn, 1997). De qualquer forma, como salienta a Comissão de Cidadania e Direitos Humanos (1996), a preocupação com a forma de transmitir as informações é essencial.

A mudança de comportamentos ligados às práticas sexuais é muito difícil (Knauth, 1995). Taquette, Vilhena e Paula (2004), em seu estudo com 356 adolescentes brasileiros sobre a sexualidade nesta faixa etária, verificaram que eles sabem que o preservativo evita doenças e gravidez, porém nem sempre usam. As autoras perceberam que existe uma lacuna entre o quanto os adolescentes estão informados sobre as práticas preventivas e o uso efetivo da camisinha.

Na França, segundo Bozon (2002), a realidade é semelhante, onde as pessoas absorvem as informações divulgadas nas campanhas de forma seletiva. Ao invés de avaliarem seus riscos individualmente, pautam a prevenção em referências que lhes dão a impressão de que estão protegidas. Grimberg (2002), refletindo sobre a realidade da prevenção do HIV na Argentina, menciona que esse processo inclui não somente a transmissão das informações. A autora acredita que existem aspectos que não são individuais, mas sim sociais, que englobam a necessidade de desenvolvimento do reconhecimento dos riscos e a instituição de estratégias de cuidado e autocuidado. As práticas preventivas, mesmo que se tratem de atitudes privadas, são fortemente influenciadas pelo movimento maior coletivo (Wertheim, Tedesco, Braslavsky, Ouane & Cunha, 2004).

A epidemia está associada a padrões estereotipados de drogadição, promiscuidade e homossexualidade. Essa construção social centraliza as possibilidades de contágio, reforçando visões generalizantes e estigmatizantes. Assim, construiu-se a epidemia como a doença do outro (Grimberg, 2002). Até o momento do diagnóstico, a pessoa tem para si a imagem generalizada de AIDS como peste, que atinge pecadores (Domingues, 1998b). Sob essa representação, a doença é então algo destinado aos outros. Desta forma, é importante, além de trabalhar a disseminação das informações, considerar as disposições culturais envolvidas na prevenção (Figueiredo & Ayres, 2002, Merchán-Hamann, 1995). É preciso trabalhar na construção de um conceito social de AIDS que priorize a condição de cidadão do indivíduo infectado (Morando, 1998). Esse processo é difícil, por envolver raízes profundas da cultura, como a sexualidade, a morte e o prazer.

Algumas vezes, as campanhas veiculadas pelos meios de comunicação associam a AIDS à morte, suscitando medo e preconceito, deixando de verdadeiramente instruir (Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1996; Domingues, 1998a; Guimarães, 1998). Desde o início da epidemia, a associação entre a AIDS e a morte tem sido direta (Valle, 2002). Com o tempo, segundo o autor, casos de portadores assintomáticos do vírus foram sendo identificados, o que trouxe à infecção um caráter contraditório entre saúde e doença. Os infectados, até então conhecidos como exemplo de degradação física, surgiam aparentemente saudáveis. Mesmo assim, o ainda vigente slogan “AIDS mata” permanecia (e permanece) na identidade social da infecção.

Ainda hoje, receber o resultado positivo para HIV costuma produzir naquele que o recebe associação direta com a iminência da morte, como se, a partir daquele momento, a pessoa estivesse com o fim anunciado (Seffner, 1995). Isso faz com que as pessoas soropositivas levem um tempo para assimilarem que a AIDS não é necessariamente morte imediata. O que ocorre é que o diagnóstico de HIV exige o confronto com a própria mortalidade, quase sempre evitada (Ferraz, 1998).

Além disso, ao se saber soropositivo, o indivíduo se depara não somente com a possibilidade de morte física, mas com as vivências da morte civil e social (Figueiredo & Fioroni, 1997; Guimarães, 1998; Morando, 1998). Essa morte simbólica pode ser vivida pelo indivíduo a partir da redução de seus direitos como cidadão, com dificuldades no trabalho, desemprego, discriminação, isolamento, dentre outros fatores (Seffner, 1995). As representações sociais, geradas pela idéia de morte civil, vêm fazendo com que os infectados evitem ao máximo se identificar como doentes (Silva, 1998).

Diante da conotação social que tomou a epidemia, construiu-se uma regra coletiva de esquivamento: o melhor é não falar sobre o assunto, já que o peso da realidade pode ser excessivo (Domingues, 1998b). Frente à idéia ainda disseminada de que receber um diagnóstico positivo para HIV é o mesmo que receber a sentença de morte, para o autor, o melhor pode ser não saber a própria sorologia, já que a ignorância pode se mostrar mais segura que a angústia.

Roso (2000) realizou um estudo com 38 mulheres de Porto Alegre, composto por um grupo participante de atividades de luta contra a infecção e outro sem essa participação. Dentre as mulheres menos familiarizadas com aspectos ligados à epidemia, o sentimento mais presente foi o medo da morte, o que, na visão das entrevistadas, faz com que as pessoas evitem falar sobre AIDS.

Algumas pessoas não conseguem assimilar o resultado positivo e podem precisar de um tempo para assumirem uma postura mais ativa diante de sua infecção (Ferraz, 1998). Neste sentido, podem se identificar pessoas que negam o próprio resultado (Seffner, 1995; Remor, 1999) e mulheres que podem ter dificuldade de aceitar o resultado positivo para HIV, chegando a duvidar da seriedade do teste (Knauth, 1995). Essa negação pode ser uma busca de fugir da realidade, como uma tentativa do indivíduo de se adaptar a sua nova situação. Ainda que o medo da morte seja um fator expressivo, levando as pessoas a se afastarem de seu diagnóstico, Remor (1999) ressalta que um aspecto importante nessa reação é o medo do estigma social da doença, que modifica e restringe a vida dos envolvidos.

A dificuldade de lidar com o diagnóstico pode ser devida a uma dificuldade de tomar para si a responsabilidade da infecção. Regato e Assmar (2004) entrevistaram 191 portadores do HIV e 200 médicos na cidade do Rio de Janeiro a fim de investigar como esses grupos se posicionariam a respeito da responsabilização quanto à infecção. As autoras identificaram uma tendência dos portadores de isentarem-se da responsabilidade da contaminação, enquanto que o grupo de médicos responsabilizaram diretamente os soropositivos por seus infortúnios. A busca de uma causa externa por parte dos portadores, no entendimento das autoras, deve-se a uma tentativa de manter a auto-estima. Essa reação dificulta a tomada de consciência e de atitude frente ao diagnóstico, o que gera o afastamento do tratamento. Além disso, propicia a crença de que o mundo é injusto, na medida em que buscam estabelecer uma correspondência entre as ações praticadas e ganhos e perdas recebidos.

A infecção pelo HIV costuma gerar diversos sentimentos, dentre eles estão o choque pelo diagnóstico e pela possibilidade de morte, o medo do prognóstico incerto e do curso da doença e a culpa por um estilo de vida passado ter levado à exposição ao vírus (Remor, 1999). A doença surge, então, como consequência aos hábitos censurados pela sociedade (Figueiredo & Fioroni, 1997). Algumas pessoas lastimam o fato de contraírem o vírus ou saberem que alguém está contaminado, enquanto outras consideram a infecção um bem-merecido castigo da providência divina (Dethlefsen & Dahlke, 1983/1996).

Em seu estudo com dez homens casados, Silva (2002) identificou que existe uma representação da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis como um castigo. A doença, na visão desses homens, teria a função de deter comportamentos sexuais excessivos, servindo como punição à sociedade. O reforço maior para esse

tipo de raciocínio está no destaque dado à incurabilidade da doença, apesar da inteligência dos cientistas.

A disseminação da epidemia da AIDS ressalta o fato de que se vive em comunidade, em que todas as pessoas estão de alguma forma ligadas (Dethlefsen & Dahlke, 1983/1996). Para os autores, o portador do vírus vive isso em si e é chamado à responsabilidade. Ter respeito pelo outro e preocupar-se consigo mesmo passa a ser tarefa muito importante para alguém que se descobre soropositivo. O contexto de relações é um aspecto da vida do portador do HIV que pode sofrer um impacto importante a partir da chegada da infecção, ao mesmo tempo em que é um aspecto que desempenha um papel fundamental na manutenção da sua saúde.

Desde as práticas preventivas de DST/HIV, identifica-se a influência das relações interpessoais. O estudo de Ruzany, Taquette, Oliveira, Meirelles e Ricardo (2003), com 1041 adolescentes e jovens adultos brasileiros, demonstrou que o uso de preservativo nas relações sexuais era significativamente menor dentre aqueles que já haviam experienciado algum tipo de violência em suas relações, principalmente nas amorosas.

A vivência da soropositividade é atravessada por questões ligadas ao relacionamento interpessoal. Quando não existem manifestações físicas da infecção, as dificuldades nas relações sociais e familiares podem ser a principal fonte de preocupação entre os soropositivos (Knauth, 1995). Daí costuma advir uma reação de retraimento social, em que a pessoa restringe sua participação em atividades fora de casa, absorvendo o preconceito e cedendo à timidez (Seffner, 1995).

No caso de mulheres soropositivas, geralmente estas se tornam cuidadoras de seus companheiros quando estes adoecem (Vermelho, Barbosa & Nogueira, 1999). Por outro lado, ao lidarem com a própria infecção, tendem a se isolar do contato com os demais, evitam pedir ajuda e se afastam dos seus empregos, o que demonstra o forte impacto em suas relações. De uma forma geral, os indivíduos infectados desenvolvem crenças quanto a sua infecção, acreditando que, se revelarem seu diagnóstico, não serão mais aceitos pela família, que ficarão sós e abandonados (Remor, 1999) e que serão motivo de vergonha para os seus familiares (Figueiredo & Fioroni, 1997; Remor, 1999).

A família constitui-se na principal fonte de apoio emocional e financeiro para o indivíduo doente, já que a soropositividade de um membro da família aciona a quase totalidade das relações familiares (Knauth, 1995). Nessa medida, tem-se também o apoio social como fator importante. No estudo desenvolvido por Remor

(2002) foram entrevistados 80 pacientes espanhóis. Aqueles que apresentavam maior apoio social tiveram menores índices de ansiedade e depressão e ainda melhor qualidade de vida. O autor menciona o apoio social como fator atenuador do impacto negativo da infecção, considerando esse um recurso capaz de auxiliar na adaptação ao processo de doença.

No atendimento em grupos de familiares, Silveira e Carvalho (2002) identificaram que tende a ser difícil para a família lidar com o diagnóstico de HIV em um de seus membros. Apesar disso, a participação de um familiar no tratamento apareceu como algo positivo. Com base nisso, Gulinelli e colegas (2004) realizaram entrevistas com 363 pacientes usuários da clínica geral de um hospital em São Paulo. Buscaram verificar se estes pacientes gostariam de ser informados, caso tivessem alguma doença grave, como câncer ou AIDS, e se gostariam que alguém da família soubesse. Os autores detectaram que a maioria dos pacientes gostaria de saber seu diagnóstico de AIDS (92%) e gostaria que alguém da família fosse avisado (76%). Isso, na opinião dos autores, além de reforçar a importância do princípio da autonomia, demonstra a importância da presença e do suporte da família no momento de dificuldades com a saúde.

Como demonstrado até aqui, a epidemia de AIDS vem assumindo diversas conotações. Além do efeito físico, a infecção pelo HIV traz implicações comportamentais, familiares e sociais importantes para as pessoas atingidas. A seguir, essas questões serão apresentadas, com foco no entendimento da infecção em mulheres.

1.2 A infecção pelo HIV/AIDS em mulheres

Como já mencionado, a AIDS deixou de ser uma doença relacionada a grupos como homossexuais, profissionais do sexo ou usuários de drogas injetáveis e passou a ser um problema da população em geral, contaminando, também, esposas e mães (Lopes, 1998). Três fases podem ser identificadas, no que tange à abordagem da epidemia do HIV (Rios, Pimenta, Brito, Terto Jr. & Parker, 2002). Os autores explicam que o conceito de risco foi chave na década de 1980, priorizando um enfoque individualista e comportamental. Na década de 1990, passou-se a ter uma maior preocupação com o sentido que as pessoas e os grupos atribuíam as suas práticas, o que definiu um foco em determinantes socioculturais. Atualmente, os autores identificam nova transformação, na medida em que o conceito operatório

passou a ser a vulnerabilidade. Mesmo assim, as perspectivas iniciais ainda não estão superadas, o que faz com que as três abordagens possam ser ainda observadas em convivência.

Nesse processo, o fenômeno de heterossexualização da doença é um dos fatores responsáveis pelo aumento de casos de infecção pelo HIV em mulheres, sendo que essas representam uma proporção significativa de casos novos (Mundy & Fraser, 1999). A infecção por práticas sexuais heterossexuais, que somava 21% em 1991, chegou a 55% em 1996 (Ministério da Saúde, 1999) e a 69% em 1998 (Lopes, 1998). Além disso, a proporção de casos entre homens e mulheres apresentou modificações consideráveis ao longo dos anos. No início da epidemia, a razão homens/mulheres era de 40/1 (Duarte & Mussi-Pirata, 1995). Em 1985, era de 28/1, tendo caído para 7/1 em 1988 (Lopes, 1998). Em 1993, a razão era de 5/1; em 1994 era de 4/1; em 1995 era de 3/1 (Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1996); e em 1997 chegou a 2/1 (Lopes, 1998).

Das primeiras 100.000 pessoas notificadas por AIDS no mundo, 9% eram mulheres, tendo esse índice subido para 12% dentre os casos notificados das 100.000 pessoas seguintes (Mundy & Fraser, 1999). Os fatores de risco associados à feminização da epidemia na América Latina e Caribe, conforme estudos de Cuchi (1997), referem-se a diferentes padrões sociais entre homens e mulheres, no que tange a temas como fidelidade conjugal, à migração do campo para a cidade, novas formas de prostituição (principalmente entre adolescentes) e o aumento de casos entre usuárias de drogas injetáveis. O problema é agravado, em todos os casos, pela dificuldade das mulheres de negociarem o uso do preservativo com seus parceiros.

No estudo realizado por Vandale, Liguori e Rico (1997), foram, também, apontados alguns fatores tidos como fundamentais na análise das questões de gênero da epidemia na América Latina e Caribe. Os principais fatores são a falta de percepção de risco, por parte das mulheres, para a infecção por doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS; os obstáculos para negociar práticas sexuais seguras; o papel das instituições sociais na disseminação das representações de homens e mulheres; o papel dos meios de comunicação na disseminação de informações distorcidas sobre a doença; o papel das instituições religiosas, na forma como vêm se posicionando frente à epidemia; e o papel da educação formal, na forma como maneja a instrução quanto à sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis em geral.

Dentre esses fatores, destacam-se nos estudos a dificuldade de algumas mulheres de perceberem seus próprios riscos e para negociarem práticas sexuais mais

seguras. Foi há pouco tempo que se passou a considerar a negociação do uso da camisinha como algo positivo a todas as mulheres (Barbosa, 1999). Conforme a autora, negociar o sexo era algo esperado de prostitutas e michês. É recente o movimento de desvincular hábitos sexuais preventivos de doença e degradação. O que se vem tentando é associar esses hábitos à idéia de preservação da saúde.

A associação do HIV e da AIDS a desvios sexuais, promiscuidade e prostituição pode ser considerada uma ampla marca na história da epidemia e segue hoje como o aspecto mais enraizado do estigma (Parker & Aggleton, 2001). Os autores afirmam que, nesse contexto, no imaginário social circulam crenças a respeito da epidemia que contradizem as informações epidemiológicas. Grande parte da população acredita que as mulheres promíscuas são as responsáveis pelo aumento nos índices de contaminação pelo HIV. Porém, os dados da vigilância epidemiológica revelam que tais índices são altos dentre a população de mulheres casadas que mantêm relações sexuais somente com seus maridos.

Examinando essa questão, Both (1997) realizou um estudo a respeito da percepção de risco para a infecção pelo HIV de 12 mulheres casadas, frequentadoras de clubes de mães, moradoras de Porto Alegre. As entrevistas revelaram, no entendimento da autora, que as mulheres percebiam o casamento e a maternidade como fatores de proteção contra a infecção pelo HIV. Elas acreditavam que, por serem boas esposas e boas mães não seriam merecedoras da doença. A contaminação foi tida como um castigo por comportamentos reprováveis, ligados à sexualidade fora do casamento. No discurso das mulheres, segundo Both, apareceu uma idéia de que existia uma clara diferença de *status* entre ser mãe e esposa (mulher decente) e ser 'mulher da rua'. Os papéis sociais seriam distintos, definidos, principalmente, a partir do comportamento perante os homens. A AIDS, para as participantes, até poderia vir a entrar no casamento, em se considerando que as mulheres estão ficando 'depravadas' e não vêm se dando o devido respeito.

Com essas crenças fortificadas, fica difícil, para as mulheres, encarar de maneira direta os seus riscos. Elas seguem acreditando que o casamento constitui proteção, e essas idéias são reforçadas dentro de casa, pelos próprios companheiros. Em um estudo sobre as representações sobre fidelidade e os usos do preservativo por homens casados, Silva (2002) identificou que a AIDS, para esses homens, não é algo que pode estar próximo. Eles consideram que as relações sexuais mantidas dentro de casa são totalmente seguras e dispensam o uso do preservativo. Já as relações extraconjugais, essas sim, representam algum risco.

Investigando os comportamentos sexuais de risco e a autopercepção de vulnerabilidade a DST e AIDS em 1543 mulheres da cidade de Pelotas, Silveira, Béria, Horta e Tomasi (2002) revelaram falhas na percepção de risco dessas mulheres. Isso porque, dentre aquelas em que foram identificados comportamentos sexuais de risco, 59% mencionaram considerar impossível contrair uma doença sexualmente transmissível. Chama a atenção o que Domingues (1998b) denomina o mito do amor purificador, que postula que quem ama não faz mal ao ser amado, evitando a transmissão de doenças. Dessa forma, a mulher pode ter relação sem preservativo com seu parceiro por acreditar que ele não faria uma maldade com ela (Nunes, 1998).

Com tudo isso, essas mulheres vêm delegando aos homens a responsabilidade pela saúde do casal. Mantendo o modelo de mulher passiva e dependente, elas não tomam a iniciativa de autocuidado (Praça & Gualda, 2003). Mesmo sabendo que o preservativo é a forma de evitar doenças, elas não negociam o uso com os parceiros (Vermelho & cols., 1999). Conforme as autoras, as mulheres mencionam que camisinha é coisa de homem, cabendo a ele e iniciativa para usar. Além disso, salientam que a prevenção introduziria o tema da infidelidade e da desconfiança na relação do casal.

Oliveira e colegas (2004) buscaram a percepção de mulheres agentes comunitárias de saúde a respeito das campanhas de televisão destinadas a mulheres para promoção do que se chama sexo seguro. Identificaram que as campanhas desconsideram as dificuldades que as mulheres encontram para negociar o uso de preservativo. Elas acreditam que o sexo seguro assume contornos mais amplos do que os apresentados nas campanhas. Ao exigirem o uso de camisinha, as mulheres podem proteger sua saúde, mas podem ter conflitos conjugais, como desconfiança de infidelidade, “autorização implícita” de traição do marido ou até violência doméstica.

A tendência das campanhas de prevenção de enfocarem questões eminentemente técnicas e individuais, que acabam buscando consumidores de camisinhas, foi salientado por Seffner (2002). O autor reforça a importância da formação de cidadãos educados para a autonomia nas decisões de saúde sexual. Sob esse prisma, as ações de promoção e prevenção em saúde nessa área não se esgotam com o simples uso do preservativo. A adoção ou não de medidas preventivas reproduzem ainda as representações hegemônicas de masculinidade e feminilidade vigentes (Oliveira & cols., 2004). Para a mulher, então, é mais difícil negociar o uso do preservativo por dificuldades de papéis de gênero. Porém, cabe a ela

responsabilizar-se pela prevenção da gravidez, através de métodos prioritariamente que não as protegem de doenças sexualmente transmissíveis (Feliciano & Kovacs, 2003). O fato de o preservativo prevenir também a procriação, em alguns casos, pode aparecer como algo negativo (Roso, 2000).

O uso do preservativo foi investigado no estudo de Praça e Latorre (2003) com 384 puérperas no período de internação, buscando caracterizar o comportamento para promoção da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. As autoras verificaram que 56% delas nunca tinham usado preservativo e, dentre estas, 18% não pensava em usá-lo. Além disso, 61% afirmaram que não modificaram seu comportamento em função da epidemia de AIDS, apesar de demonstrarem estar informadas a esse respeito.

Diferenças sexuais no uso do preservativo também foram reveladas no estudo de Antunes, Peres, Paiva, Stall e Hearst (2002). Os autores realizaram oficinas sobre sexualidade com 394 jovens adultos brasileiros e observaram que, enquanto os rapazes tinham menos vergonha de falar sobre sexo e negociar o uso da camisinha, as moças conversavam mais sobre contracepção e fidelidade. Elas, ainda, não se sentiam capazes de negociar práticas sexuais.

Questões como a desigualdade de gênero, possivelmente associada à pobreza, colocam as mulheres em situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV. Apesar do aumento das informações disponíveis acerca da infecção pelo HIV e da tentativa de diminuir a associação entre a doença e a discriminação, ainda se faz presente o estigma social envolvendo os portadores do vírus. Conforme Parker e Aggleton (2001), o estigma é atribuído pela sociedade àquele que apresenta um 'desvio', ou uma diferença indesejável. Assim, dentre outras conotações, a AIDS seria entendida como punição a comportamentos imorais. Guimarães (1998) afirma que o enfrentamento do estigma relacionado ao diagnóstico do HIV pode ser mais aterrorizador do que a própria idéia de morte que possa estar associada. Assim, descobrir-se soropositivo seria uma vivência muito profunda, que demandaria à pessoa a reconstrução de sua identidade.

Vivenciar a soropositividade, conforme os estudos revisados até aqui, é uma experiência complexa, atravessada por questões culturais enraizadas. Quando atinge as mulheres, a epidemia assume contornos peculiares, o que exige um exame particularizado, com base no que se conhece da realidade feminina. Uma expressão possível da feminilidade é a maternidade, fenômeno, por si só, complexo. Na presença da infecção pelo HIV, essa experiência pode levar a dificuldades, o que exige atenção. A seguir, apresentam-se, então, estudos que auxiliam o entendimento

da maternidade na presença do HIV, com enfoque na transmissão materno-infantil do vírus.

1.3 A transmissão materno-infantil e os aspectos psicológicos da maternidade em situação de infecção pelo HIV

Calcula-se que existem, aproximadamente, oito milhões de mulheres infectadas no mundo (Watts, 1999), estando 90% delas em idade reprodutiva (Naud, Chaves, Matos, Rosa & Hammes, 2001). O crescimento de casos novos em mulheres resulta em um expressivo crescimento de casos em crianças, já que a maioria dessas mulheres tem vida conjugal estável (Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1996). Em uma pesquisa com 148 mulheres HIV+, Santos e colegas (2002) identificaram que, em 68% dos casos, a infecção se deu por relações sexuais com companheiro estável. Até 1992, a transmissão vertical do vírus HIV era responsável por 57% dos casos de AIDS pediátrica no Brasil (Duarte & Mussi-Pirata, 1995). Hoje, aproximadamente 90% dos casos notificados de infecção em menores de 13 anos é resultado da transmissão da mãe para o filho (Ministério da Saúde, 2002). Nas maternidades de Porto Alegre, a incidência da infecção pelo HIV é de 3% (Secretaria Municipal de Saúde, 2001).

A transmissão materno-infantil do HIV pode se dar de três maneiras: 1) por disseminação transplacentária, que pode ocorrer durante a gestação ou trabalho de parto; 2) a exposição do feto ao sangue ou secreções da mãe durante a passagem pelo canal de parto; e 3) através do leite materno (Duarte & Mussi-Pirata, 1995). Os autores ressaltam que a contaminação da placenta não significa, necessariamente a contaminação do bebê, e que o terceiro trimestre de gestação é o que oferece maior risco de contágio. A maioria dos casos de transmissão ocorre durante o trabalho de parto e parto (65%), sendo 35% o índice de contaminação intra-útero (Ministério da Saúde, 2002).

O aleitamento materno representa risco adicional de contágio de 7% a 22% (Ministério da Saúde, 2002). Índices entre 5% e 32% de risco também têm sido divulgados (Watts, 1999). Assim, conforme indicação do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (2001) recomenda que as mães HIV+ sejam orientadas a não amamentar seus filhos, além de terem as mamas comprimidas com ataduras imediatamente após o parto e iniciarem o uso de inibidores de lactação via oral.

A partir de uma extensa revisão de literatura, Beitune, Duarte, Quintana e Figueiró-Filho (2004) verificaram que o processo gestacional não representa risco para a mulher de acelerar o adoecimento de AIDS ou de provocar doenças oportunistas. Por outro lado, a presença do HIV na gestação foi descrita por alguns estudos, segundo os autores, como representando aumento do risco de aborto espontâneo e problemas ligados ao endométrio na mulher após um ano do nascimento do bebê.

A partir do Protocolo ACTG 076, comprovou-se que o uso de zidovudina (AZT) durante a gestação (cápsula), durante o trabalho de parto e parto (endovenosa) e pelo recém-nascido (xarope) até 48 horas após o nascimento reduz o índice de transmissão vertical em 67% (Azevedo, 2001; Ministério da Saúde, 2001a). Além disso, a chance de contaminação sem uso de medicação, que era de 25%, caiu para 8% com o uso do AZT. O uso de terapia anti-retroviral combinada, além disso, pode reduzir a carga viral da mulher a níveis indetectáveis, reduzindo a taxa de transmissão vertical para menos de 3% (Ministério da Saúde, 2002), podendo chegar a 1% (ABIA, 2004). Após o nascimento do bebê, este deve ser testado periodicamente, a fim de verificar se está contaminado ou não.

Alguns estudos mostram que a carga viral da gestante no momento do parto pode aumentar a chance de transmissão do HIV para o bebê (Zorilla, 2000), o que pode levar à indicação de um parto cesariana (ACOG, 1999). A partir disso, o Ministério da Saúde (2001b) preconizou que se realize cesariana em gestantes com carga viral maior do que 1000 cópias/ml, a qual deve ser feita entre a 38^o e 39^o semanas de gestação, com administração de AZT venoso a partir de três horas antes da cirurgia, realizada por equipe especializada. Os procedimentos profiláticos com o bebê devem ser mantidos e as gestantes que estiverem com a carga viral controlada somente serão submetidas à cesárea a partir de indicação obstétrica, como ocorre com gestantes não portadoras do vírus. Segundo Ruocco (2001), o emprego de AZT em conjunto com a cesárea eletiva pode diminuir o risco de transmissão vertical para 2%, sendo que um percentual semelhante também é encontrado com os procedimentos profiláticos destinados às gestantes com carga viral inferior a 1000 cópias/ml de sangue.

No estudo de Rocco, Leite, Vasconcellos e Cabral (2003), envolvendo 284 gestantes, foram comparados possíveis efeitos adversos da cesariana eletiva em dois grupos de gestantes, um de portadoras do HIV e outro sem a presença do vírus. Os

autores observaram que não houve aumento da morbidade materna ao se optar pela cesárea eletiva como desfecho na gestação de pacientes soropositivas.

Para que essas medidas possam ser tomadas, é de fundamental importância que seja oferecido teste anti-HIV, juntamente com aconselhamento, para todas as gestantes em atendimento pré-natal. Objetiva-se, com isso, que as mulheres HIV+ tenham acesso à prevenção da transmissão vertical e que recebam o esclarecimento necessário, para que tenham uma boa adesão ao tratamento (Naud & cols., 2001). A pessoa, recebendo o resultado positivo para HIV, confronta a imagem social da doença com sua auto-imagem e, dada a distância entre elas, fica difícil compreender a realidade. Nesse contexto, é importante a forma como é dado o resultado, sendo essencial oferecer um espaço de escuta e acolhimento a quem o recebe (Domingues, 1998b).

A solicitação do exame, entretanto, não é, ainda, uma prática prevalente no período pré-natal. Um estudo realizado por Ramos e colegas (1995), com 200 mulheres que buscaram a maternidade para ganharem seus filhos, mostrou que o teste anti-HIV foi oferecido no pré-natal somente para 55,4% delas. Esse resultado é, para os autores, mais alarmante, na medida em que 89% das mulheres afirmaram ter conhecimento sobre a AIDS antes da gestação. Em estudo posterior, no mesmo serviço, com 209 participantes, o índice de testes oferecidos em pré-natal subiu para 83%, o que denota uma melhoria no serviço (Ramos & colegas, 2002).

Um estudo realizado no pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas do Paraná demonstrou que, de um total de 436 gestantes, 2% receberam resultado positivo para HIV (Sbalqueiro & cols., 2004). Foi importante verificar que a maioria delas chegou ao hospital encaminhada por já terem descoberto sua soropositividade. Em avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil, Serruya, Lago e Cecatti (2004) fizeram um levantamento dos indicadores do acompanhamento pré-natal em todo o país. Conforme preconizado pelo Programa, os testes para HIV e sífilis são de oferecimento obrigatório ao longo das consultas de acompanhamento. Porém, o anti-HIV apareceu como um dos testes realizados em menor frequência.

Quando o teste não for fornecido no pré-natal, é de extrema importância que a gestante realize o teste rápido para HIV, ao chegar na maternidade para o parto (Carvalho & cols., 2004). Em seu estudo com 298 gestantes de Porto Alegre e região metropolitana, os autores verificaram que, apesar de um total de 168 gestantes terem frequentado o acompanhamento pré-natal regularmente, 91 não havia recebido ainda

o resultado do teste anti-HIV. Isso reforça a necessidade de oferecimento de testes rápidos, considerando as vantagens da profilaxia durante o parto e logo após o nascimento do bebê, quando se trata de prevenir a transmissão materno-infantil do vírus.

O aconselhamento e o fornecimento de informações às mulheres e às famílias são de extrema importância nos quadros de infecção pelo HIV. Em uma amostra de 1068 mulheres brasileiras HIV+, Paiva, Latorre, Gravato e Lacerda (2002) identificaram que 53% das mulheres não sabiam da existência de métodos contraceptivos indicados para pessoas infectadas. Além disso, 25% não foram informadas de que poderiam transmitir o vírus para o bebê, em caso de gravidez. Elas não tinham também informações sobre formas de transmissão materno-infantil através do parto (27%) e amamentação (24%), e sobre a existência de medicação para a mãe durante a gestação (24%) e para o bebê (30%). Dentre essas mulheres, 3% descobriram-se infectadas quando um de seus filhos adoeceu de AIDS, 9% descobriram durante o pré-natal e 1% descobriu na hora do parto, na maternidade. Outro estudo (Santos & cols., 2002) mostrou que, de um total de 148 mulheres brasileiras soropositivas para HIV, 25% tiveram filhos após a infecção pelo vírus. A maioria não teve acesso à profilaxia da transmissão vertical, o que resultou em 44% de crianças soropositivas. Com uma única exceção, em todos os demais casos, a infecção materna foi identificada durante a gravidez, ou quando a criança adoeceu de AIDS.

O teste de HIV deve ser oferecido durante a gestação, em caráter voluntário e confidencial, e deve vir acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. À gestante é importante entender o que significa o exame, o resultado, tanto positivo quanto negativo, e todas as implicações, caso venha a se descobrir portadora do vírus (Azevedo, 2001). Conforme a autora, no momento da devolução, essas informações devem ser retomadas e adequadas de acordo com o resultado, reforçando a necessidade de prevenção e realizando os encaminhamentos, quando necessários.

Em um levantamento dos estudos publicados em periódicos indexados, no período de 1997 a 2002, realizado por Alencar e Seidl (2003), foi investigada a prática de aconselhamento em aleitamento materno para prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. Apesar de existirem diversos estudos a respeito da infecção pelo HIV levando em consideração a prática da alimentação infantil, pouco foi mencionado sobre aconselhamento. Considerando a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde de não-aleitamento no peito, além do enfaixamento das mamas

quando a mãe é HIV+, pode-se supor que o aconselhamento é uma prática fundamental para uma prevenção efetiva da contaminação em crianças. Em um país em que é fortemente reforçado o aleitamento materno, estar impossibilitada de dar o peito a seu filho pode trazer sofrimento à mulher, além de dar margem ao estigma e à discriminação.

Quando se trata da infecção pelo vírus em que esteja presente uma gestação, a situação se torna muito mais difícil. Maksud (2003) afirma que a gestação de uma mulher soropositiva transcende as questões técnicas que possam estar envolvidas. A autora pensa que, no sistema de saúde, predomina o medo quanto ao surgimento da gestação, sendo um temor não somente pelo risco de contaminação do bebê, mas um temor ao risco social que simbolicamente está associado à reprodução na presença do vírus. É dessa forma que o sucesso técnico não é suficiente, já que essa gestação, em geral, envolve o posicionamento do profissional de saúde, que ainda expressa suas crenças e valores entremeados na execução de sua competência técnica. Morando (1998), posicionando-se criticamente, afirma que, conforme o HIV vai se tornando mais visível, mais a ética é transfigurada em formas de restringir a cidadania, quando se persegue homossexuais, usuários de drogas ou mulheres soropositivas que desejam engravidar, tratando-os como pessoas que não sabem o que fazem. Endossando estas idéias, o estudo de Paiva e colegas (2002), com mulheres HIV+, mostrou que a maioria delas esperaria um sentimento de desaprovação por parte de seus médicos, caso lhes informassem que desejariam ter um filho. Tal reação incluiria manifestações de contrariedade das mais explícitas às mais sutis.

O preconceito também apareceu como um temor comum entre 148 mulheres infectadas, investigadas por Santos e colegas (2002). Os autores verificaram que 45% das mulheres estavam desempregadas, sendo que a maioria das que estavam procurando emprego tinha muito medo do preconceito. Somente 2% das entrevistadas eram ou tinham sido profissionais do sexo, o que, para as autoras, contradiz o perfil de risco presente no imaginário social. Além disso, apenas 19% sentiam-se confortáveis em relação a sua sexualidade. A maioria das mulheres sentia que a infecção pelo HIV mudou tudo em sua vida sexual, mencionando diversas fontes de estresse, o que lhes diminuiu o apetite sexual e as fez se sentirem menos sensuais. Menos da metade delas manteve vida sexual ativa após o diagnóstico, porém mais da metade mencionou desejo de ter relações sexuais. Uma em cada cinco mulheres afirmou ter vontade de engravidar, tendo sido identificada associação positiva entre pensar em ter filhos e a motivação para lutar pela vida. As autoras constataram

também que características como não ter filhos e ser mais jovem estavam associadas ao desejo reprodutivo. Elas pensavam em constituir uma família e realizarem-se como mulheres. De maneira geral, assumindo ou não a vontade de ter filhos, a maior parte das mulheres do estudo comentou sobre o medo do estigma, em relação a si e aos seus filhos, caso viessem a engravidar.

Paiva (2002) defende a idéia que os direitos reprodutivos dos portadores do HIV permanece em silêncio, reforçando a existência de uma possível “morte civil”. Afirma que, nas propostas de prevenção e aconselhamento destinadas aos soropositivos, focaliza-se o estímulo ao uso do preservativo para evitar re-infecções, sem considerar outras dimensões da sexualidade do portador ou mencionar suas intenções reprodutivas. Quando se trata de auxiliar mulheres HIV+ a retomarem a vida sexual e afetiva, em geral, encontram-se algumas ações sendo implementadas. Já não é o caso, quando se trata da idéia da reprodução na presença do vírus, que na opinião de Paiva, encontra muitos obstáculos para ser acolhida.

Um outro estudo foi realizado por Tunala (2002), com 150 mulheres brasileiras HIV+, em que a autora buscou descrever as fontes cotidianas de estresse dessas mulheres. A pesquisadora verificou que somente 14% das entrevistadas relacionou o estresse cotidiano ao tratamento e ao adoecimento pelo HIV. Os principais eventos estressores apontados foram as situações de relacionamento afetivo, decorrentes, muitas vezes, do estigma da doença. Foram mencionados problemas relativos à família (17%), filhos (14%), parceiro (14%), além da própria enfermidade (14%), entre outros. Chamaram a atenção da autora os temas trazidos nas entrevistas, como discriminação, dependência, solidão e incompreensão. Além disso, segundo Tunala, e corroborado pelo estudo de Vermelho e colegas, (1999), o papel de cuidadora desempenhado pelas mulheres pode, algumas vezes, prejudicar sua qualidade de vida, seja nas situações em que a mulher tem que cuidar do companheiro que também adoeceu, seja na atividade de mãe, com a preocupação que o filho adoeça, o medo de perdê-lo e o receio de ser contrariada nas expectativas que formou em relação a ele.

Outro estudo foi realizado por Paiva, Lima, Santos, Ventura-Filipe e Segurado (2002), a fim de examinar o desejo de ter filhos de um grupo de 250 homens portadores do HIV. Quase a metade dos entrevistados (43%) mencionou que desejava ter filhos. Para os autores, querer ter filhos é um desejo legítimo de homens e mulheres, seja por motivos religiosos, sociais ou individuais. Porém, as intenções reprodutivas de pessoas portadoras do HIV estão intimamente ligadas ao padrão

estereotipado de promiscuidade, e, afirmam os autores, os promíscuos, segundo a tradição judaico-cristã, não devem ter filhos.

Mesmo que as condições clínicas possam complicar o processo de gravidez, as mulheres continuam a ficar grávidas, algumas sem planejamento, outras intencionalmente (Paiva, 2002; Wesley & cols., 2000). No estudo de Wesley e colegas (2000), os autores investigaram as atitudes de mães HIV+ com filhos de até dois anos de idade em relação à maternidade. Os resultados mostraram que os sentimentos dessas mulheres sobre a maternidade eram positivos. Elas encontraram um novo sentido na vida sendo mães, percebendo a maternidade como um meio de suprirem suas próprias necessidades, e enxergando nos filhos uma extensão de si mesmas. Somente quando questionadas quanto à decisão de ter mais filhos é que mencionaram sua preocupação com a saúde desses. De qualquer forma, os riscos relativos a sua saúde foram muito pouco considerados, ficando evidenciada uma resistência em entrar em contato com seu estado sorológico. A conclusão dos autores foi de que a infecção pelo HIV não diminui o desejo de ser mãe, e que os profissionais da saúde devem ter consciência de que, para essas mulheres, seu estado sorológico poderá não ser considerado na tomada de decisão sobre gravidez, uso de métodos contraceptivos e interrupção de gestação.

Além dos achados descritos acima, outros estudos têm procurado entender as razões que levam as mulheres com HIV a quererem engravidar. Siegel e Schrimshaw (2001), em um estudo com 51 mulheres norte-americanas HIV+ que referiram desejo de ter filhos, verificaram três motivos principais: porque seus companheiros queriam; porque não conseguiram acompanhar o crescimento dos filhos que já tinham; e para sentirem-se mais completas e felizes. Os autores perceberam que a decisão de engravidar costumava trazer preocupação e angústia. Contudo, as mulheres, mesmo temendo pela sua saúde e a do bebê, não viam esses riscos como algo que diminuía o desejo de ter um filho. Elas queriam dar um filho a seu companheiro e afirmaram que não permitiriam que a infecção pelo HIV as impedisse de atingir esse objetivo. Esteve bastante presente o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural da mulher e que entrar em contato com a sua condição feminina as tornaria completas e mais felizes.

Outro resultado a ser ressaltado no estudo de Siegel e Schrimshaw (2001) diz respeito à religiosidade em mulheres e gestantes soropositivas. Os autores identificaram que algumas dessas mulheres mantêm o desejo de ser mães em função da religiosidade. Elas acreditam que Deus protegerá seu filho da infecção, já que lhes

possibilitou ficarem grávidas. Pensam também que um filho é um presente de Deus àquelas que estão no caminho certo. Os autores perceberam que estas mulheres estavam delegando à figura de Deus muito da sua própria responsabilidade como futuras mães. Outros estudos também mencionaram a religiosidade como forma de enfrentar problemas de saúde (Cerqueira-Santos, Koller & Pereira, 2004, Rabelo, 1993). Além disso, a religiosidade aparece como apoio para a tarefa da maternidade (Zamora & Kuenerz, 2002).

Como pôde ser visto, a AIDS atinge de maneira profunda a vida das mulheres, em particular as mães em potencial, fato que repercute em suas relações sociais e familiares. Como se trata de um fenômeno recente, diversas pesquisas têm sido realizadas, especialmente sob enfoque médico, visando a reduzir as conseqüências dessa epidemia. Entretanto, pouca atenção tem sido dada aos aspectos psicológicos sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV. Os estudos que examinam os efeitos da epidemia em mulheres oferecem auxílio no entendimento da maternidade na presença do vírus. Porém, são pouco desenvolvidas pesquisas especificamente com mulheres grávidas soropositivas.

A seguir, são revisados estudos que examinaram aspectos psicológicos presentes na maternidade em geral, ressaltando as transformações históricas na constituição do feminino e do maternal. Muitas concepções aparecem sobre a maternidade ao longo da história, que mostram um pouco dos vários significados que o ser mãe adquire ainda hoje. Desta forma, examina-se como que, historicamente, ocorreu a relação da mulher com sua sexualidade e com o exercício de ser mãe. Ainda, revisam-se aspectos relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, categoria na qual se enquadra atualmente a infecção pelo HIV.

1.4 Aspectos históricos do feminino e do maternal

Conhecer um pouco das concepções acerca do feminino na história permite compreender de maneira mais completa a vivência da maternidade. A literatura mostra que o papel da mulher na sociedade vem mudando radicalmente ao longo do tempo. Entretanto, percebem-se, ainda, traços de um funcionamento tradicional perpetuado, que tem em suas manifestações formas mais ou menos explícitas.

Estudos antropológicos e arqueológicos revelam que, nos primórdios da civilização, o feminino era cultuado (Eisler, 1997). O trabalho de escavações, vem há certo tempo revelando objetos em que se identificam fortemente representações

femininas de forma padronizada (Gimbutas, 1997). Este padrão vem sendo estudado em sua simbologia. Para a pesquisadora arqueóloga, essa continuidade de estilo seria subsídio suficiente para considerar que existiu uma tradição de idéias filosóficas ligadas ao feminino. As figuras encontradas foram associadas às noções de nascimento, regeneração, doação de vida e de morte.

Em um estudo sobre a essência das religiões, Eliade (1956) examinou a relação entre as dimensões do sagrado e do profano em civilizações antigas. Para os povos antigos, a possibilidade de praticar a agricultura era motivo para que a terra fosse venerada como uma grande deusa. A fecundidade da Terra-mãe era um fenômeno sagrado, sendo cultuado em diversas religiões como o que dá nascimento a todos os seres. De forma complementar a essa concepção, explica o autor que alguns rituais humanos estariam ligados à sacralidade da terra, como o parto de cócoras e o hábito de enterrar os mortos – em que se entregaria simbolicamente o ser ao solo. Desta forma, nascimento e morte são temas intimamente ligados à *Terra-matter*.

A mulher, para os povos antigos, complementa Eliade (1956), estava misticamente solidarizada com a terra, na medida em que tinha, como a Grande-mãe, a fecundidade em seu corpo. Ela era, inclusive, considerada uma variação da terra, já que seguia, em suas práticas de vida, o modelo da Mãe-universal. Os rituais de fertilidade, realizados pelo ser humano na tentativa de garantir o alimento e a própria vida, reverenciavam a mulher enquanto “senhora do útero fértil e do seio que nutre, senhora do sangue e senhora do crescimento” (Neumann, 2000, p. 74). Os antigos já associavam a menstruação feminina à fertilidade, compreendendo sua ausência no princípio e final da vida, bem como a sua interrupção durante a gestação. Assim, segundo Neumann, as experiências de menstruação, gravidez e nascimento eram fenômenos cujas expressões eram veneradas. Esses processos eram considerados uma experiência interior da mulher, tendo as relações sexuais com homens pouca importância.

Nos últimos anos, os objetos arqueológicos encontrados sugerem a ocorrência de uma transição do que seria uma fase de divinizar o feminino, para a hegemonia do masculino. Segundo Gimbutas (1997), existem hipóteses de que o modelo mais antigo era composto por uma maior igualdade entre os gêneros. De qualquer forma, lhe parece evidente a emergência de uma dominação masculina posterior.

Assim, em oposição à predominância do culto à Grande-mãe, ganhou expressão na Idade Média a imagem patriarcal cristã (Neumann, 2000). Desde essa época, a busca passou a ser pelo céu, em detrimento do valor anterior conferido à

terra e ao feminino. Para o autor, a terra passou a representar a parte decaída e inferior da alma, o lado material, animalizado e perigoso da existência. “O lado terreno tem que ser sacrificado em nome do Céu (...) e a Terra, a Mulher e o mundo dos instintos, representados pela sexualidade, são maus, sedutores e amaldiçoados” (Neumann, 2000, p. 165).

Na mitologia cristã, todas as pessoas são, por origem, pecadoras. O pecado é entendido como inevitável e deve ser punido (Whitmont, 1991). Até pouco tempo, os rituais de sacrifício eram uma forma de tentar a expiação dos pecados, sendo a morte símbolo dessa expiação. Para o autor, a vida precisa, nessa lógica, ser vivida em penitência e temor. De forma geral, na evolução das religiões, uma desvalorização do feminino vem sendo uma tendência. Idéias religiosas que associavam o feminino a algo reprovável vêm sendo aceitas e passaram a ser internalizadas por homens e mulheres.

Na Roma antiga, as mulheres tinham condições jurídicas quase nulas (Badinter, 1992/1980). Com as pregações de Cristo, que tratava a mulher como companheira do homem, houve um abrandamento da dominação masculina, na medida em que a Igreja consagrou o matrimônio. Já a partir do século XVI, o Direito Romano voltou a diminuir os direitos femininos. No século XVII, segundo Badinter, a influência de Aristóteles conferiu à mulher uma posição inferior, em uma sociedade baseada no princípio da autoridade. A mulher representava a matéria, resumindo-se em uma mãe em potencial. O homem representava o potencial cognitivo-intelectivo. Com isso, mesmo na concepção de um filho, a mulher tinha o papel secundário – ligado às funções físico-corporais – já que as habilidades mais sublimes eram provenientes do pai.

No século XVI, parto era ainda assunto das mulheres. Cabia às parteiras encarregar-se disso (Maldonado, 1997). Os homens raramente se envolviam e, normalmente, não sabiam como agir quando suas esposas iniciavam com as contrações. Segundo a autora, provavelmente, eram só os homens do campo que se aproximavam um pouco mais das parturientes, utilizando a experiência de parto de animais. No século XVII, os homens passaram a participar mais ativamente no processo de parto, desta vez, na figura do médico. Surgiram, então, os instrumentos. É neste período que se iniciou a utilização do fórceps, envolto por grandes mistérios, já que as famílias o mantinham em segredo.

No século XVIII, com o crescimento dos saberes científicos, começou-se a incentivar o caráter instintivo da maternidade (Maldonado, 1989). As mulheres

passaram a se responsabilizar por seus filhos até a idade de sete anos, quando estes passavam a ser considerados adultos. No final deste século, a cesárea passou a ser utilizada com menos risco de morte para a mãe e para a criança. O estudo do corpo feminino pela medicina reforçou a idéia vigente, ao longo da história, de que a função da mulher era exclusivamente a procriação (Del Priore, 1993). O modelo de saúde feminina era o modelo do corpo da boa mãe. Acreditava-se que a feminilidade estaria refletida em características corporais propícias à maternidade: seios volumosos, corpo arredondado, ancas desenvolvidas. Era o modelo da mãe utilizado para definir a saúde física, mental e moral da mulher (Rohden, 2002). Responsável pelo papel sagrado de cooperação no ato de criação divina, segundo Del Priore, eram recriminados à mulher atos que lhe rebaixassem à animalidade através da sensualidade e de impulsos desregrados. O sexo lícito era o direcionado à procriação. Assim, consagrou-se a maternidade, que possibilitava à mulher limpar a sujeira do coito com a gestação. A maternidade retirava o conteúdo sujo e nefasto da sexualidade.

No caso brasileiro, durante o período colonial, a Igreja também foi a responsável por buscar normatizar o comportamento feminino (Del Priore, 1993). Para alcançar algum reconhecimento social, a mulher deveria contrair matrimônio. A partir daí, poderia iniciar a vivência de sua sexualidade, exclusivamente dedicada à procriação, bem como a tarefa de cuidar dos filhos e da casa. Aquelas que permaneciam solteiras, ou que casavam mas não tinham filhos, conforme a autora, eram alvo de desconfiança quanto ao adequado uso de sua sexualidade. Assim, para ter valor na sociedade, a mulher tinha que restringir suas ações e seus sonhos à maternidade, à vida familiar e à criação dos filhos. As mais respeitadas não deviam ter sensações sexuais, tinham que ser meigas e inócuas (Whitmont, 1991).

Toda essa repressão social e religiosa, segundo Del Priore (1993), resultou no surgimento de um contraponto: a construção do avesso da mãe. A mulher mundana tomou espaço no cenário social, tratando a procriação não como um dever, mas um prazer, dona de seu corpo e de sua sexualidade. Por contrariarem a vontade da Igreja e do Estado de colocar o corpo feminino a serviço da sociedade patriarcal, essas mulheres eram violentamente perseguidas. Em geral, eram as mães das mulheres consideradas lascivas que tinham que responder por seus atos em inquisição, como afirma a autora. Elas tinham que explicar por que falharam em seu papel de mãe de preparar a filha para o casamento.

Por todo esse movimento social desenfreado, os poderes institucionais criaram o conceito moral sobre a mulher que transgredia, atribuindo-lhe um papel que

legitimava o que se considerava transgressão: o de prostituta (Del Priore, 1993). Segundo Franz (1972/1995), a legalização da moral sexual nunca foi internalizada, pois, ou as pessoas buscavam segui-la e tornavam-se neuróticas, ou caíam no pecado. As demais pessoas eram obrigadas a viver uma vida dupla. Para Del Priore, cerra-se, então, um ciclo social. As prostitutas passaram a desempenhar o papel de salvaguardar os casamentos honrosos e castos, pacificando a violência sexual e reforçando o desejo da manutenção da virgindade das donzelas. Assim, conforme Rago (1996), a prostituição era discretamente aceita na sociedade como um mal necessário para garantir a moralidade familiar.

As mulheres, então, dissociavam-se, compondo dois grupos sociais. De um lado, aquela que desejava controlar a concepção, tomando providências para não engravidar e não perder os atrativos do corpo; e de outro aquela que estava condenada a gerar filhos e dedicar-se inteiramente a eles, excluída do prazer erótico (Del Priore, 1993). As bem-casadas não podiam expressar vaidade para não serem confundidas com as que comercializavam o físico. “A remissão da mulher estava, pois, na maternidade (...) acentuando o ideal materno como o único exemplo de educação e de difusão dos bons costumes” (p.112).

Identifica-se então uma dissociação do feminino, em que se classifica as mulheres em boas ou más. Para serem boas, elas devem se incluir em um *script*, que define que devem ser inexperientes sexualmente, devem impor resistência à sexualidade e devem saber esperar (Grimberg, 2002). Ou, como mencionado por Del Priore (1993), o feminino dividia-se entre a mulher-dama – promíscua e devassa – e a santa-mãe, cujo corpo era regulado para a procriação. A mulher-dama era percebida como fonte impura e infectada. Ela representava ao homem risco de moléstias e até de morte. A sexualidade, no curso da história, esteve polarizada entre os tipos boa e má. A autora também afirma que a luxúria era considerada um mal feminino, o que exigia que a mulher luxuriosa fosse excluída, por ser enferma e contagiosa. Até certo tempo, acreditava-se que o nascimento de crianças saudáveis era resultado do amor casto e piedoso da relação marital. De outra forma, “os apetites sexuais alterados provocavam defeitos aos filhos” (p. 161). Coitos desordenados e mulheres com atitudes lascivas, conforme a autora, pela lógica social, concebiam e geravam monstros.

No final do século XIX, na Europa e, posteriormente no Brasil, surgiu o movimento regulamentarista, dedicado à regulamentação da profissão de prostituta (Carrara, 1996a). O objetivo formal do movimento era a luta contra as doenças

venéreas, propondo revisões sistemáticas de saúde das profissionais, com internação em hospital exclusivo para prostitutas quando diagnosticada alguma enfermidade. Porém, o autor explica que a luta também tinha o caráter de combate às condutas moralmente depreciáveis. O desejo em voga era o de afastar as prostitutas da cena pública, fechando-as em bordéis e mantendo um rigoroso controle policial e médico sobre seus comportamentos. Rohden (2002) complementa afirmando que, no século XIX, a sexualidade feminina não era somente controlada pelos princípios da moralidade religiosa, já que os conhecimentos médicos eram usados para isso. Apesar das controvérsias quanto ao uso do espéculo – instrumento introduzido na vagina da mulher para exame ginecológico, ainda em fase de experimentação na época – este passou a ser instrumento de controle sanitário e policial. Todas as prostitutas regulamentadas na Europa tinham que se submeter ao exame do espéculo periodicamente. Além disso, Rago (1996) explica que, todas elas também deveriam estar cadastradas na delegacia.

Os códigos médico e religioso misturavam-se no entendimento das doenças venéreas, as quais, se não fossem propriamente o castigo a um pecado, seriam seu sinal visível (Carrara, 1996b). Uma amostra dessas concepções fica visível ao se observar o nome da primeira sociedade internacional de combate à sífilis: Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral. Carrara explica que, com o tempo, a doença começou a atingir as crianças através da transmissão materno-infantil e também mulheres casadas, que se contaminavam sem ter necessariamente se excedido na vida sexual. Entendia-se, então, que existiam os casos de sífilis merecida e os casos em que a doença atingia vítimas inocentes.

Durante o século XX, as discussões a respeito de saúde coletiva e vigilância sanitária, no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, apresentavam um misto de argumentos técnico-científicos e moralistas, conforme o Carrara (1996a). Os cuidados com a saúde da mulher remetiam a contradições. De um lado a preocupação com as manifestações corporais da mulher e com a maternidade, e de outro a preocupação com a moralidade e a honra feminina (Rohden, 2002).

Na Inglaterra, foi criado o primeiro hospital para doenças da mulher, o qual tinha dificuldades para obter financiamentos, já que era considerado como uma instituição moralmente questionável (Rohden, 2002). O hospital, dois anos após sua criação, teve que mudar de nome, pois os termos doenças da mulher, segundo a autora, sugeriam associações a doenças venéreas e prostituição.

Segundo Franz (1972/1995), no curso dos séculos, a imagem da mulher vem sofrendo profundas transformações. A autora menciona que a rejeição de aspectos femininos produziu uma amargura em incontáveis mulheres, o que gerou o movimento coletivo de emancipação da mulher no século XX. No mundo atual, ainda patriarcal, a mulher encontra-se incerta quanto a sua essência. Segundo Franz, ela encontra dois caminhos possíveis: regredir a um instinto feminino primitivo, tornando-se a esposa devotada e a mãe sacrificada, porém frustrada e incompleta; ou, inversamente, tentar assemelhar-se ao homem, dedicando-se à carreira em detrimento de sua vida individual e emocional.

Na década de 1960, as taxas de natalidade declinaram consideravelmente (Monteiro, 1994). A baixa na fecundidade se deu pela mudança do papel social da mulher e por um maior acesso às informações, o que provocou o advento de famílias menos numerosas. O movimento feminista, segundo o autor, trouxe a debate novas concepções nas relações entre os gêneros. Nas décadas de 1960/70 surgiram entidades não-governamentais que promoviam o planejamento familiar e o controle da natalidade. Welti (1998) afirma que, nessa época, a mulher passou a manipular de forma diferente a sua sexualidade. A possibilidade de controlar a fecundidade veio como forma de exigir respeito às decisões e à individualidade da população feminina.

Na opinião de Verny (1993), mesmo as iniciativas modernas de cuidados de saúde oferecidas às mulheres têm se caracterizado pela manipulação de seus corpos e suas vidas, deixando de lado a priorização de seu bem-estar. Ao longo do tempo, construiu-se a medicalização do corpo da mulher, tendo como o principal representante desse processo o expressivo número de cesáreas realizadas nas últimas décadas. Por um lado, a medicalização trouxe benefícios à saúde das mulheres, já que o acompanhamento da gravidez e a assistência ao parto são responsáveis por uma redução expressiva do número de complicações e mortes (Thebaud, 2002). De qualquer forma, conforme Verny, um fenômeno que deveria ser totalmente humano transformou-se em uma celebração da tecnologia médica. Evidentemente, é importante ressaltar que são expressivas as contribuições das ciências da saúde para a melhoria das condições de vida das mulheres. Entretanto, é preciso perceber o caminho que a civilização está tomando, na medida em que se “trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico” (Ministério da Saúde, 2001b, p. 14).

É possível que o peso da história ainda se faça presente nos dias atuais, como evidenciado pelo estudo de Loureiro (2003). A autora afirma que, atualmente, as

doenças sexualmente transmissíveis (DST) em mulheres permanecem ocultas na sociedade. Em entrevistas com 45 mulheres gaúchas, durante consultas médicas para tratamento de DST, constatou que elas apresentavam resistências para falar sobre as doenças, dificuldade para perceber riscos de contaminação, além de associarem tais enfermidades a algo digno de nojo. No estudo, foi identificado que a dor física presente em algumas DST era percebida como algo menor do que o que representa a dor da descoberta da doença. Nota-se que a dor social pode ser mais forte do que a dor física, no caso de uma doença sexualmente transmissível feminina. Possivelmente, essa dor é ainda forte para as mulheres em função do processo histórico de cisão entre a sexualidade feminina ligada ao prazer ou à reprodução

Em um estudo com 25 mulheres internadas no hospital em função de AIDS, Vermelho e colegas (1999) identificaram que elas mantinham uma visão equivocada das doenças sexualmente transmissíveis, acreditando que se tratava de doenças de homens e de mulheres promíscuas. Além disso, algumas delas mencionaram que estavam percebendo algo diferente na relação com os companheiros, chegando a suspeitar de relações bissexuais e extraconjugais e de doenças, mas ainda assim não buscaram se prevenir. As autoras chamaram a atenção para a noção ainda vigente de que as doenças não atingiriam mulheres direitas e que estas deveriam ser dependentes e submissas. Além disso, a AIDS foi mencionada por algumas como uma provação de Deus.

Após a Segunda Guerra Mundial, veio à tona um processo de transformação social que provocou uma importante mudança de comportamentos (Queiroz & Nogueira, 1998). Os autores afirmam que, a partir daí, contestou-se o exercício da sexualidade, a monogamia, a heterossexualidade, o ideal procriativo e familiar. Caminhou-se para a emancipação da mulher, a legalização do divórcio e do aborto. Neste período também, surgiu a AIDS, e a epidemia vem ressignificando o que se entende como sexualidade (Barbosa & Aquino, 2003).

Mesmo com todas as transformações sociais do papel da mulher, ainda resiste no imaginário social uma imagem idealizada de mãe (Santos, Novelino & Nascimento, 2003). Considera-se que toda a mulher tem o desejo de ser mãe, mesmo que não consiga admiti-lo a si mesma em alguns casos. Assim, não ter filhos ou não querê-los configura-se como um problema moral, já que estaria contrariando o propósito para o qual a mulher está no mundo. Os autores salientaram que existiria um modelo que normatiza a experiência do feminino, o qual significa que é da natureza da mulher ser mãe, além de ser da natureza de toda mãe ser boa mãe. Essas

idéias estão baseadas em um estudo realizado pelos autores, que concluíram que a maternidade continua sendo, por excelência, a experiência que define a mulher.

A história da epidemia pelo HIV veio reforçar a história de estigmatização da sexualidade humana (Paiva, Lima, Santos, Ventura-Filipe & Segurado, 2002). A AIDS é uma doença fortemente associada a comportamentos promíscuos, prostituição, tendo sido, também, considerada a peste gay. Desta forma, a efetivação do controle da epidemia vem exigindo que se reflita sobre as concepções históricas acerca do masculino e do feminino. Historicamente, percebe-se que o feminino e o maternal mantêm uma ligação intensa, com formas de manifestação diversas. As características ligadas ao masculino, que ganharam elevado valor em nossa cultura ocidental, podem estar transformando a maneira como a mulher lida com seu próprio corpo e alma. Considerando-se a relevância emocional e social atribuída à maternidade, conforme exposto nesta sessão, bem como a quase inaceitabilidade de uma doença sexualmente transmissível em mulheres ‘de respeito’, pode-se imaginar as dificuldades que surgem quando esses dois temas se cruzam. Gestantes HIV+ vivenciam dois processos extremamente complexos: o de uma doença sexualmente transmissível, no caso, a infecção pelo HIV, e o da maternidade, atestada no processo de gravidez. Desta forma, é importante que se estude os aspectos psicológicos da gestação em situação de infecção pelo HIV, a fim de examinar esse processo de choque entre possíveis opostos.

Por ser um fenômeno recente, pouco se conhece, ainda, de teorização específica sobre os aspectos psicológicos da infecção pelo HIV/AIDS na gestação. Como foi visto acima, os poucos estudos realizados tendem a enfatizar dados empíricos, apresentando poucas análises teóricas sobre o tema. Dentre os aspectos psicológicos investigados nestes estudos, destacam-se temas como o estigma social, a vontade de ter filhos e a sexualidade da mulher, os quais foram revistos acima, pois servem de subsídio para o entendimento da gestação na presença do HIV, já que poucas são as pesquisas especificamente sobre esse fenômeno.

Objetivo do presente estudo

Como pôde ser visto, a contaminação da mulher pelo HIV/AIDS traz mudanças importantes em sua vida pessoal e social, particularmente em sua atividade sexual e reprodutiva. A vivência da maternidade transforma-se, em nome da saúde, inevitavelmente, em uma experiência medicalizada, com necessidade de controles, exames e medicação, o que, ainda, não garante a soronegatividade do bebê. Soma-se a todas essas questões o fato de a AIDS ser uma doença ainda estigmatizada, associada, muitas vezes, a práticas sexuais pouco aceitáveis. É possível que algumas dificuldades surjam para a mulher, quando lhe cabe conviver tanto com a doença reprovável como com a procriação desejável, ambas inscritas profundamente em seu corpo.

Poucos estudos têm sido realizados, explorando o tema da maternidade e da gestação e infecção pelo HIV nos seus aspectos psicológicos. Isso se dá, provavelmente, pelo fato de ser uma doença recente, cujos estudos encontram-se ainda em uma fase exploratória. Além disto, os estudos envolvem mulheres soropositivas em geral, investigando pouco os aspectos subjetivos dessas mulheres, quando gestantes. Isto se faz relevante, tendo em vista que a gestação é um momento importante para a constituição da maternidade, podendo envolver experiências que se estenderão para após o nascimento do filho.

Além disso, na prática em saúde coletiva, vem sendo possível observar que existem mulheres que apresentam dificuldades para administrar a vivência de soropositividade para HIV em conjunto com a maternidade. Com isso, em alguns momentos, surgem situações em que a mulher parece não suportar a necessidade de profilaxia ou em que nega a própria doença. Casos desse tipo não são facilmente resolvidos a partir de uma abordagem eminentemente médica, e caracteriza-se como um campo de atuação muito importante para abordagens psicológicas. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi examinar os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1 Participantes

Participaram desse estudo seis gestantes portadoras do HIV, selecionadas em uma unidade de saúde de referência para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, da Secretaria Estadual de Saúde, localizada em Porto Alegre. As gestantes tinham idades entre 26 e 35 anos, e eram de nível sócio-econômico baixo. Quanto à escolaridade, uma delas tinha dois anos de estudo, duas tiveram cinco anos de estudo, uma completou o primeiro grau e outras duas completaram o segundo grau. Com exceção de duas, todas trabalhavam no momento da realização do estudo.

Uma **Ficha de Contato Inicial** (GIDEP, 1998a) foi utilizada para selecionar as participantes que atendessem aos critérios do estudo. Afora a infecção pelo HIV, as gestantes selecionadas não apresentavam problemas de saúde, assim como os bebês não apresentavam sinais de mal-formações. Todas estavam com mais de cinco meses de gestação, sendo uma primípara e as demais multíparas. Três delas viviam com companheiros, sendo que, dentre as demais, uma era divorciada, uma era solteira e a outra tinha um namorado com quem passava alguns períodos morando junto. A forma de contaminação em todos os casos foi por via sexual, com uma variação entre dois meses e cinco anos no tempo que receberam o diagnóstico. A Tabela 1 apresenta os dados demográficos das gestantes. O Anexo E apresenta alguns aspectos da história de vida de cada participante, o que permite que se contextualize a infecção pelo HIV em cada um dos casos.

Tabela 1

Dados Demográficos das Gestantes

	Nome fictício	Idade	Sit. Conjugual atual	Tempo de diagnóstico	Mês da Gestação	Gestações Anteriores	Profissão	Escolaridade
G1	Elvira	28	Companheiro	4 anos	6 m	-	Vendedora Amb	11 anos
G2	Berenice	26	Companheiro	1 ano	5 m	2	Aux. Restaurante	5 anos
G3	Joice	26	Namorado	5 anos	6 m	4	Separadora Lixo	2 anos
G4	Olívia	30	Solteira	3 anos	5 m	1	Aux. Superm.	8 anos
G5	Clara	33	Separada	3 meses	8 m	1	Aux. Enfermagem	11 anos
G6	Eva	35	Companheiro	2 meses	8 m	3	Carregadora Lenha	5 anos

2.2 Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de casos coletivo (Stake, 1994), examinando os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. Buscou-se examinar tanto as particularidades como as semelhanças entre os casos.

As participantes foram contatadas em Unidade de Saúde de referência em doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, da Secretaria Estadual da Saúde, localizada na cidade de Porto Alegre. Por ser local de trabalho da autora, foram selecionadas gestantes encaminhadas ao Serviço de Psicologia para avaliação. Além disso, os profissionais que atendem na Unidade foram informados sobre o estudo e solicitados a indicar possíveis participantes.

Na consulta de triagem, realizada pelo Serviço de Psicologia para avaliação e encaminhamento dos casos na Unidade, as gestantes que atendiam aos critérios descritos acima, foram convidadas a participar do estudo. Aquelas que se encontravam demasiadamente mobilizadas ao chegarem ao Serviço foram convidadas em encontro subsequente. Nesse momento, foi preenchida a **Ficha de contato inicial** (GIDEP, 1998a), que checou as informações básicas de inclusão das participantes no estudo. Uma vez confirmados o interesse de participação e os critérios de inclusão, foi lido e assinado o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (GIDEP, 1998b) e foi agendado um horário para a realização da **Entrevista de dados demográficos do casal** (GIDEP, 1998c) e a **Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV** (Carvalho & Piccinini, 2004).

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo, na própria Unidade de Saúde. A última entrevista foi gravada em fita cassete para posterior transcrição e análise. Às gestantes que manifestaram interesse, foi oferecido atendimento psicoterápico, sendo que, dentre elas, uma já recebia acompanhamento grupal na unidade em que realizava pré-natal, uma preferiu não ser acompanhada e as outras quatro solicitaram manter vínculo com o Serviço de Psicologia.

2.3 Considerações éticas

A emergência do HIV/AIDS no Brasil produziu uma ampla discussão sobre questões éticas na área da saúde (Levi & Barros, 1998). Alguns procedimentos adotados no princípio da epidemia foram se revelando como discriminatórios e

preconceituosos. Apesar disso, segundo Levi e Barros, esse histórico de discriminação está muito presente ainda nos dias atuais, o que exige alguns cuidados no que se refere à realização de pesquisas sobre o tema.

As considerações éticas ligadas às ciências da saúde foram cuidadosamente descritas no final da década de 70 (Kipper & Clotet, 1998). A partir daí, foram determinados os princípios básicos da bioética, os quais são o respeito à autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça, que devem ser seguidos, tanto na prática clínica, como na prática de pesquisa.

As participantes do presente estudo foram informadas a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e puderam decidir livremente sobre a disponibilidade de participarem do estudo. Com isso, foi assegurada a autonomia da gestante, sendo que esta pôde também desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa da mesma. Nenhum tipo de prejuízo, quanto ao atendimento na Unidade de Saúde, estava previsto às gestantes que não quisessem participar das entrevistas. Conforme a resolução 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia, os procedimentos desse estudo representaram risco mínimo às participantes. Em qualquer etapa da pesquisa, foi oferecido acompanhamento psicológico às gestantes. A privacidade e a confidencialidade foram garantidas às participantes, sendo que o material obtido através das entrevistas está devidamente arquivado. Em nenhum momento da apresentação dos dados da pesquisa as participantes foram identificadas. Tal pesquisa não representou qualquer malefício às participantes, tendo, inclusive, apresentado alguns benefícios, na medida em que foi disponibilizado às gestantes um espaço de escuta e acolhimento às suas preocupações. Desta forma, foram assegurados todos os cuidados bioéticos necessários às mulheres que se dispuseram a participar, o que reforça o benefício que os dados obtidos poderão representar para a população em geral.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Proc. N° 2004349) e todas as participantes assinaram o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (GIDEP, 1998b), cuja cópia encontra-se no Anexo A.

2.4 Instrumentos

Ficha de contato inicial (GIDEP, 1998a): Esta ficha foi preenchida juntamente com as gestantes no momento do convite para participação do estudo. Foram investigados

dados da gestante, tais como idade, estado civil, além de informações sobre outros filhos, sobre o pai do bebê, bem como tempo de gestação, condições de saúde durante a gestação, tempo de infecção pelo HIV e possível forma de contaminação. Também foram solicitados endereço e telefone da participante, para possível contato posterior. Cópia no Anexo B.

Entrevista de dados demográficos do casal (GIDEP, 1998c): essa entrevista teve como objetivo obter dados adicionais aos contidos na Ficha de contato inicial, entre estes, informações sócio-demográficas, como configuração de moradia, religião, situação profissional e etnia do casal. Também foram obtidas informações adicionais sobre tempo de gestação, número de gestações anteriores, condições de saúde da gestante e dados sobre a infecção pelo HIV, como tempo de diagnóstico, possível forma de contaminação e acompanhamento médico. Foram coletadas também informações correspondentes ao pai do bebê. Cópia no Anexo C.

Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV (Carvalho & Piccinini, 2004): trata-se de uma entrevista semi-estruturada, baseada em entrevista similar, intitulada *Entrevista sobre a maternidade e as expectativas da gestante* (GIDEP, 1998d). A entrevista é composta por sete blocos de questões, que no, seu conjunto, abordam os seguintes temas: a gestação, o significado da maternidade, as reações da família e do companheiro frente à notícia da gravidez, expectativas em relação ao bebê, mudanças com a chegada de um filho e a história da infecção pelo HIV em suas vidas. Em todas as questões, as participantes foram estimuladas a falar livremente. Nos casos em que se mostrou necessário, foram feitas questões mais pontuais, para esclarecimentos de cada tema investigado. Cópia no Anexo D.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Neste capítulo, analisam-se os relatos de gestantes, com o objetivo de examinar os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV sobre a própria infecção, sobre a maternidade e sobre o bebê. Análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1977, Laville & Dione, 1999) foi utilizada para examinar as respostas à **Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV**. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se a leituras exaustivas de todo o material, visando a definir as categorias temáticas. Conforme classificação de Laville e Dione (1999), utilizou-se o modelo aberto de definição de categorias, tendo sido estas determinadas a partir do conteúdo coletado. A análise realizada baseia-se na *construção iterativa de uma explicação* que, conforme os autores, é indicada para estudos de fenômenos que não possuam teorização específica, sobre os quais não se elaboram expectativas prévias. Essa modalidade de análise é indicada, conforme os autores, para estudos de caráter exploratório, quando o domínio de investigação não é amplamente conhecido. O investigador, então, elabora uma explicação lógica do fenômeno, inter-relacionando as categorias, subcategorias e interpretações.

Na Tabela 2, apresenta-se a estrutura de categorias e subcategorias utilizada para apresentação dos resultados. A primeira categoria temática, neste capítulo III, denominada **Experiência de infecção pelo HIV¹ (3.1)**, diz respeito ao entendimento e ao enfrentamento da soropositividade por parte das gestantes. A segunda categoria temática, intitulada **Sentimentos no contexto da gestação e do HIV (3.2)**, refere-se aos sentimentos relatados pelas participantes sobre a gestação na presença do vírus. A terceira categoria temática, denominada **Relações Familiares e HIV (3.3)** diz respeito aos depoimentos que explicitaram o relacionamento das participantes com a família, no que se refere à maternidade, à gestação e à infecção pelo HIV.

Na caracterização das categorias e subcategorias, utilizam-se as falas das próprias gestantes para fins de ilustração. No capítulo IV, discutem-se os relatos à luz da literatura. Durante a análise, buscou-se destacar, quando possível, as semelhanças e as particularidades entre os casos. Para fins de contextualização, o Anexo E apresenta uma breve história de vida de cada gestante.

¹ Optou-se pela utilização do termo infecção, mesmo que três casos já tenham sido caracterizados como doença. Contudo, no momento das entrevistas, todas as gestantes estavam assintomáticas.

Tabela 2

Estrutura de Categorias Temáticas

3.1 Experiência de infecção pelo HIV
3.1.1 Comportamento sexual de risco
3.1.2 O diagnóstico
3.1.3 Origem da infecção
3.1.4 Preconceitos
3.1.4.1 Da sociedade
3.1.4.2 De familiares
3.1.4.3 De si mesma
3.1.5 HIV como castigo
3.1.6 Conscientização pela gestação
3.1.7 Religiosidade
3.2 Sentimentos no contexto da gestação e do HIV
3.2.1 Medos
3.2.1.1 Em relação ao parto
3.2.1.2 Em relação à infecção no filho
3.2.1.3 Da morte do bebê
3.2.1.4 Da própria morte
3.2.1.5 De não ver o crescimento do filho
3.2.2 Culpa
3.3 Relações Familiares e o HIV
3.3.1 História familiar
3.3.1.1 Frustração com a figura materna
3.3.1.2 Perda da figura materna
3.3.2 Apoio familiar
3.3.3 Relação com o pai do bebê

3.1 Experiência de infecção pelo HIV

A primeira categoria temática diz respeito à infecção pelo HIV. Apresentam-se os relatos sobre a experiência da infecção, a partir do entendimento e do enfrentamento das gestantes diante de sua soropositividade. Esses conteúdos são provenientes das respostas a três questões básicas da entrevista: *Eu gostaria que tu falasses sobre como foi que o HIV entrou na tua vida; O que vem na tua cabeça, quando pensas na palavra “mãe”? Eu gostaria que tu falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que ficaste sabendo até agora*, juntamente com as respectivas questões de esclarecimento. Eventuais manifestações das gestantes, feitas em outros

momentos da entrevista e que ilustrassem a experiência de infecção pelo HIV também foram consideradas para fins de análise.

As manifestações das gestantes foram agrupadas em sete subcategorias: comportamento sexual de risco; o diagnóstico; origem da infecção; preconceitos; HIV como castigo; conscientização pela gestação; religiosidade. A seguir, são apresentadas as subcategorias, com exemplos de falas das gestantes.

3.1.1 Comportamento sexual de risco

Esta subcategoria examinou os comportamentos das gestantes que podem tê-las levado a se infectarem pelo HIV. As seguintes questões de esclarecimento investigaram especificamente esse tema: *Qual foi sua provável forma de contaminação? Há quanto tempo estás infectada? Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o diagnóstico positivo?*

Constatou-se que as práticas preventivas, ou a falta delas, estiveram pautadas em critérios que não consideravam os riscos à saúde. Algumas, ao fazerem uma retrospectiva da forma de contaminação, demonstraram não terem percebido que poderiam estar se expondo a riscos. Uma das gestantes não considerou que podia pegar HIV ao parar de usar preservativo, tentando engravidar. Isso fica claro na fala que segue:

“Ele disse: ‘eu quero ter um filho contigo. Eu gosto de ti’ (..) E, a partir daí, eu parei de usar camisinha com ele. (...) Ia fazer sete anos que eu estava com ele quando eu fiquei sabendo que ele era soropositivo. E eu fiquei sabendo quando ele estava no hospital ruim, mal. (...) E quando eu fui fazer o exame, deu positivo. Claro que eu já sabia que ia dar positivo. Seis anos... vivendo juntos... praticamente seis anos transando sem camisinha” (G2).²

Uma das gestantes não conseguiu identificar exatamente quando o HIV entrou em sua vida. Porém, aos 26 anos de idade, já tinha cinco gestações de cinco parceiros diferentes, o que também sugere que vinha se expondo a situações de risco. Outra gestante não considerou o risco de se infectar, mesmo que se expusesse em apenas uma relação sexual:

“Foi uma única vez que eu tive relação sem camisinha, e com um ex-namorado de 12 anos atrás. (...) [Eu me culpo] porque eu cedi não colocar o preservativo” (G5).

Em outros casos, elas demonstraram ter subsídios para perceber que estavam submetendo-se a riscos, seja por desconfiança de que o parceiro era soropositivo, seja

² A codificação G2 refere-se à identificação da gestante no presente estudo, conforme a Tabela 1.

em função de boatos ou pela identificação de comportamentos de risco por parte deles.

“Homem tu sabe como é. Porque ele é mais burro do que eu nessa coisa de dizer assim: isso acontece lá, mas comigo não vai acontecer. Então, não podia esperar dele outra coisa. Uma vez eu tinha achado na gaveta uma carteira de um bebê que tinha o vírus HIV. Daí ele disse: ‘não’. Mas essa é uma criança duma mulher que vivia aqui!” (G6).

“Eu desconfiava que ele tinha HIV.(...) E ele sabia que tinha. Às vezes, ele me dizia que ele tinha que me contar uma coisa, que ele não prestava” (G1).

Um dos critérios que podia distanciá-las da percepção dos riscos para a saúde era a confiança estabelecida entre o casal, ou supostamente estabelecida. Um exemplo desta percepção fica explícito na seguinte fala:

“Tinha um boato [de que ele tinha HIV], mas eu pensava assim, que eu conhecia ele desde pequeno e eu achei que ele nunca ia fazer uma maldade comigo” (G4).

No conjunto, estes relatos sugerem que, por algum motivo, essas gestantes tiveram comportamentos de risco, os quais resultaram na infecção pelo HIV. Em algumas situações, elas tinham condições razoáveis de perceber os próprios riscos, mas tenderam a se isentar, em função do desejo de ter um filho, da confiança que tinham na relação, transferindo para os parceiros a responsabilidade. Assim, a infecção tornou-se a concretização de uma suspeita que, de alguma forma, elas já tinham e, sobre a qual elas nada fizeram, por exemplo, dialogando sobre HIV com os seus parceiros, ou incentivando-os a usar preservativo.

3.1.2 O diagnóstico

Os conteúdos relacionados ao recebimento do resultado positivo para HIV foram examinados nesta subcategoria, com destaque para a comunicação dos resultados e como as gestantes reagiram a este. As questões específicas que exploraram esse tema foram: *Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o resultado positivo? Alguma coisa mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV? O que mudou?*

Ao se examinar os relatos sobre como foi fornecido o resultado positivo e a reação inicial, constata-se que o diagnóstico de HIV foi uma experiência impactante. Além disto, parece haver diferenças na reação frente à notícia, dependendo da forma como ela foi transmitida pelo profissional da saúde ou do laboratório. Verifica-se que, quando fornecido sem suporte e aconselhamento, a experiência do diagnóstico pode

ser mais difícil ou pode fazer com que a pessoa não volte para realizar teste confirmatório, como pode ser visto a seguir:

“No dia da alta, eu pedi pro médico: ‘eu quero os exames de HIV’. ‘Tá, tá, eu vou buscar’ [disse o médico]. Quando ele voltou, voltou com cara de apavorado: ‘não sei o que houve, volta aqui e faz de novo’” (G3).[A paciente não voltou].

“No momento que eu recebi o diagnóstico, eu tive vontade de me atirar debaixo de um carro. Porque eu fui buscar o resultado dos exames de início de pré-natal e veio aquela cartinha assim: encaminhamento para confirmatório de HIV. Então é uma coisa que eu não estava preparada e me veio aquela carta. Ninguém me falou nada na hora, não me chamaram na sala. (...) Eu só não fiz uma besteira, porque eu estava com o meu filho junto, porque a vontade que eu tive era de me atirar embaixo de um ônibus e acabar com a minha vida ali” (G5).

Para esta mesma gestante, receber o resultado confirmatório de outra maneira, com o suporte de um profissional de saúde, foi um fator que, na sua opinião, modificou sua reação frente à notícia:

“Só que foi diferente o resultado do segundo [confirmatório]. Ela [psicóloga] conversou comigo, disse como eu estava, qual era a minha expectativa. Eu disse pra ela que (...) eu acreditava que fosse realmente dar positivo. Daí eu não entrei em desespero” (G5).

De qualquer forma, mesmo com aconselhamento, o diagnóstico pode gerar um impacto importante:

“Elas me levaram pra uma salinha (...) sentaram ela e a psicóloga. (...) Começaram a me fazer um monte de perguntas. Daí já foi me dando uma coisa. Eu disse assim: ‘vocês querem me falar alguma coisa..’. já comecei a chorar. Daí ela me disse: ‘olha, Olívia, tu tá com HIV’. (...) Acho que eu fiquei umas duas horas lá, mas parece que na hora que ela falou isso aí, me abriu uma coisa na minha cabeça. Na hora, o que eu senti, eu não tenho nem como te explicar” (G4).

Após receberem a notícia de que tinham HIV, foi muito difícil para as participantes aceitarem a própria infecção. Em não aceitando sua soropositividade, mesmo tendo acesso gratuito ao tratamento, algumas optaram por não se tratar, conforme os exemplos de falas a seguir.

“O doutor que me atendeu disse assim: ‘a tua saúde não tá muito boa’. Daí eu peguei e disse assim: ‘tem alguma coisa a ver com HIV?’ Daí ele falou assim: ‘tem, tu quer saber ou não?’ Eu disse: ‘eu não quero saber’. Então, quer dizer, dali eu já sabia que eu tinha o HIV, só que eu nunca aceitei. Só quando eu tava muito frágil de saúde que daí eu fui [aceitar]” (G1).

“Eu vim aqui falar com o doutor (...) daí ele disse: ‘tu nunca fez tratamento, tu sempre abandonou, há três anos que tu vem aqui e abandona’. (...) Porque, até então, eu nunca aceitei a doença assim, sabe, eu não aceitava a doença” (G4).

Quando a revelação da infecção pelo HIV ocorreu durante o pré-natal, constatou-se que, mesmo tomando os remédios, uma das gestantes não estava ainda convencida de sua situação sorológica. Isso fica claro na afirmação:

“Se o exame do Rui [companheiro] der negativo, eu tô descansada. Porque daí eu não tenho o vírus. Foi tudo um erro” (G6).

Em conjunto, estes relatos sugerem que receber o diagnóstico de HIV se constitui numa experiência de forte impacto. A maneira como foi dado o resultado positivo parece ser um fator importante a ser considerado. Além disso, percebeu-se que as gestantes tiveram dificuldade para lidar com seus diagnósticos, o que tendeu a afastá-las do tratamento. Parece que tomar consciência de sua soropositividade para o HIV representa um sofrimento difícil de suportar. Esta dificuldade em aceitar o diagnóstico apareceu em todas as gestantes, independentemente do tempo em que estavam convivendo com a infecção - algumas já há anos, enquanto outras a partir do teste no pré-natal.

3.1.3 Origem da infecção

Esta subcategoria apresenta os relatos referentes à busca das gestantes de entenderem a origem de suas infecções. Os conteúdos a seguir explicitados são provenientes das respostas às seguintes questões de esclarecimento da entrevista: *Qual foi sua provável forma de contaminação? Há quanto tempo estás infectada? Na ocasião, tu tinhas algum companheiro? Como foi a reação dele?*

Uma forma de tentar entender e explicar a infecção passou pela necessidade das gestantes de saberem de quem pegaram o HIV, como na fala que segue:

Me relacionei com uma pessoa, uma única vez, e aconteceu isso. Ninguém tá livre disso. (...) Realmente, tu não sabe o passado das pessoas, mas isso não quer dizer. Que nem eu, meu passado não é tão variado, né, e aconteceu comigo, então, sei lá...” (G5).

Essa busca apareceu como uma forma de melhor compreender a infecção e até mesmo de justificá-la, e talvez, a partir daí, aceitá-la. Parece existir a necessidade de verificar que o HIV não foi resultado de um passado com comportamentos não-aceitáveis ou de promiscuidade.

“Fui casada, nunca fui uma pessoa leviana, me separei, tinha os meus filhos pra criar, só trabalhava, não tinha tempo pra... Fui dançar, eu acho que umas quatro, cinco vezes depois de separada. Então não tem como eu ter pego de um qualquer” (G6).

A idéia de ter contraído HIV de “um qualquer” parece incomodar, como se fosse mais aceitável e justificável a infecção proveniente de práticas sexuais envolvendo relações estáveis. Essa dissociação fica demonstrada, quando, mesmo tendo tido diversos parceiros sexuais anteriormente, considera-se que o HIV veio necessariamente de uma relação que envolvia sentimentos.

“Eu sempre fui uma pessoa que sempre me cuidei. Só tinha duas pessoas que até hoje eu desconfie, mas eu nunca falei, assim, com ele. (...) Isso só vai me trazer mais mágoa, porque eu conheço ele há muito tempo. Agora, esse cara [o Anderson], eu tenho certeza que foi dele. Porque eu sempre saí com as pessoas por dinheiro (...) Eu sempre trabalhei, mas sempre saí e sempre me cuidei. (...) O Anderson foi uma pessoa que eu conheci ele com 11 anos, onde eu morava. Uma pessoa que a gente teve parte da nossa infância juntos” (G4).

Assim, parece também ser importante para o casal saber quem trouxe o vírus, também como forma de dirimir questionamentos sobre o passado de cada um, ou sobre possíveis situações de infidelidade:

“Ele alega que eu passei para ele [o vírus]. Só que eu sei que não. Eu não passei para ninguém. Senão meus filhos tinham. Olha, eu tenho um de oito e outro de sete. Por que justamente na época dele, andando só com ele que eu ia ter?” (G2).

Examinando conjuntamente as falas, identifica-se que a origem da infecção é um aspecto importante para as gestantes. Ao invés de ser uma preocupação ligada à saúde física ou ao tratamento, parece se tratar de uma preocupação com a própria auto-imagem. Fica evidente também que saber quem se infectou primeiro era uma questão importante na relação do casal. Daí podem surgir acusações e também a necessidade das gestantes de demonstrarem que pegaram o HIV de um companheiro estável, com a preocupação de mostrar que seus comportamentos no passado não eram condenáveis. Parece que isto ajuda a preservar sua auto-estima, tanto com relação ao entrevistador como com as pessoas que a cercam. E, isto parece verdade até mesmo no caso das que tiveram experiências como profissionais do sexo, que disseram que se cuidavam sistematicamente, embora não o fizeram com o namorado de outrora.

3.1.4 Preconceitos

Esta subcategoria é composta pelos depoimentos que envolveram a estigmatização em função do HIV. Foi possível identificar que o preconceito se constituía em um fenômeno importante, mencionado de algum jeito por todas as gestantes. Apesar de não haver uma questão específica na entrevista sobre

preconceitos, as participantes trouxeram de forma expressiva essa temática ao responderem às perguntas: *E a tua família, ela sabe que tu és HIV+? Como foi a reação dos teus familiares frente à notícia? Alguma coisa mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV? O que mudou? Quanto o HIV tem afetado a tua vida? E a do pai do bebê?*

Percebeu-se que, para as gestantes, a discriminação era proveniente de diferentes contextos. Assim, para fins de apresentação, os relatos envolvendo preconceitos foram agrupados em três subcategorias, caracterizados como tendo vindo da sociedade, de familiares, ou da própria participante.

3.1.4.1 Da Sociedade

Um dos contextos indicado pelas gestantes como fonte de preconceitos e discriminação foi a sociedade. Nos depoimentos, as participantes trouxeram a idéia de que as pessoas, em geral, têm uma imagem distorcida dos portadores do HIV. Isso resultaria em um tratamento diferente, dispensado a estas pessoas por parte dos demais. O relato que segue é elucidativo deste sentimento:

“As pessoas te ignoram, as pessoas são estúpidas contigo, são muito grosseiras” (G3).

Mesmo sem entender o motivo pelo qual as pessoas tratam os portadores do HIV de maneira diferente, na percepção da gestante, em alguns momentos, os comportamentos das pessoas são aversivos.

Uma possível explicação trazida pelas gestantes diz respeito à imagem que existe na sociedade sobre a AIDS. O preconceito, segundo elas, existiria porque, ao pensarem na infecção, as pessoas automaticamente associariam o portador a práticas condenáveis, seja no exercício da sexualidade, seja pelo uso de drogas ilícitas. Essa imagem parece desagradar às gestantes, que não se sentem incluídas nesses grupos, que se costumava considerar como de risco.

“Eles acham que quem tem AIDS é homossexual, prostituta, viciado, então é essa discriminação assim, as pessoas começam a te ver de outra maneira. [Pensam que] Devia ser uma quase prostituta, andar com meio Porto Alegre. Não foi meu caso. Me relacionei com uma pessoa, uma única vez, e aconteceu isso” (G5).

“Olha, se dá uma propaganda de bicha, de gay, isto pra ele [meu pai] é o fim do mundo. Aí meu pai diz que ‘bicha, essas coisas de câncer, HIV, isso veio pras pessoas que fizeram alguma coisa, que isto é castigo’. Então, quando eu vejo o meu pai praguejar muito, eu penso: ‘mal ele sabe...’” (G4).

“Certamente vem a prostituição, a vagabundagem. Primeira coisa que vem [na cabeça] é: a mulher é drogada, é prostituta, é vagabunda, essas coisas, a não ser que a pessoa conheça o vínculo, de onde veio aquela pessoa, saiba que ela pegou do fulano, ciclano. É normal o preconceito” (G6).

Outro entendimento dessa situação de preconceito foi apontado também por três gestantes. Elas mencionaram que acreditavam que parte do preconceito era resultado da falta de informação por parte das pessoas.

“[As pessoas têm preconceito] por falta de informação, acho que por ignorância e estupidez. (...) E aí, por falta de informação, eles acabam prejudicando outras pessoas psicologicamente” (G1).

Na concepção dessas gestantes, as pessoas temeriam qualquer tipo de relação com o portador. Isso por não estarem informadas sobre as formas de contaminação. Elas não saberiam quais são os reais riscos de pegarem o HIV e evitariam desnecessariamente o contato com quem tem HIV.

“A pessoa pensa assim, que tu tá suada, vou me encostar em ti e vou pegar a doença. Então, a pessoa tem medo do desconhecido” (G5).

“O menos de pessoas que souber vai ser melhor pra mim e pro meu filho, porque as pessoas têm preconceito até com criança. Por mais que tu diga: ‘eu sou HIV, mas eu tenho um filho e meu filho não é HIV’, as pessoas têm preconceito de pegar o teu filho, de beijar, têm medo que teu filho encoste no filho deles, né. Então o preconceito existe e não importa” (G1).

“Eu achei que ela era minha melhor amiga e ela já ficou toda de preconceito para cima de mim. Até eu fui jantar na casa dela e ela não tomou no mesmo copo que eu. Então, eu fiquei pensando, puta merda, se minha melhor amiga, que eu achei que era minha melhor amiga, não pude contar, com quem eu vou contar?” (G4).

De acordo com o que foi exposto, as gestantes explicitaram sua percepção de que o preconceito social é forte e presente em suas vidas. Possíveis explicações para as situações que vivenciam foram mencionadas, como devido à associação direta desta infecção com promiscuidade e drogas. Soma-se a isso, a falta de informação por parte das pessoas em geral sobre as formas de contaminação pelo HIV.

3.1.4.2 De familiares

A família também se mostrou como um contexto em que os preconceitos podem estar presentes. Dentre as gestantes, no momento da entrevista, todas haviam revelado para alguém da família seu diagnóstico. Uma delas havia contado a alguns familiares na semana anterior à entrevista (G4). Teve ainda aquelas que preferiram escolher contar somente a pessoas de maior confiança na família.

Foi possível perceber que a escolha do confidente, foi feita com base na suposição de que não haveria manifestação de preconceito. Já algumas gestantes preferiram evitar revelar o diagnóstico a alguns familiares, antecipando a estigmatização, buscando proteger a si ou ao companheiro e ao filho. Isso pode ser identificado no exemplo que segue:

“Na família do Rui [companheiro], se eu dissesse hoje que tava com HIV, seria uma bomba, porque eles iam dizer que o Rui tinha, iam por as culpas nele” (G6).

“O meu cunhado (...) ele é uma pessoa muito preconceituosa. Só assim pra dizer, não é por maldade.(...) Então, eu ficava pensando assim: ‘meu Deus do céu, se eu contar pra minha irmã, embora eu tenha uma amizade grande, ela é uma pessoa que eu confio... se eu contar isso pra ele, ele nunca vai deixar eu chegar perto da Carolina [minha sobrinha]’. Então isso me afastava um pouco” (G4).

Os escolhidos como confidentes foram aqueles que as gestantes imaginavam que as aceitariam sem julgamentos. Além disso, elas escolheram pessoas para contar que pudessem lhes oferecer ajuda e apoio:

“Tem que saber que eu sou soropositiva é quem quer me ajudar, é quem tá do meu lado. Agora, quem não tá nem aí, se não vai me ajudar, não precisa saber” (G2).

Ainda assim, houve relatos de gestantes que, após revelarem seu diagnóstico a familiares, passaram a sofrer preconceito. Em alguns momentos, as atitudes preconceituosas geraram um afastamento da gestante de sua família, ou de alguns familiares.

“Vivo sofrendo preconceito, com a minha própria família mesmo, minhas irmãs e meu pai. Por isso que eu me afastei deles. (...) Em 2002 que eu tive certeza [que estava infectada], daí eu achei melhor eu contar [para eles]. Mas acho que foi a pior coisa que eu fiz (...) Elas [as irmãs] acham que se eu convidasse elas pra comer, e eu fizesse uma comida, que eu ia colocar sangue na comida de propósito” (G1).

“O Júlio [filho] acha isso [a gestação e a infecção] um absurdo. Há uns cinco meses ele não me vê, disse que não quer me ver desse jeito, disse que eu tô horrível” (G6).

Verificou-se ainda que a maneira de se referir ao portador do HIV pode ser percebida como preconceituosa. Nesse sentido, a palavra *aidético(a)* aparece como uma forma pejorativa de tratamento, sendo interpretada como preconceito:

“O jeito dela falar [a cunhada], dela agir, o jeito dela comentar com as outras pessoas...[Para ela] eu não sou soropositiva, eu sou aidética. Sabe, então ela tem este tipo de preconceito assim...” (G2).

Em seu conjunto, esses depoimentos revelam que o preconceito pode também se manifestar no contexto da família. Isso aparece tanto na atitude preconceituosa

explícita dos familiares, como no medo por parte das gestantes de que algum familiar as discrimine. Como resultado, algumas gestantes acabaram se afastando e se isolando das pessoas que mais poderiam ajudá-las, como forma de tentar se proteger.

3.1.4.3 De si mesma

Por fim, apareceram preconceitos provenientes das próprias gestantes, que relataram que a própria percepção de si passou a ser diferente após a infecção.

As idéias que tinham sobre a infecção e sobre os soropositivos antes de receberem o diagnóstico estavam sendo revisadas por algumas gestantes. A postura diante de alguém infectado se tornou diferente.

“Quando tu não vive esta situação, tu vê as coisas de uma maneira diferente. E, quando tu passa a viver do outro lado, é diferente. (...) Eu tinha muito medo dessa doença. Eu tinha muito medo, porque AIDS, HIV pra mim era sinônimo de morte. Então, eu tinha muito medo, muita insegurança. Até porque eu não tinha a informação que eu estou tendo hoje” (G5).

“Às vezes, até a gente mesmo tem esse preconceito. Por mais que a gente não queira, tu vê uma pessoa que tem esse vírus, essa AIDS, tu vai tratar com diferença. Ou tu vai tratar com carinho ou tu vai tratar com nojo. Então há um preconceito da gente mesmo” (G6).

Algumas gestantes demonstraram que o preconceito consigo mesmas pode estar ligado à dificuldade que algumas sentiam ou sentiram para aceitarem o próprio diagnóstico. A imagem que faziam de si poderia estar dificultando a necessidade de encararem sua soropositividade.

“Eu acho que o maior preconceito é tu ter preconceito de ti mesmo, claro meu diagnóstico eu não aceitei assim, né, mas eu não me acho... não me acho uma aberração” (G5).

“Eu acho que eu aceitei a doença agora mesmo. Hoje, eu falo da doença e já não é mais daquele jeito que eu falava. Antes, eu não queria nem tocar no assunto, tinha até preconceito” (G4).

De forma geral, estes depoimentos revelam a existência de preconceitos das gestantes, muitos deles associados à imagem negativa que faziam da infecção, o que as levou a terem dificuldade para se aceitar enquanto soropositivas.

Examinando os diferentes contextos associados aos preconceitos (da sociedade, da família e de si mesma), foi possível identificar que as gestantes acabavam sendo expostas a inúmeras situações preconceituosas, que em nada contribuíam para lidarem com a infecção e para recomporem suas vidas. Ficou

evidente nos depoimentos que a AIDS ainda é uma doença estigmatizante, na vivência das gestantes deste estudo.

3.1.5 HIV como castigo

Outra tentativa de entendimento da infecção, identificada nos depoimentos das gestantes, foi a percepção do HIV como um castigo. Esta subcategoria é composta por conteúdos extraídos das respostas às questões específicas: *Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o diagnóstico positivo? Quanto o HIV tem afetado a tua vida?* Nas respostas, algumas gestantes demonstraram que acreditavam que fizeram algo de errado no passado, o que teria levado a contraírem HIV. A possível “causa” da contaminação, segundo elas, seriam seus pecados ou atitudes maldosas com alguém, como pode ser verificado no relato abaixo:

“Creio eu que Deus não vai me dar o castigo de eu perder essa criança. Porque castigada, eu acho que eu já to sendo demais. Mais esse castigo... ou então em outra vida eu devo ter matado quinhentas mil pessoas e nessa vida agora eu to resgatando, to pagando tudo o que eu fiz” (G2).

Percebe-se que as conseqüências do que elas entendem como comportamentos indevidos estariam vindo por definição de uma força maior, que, nos casos, aparece na figura de Deus. O sofrimento trazido pela infecção seria uma forma de pagar pelos erros. De qualquer forma, elas não conseguiam identificar o que supostamente fizeram de incorreto e até buscavam saber:

“Meu Deus do céu me castigou tanto assim, me dá a doença, sabe, (...) Eu devo ter alguma coisa pra pagar, porque, não sei, as coisas da minha vida nunca deram certo. (...) Eu tenho certeza que eu nunca fui uma pessoa ruim, que eu nunca fiz maldade para ninguém. Fico pensando, meu Deus, por que será que eu estou passando por tudo isso? De repente, eu acho que é alguma coisa que eu fiz” (G4).

“É, daí chega um ponto que tu é castigada, sabe, não pensa que toda vida tu vai ser o tal, uma hora tu vai ser castigada” (G6).

Uma gestante chegou a explicitar os motivos pelos quais estaria infectada. Em sua concepção, o HIV veio como castigo aos seus pecados. A punição seria pela forma como viveu sua sexualidade no passado, com demasiada liberdade.

“É uma coisa [o HIV] que eu tenho certeza que eu peguei do meu pecado. Se eu tivesse ido por um caminho mais certo. Na vida da gente tem dois caminho errado e só um certo. Esse caminho certo seria desde a infância, desde a puberdade lá, adolescência, vai seguindo o caminho certo. Claro que vem aquela coisa que quer namorar e tudo, mas ainda assim vai seguindo o caminho certo. Eu acho que daí não teria pecado nenhum. (...) No meu caso, não foi por droga nem por prostituição, mas acho que foi por ter liberdade demais” (G1).

A idéia de que teve liberdade demais também esteve presente no seguinte depoimento:

“Fiz muita coisa muito cedo. Poderia ter estudado mais e namorado menos. (...) Aquela euforia de 11, 12 anos. (...) Aí resolvi um dia sair e não voltei mais. (...) [Fui] lá pra casa de um namorado (...) ficar com ele, namorando com ele, transar com ele, toda aquela coisa. Não que eu quisesse, que eu estivesse sentindo aquilo ali. Mas eu não sei se foi uma procura de liberdade... E acabou acontecendo tudo isso” (G3).

Em outro caso, o castigo apareceu como consequência das atitudes passadas do companheiro.

“[Pode ser castigo] por ele ser uma pessoa tão ruim na vida. (...) Às vezes, eu penso no Rui [companheiro], numa coisa que já fez que eu sei né. Então eu penso assim: ‘bah, não pode ser castigo, porque que se Deus desse castigo, que desse pra ele e não pra mim’” (G6).

Transparece nestes relatos o entendimento de que a infecção é uma forma de punição. Mesmo considerando que não seja o HIV um castigo relativo aos próprios comportamentos, mas sim em função dos comportamentos do pai do bebê, a mesma gestante segue buscando possíveis explicações:

“Por castigo eu só encontraria ele [o vírus] entrando na minha vida por um dia ter me separado do meu ex-marido. Mas, ao mesmo tempo, eu não vejo como castigo, porque eu pedi muito que ele mudasse e ele não mudou. Então daí não é um castigo, eu pedi, eu falei” (G6).

Em conjunto, esses relatos evidenciam algumas das crenças das gestantes de que a infecção seria consequência de atitudes erradas, de pecados. Por mais que não conseguissem identificar os supostos erros, elas consideravam que estes existiram. Um entendimento possível seria a vivência indevida da sexualidade. Isso parece auxiliá-las a entender a presença da infecção em suas vidas, na medida em que se constitui num castigo para as ações condenáveis.

3.1.6 Conscientização pela gestação

Os relatos também revelaram a importância que as participantes passaram a atribuir à gestação frente à infecção, pois a gravidez levou-as a se conscientizarem da soropositividade. As questões específicas da entrevista que possibilitaram o surgimento desses conteúdos foram as que seguem: *Quais as tuas preocupações em relação à gravidez e ao bebê? Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora? O fato de ser HIV+ afeta de alguma forma a tua gestação? No que afeta? O*

fato de ser portadora do HIV afeta de alguma forma a maternidade? No que afeta? Quanto o HIV tem afetado a tua vida? E quanto afetou o teu desejo de ser mãe?

As respostas sugerem que a gestação deu um novo sentido aos cuidados com a saúde ligados à infecção. As gestantes que receberam o resultado positivo para HIV no pré-natal conseguiram iniciar tratamento em pouco tempo após o diagnóstico (G5, G6), mesmo que estivesse sendo difícil aceitar a infecção. As demais não buscaram tratamento após o diagnóstico, tendo buscado tempo depois, em função de doença oportunista (G1) ou em função da própria gestação (G2, G3 e G4). Para todas, o bebê foi a motivação principal do tratamento.

No caso da gestante que já vinha em acompanhamento médico, a profilaxia contra a contaminação do bebê parece estar sendo a sua prioridade. Ela descreveu, com bom conhecimento, os procedimentos necessários para proteger o bebê e ressaltou a confiança que tinha na equipe de saúde, como no trecho a seguir:

“[Para prevenir], precisa tomar os remédios, se alimentar bem, de preferência não beber, não fumar, não usar droga, não ter relação sexual sem preservativo... (...) Eu vou precisar muito da força e da ajuda dos médicos (...) e do acompanhamento também depois. Mas depois disso, que tiver tudo nas minhas mãos e eu tiver certeza que ele não pegou, não vai pegar” (G1).

Além disso, identificou-se que em outros casos o tratamento estava sendo feito explicitamente em função dos bebês. As gestantes foram claras, ao mencionarem que não estariam se tratando, se não estivessem grávidas.

“Eu só vou tomar os remédios porque eu estou grávida. Porque eu não ia ter coragem de tomar aqueles remédios tudo! E por ele ou por ela eu vou ter que ter esta coragem! Ninguém ia me obrigar!” (G2).

“Tem que fazer alguma coisa, né, nem tanto por mim, né, mas sim pelo nenê, né” (G3).

“Pensando nele [no filho] é que todo dia de manhã eu tomo meus remédios, por que senão não tomava, ah não tomava mesmo” (G4).

“Se eu não tivesse grávida, eu acho que não sei, não sei (...) eu acho que eu desistiria do tratamento” (G6).

Algumas delas (G2, G3 e G4) já haviam recebido o diagnóstico há um certo tempo (um ano, cinco anos e três anos, respectivamente), porém não tinham se conscientizado de sua soropositividade. A gestação, nesses casos, parecia estar levando essas gestantes a tomarem consciência da infecção e, conseqüentemente, cuidarem da saúde:

“Se hoje eu não tivesse grávida, eu não sei até onde eu ia. Porque isso eu te falo: ‘eu não ia nunca vir aqui me tratar e eu ia começar a fazer tudo o que eu tava fazendo. Ia começar a beber, a sair, ir pra festa, não ia cuidar de mim’. Às vezes eu fico pensando assim: ‘tu não quis cuidar de ti, mas agora do teu filho tu vai ter que cuidar’” (G4).

Além do tratamento medicamentoso, também foi possível perceber que a gestação trouxe uma nova relação com a infecção, o que também permitia uma nova relação com a família e uma reavaliação da vida de uma maneira mais ampla.

“Eu sei dizer que essa doença só entrou na minha vida mesmo, independente da gravidez, para eu mudar o jeito de eu pensar. Porque eu tava indo até pelo caminho errado. (...) Eu tava indo assim por esse caminho do dinheiro (...) não que eu sou de boate, estas coisas... Meu Deus, eu tava indo para isso, (...) e eu acho que isso ia me levar para um caminho que até não ia ter volta. Já estava saindo com os caras, tava saindo já freqüentemente. Então, hoje, eu não estou saindo porque eu to grávida, é que agora eu sei que eu tô doente mesmo. A minha vida mudou muito, sabe, por causa do nenê. (...) eu não quero fazer nada que vá decepcionar a minha família. Minha mãe e a minha irmã sabem que eu tive a doença agora. (...) Hoje eu sou uma pessoa (...) que eu aprendi muito, que eu vou ser feliz com as coisas que eu tenho. E assim eu vou viver. (...) Eu tô aqui, tô bem, minha família tá sabendo, coisa que, se eu não tivesse grávida, eles nunca iam ficar sabendo. Só se eu tivesse morrendo” (G4).

Em conjunto, estes depoimentos indicam que a gestação é uma experiência que estimulou o autocuidado para as gestantes. Todas elas estavam realizando os procedimentos profiláticos no momento das entrevistas, apesar de que, das quatro que já se sabiam soropositivas antes da gestação, somente uma vinha realizando o próprio tratamento antes da gravidez. Com isso, pode-se supor que a gestação estava trazendo a motivação que faltava para essas gestantes cuidarem de si e do próprio bebê.

Em função da maternidade, estas gestantes conseguiram se aproximar da realidade da sua saúde e da tomada de consciência diante da necessidade de cuidados. Ficou evidente que o fato de serem mães, seja pela primeira vez ou não, impulsionou essas mulheres para a busca da saúde. Para aquelas que não aceitavam a infecção, esse impulso foi determinante na adesão ao tratamento. Algumas foram explícitas ao afirmar que, se não estivessem grávidas, não fariam qualquer tratamento.

A conscientização que faltava até então para quase todas elas - desde a falta de percepção de exposição a situações de risco e da não-aceitação do diagnóstico - passou a ser possível a partir da gestação. Em função da maternidade e da responsabilidade de gerar um filho, o posicionamento diante da infecção mudou profundamente. Além disso, a gestação contribuiu para uma aproximação da família e a uma revisão de valores, que favoreceram mudanças comportamentais importantes.

3.1.7 Religiosidade

Esta subcategoria reúne os relatos que explicitaram o papel da religiosidade, que se evidenciou como mais uma forma de entendimento da infecção e também como uma tentativa de enfrentá-la. Apesar de elas não terem sido questionadas especificamente sobre isso, esse tema se fez presente, principalmente nas respostas à pergunta: *Alguma coisa mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV? O que mudou?*

Somente uma gestante não mencionou de alguma forma a religiosidade. Foi possível verificar que, em alguns casos, elas acreditavam que a fé aumentou após o diagnóstico ou após a conscientização pela gestação. Um exemplo sobre esse ponto é explicitado a seguir:

“Mudou bastante [a fé após o diagnóstico]. Tu pensa mais em Deus, assim, tu procura... eu já fui até em centro espírita. Me ajudou bastante a ver as coisas de outra maneira, procurar uma crença em alguma coisa, sabe, te lembrar mais que Deus existe” (G5).

A religiosidade, desta forma, apareceu nos relatos como uma forma de entender a existência da infecção, cabendo a Deus, inclusive, o poder de extingui-la:

“Eu acho que o HIV é uma coisa do diabo mesmo. (...) Eu tenho certeza absoluta que o único caminho certo é Deus. Todo mundo só tinha que ter só um único pensamento pra conseguir eliminar o HIV, uma das pragas do diabo. Se a pessoa tem fé, acreditar e pedir que Jesus Cristo venha e consiga eliminar essa doença, consiga largar na cabeça de uma boa pessoa a cura, as pessoas acreditar em Deus pra ... pra salvar os nossos filhos pelo menos” (G1).

Assim, foi possível perceber que Deus aparece como muito presente para estas gestantes, sendo este a figura que elas identificam como capaz de auxiliá-las.

“Eu não tenho dúvida da minha fé, mas eu acho que ela tá um pouco fraca. Ela devia de ser mais, por eu acreditar que (...) só Deus pode me ajudar, que ele tem esse poder de me ajudar” (G3).

“Eu peço e rezo para Deus todas as noites para que isso [contaminação no bebê] não venha a acontecer... Já que Deus disse: ‘vai um bebezinho para mim’, então Deus que cuide. Deus que não deixe acontecer nada, seja uma criança sadia” (G2).

“De noite, eu fico rezando: ‘ah, meu Deus do céu, me perdoa por todos estes pensamentos ruins que eu faço’. (...) Chorei e disse a meu Deus: ‘não castiga o meu nenê, não era pra eu tá falando isto daí’” (G4).

Referindo-se à gestação anterior, uma das participantes fez uma promessa para que seu filho não contraísse HIV. Este, de fato, não tem o vírus, o que faz com que ela tenha o seguinte entendimento:

“No caso foi a minha fé toda, (...) pra pagar promessa, pagar procissão e tudo mais (...) em troca da saúde dele” (G3).

Estes depoimentos demonstram que a religiosidade estava muito presente na vida destas gestantes, quando elas se viam diante da necessidade de enfrentarem a infecção, seja a sua ou a de seus filhos. Elas recorriam à fé, a fim de tentarem minimizar os problemas por que estavam passando, delegando a Deus, em alguns casos, a responsabilidade quanto à saúde do filho.

3.2 Sentimentos no contexto da gestação e do HIV

A segunda categoria temática é composta pelos conteúdos referentes aos sentimentos das gestantes entrevistadas. Os dados foram obtidos nas respostas a quatro questões básicas da entrevista: *Eu gostaria que tu falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que ficaste sabendo até agora; O que vem na tua cabeça, quando pensas na palavra “mãe”? Agora eu gostaria que tu falasses sobre o teu bebê; Como tu imaginas que vai ser o bebê, quando nascer?* As perguntas realizadas para esclarecimento em cada questão também foram consideradas. Outras manifestações das gestantes relativas aos sentimentos no contexto do HIV que tenham surgido nas demais etapas da entrevista também foram consideradas para fins de análise.

Agruparam-se os conteúdos dessa categoria temática em duas subcategorias: medos e culpas. A seguir, são apresentadas as subcategorias, com exemplos de falas das gestantes. No capítulo IV, serão discutidos os resultados, articulando-os com a literatura disponível.

3.2.1 Medos

Esta subcategoria é composta pelos depoimentos das gestantes que expressaram, de alguma forma, o sentimento de medo. Foi possível identificar diversos tipos de medo experienciados pelas gestantes portadoras do HIV. Desta forma, optou-se por apresentá-los separadamente, para fins de maior clareza. Destacaram-se os medos em relação ao parto, à infecção no filho, da morte do bebê,

da própria morte e de não ver o crescimento do filho. A seguir, apresentam-se exemplos de respostas que compõem cada um deles.

3.2.1.1 Em relação ao parto

O medo em relação ao parto foi relatado por todas as gestantes do estudo, em particular, por este ter que ocorrer na presença do HIV. Na entrevista realizada, estes conteúdos emergiram nas seguintes questões de esclarecimento: *Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez? Quais as tuas preocupações, em relação à gravidez e ao bebê? Como te sentes em relação ao parto? Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?*

Entre os medos, destacou-se o de ter que tomar AZT (zidovudina) injetável na hora de ganhar o bebê. Alguns exemplos de falas sobre isso são os que seguem:

“O que mais vem pra mim que eu acho estranho é a dificuldade desse parto. (...) Tem que ir pro médico pra fazer AZT na veia, que eu nunca fiz isso... Então, são muitas coisas diferentes e eu não sei qual vai ser a minha reação” (G2).

“Eu me preocupo se eu vou passar bem, [no parto]. Eu não sei como é que tu recebe AZT injetável, eu não sei se ele dá algum tipo de reação” (G5).

Outro procedimento preventivo adotado em algumas circunstâncias é a cesárea eletiva. Dependendo das condições clínicas da gestante, é possível que se tenha que evitar que esta entre em trabalho de parto, definindo previamente uma cesárea. Foi possível perceber que esse procedimento também gerou preocupação nas gestantes deste estudo.

“Meu medo é esse. Eu tenho que passar por uma cesárea justamente pelo HIV e justamente pelo nenê” (G3).

“Essas coisas que tá me perturbando e eu fico pensando toda hora na hora de nascer, e que não pode ser de parto normal, tem que ser de cesárea” (G4).

Também foi possível observar que elas sentiam-se inseguras, já que a própria saúde podia não estar perfeita no momento de se submeter a um estresse fisiológico como o do parto. Disso, advém também temores com relação aos riscos ligados à própria saúde.

“Só o parto [me preocupa], se tu não tem nada e teus exames dá tudo certo, tu sabe que vai chegar lá e vai dar as dor terrível mas que vai chegar a hora e tudo bom. Mas quando tu tem um problema, esse problema vai ficar até a última hora, até tu terminar de ganhar e saber se vai acontecer alguma coisa ou não” (G6).

“[Me preocupo] se eu vou ficar forte depois [do parto], né. Se eu vou me recuperar, porque a mulher quando vai ter um filho perde muito sangue, né” (G1).

Em conjunto, os depoimentos apresentados evidenciam que existia uma forte expectativa por parte das gestantes quanto ao momento do parto. Embora isto seja comum entre as gestantes de modo geral, no caso das portadoras de HIV, estas preocupações adquiriram uma dimensão maior. Elas temiam que algo desse errado no momento de ganharem seus filhos, seja pela necessidade de medicação ou de fazer cesárea. Os medos foram identificados, tanto em relação a sua saúde como à saúde do bebê.

3.2.1.2 Em relação à infecção no filho

Outro temor que foi possível detectar nos depoimentos foi o medo, por parte das gestantes, de que o filho viesse a se infectar com o HIV e que adoecesse de AIDS. Elas manifestaram esse medo, ao responderem algumas questões da entrevista: *Quais as tuas preocupações, em relação à gravidez e ao bebê? Quais são os teus sentimentos, ao te tornar mãe? Tu já sabes se existe chance de o teu bebê ser HIV+? Tu estás fazendo alguma coisa para prevenir a infecção de teu bebê pelo HIV?*

Em alguns depoimentos, o medo de transmissão do HIV para o bebê esteve enfatizado, demonstrando que esta tem sido a principal preocupação de algumas gestantes:

“Eu tenho medo, agora o meu receio é com o neném. Tenho medo que nasça soropositivo” (G5).

“[Me preocupa] todo esse processo de fazer exames, tomar medicamentos, de ter uma espera de um ano e meio pra dar tudo certo ou não” (G3).

“Como é que tu vai cuidar sabendo que o teu filho é soropositivo? É difícil. Sabendo que ali, ele pode durar 5, 6, 7 anos antes de morrer. Isso para mim é uma tortura” (G2).

Outros depoimentos demonstraram, por outro lado, a dificuldade de algumas gestantes de aceitarem a idéia de uma possível contaminação do seu filho.

“Se ele vier a ser infectado, não ter como... eliminar o vírus? Eu não pensei nessa possibilidade. Não pensei mesmo, porque eu acho que se eu pensasse nisso antes de ficar grávida eu não ficaria. Mas se isso viesse a acontecer, eu acho que eu ia rezar dia e noite pedindo pra que Deus tirasse pelo menos da criança. Mas acredito que eu, acreditando em Deus, ele não vai me abandonar nesse momento. Acho que ele não vai deixar o meu filho ser contaminado” (G1).

“Ai nem me fala, acho que isto [a possível contaminação do filho] é uma coisa que eu travei na minha cabeça e que eu não quero nem pensar. Ai, eu não sei se eu

estaria preparada para isto, não sei não. Já pensei nessa hipótese e esta hipótese é uma das que mais me fortalece, às vezes, de deixar o nenê no hospital. Então, nem quero pensar nisso para não ficar fazendo besteira antes” (G4).

De uma maneira geral, tanto a preocupação explícita com a possível infecção no bebê, como a dificuldade em pensar sobre isto parecem associadas ao fato de o bebê ser considerado como alguém inocente, que não mereceria ser infectado.

“Eu nunca pensei que eu vou botar um filho no mundo com uma doença que eu peguei do meu pecado, passar pra um inocente” (G1).

“Daí chega um ponto que tu é castigada, e daí, não vão castigar alguém decente, sem erros. Então, se o bebê nascer bem, tá bom” (G6).

Em conjunto, esses dados demonstram que a possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o bebê é uma preocupação presente para as gestantes. Foi possível identificar algumas particularidades entre os casos, na medida em que algumas gestantes mencionaram não conseguir nem pensar na possibilidade de infecção no bebê, enquanto outras explicitaram seus medos. Para algumas, os sentimentos foram mais explícitos, o que não indica, necessariamente, a ausência de preocupação nas demais.

3.2.1.3 Da morte do bebê

Nos depoimentos, outro medo identificado foi o de perder o bebê. Sendo a AIDS uma doença sem cura, ela parece estar introduzindo o tema da morte na gestação. Algumas questões possibilitaram o surgimento desses conteúdos na entrevista: *Quais as tuas preocupações, em relação à gravidez e ao bebê? Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora? Quais são os teus sentimentos, ao te tornar mãe? Tu já sabes se existe chance de o teu bebê ser HIV+? Tu estás fazendo alguma coisa para prevenir a infecção de teu bebê pelo HIV? O quê? Que características físicas imaginas que o bebê vai ter? Como vai ser, se o teu filho for HIV+? E se ele for HIV-?*

Foi possível detectar em alguns relatos a presença do medo da morte do bebê, sendo uma preocupação muito forte de algumas gestantes, juntamente com o medo do parto e da infecção no filho.

“Mas tu não sabe... E se for para ti perder... Tô tomando os remedinhos, tudo direitinho, quando vê, de repente, eu perco o bebê... Ou então depois de 9 meses que tu levou aquela criança, se mexendo na tua barriga, e quando nasce... Eu já vi, na primeira gestação que eu tive, uma menina perdeu o bebezinho. O bebê nasceu bem, só que de repente faleceu.... Então imagina... tu olha ali o quarto cheio de mãe feliz

com os filhos e tu olha para o berçário e não vê teu filho. É uma coisa... A gente sente, Deus me livre. Eu peço a Deus que isto não aconteça, mas eu tenho medo” (G2).

“O medo mesmo que eu tenho é de perder o filho, que aconteça alguma coisa com ela, eu tenho medo disto...” (G5).

“É muito triste [começa a chorar]. Tu cria uma criança sabendo que vai ter um tempo que tu não vai mais ter ela. É difícil, né. Tu vai te acostumar? Nunca” (G3).

Percebe-se, em alguns trechos, que essa possibilidade de morte estaria presente ainda na gestação. Elas parece vivenciarem o sentimento de medo da perda do bebê antes mesmo dele nascer.

“Quando eu vi o bebezinho na televisão [ecografia], eu senti uma... não é um sentimento de perda, mas um sentimento bem triste. Eu acho que de repente eu já vou perder o bebê” (G2).

Uma das gestantes chegou a mencionar a perda do bebê como uma conseqüência natural no processo que estava vivendo, com uma entonação de voz que demonstrou que considerava quase inevitável a perda:

“[Me preocupa] tudo, a recuperação, depois do acompanhamento a perda [do bebê]” (G3).

Os relatos acima mostram que o medo da morte do bebê era um sentimento presente para as participantes durante a gestação. Apenas duas delas não fizeram menção a este medo em seus depoimentos (G1, G4), as mesmas que relataram não conseguir pensar na possibilidade de infecção em seus filhos. De forma geral, esse temor parece ser expressivo e gerar sofrimento, em um momento em que diversos outros sentimentos também afloram.

3.2.1.3 Da própria morte

Os depoimentos revelaram também o medo das gestantes da própria morte. Elas expressaram esse medo ao responderem, na entrevista, a algumas questões: *Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez? Quais as tuas preocupações, em relação à gravidez e ao bebê? Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora? Como estás te sentindo, em relação às mudanças no teu corpo? O que tu imaginas que vai mudar em ti, agora que estás te tornando mãe? Como vai ser, se o teu filho for HIV+? E se ele for HIV-?*

Ao longo das entrevistas, foi possível perceber que as gestantes com menor tempo de diagnóstico enfatizaram mais o medo de morrer. Para estas, a preocupação com seu tempo de vida pareceu forte. Exemplos de falas são as que seguem:

“Eu não sei quanto tempo eu vou durar, principalmente agora. (...) mais um ano, dois anos, cinco anos, dez, vinte anos, não sei. Ou eu vou morrer amanhã. Só Deus sabe” (G2).

“O meu sentimento é que agora... que eu... estraguei minha vida... que eu fico pensando assim que agora eu estou mais próxima de morrer, sabe, da morte, do que antes” (G5).

“Uma coisa é tu descobrir com trinta e cinco anos que tá com essa doença, tá quase no fim, já tá com a tua vida andada” (G6).

O sentimento de morte, para uma das gestantes, além de estar associado ao medo de perder a vida, apareceu como um sentimento de morte simbólica. Isso fica demonstrado no exemplo de fala a seguir:

“A Berenice de seis anos atrás morreu. Hoje quem tá aqui é uma nova Berenice. Uma nova vida, ou um final de vida da Berenice, sei lá, que nem eu sei descrever” (G2).

A morte parece tão próxima, que foi possível identificar, nos relatos de algumas gestantes, planos para quando o fim da vida chegar.

“Eu tô tentando preparar o espírito dele [do filho de 8 anos], digamos assim, que ele aceite numa boa [a morte da mãe]” (G2).

“Às vezes, eu penso se acontece de eu perder as forças na hora de ganhar ela, ou aconteça alguma coisa comigo e eu deixar essa criança no mundo. Eu disse pra Jú [filha adolescente], se Deus o livre que acontecesse alguma coisa comigo, ela que ficaria com o bebê” (G6).

O medo do parto e das intercorrências possíveis em função do HIV, também estiveram associados ao medo de morrer.

“Será que na hora de eu ganhar vai sair tudo bem, né, seu eu não vou, né, me ir” (G1).

Uma das gestantes expressou também o desejo de entender o medo da própria morte. Para ela, a infecção pelo HIV traria o medo da morte, por explicitar uma condição humana, que é a da mortalidade.

“Eu acho que é isto que te deixa mais... tu lembrar que tu é mortal, porque é uma coisa que no teu dia a dia tu esquece, que pode te acontecer alguma coisa e tu morrer naquele momento” (G5).

Examinando conjuntamente estes relatos, pode-se entender que o sentimento de medo da própria morte esteve bastante presente nas preocupações dessas gestantes. O menor tempo de diagnóstico esteve ligado a uma maior intensidade desse temor. Além disso, a experiência de primeira gestação exacerbou o receio de complicações durante o parto. De forma geral, constatou-se que a infecção exigiu que as gestantes revisassem alguns aspectos de suas vidas. Tudo isso pode ter gerado a impressão de que terão pouco tempo a mais para viver.

3.2.1.5 De não ver o crescimento do filho

Por fim, compõe essa subcategoria os relatos das gestantes que se relacionaram ao medo de não ver o crescimento do bebê. Nas entrevistas, algumas questões facilitaram o aparecimento desses conteúdos: *Quais as tuas preocupações, em relação à gravidez e ao bebê? Quais são os teus sentimentos, ao te tornar mãe? Tu já sabes se existe chance de o teu bebê ser HIV+? Tu estás fazendo alguma coisa para prevenir a infecção de teu bebê pelo HIV? O quê? Que características físicas imaginas que o bebê vai ter? Como vai ser, se o teu filho for HIV+? E se ele não for HIV+?*

Alguns relatos mostram o medo das gestantes de não terem saúde suficiente para desempenharem o papel de mães para seus filhos e criá-los. Além da possibilidade da morte, a sua ausência poderia ocorrer como consequência de problemas físicos decorrentes da infecção.

“Meu martírio é em relação aos meus filhos, até quando eu vou estar bem para ficar do lado deles, até quando eu vou poder tê-los assim comigo, até quando isto, sabe?” (G5).

“Tem que tratar ela [a filha] né, vou ter que fazer tudo que eles [profissionais da saúde] mandaram fazer né. Espero que eu tenha saúde para fazer tudo isso” (G6).

“Será que eu vou ter saúde pra conseguir criar, né, se eu não vou precisar deixar com pessoas né que não vão cuidar direito por preconceito e... essa é a preocupação maior né: se eu vou conseguir ter saúde pra conseguir criar” (G1).

Em conjunto, esses depoimentos indicam que, além dos diversos medos assinalados acima, algumas gestantes pareciam estar receosas com o momento subsequente de criarem os filhos. As incertezas quanto à sua própria saúde acabava levando a incertezas quanto à possibilidade de exercer o papel materno e de cuidar do filho.

3.2.2 Culpa

Esta subcategoria é composta pelos relatos das gestantes referentes ao sentimento de culpa que estariam vivenciando. No curso da entrevista, este sentimento foi mencionado em resposta a diversas questões: *Como te sentiste, ao receber a notícia da gravidez? O fato de seres HIV+ afeta de alguma forma a tua gestação? No que afeta? Como você se imagina sendo mãe? O que espera dessa experiência? Quais são os teus sentimentos, ao te tornar mãe? Como vai ser, se o teu filho for HIV+? E se ele for HIV-?*

As respostas demonstraram que as gestantes se sentiam culpadas por terem contraído o HIV, por estarem grávidas e por estarem colocando em risco a saúde do bebê. Percebe-se que, com isso, elas entraram em um conflito, por terem dificuldade de aceitar o que estava acontecendo, pela dificuldade de “se perdoar”. Isso fica exemplificado nos trechos apresentados a seguir:

“[Ao pensar no bebê que vai nascer] vem culpa primeiro. Primeiro de tudo vem a minha culpa” (G2).

“Eu não conseguia dormir à noite, chorei muito... e...me culpei muito por isso...” (G5).

“Eu sempre apostei que eu vou ficar grávida, mas que o meu filho não vai ter nada. (...) ...uma doença que eu peguei, do meu pecado, passar pra um inocente.... Mas se isso viesse a acontecer, eu acho que eu não me perdoaria por isso” (G1).

As gestantes tenderam a assumir inteiramente para si a responsabilidade do que acontecesse com o filho. O seu próprio comportamento foi visto como responsável pelos riscos que o bebê estava correndo, além da impressão de que, por mais que se esforçassem, nada disto seria suficiente e sempre restaria algo que poderia ter sido feito.

“Tu volta jogando pra ti mesma. Isto aí pesa muito, quer dizer, se acontecer alguma coisa, tu fica pensando, se eu tivesse me esforçado, se eu tivesse conseguido, eu podia ter mudado isso, entendeu? Isso aí é muito pesado” (G3).

“Eu acho que [o meu filho] não tem nada a ver com tudo que eu fiz e usei. Não tem nada a ver o coitadinho, eu tenho que tentar salvar ele” (G4).

Mesmo tendo descoberto a infecção no pré-natal e estar tomando todas as medidas profiláticas disponíveis, ainda assim era inaceitável para as gestantes o fato de o bebê estar exposto ao risco de infecção. Ainda que tenham engravidado sem se

saberem soropositivas, elas responsabilizavam-se pelas dificuldades que estavam enfrentando e que estariam fazendo seus filhos passar.

“Tu te culpa muito, e eu acho que ela [a filha] não merece isto, porque é uma coisa minha” (G5).

“Aí é uma coisa que tu vai te culpar o resto da vida de botar uma criança no mundo com uma porcaria dessa né, porque é legítima porcaria” (G6).

Estes relatos indicam que, independentemente da história de cada gestante, elas se sentiam culpadas pelo que estavam passando. Esse sentimento de culpa parece não depender de fatores como conhecimento do diagnóstico antes da gestação. A culpa se apresentou de alguma maneira em todos os casos, demonstrando que as gestantes sentiam que a responsabilidade pela infecção era de cada uma, não devendo estender-se aos seus filhos.

3.3 Relações Familiares e HIV

A terceira categoria temática é composta pelos conteúdos ligados ao relacionamento familiar no contexto do HIV. A relação das gestantes com suas famílias também se mostrou como subsídio para o entendimento da maternidade. Algumas questões da entrevista destinaram-se ao exame desse aspecto: *Tu poderias me contar um pouco sobre a reação da tua família e do pai do bebê em relação a tua gravidez? O quanto tu achas que o bebê irá mudar a tua vida e a do pai do bebê? O que vem na tua cabeça, quando pensas na palavra “mãe”?* Para cada uma dessas perguntas, estavam previstas questões de esclarecimento, as quais foram também utilizadas para subsidiar essa categoria. Conteúdos que porventura tenham emergido em outros momentos da entrevista foram igualmente considerados para fins de análise.

Agruparam-se os relatos relacionados a esta categoria temática em três subcategorias: história familiar; apoio familiar e relação com o pai do bebê. A seguir, são explicitadas as subcategorias, com exemplos de depoimentos em cada uma delas. No capítulo IV, apresenta-se a discussão dos relatos de forma articulada com as categorias anteriores e com a literatura.

3.3.1 História Familiar

Esta subcategoria refere-se aos relatos das gestantes relativos as suas histórias de vida. Nas entrevistas, salientaram-se conteúdos ligados à figura materna, os quais

serão apresentados separadamente: Frustração em relação à figura materna e Perda da figura materna. Estes conteúdos foram selecionados, tendo em vista que são importantes para a compreensão da maternidade de modo geral, podendo adquirir uma dimensão ainda maior no caso de gestantes portadoras do HIV. Maiores informações sobre a história de vida das participantes encontram-se no Anexo E.

3.3.1.1 Frustração em relação à figura materna

Ao longo das entrevistas, foi possível identificar uma frustração das gestantes, no que se refere à relação que mantiveram ou mantinham com suas mães. Esses aspectos foram explicitados como resposta às seguintes questões da entrevista: *Quando tu te imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo? Quem seria? Como ela era/é como mãe? E tem alguém que tu não gostarias de ter como modelo de mãe? E a tua mãe, como tu imaginas que ela era contigo? Como tu descreverias uma boa mãe? Algum familiar (ou amigo ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez? Quem tu esperas que vai te ajudar?*

As gestantes contaram situações difíceis de suas histórias de vida. Elas deram depoimentos íntimos e sofridos, ligados à frustração que sentiram pela relação com suas mães em alguns momentos. Durante os relatos, ficou visível a comoção, tendo algumas delas começado a chorar. Pensar na palavra “mãe” foi o que mais mobilizou sentimentos. Foi possível perceber que as dificuldades enfrentadas com as suas mães ao longo da vida, mesmo que, por vezes, pertencentes ao passado, pareciam estar vivas até hoje. Alguns trechos ilustrativos são apresentados a seguir:

“Lá em casa, é cada um por si, sabe. (...) Nunca tive aquele carinho de mãe. (...) Eu nunca ouvi um te amo da minha mãe. Eu posso contar nos dedos o dia que a minha mãe me deu um abraço e um beijo, por que às vezes até o meu aniversário ela não lembra” (G4).

“Não tenho nenhuma mãe assim como modelo. Minha mãe é uma pessoa do tipo deixar seus filhos pequenos pra trabalhar, o maior cuidava, que era eu. Chegava de noite, não via ela, levantava de manhã ainda não via, entendeu?” (G3).

Constata-se, nos relatos das gestantes, uma insatisfação com a figura materna, por esta ter sido distante, pouco afetuosa. Com isso, o modelo de mãe que elas imaginavam e relataram não era o da própria mãe. Em um dos depoimentos, identifica-se, inclusive uma situação de abandono:

“A minha mãe biológica não era uma mãe. Ela sempre me maltratou.(...) Quando ela melhorou um pouco de vida, ela poderia me criar, que nem criou meus dois irmãos. Não, ela preferiu me dar (...) eu jamais vou esquecer” (G2).

Ainda, foi possível identificar situações que envolviam violência doméstica (G1, G2). Duas gestantes relataram ter sofrido abuso sexual (G2, G6), mesmo que esse tema não tenha sido investigado nas entrevistas. Comportamentos maternos negligentes e até agressivos foram explicitados.

“Eu ficava perto dela e ela me queimava com ponta de cigarro na bunda pra que eu saísse de perto dela. Eu não sabia o que era comer uma comida com garfo e faca. Eu só sabia comer xis. Porque ela tirava dinheiro deles ali e, tipo assim, ‘ah, vai lá e compra um xis’. Eu atravessava a rua pequena” (G2).

Assim, identificou-se também uma associação por parte das gestantes entre as atitudes maternas e o fato de terem vindo a se contaminarem com o HIV. Em dois relatos, constatou-se menção explícita ao sentimento de que as relações familiares, em especial o relacionamento com a figura materna, foram responsáveis pela infecção pelo HIV.

“A minha mãe ficava com os homens por dinheiro. (...) Como é que ela ia poder me dar o que ela não teve, o que ela desconhecia? (...) Eu tinha liberdade, eu saía, amanhecia na rua, ninguém tava aí se eu ia chegar às cinco, às seis ou às dez. Então, daí eu conheci um, namorei, conheci outro, namorei. Conheci esse outro, por exemplo, que me passou o HIV (...) se não tivesse toda essa liberdade, se tivesse tido minha casa, minha mãe, meu pai eu teria uma vida melhor. Daí não teria ido por esse caminho e não teria pegado o HIV” (G1).

“Quando eu saí de casa, né, não queria sair de casa, eu queria ter mais liberdade, queria ser mais na minha. Se tivesse mais a minha mãe por perto, queria ter mais amigas, queria que a minha mãe tivesse mais condições. Essas coisas assim, entendeu? E acabou acontecendo tudo isso” (G3).

Em conjunto, essas falas demonstram a presença de sentimentos de frustração das gestantes em relação as suas mães. Apenas uma das participantes não referiu experiências negativas maternas, sendo que no relato das demais apareceram semelhanças importantes entre os casos. Experiências difíceis na história de vida parecem ser uma marca predominante em quase todas as gestantes entrevistadas.

3.3.1.2 Perda da figura materna

Além da frustração em relação à figura materna, outro aspecto que se salientou nos relatos de algumas gestantes foi ter perdido a mãe por falecimento. Esta foi uma característica comum nas histórias de vida de quatro participantes (G1, G2, G5, G6). Esses conteúdos foram considerados importantes, na medida em que algumas gestantes fizeram relação entre a perda de suas mães e sua situação de soropositividade. Na entrevista, algumas questões propiciaram a expressão desses

conteúdos por parte das gestantes: *E a tua mãe, como tu imaginas que ela era contigo? Algum familiar (ou amigo ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez? Quem tu esperas que vai te ajudar? Quando tu te imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo?*

Nas respostas, as gestantes ressaltaram a dificuldade que foi para elas a perda da mãe por morte. Mais uma vez, muita emoção foi mobilizada ao longo dos depoimentos, com a presença de choro e da dificuldade de seguir falando. Elas demonstraram que a figura materna fazia muita falta e que essa perda mudou de forma importante o curso de suas vidas. A seguir, são apresentados trechos elucidativos desses conteúdos:

“Mãe é uma palavra muito forte pra mim. É tudo. Na hora de ver ela [mãe adotiva] ali no caixão (...) acabou ali as minhas forças, tudo morreu ali” (G2).

“Minha mãe, eu perdi com um ano e nove meses [começa a chorar] (...) eu era órfã. Eu tinha pai né, mas não pra criar, só tinha assim. Eu cresci na FEBEM. Até na rua já fiquei” (G6).

Foi possível perceber que, para algumas gestantes, o desenvolvimento da história de vida foi modificado, em função da falta da figura materna. A morte da mãe foi referida como decisiva no curso de suas histórias, em especial no que se refere à chegada do HIV.

“Depois que ela [minha mãe] morreu daí que aconteceu muita coisa que aconteceu na minha vida né: eu saí de casa e aconteceu tudo que aconteceu. Eu acho que muita coisa poderia ter sido diferente [se ela não tivesse morrido]. Eu acho que daí não teria pecado nenhum [a contaminação]. (...) eu acho que tudo vem a partir de descendências” (G1).

“Hoje, se eu não sou ninguém, [começa a chorar] se eu sou o que eu sou [soropositiva], foi porque eu perdi essa fortaleza [a mãe adotiva]” (G2).

Outro aspecto ligado à figura materna, apontado por uma das gestantes, foi a falta de apoio. A mãe foi identificada como alguém capaz de fornecer o suporte nos momentos difíceis, como este da infecção. Ela aparece como alguém que seria importante para o enfrentamento da infecção e da gestação na presença do vírus.

“Faz 4 anos [que perdi minha mãe], e ela me faz bastante falta, principalmente neste momento ... Se eu tivesse a minha mãe, eu teria o apoio que eu preciso, o ombro, sabe. Ela me faz muita falta... Mãe é tudo! [começa a chorar]” (G5).

Esses depoimentos, tomados conjuntamente, expressam o quanto era difícil para as gestantes ter perdido a mãe. Foi possível identificar que essa ausência estava associada a dificuldades na vida delas e até podia estar associada à infecção pelo

vírus. Esses aspectos da história de vida parecem contribuir para o entendimento da vivência da maternidade para essas gestantes.

3.3.2 Apoio familiar

Esta subcategoria diz respeito à percepção das gestantes quanto ao apoio proveniente de suas famílias. Esse tema foi investigado na entrevista através das seguintes questões: *Como a tua família reagiu em relação a tua gravidez? Como reagiu a família do pai do bebê? Algum familiar (ou amigo ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez? Quem tu esperas que vá te ajudar? O fato de seres HIV+ afetou de alguma forma a reação da tua família em relação à gestação?*

Todas as gestantes manifestaram que não estavam tendo apoio suficiente de seus familiares. Foi possível constatar a preocupação delas quanto à falta de suporte em relação ao seu futuro, já que a impressão transmitida pela gestante era a de estar sozinha. Este sentimento pode ser evidenciado no depoimento apresentado a seguir:

“Eu vou ter que batalhar sozinha pelos dois. É o que me assusta um pouco, não sei se vou ter forças pra tudo isso, porque eu não tenho apoio, assim” (G5).

Outro ponto a ser destacado é o fato de que a falta de apoio pode ser consequência de um relacionamento familiar que já era mais distante. Neste sentido, verificou-se, então, que a gestação não parecia ter sido motivo suficiente para reaproximar as pessoas.

“Fui criada num orfanato, não tenho pai e mãe. Meus irmãos, sempre quando posso, eu ligo pra eles, visito né, mas não é aquele vínculo. (...) Na família [do companheiro] eu acho que tem uns que se dão com nós. Mas eu vi uma irmã e a mãe dele lá, por convite dele, uma vez” (G6).

“Eu não vou te dizer, assim, que agora [com a gestação] a minha mãe melhorou o tratamento comigo. Porque a minha mãe é daquele jeito e não vai mudar. Ela pode não me ajudar muito, mas pelo menos não me atrapalha” (G4).

Em alguns casos, existia uma figura familiar que poderia dar apoio, enquanto outras, ao contrário, podiam ser fontes de rechaço. Aquelas que não foram vistas como alguém capaz de ajudar foram indicadas como pessoas que mantinham idéias preconcebidas acerca da soropositividade, na opinião das gestantes.

”Não [a minha família não me dá apoio], a não ser o meu irmão José. Elas [as irmãs] é que tem interesse assim... pra morrer. [Pensam: a Berenice] tá pra morrer. Se eu ligar para minha irmã é porque [pra ela] eu estava nas últimas” (G2).

“A Shirlei [filha mais velha] disse assim: a mãe é louca, é ruim da cabeça. Mas a Bianca [filha mais nova] tá me apoiando” (G6).

Assim, nota-se que é possível que a falta de apoio da família leve a gestante a afastar-se das pessoas. Isso, então, reforça a ausência de suporte, o que pode ser observado a partir do depoimento a seguir:

“Desde que elas [minhas irmãs] começaram a agir dessa maneira [distante], eu me afastei delas, antes mesmo da gestação. (...) Eu renunciei à minha família, porque eles me renunciaram. Quer dizer, então, eu renunciei porque fui renunciada, e ele [meu companheiro] não tem a família dele” (G1).

Conjuntamente, esses depoimentos demonstraram que as gestantes do estudo não se sentiam suficientemente apoiadas. Foi possível notar que elas se sentiam sozinhas, preocupadas ou se afastaram da família, dependendo das atitudes dos familiares. Isso ocorreu nas famílias em que as gestantes consideravam ter um relacionamento mais distante há mais tempo, ou naquelas em que se esperava um suporte e esse não ocorreu.

3.3.3 Relação com o pai do bebê

Esta subcategoria reúne conteúdos que expressam a relação das gestantes com o pai do bebê. Na entrevista, elas se manifestaram a esse respeito em resposta às seguintes questões: *Como o pai do bebê reagiu em relação à gravidez? O fato de seres HIV+ afetou de alguma forma a reação do pai do bebê em relação à gestação? Em que aspectos pensas que ocorrerão mudanças na tua vida e na do pai do bebê? E o relacionamento de vocês dois, o quanto será afetado pelo nascimento do bebê?*

Os depoimentos demonstraram que os relacionamentos entre as gestantes do estudo e o pai do bebê estavam marcados pela instabilidade. Em alguns casos, foi possível identificar que existiam conflitos na relação do casal há mais tempo, antes da chegada da gestação. Exemplos podem ser observados a seguir:

“Ele [o companheiro] chegou um pouco tonto em casa. Daí, quis dar uns gritos. Daí, eu dei uns gritos maior que ele, andei quebrando umas coisas. Daí ele se revoltou e eu peguei e chamei a Brigada. Eu ia pegar as minhas coisas e ia embora. Eu disse: ‘pode parar, essa vida não’. Daí falei tudo. Ele pediu desculpas, como se nada tivesse acontecido. Então, eu acredito que o alcoolismo que fez isso, e as pessoas me contam coisas horríveis” (G6).

“Sinceramente, eu não sei mesmo, nem do meu sentimento, nem do dele. Quer dizer, a gente vive brigando que nem gato e cachorro, separa e volta, separa e volta. E ele arruma as coisas e vai embora e pára tudo de novo e vem, entendeu?” (G3).

Com relação à gestação, foi possível perceber que em alguns casos o conflito esteve presente no momento da notícia da chegada de um filho. A partir daí, pode ter advindo instabilidade entre o casal. Isso ficou evidente no caso de uma gestante que vivia com o pai do bebê e também foi identificado nos casos em que a relação se tratava de namoro ou relacionamento passageiro.

“Ultimamente ele [o companheiro] anda muito chato, ele está muito tipo assim arrogante... ele está muito... nojentto! Se eu puder falar menos coisa possível com ele, eu vou falar. Ele está assim, louco para me separar, para mim sair, para eu viver sozinha. Porque sinceramente, se é para estar te incomodando, te incomoda sozinha” (G2).

“Ele não acredita que o filho seja dele. Eu disse para ele, ‘tu vai embora, né, e me procura só quando a criança nascer’. E nunca mais vi” (G5).

“Eu disse pra ele que eu tava grávida, ele sumiu uma semana. Ele sumiu, mas depois de uma semana ele voltou (...) cheio de interesses, querendo saber se realmente era verdade, não sei o quê. Mas primeiro deu um choque nele, eu corri com ele. Eu disse pra ele: ‘não vem na minha frente’, né.” (G3).

Em um dos casos, o pai do bebê ainda não sabia que iria ser pai. A relação do casal, aparentemente, estava embasada em dinheiro e não em sentimentos. Nesse sentido, a gestante considerava que seu filho não teria um pai, a não ser que se sujeitasse a uma ação na justiça.

“Esse pelo menos, graças a Deus, eu sei quem é o pai. Mas saber também é a mesma coisa que não saber, porque, sempre que tem que dar alguma coisa, tem que ser na justiça mesmo. Eu não posso esperar nada dele. Com ele, eu não vou poder contar. Porque não foi uma coisa que a gente planejou. Não é uma pessoa que tenha afinidade comigo, é por outras coisas que envolviam dinheiro. Não é uma pessoa que eu goste. Não é uma pessoa que eu queria nem para namorado. É uma pessoa que saía comigo para me ajudar. Então vai ser difícil agora” (G4).

Uma das gestantes não demonstrou, na entrevista, instabilidade na relação com seu companheiro. Porém, em seu depoimento, referiu ter omitido a ele o fato de ser soropositiva, a fim de engravidar. O casal parou de se prevenir, planejando a gravidez. A gestante revelou seu diagnóstico posteriormente, dizendo que descobriu ter HIV nos exames de pré-natal.

“Quando eu disse pra ele que eu descobri que eu tinha o HIV na gestação, ele disse: ‘ah, tu não tá mentindo pra mim? Será que tu já sabia que tinha?’ Aí eu disse: ‘não, eu não sabia, fiquei sabendo agora’. Eu não quis dizer pra ele né, que eu sabia que eu tinha, porque a gente queria ter um filho, né... Ele queria ter um filho comigo e eu queria ter um filho com ele e, se eu dissesse pra ele eu acho que... que não ia acontecer... Acho que ele ia ficar com medo, ia mudar, entendeu? Agora já não, agora eu disse que eu soube na gestação e é claro que ele desconfia que não, né” (G1).

Como esta gestante permaneceu em acompanhamento psicológico após a entrevista, foi possível saber que, após o nascimento do bebê, o companheiro se tornou agressivo e violento, o que exigiu, inclusive intervenção policial. A partir daí, a relação entre o casal se tornou conflituosa e instável.

Em seu conjunto, os conteúdos expressos nessa subcategoria demonstraram que a relação entre as gestantes e os pais dos bebês era caracterizada pela instabilidade. A notícia da gravidez, em alguns casos, propiciou ou intensificou possíveis conflitos, independentemente de o casal ter ou não uma união estável.

Até aqui, apresentaram-se as categorias e subcategorias encontradas, com exemplos de relatos das gestantes. No capítulo seguinte, apresenta-se a discussão de cada categoria temática, juntamente com as considerações finais, buscando a integração com a literatura disponível.

CAPÍTULO IV DISCUSSÃO

Com base na literatura examinada, discutem-se, a seguir, os relatos das gestantes sobre os seus sentimentos a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. Para fins de exposição, discutem-se, separadamente, os achados de cada uma das três categorias temáticas apresentadas no capítulo anterior. Ao longo da discussão e nas considerações finais, se buscará articular os referidos achados entre si e à luz da literatura existente.

4.1 Experiência de infecção pelo HIV

Examinando a literatura sobre AIDS com relação aos achados da primeira categoria examinada, identificam-se estudos que corroboram os resultados gerais encontrados. Avaliando, inicialmente, os comportamentos sexuais de risco, chama a atenção que, desde antes de se contaminarem, as gestantes do presente estudo já deixassem de considerar a possibilidade de entrada do HIV em suas vidas. Com isso, elas afastaram-se das práticas preventivas. Considerando que, no presente estudo, a forma de contaminação em todos os casos foi por via sexual, entende-se que as gestantes se expuseram, em algum momento, a relações sexuais sem preservativo. Ao buscar na literatura um possível entendimento para essa problemática, encontra-se que, em alguns contextos, a falta de informação tem sido uma barreira para a adoção de práticas sexuais mais seguras (Cohn, 1997; Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1996). A disponibilização de informações sobre o HIV tem sido uma preocupação procedente e bastante importante em saúde pública. Porém, por alguma razão, esta não tem sido suficiente para sensibilizar as pessoas a mudanças de atitude (Bozon, 2002; Grimberg, 2002; Figueiredo & Ayres, 2002; Taquette & cols., 2004). Isso foi identificado também no presente estudo, já que as gestantes investigadas demonstraram ter conhecimento suficiente para se perceberem em situação de risco de contaminação, mas ainda assim se arriscaram. Algumas participantes, mesmo com condições de identificar os riscos em seus parceiros, acreditavam que estes podiam escolher lhes passar ou não alguma doença e acreditavam que eles “não fariam essa maldade”. A dimensão afetiva sobrepunha-se a uma dinâmica exclusivamente orgânica de contágio.

Para as gestantes, parece que foi justamente esta dimensão afetiva que em alguns momentos dificultou a adoção de práticas sexuais mais seguras. A falta de prevenção se deu, na visão delas, porque se tratavam de relações de confiança, nas quais não percebiam qualquer risco de infecção. Estudos demonstraram esse entendimento, chamando a atenção para a crença de que o casamento ou a confiança seriam fatores de proteção contra o HIV (Both, 1997; Nunes, 1998; Roso, 2000; Silva, 2002; Silveira & cols., 2002; Villela & Barbosa, 1996). Além disto, as questões de gênero também são apontadas na literatura como fatores importantes, já que as mulheres são consideradas mais vulneráveis do que os homens (Parker & Camargo, 2000), com dificuldades para negociar o uso de preservativo com seus parceiros (Antunes & cols., 2002; Cuchi, 1997; Oliveira & cols., 2004; Praça & Gualda, 2003; Vandale & cols., 1997; Vermelho & cols., 1999). Outro motivo para o não uso do preservativo, identificado entre os casos do presente estudo, foi o desejo reprodutivo do casal, o que também já foi descrito na literatura (Feliciano & Kovacs, 2003; Roso, 2000).

Os relatos das gestantes do presente estudo retratam o que se observa no atendimento a muitos pacientes com HIV/AIDS. Nos relacionamentos em que existe envolvimento afetivo, a negociação para o uso do preservativo tende a ser difícil. As pessoas acabam se arriscando e contraem doenças em nome desta relação afetiva que não desejam macular, ao se proporem a conversar ou a tomar atitudes preventivas. O simples conversar sobre a infecção - e mais ainda quando há sugestões de uso de preservativo - pode levar a insinuações de infidelidade, ou então trazer à tona o passado sexual dos parceiros. Percebe-se, então que a opção de usar ou não o preservativo tem uma dimensão mais ampla do que sua função restrita de cuidado com a saúde física.

Após terem recebido o resultado positivo para HIV, algumas gestantes entrevistadas não conseguiram assimilar a realidade da infecção naquele momento. Saber-se soropositiva, para muitas delas, era uma confirmação, já que tinham a suspeita de estarem se expondo a situações de risco. Mesmo assim, ficou evidente uma dificuldade em aceitar a notícia da soropositividade, o que resultou na falta de iniciativa para tratamento.

No que se refere à saúde dessas mulheres, deixarem de buscar auxílio médico no momento do diagnóstico de HIV representava novo risco e podia ser bastante prejudicial. Mesmo que elas se encontrassem no estágio assintomático da infecção, o acompanhamento médico seria essencial, para que se pudesse optar pela

administração de medicamentos antes de aparecerem sintomas de doenças oportunistas (Ministério da Saúde, 1999). A gestação, nesses casos, caso fosse planejada, poderia diminuir muito as chances de contaminação do bebê (ACOG, 1999; Ministério da Saúde, 2001b).

É plausível se pensar que emocionalmente tenha sido muito difícil para as participantes enfrentarem seus diagnósticos, já que todas relataram resistências para a aceitação dos mesmos. Várias delas continuaram negligenciando os cuidados com a saúde. Essa dificuldade está descrita na literatura sobre AIDS na população em geral, que indica que se reconhecer soropositiva implica em reconhecer a própria responsabilidade na infecção, e exige a revisão de valores pessoais e o enfrentamento do estigma ligado à AIDS, ainda muito forte na sociedade (Domingues, 1998b; Roso, 2000; Seffner, 1995). Alguns sentimentos como a culpa, a revolta, a baixa auto-estima, o medo da morte e a solidão podem emergir nesse processo, o que é difícil encarar (Ferraz, 1998; Remor, 1999). Além desses aspectos, pode-se pensar que se envolver em um tratamento complexo pode impedir que se esconda da família e dos parceiros a soropositividade. Os familiares podem não aceitar a infecção, assumindo uma postura preconceituosa de rechaço e as relações amorosas podem se desfazer, caso o casal não consiga administrar de forma madura os cuidados necessários em função do HIV. Como assinala Bozon (2002), revelar a soropositividade ao parceiro tende a ser muito difícil para as mulheres. Uma saída então seria se distanciar da notícia do diagnóstico, vivendo como se ele não existisse. E essa negação pode ser reforçada, na medida em que acontecem novas relações sexuais desprotegidas, o que exigiria lidar com mais uma carga de sentimentos provenientes da possibilidade de ter infectado alguém.

Endossando os achados de alguns autores (Azevedo, 2001; Domingues, 1998b; Paiva & cols., 2002; Santos & cols., 2002), as gestantes do presente estudo também demonstraram que a forma como foi transmitido o diagnóstico foi algo relevante para sua assimilação. Em função do grande impacto gerado por um resultado positivo, é importante a presença de um profissional da saúde capacitado para oferecer suporte emocional no momento da notícia (Azevedo, 2001). Na prática em saúde coletiva em nosso país, o teste é oferecido de forma gratuita, acompanhado de aconselhamento anterior à coleta de sangue e posterior à entrega do resultado (Ministério da Saúde, 1999). Com isso, cria-se um importante espaço para transmissão de informações e suporte emocional, além da ampliação da participação da pessoa que busca testagem no processo, com vistas à tomada de consciência e modificação de comportamentos,

quando necessário. Na rede pública de saúde, esse é o procedimento padrão para testagem anti-HIV, o qual somente estará sujeito a variações, conforme a habilidade do profissional. Na rede privada de testagem, não é oferecido qualquer tipo de aconselhamento, o que pode, em alguns casos, deixar a pessoa que recebe o resultado, seja ele positivo ou negativo, sem o apoio de que necessite. As gestantes do presente estudo, ao relatarem a forma como receberam seus diagnósticos, demonstraram que pode ser bastante sofrido ficar sem apoio adequado, o que pode ter contribuído para a dificuldade que apresentaram de assimilar o diagnóstico. De qualquer forma, mesmo com a disponibilização de todo o apoio necessário, é difícil prever as reações das pessoas ao diagnóstico.

Os depoimentos das gestantes também mostraram que, após a assimilação da situação sorológica, houve a necessidade de justificar a forma de contaminação. Essa busca de justificação não foi especificada nos estudos pesquisados, porém a literatura sobre a história da epidemia de AIDS e da sexualidade feminina oferecem subsídios para a análise dessa questão. Nos depoimentos, as gestantes buscaram explicar que se infectaram de um companheiro estável e que não eram promíscuas. Ficou visível, dentre as participantes que viviam com um companheiro que, não somente para a mulher, mas para o casal parecia ser importante essa questão. Quem trouxe o HIV para a relação? Que tipo de comportamentos essa pessoa teve para se contaminar? Esses comportamentos são moralmente aceitáveis nessa relação ou nessa família? Diante dessas questões, coube às participantes a necessidade de mostrar sua dignidade e respeitabilidade. Se elas pegaram, não foi de qualquer um, foi de uma relação que envolvia sentimentos. Concluir que pegaram HIV de um parceiro fixo diminuía o sentimento de que seus comportamentos estariam fora dos padrões dos comportamentos de uma mulher digna de respeito.

Historicamente, a AIDS vem sendo associada aos ditos grupos de risco, como de prostitutas, usuários de drogas e homossexuais (Domingues, 1998a; Oliveira & cols., 2004; Valle, 2002). A associação do HIV e da AIDS a desvios sexuais, promiscuidade e prostituição pode ser considerada uma marca na história desta epidemia e segue como um aspecto enraizado do estigma (Domingues, 1998b; Grimberg, 2002; Morando, 1998; Parker & Aggleton, 2001).

Outro aspecto histórico importante diz respeito ao fato de que, antigamente, a mulher era moralmente condenada por manter práticas sexuais que não estivessem dentro do matrimônio e com vistas à procriação (Del Priore, 1993). Aquelas que permaneciam solteiras, ou que casavam mas não tinham filhos, eram alvos de

desconfiança quanto ao adequado uso de sua sexualidade. As doenças sexualmente transmissíveis, quando começaram a ser estudadas, eram diretamente associadas à prostituição, como se fossem produzidas e disseminadas pelas prostitutas (Carrara, 1996a; Carrara, 1996b).

Reflexos desses valores e padrões de comportamentos podem estar presentes nos relatos das gestantes do presente estudo, quando buscaram justificar a forma de contaminação, dizendo que não tiveram um número grande de parceiros, que pegaram do companheiro atual, ou ainda ao considerarem que o diagnóstico estava errado, caso o companheiro atual fosse soronegativo. Essa atitude é reforçada na presença de preconceitos. As participantes mencionaram que existia preconceito social em relação a elas e esse resultado é corroborado por outros estudos que mostraram que mulheres soropositivas temem e experienciam preconceito (Paiva & cols., 2002; Santos e cols., 2002; Tunala 2002).

Quando vindo da família, o preconceito pode ser particularmente prejudicial para as gestantes. Algumas vezes, as participantes recorreram à família como alternativa de ajuda e não a encontraram. Outras vezes, não buscaram a aproximação da família, porque supunham que seriam rejeitadas, o que também foi descrito por Remor (1999). Assim, novamente o preconceito parece ser um aspecto muito importante no contexto desta infecção, que pode privar as gestantes de um apoio que se esperaria que viesse da família. Percebe-se aí um distanciamento que costuma gerar sofrimento, falta de apoio, com implicações negativas para a adesão ao tratamento.

Somado a tudo isso, existe o preconceito alimentado por elas mesmas. Nos relatos do presente estudo, foi possível identificar que um dos motivos para elas não terem se conscientizado do próprio diagnóstico foi esse preconceito. Elas tiveram dificuldade de se aceitar. É possível que a dificuldade de aceitação da soropositividade seja resultado de um confronto de imagens (Domingues, 1998b). De um lado, existiria a imagem que cada uma fazia quanto ao HIV e a AIDS – seus próprios “pré-conceitos”. De outro lado, existiria a auto-imagem de cada uma. Para Domingues, o resultado positivo para HIV gera o confronto entre essas duas imagens, as quais tendem a ser bem diferentes, dificilmente integradas. Isso sugere que trabalhar os preconceitos das próprias gestantes poderia ser uma via de acesso para intervenções e adesão ao tratamento. A apropriação dos preconceitos e outras crenças sobre si e a infecção poderia facilitar a tomada de consciência e a mudança de atitudes.

Cabe ressaltar que uma pessoa portadora do HIV precisa continuar se prevenindo, mesmo que tenha um companheiro fixo também portador (Ministério da Saúde, 1999). Isso é importante para evitar a re-infecção (trocas virais entre os membros do casal), que pode levar ao aumento da carga viral e à aquisição de cepas virais resistentes a algumas drogas, o que gera uma série de prejuízos ao tratamento. Assim, um casal soropositivo que não use preservativo pode mais facilmente apresentar resistência à terapia anti-retroviral. No caso de gestantes, a re-infecção poderia aumentar a chance de transmissão materno-infantil, já que, quanto maior a carga viral, maior a vulnerabilidade do bebê (Ministério da Saúde, 2001b). Assim, essas gestantes precisam internalizar tanto seu diagnóstico, como os riscos de re-infecção e a necessidade de tratamento, a fim de protegerem sua saúde, a do seu filho e a de seus parceiros.

A partir dos preconceitos existentes e da imagem social da infecção pelo HIV, ligada a comportamentos pouco aceitáveis, pode-se entender por que razões ela foi vista como um castigo por várias participantes do presente estudo. Achados semelhantes também foram relatados (Both, 1997; Dethlefsen & Dahlke, 1983/1996; Figueiredo & Fioroni, 1997; Remor, 1999; Silva, 2002; Vermelho & cols., 1999). Neste estudo, algumas participantes acreditavam que estavam pagando algum pecado através da infecção pelo HIV. Nessa perspectiva, existiria um pecado, que as tornariam merecedoras da infecção. Talvez essa crença também tenha contribuído para o afastamento da possibilidade de prevenção e, ainda, pode ter tornado inviável por um tempo a tomada de consciência do diagnóstico. Tal diagnóstico, nesse caso, seria sentido como a confirmação do merecimento do castigo, o que poderia gerar sofrimento intenso demais para ser expresso livremente.

Sendo a infecção um castigo, que pecado podem ter cometido essas mulheres? A vivência da sexualidade por prazer, o que tornaria as práticas sexuais condenáveis? O distanciamento da tarefa essencial da mulher, que seria a dedicação exclusiva ao lar e aos filhos? A multiplicidade de parceiros, que pode culminar com a infecção por uma doença sexualmente transmissível? Mais uma vez, a história da sexualidade feminina ilustra essas questões (Del Priore, 1993). Como assinalado pela autora, a livre expressão da sexualidade pela mulher foi algo, ao longo do tempo, bastante desencorajado por instituições como o Casamento e a Igreja. Essa repressão, quando não seguida à risca, conferia aos comportamentos a qualificação de pecaminosos.

Pode-se pensar que, tradicionalmente, a gestação mudava o sentido da feminilidade, conferindo maior respeitabilidade à mulher (Rohden, 2002). Assim, a

saúde física, mental e moral da mãe foi, por muito tempo, utilizada como modelo de saúde da mulher. Para Del Priore (1993) com a maternidade, a mulher tinha a possibilidade de purificar a sexualidade, considerada suja. Endossando estas idéias, as participantes do presente estudo demonstraram ter realizado um processo de conscientização da infecção a partir da gestação. No papel de mães, elas sentiram mais intensamente a responsabilidade do cuidado com a saúde. Nos depoimentos, chama a atenção que algumas se sentiram obrigadas a fazer tratamento, mesmo explicitamente contrariadas, em função de terem se descoberto grávidas. Elas se negavam ao tratamento como mulheres, mas não como mães. Nesse momento, elas precisavam encarar seu estado sorológico e tomar atitudes, frente à necessidade de proteger o filho que iria nascer.

Esta mudança de comportamento pode estar associada tanto a aspectos subjetivos como sociais e históricos do ser mulher e mãe. Tradicionalmente a procriação era tarefa essencialmente ligada ao feminino e, apesar do movimento de emancipação da mulher (Franz, 1972/1995; Monteiro, 1994; Queiroz & Nogueira, 1998; Welti, 1998), idéias tradicionais podem ter reflexos ainda hoje. Neste sentido, mesmo que as participantes pensassem em não se tratar, quando isto passava a ter implicações para a vida do bebê, houve uma profunda mudança de atitudes. Como mãe, a mulher parece utilizar-se de todos os recursos disponíveis para cumprir seu papel de protetora, o que pode justificar a opção pela profilaxia contra a transmissão materno-infantil do HIV, mesmo a contragosto.

É nesse processo de busca de entendimento, consciência e enfrentamento da infecção que apareceu a religiosidade nos relatos das participantes do presente estudo. Poucos têm sido os estudos que abordam a religiosidade dentre pessoas soropositivas. Na literatura sobre religião e saúde, encontra-se a fé como um recurso utilizado pelas pessoas para enfrentar as dificuldades que vivem (Cerqueira-Santos & cols., 2004; Rabelo, 1993; Zamora & Kuenerz, 2002). De forma semelhante ao encontrado no presente estudo, Siegel e Schrimshaw (2001) identificaram um papel importante da religiosidade para mulheres soropositivas que manifestavam desejo de ser mães.

Se encarar a soropositividade, para qualquer pessoa, pode ser algo muito difícil, quando isto vem associado ao fato de estar esperando um bebê, surgem situações ainda mais penosas. Frente aos desafios ligados a sua saúde e a do bebê, pode-se pensar que a fé pode ser um recurso a auxiliar a gestante a dar um sentido ao que está vivendo. Apenas uma das participantes não referiu de forma consistente a fé e o poder de Deus como apoio neste momento de sua vida. No presente estudo, a

religiosidade apareceu também associada com a crença, mencionada anteriormente, de que o HIV entrou na vida delas por castigo. Se a contaminação pode ser resultado de comportamentos errados, entendidos como pecados, essa punição deve estar sendo aplicada por alguma força maior, o que confere à religiosidade o caráter de controle social (Hardy & Raffaelli, 2003). Neste caso, seria possível entender que algumas gestantes sentiam a necessidade de rezar a Deus para pedir perdão. Aquelas que não tinham a religiosidade tão presente em suas vidas, passaram a buscá-la, sendo que as demais, que já se consideravam em alguma medida religiosas, tiveram esse aspecto intensificado a partir da soropositividade.

É também com esse entendimento que se pode analisar o fato de algumas gestantes do estudo relatarem a expectativa de que Deus resolvesse seus problemas com a infecção. Na medida em que se identifica uma explicação externa para as dificuldades vivenciadas, pode-se também esperar que esta fonte externa ofereça a solução para os problemas. Na concepção de algumas gestantes, Deus poderia evitar a infecção de um filho em função de uma promessa ou deveria zelar pela saúde do bebê, já que é o responsável por ele, tendo enviado a gravidez. Estes aspectos são corroborados pelo estudo de Siegel e Schrimshaw (2001), com mulheres soropositivas que queriam engravidar, que delegavam à figura de Deus muito de sua própria responsabilidade como futuras mães.

Quando bem utilizada, a religiosidade pode ser algo benéfico às pessoas e, inclusive, às gestantes portadoras do HIV. Como fonte de interpretação para os acontecimentos da vida (Zamora & Kuenerz, 2002), ela pode representar apoio para o enfrentamento das dificuldades e para a necessidade de assimilação e mudança de atitudes. Contudo, algumas das gestantes do presente estudo, apesar de demonstrarem estar recorrendo à religiosidade como base de apoio, pareciam delegar a alguma fonte exterior suas responsabilidades quanto à infecção, o que não lhes impulsionava para a aquisição de atitudes e para uma busca interna sobre o sentido dos acontecimentos de suas vidas.

A partir da discussão dos achados da primeira categoria temática do presente estudo, pode-se constatar que a maternidade em situação de infecção pelo HIV se constitui em um fenômeno bastante complexo. As discussões das demais categorias, que serão apresentadas a seguir, reforçam e estendem alguns aspectos até aqui analisados, o que possibilitará a ampliação da discussão.

4.2 Sentimentos no contexto da gestação e do HIV

Os relatos que compõem esta categoria mostraram que o medo e a culpa estavam fortemente presentes na vida das participantes do estudo. Estes sentimentos, associados aos aspectos já mencionados na primeira categoria, permitem construir um entendimento mais amplo da vivência da maternidade para as gestantes, como será discutido a seguir.

No que se refere aos medos, pode-se observar que a infecção pelo HIV e as preocupações ligadas à saúde desempenhavam um importante papel. Experienciar a maternidade em conjunto com a soropositividade, vinha sendo fonte de dúvidas e temores bastante intensos. As possíveis complicações do parto eram vivenciadas com muita preocupação pelas gestantes do estudo. Elas preocupavam-se com diversos fatores, sendo um deles a necessidade de tomar AZT injetável na hora de o bebê nascer. Uma das medidas de prevenção da infecção no bebê é a instalação do medicamento na veia da gestante durante todo o trabalho de parto (Ministério da Saúde, 2001b). Esta é uma medida relativamente simples, apesar de fundamental, que não altera significativamente os procedimentos para o nascimento. Mesmo assim, parece ser um aspecto que causa ansiedade nas gestantes.

Esse medo de receber AZT no parto demonstra a importância da transmissão de informações e do acolhimento dos sentimentos da gestante durante o acompanhamento pré-natal. Possivelmente, parte do medo dessas mulheres ocorria em função de fantasias geradas a partir da falta de conhecimentos. Saber que o AZT não produz nenhuma reação adversa e que na hora do parto ele será administrado como um soro fisiológico (Ministério da Saúde, 2001b) poderia ajudar as mulheres a compreenderem que provavelmente nem se dariam conta que estariam recebendo o remédio. Mesmo que essa conduta não resolvesse totalmente o medo, poderia amenizá-lo.

Outro entendimento quanto à preocupação das gestantes com o AZT pode estar relacionado ao fato de o parto ter uma importância fundamental na prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. A falta de profilaxia no parto pode oferecer uma chance de contaminação do bebê de até 65% (Ministério da Saúde, 2002). A importância desse momento para a saúde do bebê podia estar aumentando o medo das gestantes. Apesar de o sentimento de medo do parto ser esperado entre parturientes em geral (Hotimsky, Rattner & Venancio, 2002), ele parece exacerbado quando esta é soropositiva.

As participantes do presente estudo também demonstraram apreensão quanto à necessidade de fazerem uma cesariana. A cesárea eletiva é um procedimento que não difere da cesárea feita em nas mulheres em geral (ACOG, 1999; Ministério da Saúde, 2001b; Ruocco, 2001). Ela é realizada em gestantes com carga viral elevada, em momento predeterminado, para evitar contrações uterinas, as quais poderiam aumentar as chances de contaminação do bebê. O medo quanto à cesárea, identificado no presente estudo, corrobora achados de outras investigações, que indicam que o medo das gestantes quanto à necessidade de fazer uma cesariana pode ser algo esperado, independentemente da soropositividade (Faúdes, Pádua, Osis, Cecatti & Sousa, 2004; Hotimsky, Rattner & Venancio, 2002). Com o processo de medicalização do corpo da mulher (Maldonado, 1989; Rohden, 2002; Thebaud, 2002; Verny, 1993), as cesáreas ficaram bastante frequentes, evitando para as gestantes a imprevisibilidade do nascimento e as dores do parto, sendo preferência dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2001a). Mesmo assim, a cesariana é temida, em função dos riscos associados à submissão a uma cirurgia. Considerando as limitações físicas provenientes da presença do HIV, submeter-se a uma cirurgia pode ser, para as gestantes do presente estudo, uma fonte de medo ainda maior.

Juntamente com o medo do parto, identificou-se o medo da infecção no filho. Uma das maiores preocupações dessas gestantes parece ser com seus bebês. Se aceitar a idéia do próprio diagnóstico pode ser difícil, aceitar a idéia de passar o HIV para o bebê parece ser ainda mais penoso. Algumas expressaram esse medo de maneira enfática, enquanto outras expressaram a dificuldade que enfrentavam para pensarem nessa possibilidade, o que corresponde a particularidades entre os casos.

As gestantes que não conseguiam pensar na possibilidade de infecção no filho fizeram menção a reações emocionais e comportamentais bastante intensas, caso descobrissem que o bebê fosse soropositivo. Uma delas se imaginou rezando a Deus até que o vírus fosse retirado. Outra imaginou que seria capaz de deixar seu bebê para adoção no hospital. Esses depoimentos sugerem que, para essas gestantes, assim como para as demais, a idéia de infecção no filho era extremamente sofrida. Caso tivessem que enfrentar mais esse diagnóstico positivo, a intensidade do sofrimento mencionado por elas leva a pensar que a saúde mental dessas mulheres estaria em risco.

Assim, de maneira geral, a preocupação com a saúde do filho foi algo presente em todos os depoimentos. Isso corrobora achados de outros estudos, que indicam que

mães soropositivas têm medo que seus filhos sofram também preconceito, que adoçam e que venham a perdê-los (Santos & cols., 2002; Tunala, 2002).

Além da doença, nos depoimentos, a morte surgiu como uma possibilidade que também assustava bastante. Chama a atenção a associação que ainda existe entre AIDS e morte, apesar dos avanços recentes no tratamento da infecção. Todas as gestantes referiram medo da morte. Na literatura, encontra-se que a epidemia teve sua imagem social construída a partir de pessoas já em estágio avançado de doença, com a morte muito próxima (Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1996; Guimarães, 1998, Lopes, 1998; Valle, 2002). Com isso, a AIDS segue sendo uma doença fortemente associada à morte no imaginário das pessoas (Domigues, 1998b; Seffner, 1995; Valle, 2002). O presente estudo corrobora esses dados da literatura, já que, nos depoimentos das gestantes, encontram-se trechos que dizem que a morte foi uma idéia presente para elas desde o momento do diagnóstico e permanece ainda forte, tanto em relação a si, como em relação ao bebê.

Uma particularidade entre os casos é o fato de essa impressão de morte iminente ter sido mais forte dentre as participantes que se sabiam soropositivas há pouco tempo. Provavelmente isto pode estar associado ao fato delas terem tido menos tempo para assimilarem o diagnóstico, formarem suas próprias opiniões e aprenderem a conviver com a infecção. Para aquelas que receberam a notícia há mais tempo, é possível que, juntamente com o diagnóstico, também tenha vindo a crença de que AIDS é sinônimo de morte. Com o passar do tempo, porém, pode-se pensar que elas tiveram oportunidades de se informar melhor, além de possivelmente conviverem com pessoas que estavam enfrentando a infecção e que estavam bem. A idéia estereotipada de morte tenderia, desta forma, a diminuir. Outro aspecto a se levar em conta é que as mesmas participantes que disseram que não conseguiam imaginar seus filhos recebendo um resultado positivo para HIV não mencionaram medo de que estes viessem a morrer. Talvez elas estivessem reproduzindo o funcionamento psíquico que tiveram ao receberem o próprio diagnóstico de que é melhor não pensar no assunto.

O medo da própria morte pode estar, da mesma forma, ligado ao imaginário da doença. A infecção parece ter feito com que as participantes se dessem conta da própria mortalidade. Isso também foi identificado por Seffner (1995), que explicou que o que ocorre é que o diagnóstico de HIV exige da pessoa infectada o confronto com sua própria mortalidade, quase sempre evitada. A experiência mostra que as pessoas que recebem o diagnóstico cedo e que têm uma boa adesão ao tratamento podem viver bem (Valle, 2002). Na verdade, a AIDS vem se transformando em mais

uma doença crônica, que limita a vida dos afetados em alguns aspectos, mas não significa necessariamente morrer ou ser deficiente. Neste estudo, todas as participantes estavam bem de saúde, já que este foi definido como um dos critérios de participação. A morte, então, no caso delas, parece mesmo que estava denunciando que elas são mortais, já que não existiam sinais de complicações de saúde.

Além de viverem essa expectativa da morte, que põe em dúvida a possibilidade de se tornarem plenamente mães, outras ‘mortes’ podem estar ocorrendo, como a morte social, a morte de um estilo de vida e de valores, a dificuldade de trabalho, a mudança nas relações familiares e com amigos, na sexualidade, o distanciamento de pessoas queridas, entre outras. Na literatura, isso se evidencia, quando se encontra que mulheres soropositivas percebem como principais fontes de estresse as dificuldades de relacionamento afetivo, ligadas ao estigma da doença (Tunala, 2002) ou as mudanças na sexualidade (Santos & cols., 2002). Isso caracteriza o que se vem descrevendo como a morte civil e social, que pode ser observada no isolamento dos indivíduos infectados de algumas áreas de suas vidas (Figueiredo & Fioroni, 1997; Guimarães, 1998; Morando, 1998; Seffner, 1995; Silva, 1998). Pode-se pensar que situações como essas são perdas que exigem a reestruturação da vida que as participantes do estudo viviam até a chegada do vírus. Com a gravidez, novas situações de estresse parecem se instalar, o que parece resultar na constituição de uma maternidade com incertezas, com medos, antecipando dificuldades e ausência. E é nesse processo que se evidencia a presença da culpa.

Nos depoimentos das gestantes, constatou-se que o sentimento de culpa aparece em função de existir uma pessoa “inocente” envolvida na infecção pelo HIV: o bebê. Como mulheres, parece mais fácil tolerar a presença do vírus, porém como mães, isso estava menos aceitável. Algumas particularidades poderiam ser mencionadas neste sentido, já que houve casos de participantes que engravidaram sabendo que tinham HIV e outras que receberam o diagnóstico no pré-natal. Essas últimas não tiveram como considerar que seus filhos poderiam se infectar, caso engravidassem, pois não se sabiam soropositivas. De qualquer modo, essas diferenças parecem não alterar a crença de que é da mãe a responsabilidade pelo que acontece com o filho, principalmente em relação à saúde deste.

Assim, o medo e a culpa parecem se misturar em alguns depoimentos. Pode-se pensar que sentir que existem riscos em função da presença do HIV, tanto para o momento do parto, como para a saúde posterior do bebê, pode aumentar a presença da culpa. Elas parecem se sentir responsáveis pelo que estão passando e pelo que o filho

pode vir a passar. Da mesma forma, a culpa pelo que já aconteceu até então pode aumentar o medo de que virão situações mais difíceis de enfrentar. E esses sentimentos parecem se agravar, em função de existir o filho envolvido que, como elas mencionaram, é um inocente que não mereceria sofrer. Questões morais, de certo e errado, de culpados e inocentes, se mostraram presentes.

Em função de algumas similaridades, examinar a história da sífilis pode auxiliar no entendimento da epidemia do HIV (Carrara, 1996b). Estudando a história da sífilis no Brasil, o autor explicou que as doenças venéreas estiveram fortemente investidas de valores morais. Observava-se uma culpabilização do doente, que se pressupunha estar sendo, com a doença, castigado por seus pecados, os quais muito provavelmente eram associados à vivência inadequada de sua sexualidade. Assim como descrito por Carrara, as gestantes do presente estudo demonstraram vivenciar a infecção como castigo, em função de comportamentos não-aceitáveis. Elas sentiam ainda a necessidade de justificar a origem da contaminação, como visto anteriormente, o que culminava com um forte sentimento de culpa frente às suas experiências passadas.

A história da sífilis coincide, em certa medida, com os relatos das gestantes do estudo, indicando que algumas idéias, de forma semelhante, parecem estar vivas no imaginário social da AIDS. O estigma dificultava que a sífilis fosse combatida como um problema de saúde pública, permanecendo na esfera privada (Carrara, 1996b). A vergonha e a culpa pela doença afastavam as pessoas do tratamento e impediam que se posicionassem de maneira mais consciente ante a doença. Em certa medida, com a AIDS, o funcionamento tem sido semelhante. Em um processo, explicitado a partir do presente estudo, que envolve o que se poderia representar como delitos e castigos, não surpreende que os principais sentimentos expressados pelas participantes tenham sido medo e culpa. Isso, após dificuldades importantes para assimilar os acontecimentos da própria vida.

A maternidade, no contexto da AIDS, parece ser atravessada por diversos fatores. Diante do que foi exposto, percebe-se que essas mulheres temem a possibilidade de não conseguirem ser mães para seus filhos. Elas têm o desejo próprio e a tarefa histórica de cuidarem dos filhos, mas isso pode não acontecer, seja pela suas impossibilidades, seja pela eventual falta do bebê. O estigma ligado à doença, associado à história da sexualidade feminina, parece incidir sobre as gestantes do presente estudo, gerando, dentre outros aspectos, o sentimento de culpa. Por si só, uma doença sexualmente transmissível seria bastante condenável em uma mulher “de

família” (Del Priore, 1993). Por outro lado, as mulheres têm a responsabilidade histórica da procriação, da utilização de seus corpos para gerarem e cuidarem dos filhos (Badinter, 1980/1992; Del Priore, 1993; Maldonado, 1997). Esta seria a tarefa mais aceitável para elas. Del Priore chega a mencionar que a gravidez, antigamente, era considerada uma forma de limpar a sujeira advinda da sexualidade. Considerando-se a força desse processo histórico, constata-se que a AIDS vem exigindo uma reformulação profunda de papéis e valores. Ela ressignifica o que se entendia como sexualidade até pouco tempo atrás (Barbosa & Aquino, 2003).

Outra possibilidade de entendimento para a questão da culpa viria da existência de uma crença de que mulheres com esta infecção não deveriam engravidar, e que, por serem soropositivas, não teriam mais o direito de ser mães. A presença do HIV, então, seria um impeditivo para a possibilidade de reprodução feminina. Essa crença pode ser constatada na opinião de profissionais da saúde (Maksud, 2003) e é percebida por mulheres HIV+ em relação aos seus médicos (Paiva & cols., 2002). Tem-se, ainda, que as intenções reprodutivas de pessoas portadoras do HIV estão intimamente ligadas ao padrão estereotipado de promiscuidade, e os promíscuos, segundo a tradição judaico-cristã, não devem ter filhos (Paiva, Lima, Santos, Ventura-Filipe e Segurado, 2002).

Quando se passa a uma análise técnica de riscos referentes à gestação na presença do vírus, encontra-se que, em se cumprindo as medidas profiláticas, as chances de transmissão do HIV da mãe para o filho podem chegar a 1% (ABIA, 2004). Outras patologias podem ter riscos à saúde semelhantes ou até maiores, em alguns casos. Em situações de eclâmpsia prévia (convulsões ou coma em gestantes ou puérperas), por exemplo, é discutível o aconselhamento de nova gestação, já que o risco de mortalidade fetal pode chegar a 4,7% (Martins-Costa & Ramos, 2001). Complicações maternas e fetais na associação de *diabete melitus* e gestação chegam atualmente a 4% (Oppermann & Teichelt, 2001). Dentre as complicações possíveis para o bebê estão as malformações congênitas, a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, a macrossomia fetal, entre outras. Apesar dos altos riscos destas doenças, a infecção pelo HIV ainda acaba sendo vista como mais negativa. Isto pode ser devido à falta de informações, mas sobretudo está ligado a aspectos mais subjetivos e aos preconceitos sobre esta doença.

A questão, então, seria avaliar com base em que critérios se estaria contra-indicando uma gravidez. A contra-indicação nem sempre parece ser técnica, mas sim moral em alguns casos, como se essas mulheres não tivessem mais o direito de ser

mães (Maksud, 2003). A partir disso, pode-se pensar que, quando surge a gestação, juntamente vem a culpa, conferindo uma conotação condenável ao ato de uma mulher gerar um filho. Estudos mostram que mulheres soropositivas seguem desejando ser mães (Paiva, 2002; Siegel & Schrimshaw, 2001, Wesley & cols., 2000) e seguem engravidando, encontrando um novo sentido na vida com a maternidade (Wesley & cols., 2000). Porém, nas ações em saúde destinadas a portadores do HIV, o desejo reprodutivo não é considerado (Paiva, 2002), como se ele não existisse, ou devesse ser negado. Isso indica que, de certa forma, não somente a sociedade em geral, mas os profissionais de saúde vêm reforçando algumas crenças morais, o que pode refletir na auto-imagem das mulheres envolvidas e no surgimento do sentimento de culpa.

Os relatos discutidos nesta sessão mostram que sentimentos fortes, como medos e a culpa, se fazem presentes na vivência da maternidade em situação de infecção pelo HIV. Possivelmente, outros sentimentos também marcaram a gestação das entrevistadas, porém esses estiveram intensos a ponto de se destacarem. Nota-se, desta forma, que o processo gestacional dessas mulheres tende a ser uma experiência pautada pela tensão, insegurança e sobretudo pelo sofrimento, que merece acolhimento e atenção por parte das equipes de saúde. Esse sofrimento também ficou bastante evidente nos relatos referentes à terceira categoria temática, a qual passará a ser discutida a seguir.

4.3 Relações familiares e HIV

Passando a discutir as relações familiares no contexto do HIV, constatou-se que os depoimentos apresentados pelas gestantes, em geral, foram bastante coesos. Quanto às subcategorias referentes à relação com a figura materna, identificaram-se similaridades fortes entre os casos, na medida em que todas elas ressaltaram situações marcantes e difíceis na relação com suas mães, permeada pela distância afetiva, chegando à negligência, violência, rejeição e perda. Seguramente, a história dessas gestantes também teve momentos bons, porém, durante a entrevista, sobressaíram suas dificuldades.

Os relatos são explícitos ao apontarem a relação entre as histórias das gestantes com a figura materna e a infecção pelo HIV. Assim, a experiência de vida ligada a dificuldades com figuras femininas fez conexão com um desenvolvimento permeado por exposição a situações de risco e até mesmo pela efetiva contaminação pelo HIV. Na concepção de algumas gestantes do estudo, se a mãe tivesse sido mais

próxima, mais presente, se não tivesse falecido, nada do que elas estão vivendo ocorreria. O que, então, pode ter faltado (ou estar faltando)? Cuidado? Proteção? As entrevistas mostram que algumas gestantes, de fato, tiveram e continuam tendo dificuldade para o autocuidado, no que se refere à saúde e ao HIV. Assimilar a realidade e o tratamento parece ser quase inaceitável para elas. Os aspectos emocionais parecem estar afetando fortemente o curso da saúde física dessas gestantes.

Considerando que corpo e mente são inseparáveis, entende-se que uma doença física gera reflexos na saúde psíquica e, da mesma forma, questões emocionais estão presentes no desenvolvimento de problemas ligados ao corpo (Dethlefsen & Dahlke, 1983/1996). Os autores propõem que toda a doença tem um sentido para quem a experiencia e que os sintomas podem representar sinais corporais de que existe um desequilíbrio interior. Essa ótica pode auxiliar no entendimento da maternidade vivenciada pelas gestantes do estudo.

Como apontado por autores (Regato & Assmar, 2004; Siegel & Schrimshaw, 2001) e como demonstrado pelas gestantes, identifica-se uma busca externa para a explicação do que está acontecendo, delegando-se ao parceiro ou a Deus a responsabilidade frente às dificuldades. Essa postura diante da infecção dá continuidade à crença existente anteriormente à contaminação de que a AIDS é uma doença do outro (Domingues, 1998b; Grimberg, 2002). As informações trazidas pelas gestantes do presente estudo na terceira categoria temática levam ao entendimento de que seria importante a consideração da infecção não mais externamente, mas sim dentro de suas próprias vidas, examinando histórias pessoais de cada uma, juntamente com a relação que vêm mantendo com familiares, parceiros e consigo mesmas.

Com base nisso, pode-se pensar que talvez fosse importante que cada gestante buscasse em si qual o sentido da infecção em sua vida, a fim de transformarem as experiências difíceis em crescimento (Dethlefsen & Dahlke, 1983/1996). Levando em conta os relatos de algumas gestantes do estudo quanto ao fato de não considerarem a própria mãe como um modelo ou de não terem modelos de mãe a seguir, pode-se pensar que seria importante a elas buscarem na própria maternidade um potencial para a transformação interior.

O HIV exige o confronto com a própria feminilidade, com a sexualidade, com crenças e valores bem profundos. Esse processo não acontece em pouco tempo, já que atinge questões profundas de identidade e auto-imagem (Guimarães, 1998). Dentro disso, a gestação pode ter propiciado a força que faltava para a necessidade de busca

de cuidados com a saúde. Alguns depoimentos explicitaram de forma intensa o sofrimento que foi para algumas gestantes do estudo o fato de suas mães não lhes terem oferecido cuidado e proteção da forma como desejariam. Elas relataram situações de negligência, de distância afetiva e até violência. Além disso, foram identificadas situações de perda da figura materna. Como mulheres, vinha sendo difícil tomar uma atitude em direção ao cuidado, talvez em função de não terem internalizado isso a partir da relação com suas próprias mães, mas elas mesmas, na condição de mães, talvez tornem a transformação possível. A responsabilidade agora não está mais do lado de fora – ela está inserida em seu corpo. Com o bebê em seu ventre, ninguém que não seja ela mesma pode fazer alguma coisa. Até que ele venha ao mundo, sua saúde tem grandes chances de ser modificada a partir de um gesto seu, a partir da decisão de realizar a profilaxia (Ministério da Saúde, 2001b; Ministério da Saúde, 2002).

Na literatura disponível, não se encontraram estudos que examinassem a maternidade em situação de infecção pelo HIV, no que se refere à relação das gestantes com as figuras maternas. De forma geral, é difícil encontrar pesquisas sobre aspectos psicológicos com gestantes soropositivas. Diante do que foi encontrado no presente estudo, pode-se pensar que as gestantes estavam precisando reativar em si a relação com o cuidado e a preocupação consigo, já que tiveram dificuldade de assimilação do diagnóstico e de adesão ao próprio tratamento. A gestação, neste sentido, parece ter despertado o cuidado com o filho que ia nascer e poderia então servir para reconstruir essa relação maternal consigo mesmas. Desta maneira, a maternidade apareceu como forma de conscientização e enfrentamento da infecção, o que, em muitos casos, estava sendo uma dificuldade.

Um aspecto importante nesse entendimento vem de estudos que apontam que mulheres soropositivas encontraram um novo sentido na vida sendo mães, percebendo a maternidade como um meio de suprirem suas próprias necessidades, e enxergando nos filhos uma extensão de si mesmas (Wesley & cols., 2000). Parece presente o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural da mulher e que entrar em contato com a sua condição feminina as tornariam completas e mais felizes (Siegel & Schrimshaw, 2001). Corroborando esses achados, Santos e colegas (2002) encontraram associação positiva entre pensar em ter filhos e a motivação para lutar pela vida. Com base nisso, pode-se entender que a gestação está auxiliando as participantes a cuidarem de si.

Outro ponto explicitado nessa categoria é a questão do apoio familiar para as gestantes. Além de mencionarem a falta da presença afetiva da família ao longo de suas histórias, especialmente da mãe, elas demonstraram sentir essa lacuna no momento atual de vida. Alguns estudos revisados indicam que as relações familiares são fonte de preocupação para os soropositivos (Figueiredo & Fioroni, 1997; Knauth, 1995; Remor, 1999; Seffner, 1995; Vermelho & cols., 1999), e isso também foi identificado nos depoimentos das gestantes do presente estudo.

Os aspectos relacionados ao apoio familiar descritos nessa categoria podem ser melhor analisados se tomados de maneira integrada à subcategoria descrita anteriormente que diz respeito aos preconceitos familiares. Em alguns casos, as gestantes relataram situações em que se sentiram discriminadas pelos próprios familiares, o que constitui a vivência explícita do preconceito. Isso foi responsável por um afastamento do convívio com essas pessoas da família, trazendo, para algumas, bastante sofrimento. Em outros casos, o preconceito também parece ter prejudicado o apoio familiar, quando algumas gestantes deixaram de revelar seus diagnósticos à família, pressupondo que seriam rechaçadas. Não houve aí situações explícitas de preconceito, porém o medo antecipou um afastamento e a solidão. Chama a atenção que as gestantes, em sua totalidade, sentiam que lhes faltava apoio da família. Considerando que a literatura e a experiência de atendimento a portadores do HIV indicam que a família é um dos fatores mais importantes na manutenção da saúde dessas pessoas (Knauth, 1995; Remor, 2002), pode-se pensar que as dificuldades podem se manter para algumas das participantes do presente estudo, tendo em vista a ausência deste apoio familiar.

Nos depoimentos, foi possível identificar a solidão de algumas das participantes e o sofrimento que as acompanhava. Elas sentiam que teriam que lidar sozinhas com tudo o que viria pela frente após o nascimento do bebê. Os casos estudados levam a crer que a maternidade em situação de infecção pelo HIV pode ser um processo solitário, que exige muita força das gestantes. Além disso, essa constatação demonstra que, além de terem muita força interna, essas gestantes precisam também receber apoio da equipe de saúde. As intervenções psicológicas, nas suas mais variadas formas, podem ser úteis para auxiliar as gestantes a lidarem com as dificuldades. Problemas psíquicos como depressão e ansiedade, além da diminuição da qualidade de vida, são descritos como fatores associados à falta de apoio a pessoas portadoras do HIV (Remor, 2002). O autor menciona o apoio social

como fator atenuador do impacto negativo da infecção, considerando esse um recurso capaz de auxiliar na adaptação ao processo de doença.

Nos atendimentos a essa população, então, parece importante que o profissional reforce a participação da família. Isso, além de estar descrito na literatura (Gulinelli & cols., 2004; Silveira & Carvalho, 2002), pode ser inferido como muito importante, a partir dos depoimentos das gestantes do presente estudo. Elas demonstraram estar sofrendo pela falta de apoio que estão vivendo. Uma delas necessitou, inclusive, de apoio da equipe da Unidade de Saúde para revelar seu diagnóstico à família, já que se sentia desesperada e muito sozinha com o fato de estar grávida. Após a revelação, a gestante apresentou uma mudança emocional importante, na medida em que não foi rechaçada pelos familiares. A partir daí, sentiu-se motivada a iniciar a profilaxia com anti-retrovirais e em condições de realizar a entrevista do estudo.

Sentindo-se pouco compreendidas, as gestantes tendem a isolar-se, e resistem a pedir ajuda (Vermelho & cols., 1999). Nesse contexto, mais uma vez efetiva-se o que vem sendo descrito como a morte social (Figueiredo & Fioroni, 1997; Guimarães, 1998; Morando, 1998; Seffner, 1995; Silva, 1998). Uma área da vida dessas gestantes está prejudicada em função do HIV: a familiar. Na presença do vírus, conforme identificado até então, a gestação pode trazer dificuldades, medos, culpa, o que reforça a importância de apoio. Isso leva a pensar que a falta do suporte familiar é mais uma dificuldade encontrada pelas gestantes.

Juntamente com isso, a relação das gestantes com os pais dos bebês parece estar marcada pela instabilidade. Além das dificuldades com a família, foi possível identificar, no presente estudo, conflitos com o pai do bebê. Nos depoimentos, elas demonstraram que tanto o HIV como a gestação podem gerar problemas entre o casal. O diagnóstico, em alguns casos, foi responsável pela separação do casal, seja temporária ou definitiva. Parece que a notícia do HIV em um dos membros do casal gerou ou aumentou os conflitos, levando à culpabilização, o que justificou a necessidade de busca da origem da infecção, como foi visto anteriormente. As gestantes demonstraram que precisavam saber de quem contraíram o vírus, para garantir que não foi de uma relação extraconjugal ou eventual. Esse aspecto fica mais amplamente compreendido, quando se verifica a instabilidade nas relações dessas gestantes com os pais de seus filhos. Enfim, como se poderia imaginar, o HIV gera um impacto importante na relação do casal.

Uma das gestantes do estudo acreditava ter contraído HIV do companheiro atual. Duas gestantes descobriram-se soropositivas no pré-natal, porém as demais já tinham o diagnóstico anteriormente à gestação. Essas que se sabiam soropositivas estavam ou estiveram com companheiro ou parceiro sem ter exposto a eles sua soropositividade. Em se concretizando a infecção pelo HIV, a relação parece apresentar dificuldades, quando não se efetiva um rompimento definitivo. Nesse contexto, surge uma questão: e os pais dos bebês? A gravidez, de certa forma, denuncia a prática sexual sem preservativo e deixa a dúvida quanto ao risco de contaminação desses parceiros. Duas gestantes ficaram grávidas tendo consciência do próprio diagnóstico, sem terem revelado a soropositividade para os parceiros. Nesses casos, tanto a notícia da gravidez, como a da presença do HIV nas parceiras vieram conjuntamente. Como evitar conflitos nessa situação? A questão dos parceiros ou da paternidade em situação de infecção pelo HIV não foi objeto de investigação do presente estudo, o que faz com que não se tenham subsídios para aprofundá-la. De qualquer maneira, esse parece ser um tema relevante na vivência da maternidade de gestantes soropositivas e merece ser investigado.

Um aspecto a ser ressaltado nesse sentido é o fato de que, em alguns casos, a maternidade foi um desejo colocado acima dos possíveis riscos que poderiam representar ao parceiro. A infecção pelo HIV em mulheres em idade reprodutiva carrega a marca de ser um impeditivo à reprodução (Maksud, 2003; Morando, 1998; Paiva, 2002), ao mesmo tempo em que se identifica ainda hoje a maternidade como uma experiência que define a mulher (Paiva, 2002; Santos & cols., 2003; Siegel & Schrimshaw, 2001; Wesley & cols., 2000). Como administrar a tarefa de ter e de não ter que ser mãe? Emocionalmente pode ser difícil para uma mulher lidar com essas questões, somadas a outras dificuldades que a infecção lhe traz.

Com isso, nota-se que, para as gestantes do presente estudo, a gestação e a maternidade se instalaram em um contexto de relações conflituosas, acrescidas, ainda, pela infecção pelo HIV. Elas relataram histórias difíceis em relação à figura materna, com a falta de apoio familiar e a instabilidade na relação com o pai do bebê, que também se configura como uma falta de apoio. De modo geral, as gestantes estavam sozinhas para tomar decisões e ter a motivação para aderir ao tratamento. Dentro deste quadro geral, em que um turbilhão de sentimentos se fez presente com a infecção pelo HIV, é compreensível o afastamento dessas gestantes dos cuidados com a saúde, o que deixa a situação ainda mais séria, tendo em vista o nascimento do bebê e sua possível infecção.

4.4 Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo examinar os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê. Em resposta à entrevista realizada, as gestantes do presente estudo fizeram relatos que demonstraram o quanto a realidade de vida que conjuga a soropositividade e a maternidade pode trazer dificuldades.

Em conjunto, as categorias analisadas revelaram sofrimento intenso por parte das gestantes do estudo, seja em função da infecção, seja pela gestação no contexto do HIV, ou ainda pela precariedade do apoio e das relações familiares, em um momento em que elas tanto precisavam de ajuda. Durante as entrevistas, houve momentos de forte comoção, o que mostrou a dor profunda que as acometia. Em particular, falar da relação com a figura materna foi o que mais mobilizou as participantes.

Explicitaram-se histórias de vida sofridas, marcadas por insatisfações em relação à figura materna e à família, além das dificuldades socioeconômicas características do grupo estudado. A soropositividade, neste contexto, parece ter surgido como mais um aspecto difícil a ser enfrentado, talvez o maior de todos, gerando impacto nas relações com a família e com parceiros. A infecção era vivenciada como um castigo a comportamentos condenáveis, somada ainda a diversos tipos de preconceito.

Associada à gestação, a soropositividade demonstrou trazer medos, culpas, além de conflitos internos e com as pessoas que estavam ao redor. Diante de tudo isso, apresentava-se às gestantes a necessidade de tomar decisões importantes quanto ao próprio tratamento e quanto à profilaxia para prevenção da transmissão do HIV ao bebê. Assimilar a contaminação pelo vírus parece ter sido uma tarefa bastante penosa para estas gestantes, o que, em alguns casos, parece ter sido impulsionado pela chegada de um filho.

Analisando conjuntamente as categorias, constatou-se que não somente as implicações físicas da infecção podem abalar o estado emocional das gestantes, mas fatores sociais também são relevantes. A imagem social da AIDS e a história da sexualidade feminina mostraram-se como aspectos presentes na experiência da maternidade em situação de infecção pelo HIV. Isso ficou evidente na análise da dificuldade das gestantes para negociarem o uso do preservativo com seus parceiros, na necessidade de justificar a origem da infecção, a fim de verificar que não

contraíram o vírus de “qualquer um”, além da concepção do HIV como castigo. A vivência de preconceitos parece ter contribuído para o sentimento de culpa, muito presente nos relatos, tendo também afastado as gestantes do apoio familiar, dificultando, inclusive, a relação mais aberta com os parceiros.

A AIDS ainda aparece bastante estigmatizada, o que parece ter afetado de forma importante a gestação e a maternidade das participantes. Esse prejuízo pôde ser identificado tanto nos sentimentos das gestantes, quanto em sua relação familiar e com os pais dos bebês. Juntamente com as preocupações com a saúde física, as gestantes tiveram que lidar com uma forte pressão social, constituída por concepções enraizadas ao longo do tempo. Com isso, estavam emocionalmente fragilizadas, diante de situações de vida que atingiam a auto-imagem e até mesmo a dignidade de cada uma.

Considerando este quadro geral, intervenções psicológicas são fundamentais junto a essa população, na medida em que as gestantes vivem sob pressão social, familiar e íntima. Elas precisam tomar decisões importantes, ter força de vontade para aderirem à profilaxia, o que pode ficar difícil na presença de preconceitos, falta de apoio familiar, instabilidade na relação com pai do bebê, medos e culpas constantes. Com essas constatações, fica evidente a relevância do apoio emocional, oferecido a estas gestantes pelos profissionais da saúde, em particular pelos profissionais de saúde mental.

Os relatos das gestantes do presente estudo reforçam também o caráter sinérgico dos aspectos físicos e psicológicos, particularmente em situação de infecção pelo HIV. Isso ficou evidente, na medida em que aspectos emocionais estiveram exercendo forte influência na saúde física das gestantes. Elas nem sempre estiveram motivadas para aderir ao rigoroso tratamento, necessário para manter baixa sua carga viral. Muitos estudos têm sido desenvolvidos a fim de conhecer a gestação em situação de infecção pelo HIV em seu âmbito médico e fisiológico. Porém isso não vem ocorrendo de maneira expressiva quanto aos aspectos psicológicos. As discussões apresentadas no presente estudo tiveram por base principalmente a literatura que a Psicologia e as áreas afins vêm produzindo no que se refere à infecção em mulheres. Mesmo que tenham contribuído para a compreensão da maternidade, a maioria desses estudos não explorava o fenômeno quando associado à gravidez.

Assim, entende-se que examinar a maternidade na presença do HIV é importante para o enriquecimento teórico e, principalmente, para a identificação das necessidades de atuação dos profissionais da área da saúde que lidam cotidianamente

com gestantes infectadas. Os depoimentos oferecidos pelas gestantes são o exemplo de que esta é uma população ainda pouco assistida em seus aspectos psicológicos e que necessita de intervenções. Antes de mais nada, essas gestantes parecem necessitar de respeito e acolhimento genuíno, como forma de oferecer subsídios para que elas próprias se estimem mais como mulheres e como mães e que construam para si relações amorosas e familiares mais continentas, para também transmitirem isso a seus filhos.

Ao final deste estudo, constata-se que alguns pontos poderiam ser melhorados ou aprofundados em estudos posteriores. A opção pelo método qualitativo de estudo de casos coletivo forneceu subsídios para o aprofundamento de fatores emocionais de gestantes portadoras do HIV pouco conhecidos até o momento. Os resultados encontrados poderão ser utilizados por profissionais de saúde mental que atuem junto a essa população, o que poderá representar benefício aos atendidos. De forma complementar a este estudo, seria interessante o desenvolvimento de pesquisas de caráter quantitativo que confirmassem, em um número maior de gestantes, a presença dos sentimentos e experiências identificados neste trabalho. Isto traria uma importante contribuição no âmbito da saúde coletiva, em que aspectos psicológicos sistematizados poderiam ser utilizados na concepção de estratégias preventivas e de atenção a essas pessoas.

Outro ponto a ser destacado diz respeito ao fato de as gestantes terem sido contatadas em um centro de saúde de referência em atendimento de HIV/AIDS. Este procedimento possibilitou que se encontrassem as integrantes do estudo, tendo em vista que a especificidade do fenômeno em análise dificulta o acesso a possíveis participantes. Esta forma de seleção dos casos, entretanto, introduziu uma característica *a priori* às gestantes entrevistadas que foi o fato de elas terem buscado atendimento em um centro de saúde. Isto pode ser entendido como indicação de uma preocupação peculiar destas gestantes com a sua saúde e a do bebê.

De qualquer modo, os relatos revelaram a dificuldade das entrevistadas de administrar a soropositividade e os cuidados com a saúde antes da gestação. A maternidade, no caso delas, fez com que recorressem ao tratamento, mesmo que a preocupação inicial fosse explicitamente em relação ao bebê. É possível que muitas mulheres em situação semelhante de soropositividade e gestação sigam sem buscar auxílio médico e psicológico. Afora esse ponto comum entre elas, de terem buscado um centro de saúde para se tratarem, as participantes eram bastante heterogêneas

quanto a inúmeras características pessoais, o que contribuiu para enriquecer as análises realizadas.

A partir dos resultados obtidos, algumas questões ainda permaneceram para serem respondidas por outros estudos. Uma delas é a questão da paternidade em situação de infecção pelo HIV. No presente estudo, evidenciou-se muita instabilidade na relação das gestantes com os pais dos bebês, sendo que alguns não sabiam da soropositividade da parceira antes da gravidez. Em nenhum dos casos a gestação foi planejada diante do conhecimento da presença do HIV por parte dos dois membros do casal. Alguns aspectos desta situação foram discutidos no presente estudo sob o ponto de vista da gestante. Sugerem-se estudos que abordem esses pontos sob o prisma do pai.

Outra questão que merece novos estudos se refere à saúde das gestantes após o nascimento do bebê. Constatou-se que a adesão ao tratamento com anti-retrovirais esteve fortemente ligada à presença da gestação. Isto leva ao questionamento sobre a continuidade do acompanhamento biopsicossocial dessas mulheres depois do nascimento do filho, o que tem relação estreita com a maternidade em situação de infecção pelo HIV. Neste sentido, se fazem necessários estudos que examinem a maternidade depois da chegada do filho, a fim de compreender eventuais mudanças no posicionamento das mães, tanto com relação a sua própria soropositividade, quanto a do bebê.

Por fim, salienta-se o fato de que todas as gestantes receberam, ao participarem do estudo, uma escuta sensível e acolhedora. Atendimento psicológico foi disponibilizado àquelas que manifestaram interesse, o que fez com que quatro gestantes continuassem em acompanhamento psicológico com a pesquisadora, como parte de sua atividade de Residente em Psicologia no centro de saúde onde foram coletados os dados. Todas as entrevistas foram realizadas antes dos atendimentos, sendo que os dados analisados no presente estudo foram coletados exclusivamente naquele momento. De qualquer forma, além de ser uma preocupação ética desse estudo, esses atendimentos possibilitaram a confirmação longitudinal dos relatos fornecidos pelas gestantes durante as entrevistas iniciais. Tudo o que foi ouvido ao longo dos atendimentos retratou ainda mais a importância do acompanhamento emocional oferecido a estas gestantes, neste momento de extremo sofrimento, em que elas precisam lidar com aspectos subjetivos e ainda com os estigmas sociais. Assim, é muito importante que as gestantes sejam vistas não somente sob a perspectiva médica, mas também do ponto de vista interdisciplinar. Isso contribuirá para a

promoção de uma melhor qualidade de vida, para adesão ao tratamento, para reduzir a propagação da infecção e, ainda, para o desenvolvimento saudável do bebê.

REFERÊNCIAS

- ABIA (2004). *Casais sorodiscordantes: Dicas para uma vida saudável, segura e feliz*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro.
- ACOG (1999). *Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection*. Committee Opinion/ Washington.
- Alencar, L. C. E. & Seidl, E. M. F. (2003). Aconselhamento como prática para a prevenção da transmissão vertical de mulheres soropositivas: Uma revisão de literatura. [Resumos] Em Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.), *Anais, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. (p. 623). Brasília, DF: ABRASCO.
- Antunes, M. C., Peres, C. A., Paiva, V., Stall, R. & Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 88-95.
- Azevedo, K. M. L. (2001). Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana – como reduzir o risco? *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 13(6), 49-53.
- Badinter, E. (1992). *Um amor conquistado: O mito do amor materno* (W. Dutra, Trad.). São Paulo: Círculo do Livro.
- Barbosa, R. M. (1999). Negociação sexual ou sexo negociado. Poder gênero e sexualidade em tempos de AIDS. Em: R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. (pp. 73-88). São Paulo: Editora 34.
- Barbosa, R.M. & Aquino E. M. L. (2003). Cultura Sexual, ciência e política: Uma entrevista com Richard Parker. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 455-464.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. (Original publicado em 1977)
- Beitune, P. E., Duarte, G., Quintana, S. M. & Figueiró-Filho, E. A. (2004). HIV-1: Maternal prognosis. *Revista do Hospital de Clínicas*, 59(1), 25-31.
- Both, N. S. (1997). *Mulheres casadas, risco e aids: Um estudo junto a clubes de mães*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Bozon, M. (2002). A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS e sua continuidade. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 93-100.
- Carrara, S. (1996a). A luta antivenérea no Brasil e seus modelos. Em R. Parker & R. M. Barbosa (Orgs.). *Sexualidades brasileiras* (pp. 17-37). Rio de Janeiro:

Relume-Dumará.

- Carrara, S. (1996b). *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Carvalho, F. T. & Piccinini, C. A. (2004). *Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV*. Instrumento não publicado, Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Carvalho, R. L., Krahe, C., Farina, G., Paula, G. O., Richetti, N. & Crossetti, T. (2004). Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(4), 325-328.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S. H. & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, saúde e cura: Um estudo entre neo-pentecostais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), (edição eletrônica).
- Cohn, A. (1997). Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Em Ministério da Saúde (Org.), *A epidemia da AIDS no Brasil: Situações e tendência*. (pp. 45-53). Brasília: Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS/Ministério da Saúde.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 016/2000*, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.
- Comissão de Cidadania e Direitos Humanos (1996). *Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da AIDS*. Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul: Relatório Azul.
- Cuchi, P. (1997). Panorama mundial y regional de la epidemia del SIDA. Em B. Rico, S. Vandale, B. Allen & A. L. Liguori (Orgs.), *Situación de las mujeres y el vih/sida en américa latina: Una agenda de investigación-acción* (pp. 23-27). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Del Priore, M. (1993). *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1996). *A doença como caminho: Uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem*. (Z. H. Schild, Trad.). São Paulo: Cultrix. (Original publicado em 1983).
- Domingues, R. C. (1998a). Uma reflexão sobre os atores e fatores psicossociais nos ensaios clínicos de produtos terapêuticos no campo do HIV/AIDS. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais:*

- Ensaaios esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 41-52). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Domingues, R. C. (1998b). Considerações psicossociais sobre a testagem anti-HIV. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais: Ensaaios esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 52-84). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Duarte, G. & Mussi-Pirata, M. M. (1995). É possível reduzir a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana – tipo 1? *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 7 (3), 4-8.
- Eliade, M. (1956). *O sagrado e o profano: A essência das religiões* (R. Fernandes, Trad.). Lisboa: Livros do Brasil. (sem data de publicação original).
- Eisler, R. A. (1997) A deusa da natureza e da espiritualidade – um aspecto ecológico. Em: J. Campbel, R. Eisler, M. Gimbutas & C. Musis (Orgs.). *Todos os nomes da deusa*. (pp.11-34). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Faúdes, A., Pádua, K. S., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G. & Sousa, M. H. (2004). Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), 488-494.
- Feliciano, K. V. & Kovacs, M. H. (2003). As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3(4), 393-400.
- Ferraz, A. F. (1998). Tornar-se soropositivo: Da perplexidade ao confronto com o incógnito. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais: Ensaaios esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 111-140). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Figueiredo, R. & Ayres, J. R. C. M. (2002). Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/AIDS em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 96-107.
- Figueiredo, M. A. C. & Fioroni, L. N. (1997). Uma análise de conteúdo de crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em O.N.G.s. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2(1), 28-41.
- Franz, M. L. Von (1995). *O feminino nos contos de fadas* (R. C. Agostinho, Trad.). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1972)
- Gimbutas, M. (1997). A “vênus monstruosa” da pré-história – criadora divina. Em: J. Campbel, R. Eisler, M. Gimbutas & C. Musis (Orgs.). *Todos os nomes da deusa*. (pp. 35-68). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

- Grimberg, M. (2002). Iniciação sexual, práticas sexuais y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: Un análisis antropológico de género. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 47-75.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, (1998a). *Ficha de contato inicial*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, (1998b). *Consentimento Informado*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, (1998c). *Entrevista de dados demográficos do casal*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia – GIDEP, (1998d). *Entrevista sobre a maternidade e as expectativas da gestante*. Instrumento não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Guimarães, R. (1998). A inter-relação estigma e trajetória da doença causada pelo HIV. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais: Ensaio esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 85-110). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Gulinelli, A., Aisawa, R. K., Konno, S. N., Morinaga, C. V., Costardi, W. L., Antonio, R. O., Dumarco, R. B., Moino, R. M., Katz, M., Giavarotti, S., Skarbnik, A. P. Z., Forcione, C. S., Chiba, T. & Martins, M. A. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (1), 41-47.
- Hardy, S. A. & Raffaelli, M. (2003). Adolescent religiosity and sexuality: An investigation of reciprocal influences. *Journal of adolescence*, 26, 731-739.
- Hotimsky, S. N., Rattner, D. & Venancio, S. I. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1303-1311.
- Kipper, D. J. & Clotet, J. (1998). Princípios da beneficência e não-maleficência. Em S. I. F. Costa, G. Oselka & V. Garrafa (Orgs.), *Iniciação à bioética* (pp. 37-51). Brasília: Conselho Federal de Medicina.

- Knauth, D. R. (1995). Um problema de família: A percepção da AIDS entre mulheres soropositivas. Em: J. Ferreira (Org.). *Semiologia do corpo*. (pp. 379-390). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Levi, G. C. & Barros, A. O. L. (1998). Ética clínica: a AIDS como paradigma. Em S. I. F. Costa, G. Oselka & V. Garrafa (Orgs.), *Iniciação à bioética* (pp. 89-97). Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Lopes, V. G. S. (1998). HIV – Perfil da atual transmissão heterossexual no Brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 10 (6), 41-43.
- Loureiro, R. P. (2003). *DST femininas: Uma epidemia oculta: Um estudo das doenças sexualmente transmissíveis em população de mulheres atendidas em um serviço público de referência para atendimento de DST/AIDS – POA- RS – 2001/2002*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Maldonado, M. T. (1989). *Maternidade e Paternidade*. Petrópolis: Vozes.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Martins-Costa, Sérgio H. & Ramos, J. G. L. (2001). Eclampsia. Em F. Freitas, S. H. Martins-Costa, J. G. Ramos & J. A. Magalhães (Orgs.), *Rotinas em obstetrícia* (pp. 397-406). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maksud, I. (2003). Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos. [Resumos] Em Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.), *Anais, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* (p. 621). Brasília, DF: ABRASCO.
- Merchán-Hamann, E. (1995). Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3), 463-478.
- Ministério da Saúde. (1999). *Manual de controle das DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2001a). *Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2001b). *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasil: Ministério da Saúde – CN – DST/AIDS.

- Ministério da Saúde. (2002). *Assistência à parturientes/puérperas portadoras do HIV e/ou com sífilis, e seus bebês, nas maternidades*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Monteiro, Mário F. G. (1994). Saúde reprodutiva. Em S. M. Kaloustian. *Família brasileira: a base de tudo* (pp. 48-56). São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF.
- Morando (1998). Ética e AIDS. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais: Ensaio esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 11-30). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Mundy, L. M. & Fraser, V. J. (1999). Temas relacionados à mulher. Em W. G. Powderly (Org.), *Manual de terapêutica de HIV*. (R. S. Diaz, Trad.). (pp. 90-97). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Naud, P., Chaves, E. M., Matos, J. C., Rosa, A. I. V. & Hammes, L. S. (2001). Gestação e HIV. Em F. Freitas, S. H. Martins-Costa, J. G. Ramos & J. A. Magalhães (Orgs.), *Rotinas em obstetrícia* (pp. 449-455). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neumann, E. (2000). *O medo do feminino e outros ensaios sobre a psicologia feminina* (T. C. Stummer, Trad.). São Paulo: Summus.
- Nunes, M. M. S. (1998). Carta registrada. Em L. Morano & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais: Ensaio esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 181-198). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Oliveira, D. L. L. C., Meyer, D. E., Santos, L. H. S. & Wilhelms, D. M. (2004). A negociação do sexo seguro na TV: Discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1309-1318.
- OMS. (1990). *Prevenção da AIDS: Diretrizes para administradores de programas de saúde materno-infantil e planejamento familiar*. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.
- Oppermann, M. L. R. & Reichelt, A. J. (2001). Diabetes melito e gestação. Em F. Freitas, S. H. Martins-Costa, J. G. Ramos & J. A. Magalhães (Orgs.), *Rotinas em obstetrícia* (pp. 407-428). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: A prevenção ao HIV e à AIDS como um processo de “Emancipação Psicossocial”. Em: R. Parker & V. Terto Júnior (Orgs.). *Aprimorando o debate: Respostas sociais frente à AIDS*. (pp. 20-27). Rio de Janeiro: ABIA.
- Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N. & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres

- vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1609-1619.
- Paiva, V., Lima, T. N., Santos, N.; Ventura-Filipe, E. & Segurado, A. (2002). Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. *Psicologia USP*, 13 (2), 105-133.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids*. Coleção ABIA: Cidadania e Direitos, Vol. 1. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: Rio de Janeiro.
- Parker, R. & Camargo, K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 89-102.
- Praça, N. S. & Gualda, D. M. R. (2003). Risco de infecção pelo HIV: Como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 14-20.
- Praça, N. S. & Latorre, M. R. D. O. (2003). Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: Práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3(1), 61-74.
- Queiroz, E. M. M. & Nogueira, P. H. Q. (1998). Possibilidade e limite do trabalho em educação sexual como estratégia de prevenção à AIDS e à discriminação na rede municipal de educação da prefeitura municipal de Belo Horizonte. Iniciando o debate. Em L. Morando & R. Guimarães. (Orgs.), *AIDS: Olhares plurais: Ensaios esparços sobre a epidemia de HIV/AIDS* (pp. 31-40). Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais.
- Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 316-325.
- Rago, M. (1996). Prostituição e mundo boêmio em São Paulo (1890-1940). Em R. Parker & R. M. Barbosa (Orgs.), *Sexualidades brasileiras* (pp. 51-62). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Ramos, M. C., Curcio, B. L., Tessaro, M., Meneghetti, H., Marques, L. C., Duarte, T. P. & Cestari, T. F. (1995). Prevalências da infecção pelo HIV e da soropositividade do VDRL em gestantes. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 11 (5), 25-30.
- Ramos, M. C., Gregol, L. R. G., Germany, C., Silva, J. V. B., Almeida, M. S., Sander, M. S., Mallman, P. & Rutherford, G. W. (2002). Prevention of mother-to-

- child transmission of HIV: Compliance with the recommendations of the brazilian national STD/AIDS control program for prenatal and perinatal HIV testing in Porto Alegre, Brazil. *AIDS and Behavior*, 6 (3), 277-282.
- Regato, V. & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: Quem é o responsável? *Estudos de Psicologia*, 9(1), 167-175.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 89-106.
- Remor, E. A. (2002). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (3), 283-287.
- Rios, L. F., Pimenta, C., Brito, I., Terto Jr. & Parker, R. (2002). Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Caderno Cedes*, 22(57), 45-61.
- Rocco, R., Leite, H. V., Vasconcellos, M. & Cabral, A. C. V. (2003). Morbidade associada à cesariana eletiva em portadoras do HIV. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(5), 323-328.
- Rohden, F. (2002). Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 101-125.
- Roso, A. (2000). Ideologia e relações de gênero: Um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 385-397.
- Ruocco, R. M. A. S. (2001). Protocolo assistencial para o parto de gestantes portadoras do HIV. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(3), 186-188.
- Ruzany, M. H., Taquette, S. R., Oliveira, R. G, Meirelles, Z. V. & Ricardo, I. B. (2003). A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS. *Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro*, 79 (4), 349-354.
- Santos, M. F., Novelino, A. M. & Nascimento, A. P. (2003). O mito da maternidade: Discurso tradicional sob roupagem modernizante? Em A. S. P. Moreira & R. J. C. Jesuíno. *Representações sociais: teoria e prática* (pp. 255-277). João Pessoa: Editora Universitária.
- Santos, N. J. S., Buchalla, C. M., Ventura-Filipe, E., Bugamelli, L., Garcia, S. & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 12-23.
- Sbalqueiro, R. L., Reggiani, C., Tristão, E. G., Urbanetz, A. A., Andrade, R. P., Nascimento, D. J. & Carvalho, N. S. (2004). Estudo da prevalência e variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes atendidas na maternidade do hospital de clínicas de Curitiba. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente*

Transmissíveis, 16(2), 40-47.

- Secretaria Municipal de Saúde. (2001). *Normas e rotinas para redução da transmissão materno-infantil do HIV*. Porto alegre: Secretaria Municipal de Saúde.
- Seffner, F. (1995). AIDS, estigma e corpo. Em: J. Ferreira (Org.). *Semiologia do corpo*. (pp. 391-415). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Seffner, F. (2002). Prevenção à AIDS: Uma ação político pedagógica. Em: R. Parker & V. Terto Júnior (Orgs.). *Aprimorando o debate: Respostas sociais frente à AIDS*. (pp. 28-35). Rio de Janeiro: ABIA.
- Serruya, S. J., Lago, T. G. & Cecatti, J. G. (2004). Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(7).
- Siegle, K & Schrimshaw, E. W. (2001). Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychology of Woman Quarterly*, 25, 112-123.
- Silva, C. G. M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 40-49.
- Silva, C. L. C. (1998). ONGs/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 129-139.
- Silveira, E. A. A. & Carvalho, A. M. P. (2002). Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 813-818.
- Silveira, M. F., Béria, J. U., Horta, B. L. & Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 670-677.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. Em N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M. & Paula, M. C. (2004). Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência: Estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(3), 210-214.
- Thebaud, F. (2002). A medicalização do parto e suas conseqüências: O exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista de Estudos Feministas*, 10(2), 415-426.

- Tunala, L. G. (2002). Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. *Revista de Saúde Pública* (36)4, 24-31.
- Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: Um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 179-210.
- Vandale, S., Liguori, A. L. & Rico, B. (1997). Uma agenda latinoamericana de investigación-acción sobre mujeres y sida. Em B. Rico, S. Vandale, B. Allen & A. L. Liguori (Orgs.), *Situación de las mujeres y el vih/sida en américa latina: Una agenda de investigación-acción* (pp. 29-36). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vermelho, L. L., Barbosa, R. H. S. & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com AIDS: Desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2), 369-379.
- Verny, T. (1993). *A vida secreta da criança antes de nascer*. São Paulo: C.J. Salmi.
- Watts, D. H. (1999). HIV em mulheres grávidas. Em W. G. Powderly. *Manual de terapêutica de HIV* (R. S. Diaz, Trad.). (pp. 98-104). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Welti, C. (1998). De la reproducción social a la salud reproductiva. Em E. D. Bilac & M. I. Rocha (Orgs.), *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe* (pp. 51-66). Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP.
- Werthein, J., Tedesco, J. C., Braslavsky, C., Ouane, A. & Cunha, C. (2004). *AIDS: What young people think about it*. Brasília: UNESCO-BRASIL.
- Wesley, Y., Smeltzer, S. C., Redeker, N. S., Walker, S., Palumbo, P. & Whippie, B. (2000). Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care for Women International*, 21, 291-304.
- Whitmont, E. (1991). *O retorno da deusa*. (M. S. Mourão, Trad.). São Paulo: Summus.
- Zamora, M. H. & Kuenerz, C. (2002). “Eu só conto mesmo é com Deus”. Fé e religiosidade como base de apoio. *O social em questão: Uma revista do Programa de Mestrado em Serviço Social da PUC-Rio*, 7(7), 75-94.
- Zorilla, C. D. (2000). Mother-to-child HIV-1 transmission: State of the art and implications for public policy. *Health Science Journal*, 19, 29-34.

ANEXO A**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Projeto: Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes soropositivas

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, que tem por objetivo examinar os sentimentos de gestantes soropositivas para HIV.

Ao participar, você realizará uma entrevista, que deverá ser gravada em fita cassete, para posterior análise. Você não terá nenhum benefício direto nesta participação. Entretanto, os resultados do estudo servirão para aumentar os conhecimentos sobre a maternidade e para beneficiar mulheres que vivam esta experiência.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar do estudo, bem como nada será pago por sua participação.

Desta forma, pelo presente Consentimento, eu _____ declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar a constituição da maternidade.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado nesta instituição.

Entendo que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações prestadas em entrevista.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Dr. César Augusto Piccinini, que poderá ser contatado pelo Tel: 3330 67 68

Data: / /

Assinatura da participante:

ANEXO B**Ficha de Contato Inicial
(GIDEP - UFRGS -1998)**

Bom dia! Meu nome é Fernanda Eu sou psicóloga da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e estamos fazendo um estudo sobre maternidade. Eu gostaria de conversar um pouco contigo.

- Qual é o teu nome? E a tua idade?

- Esta é a tua primeira gravidez? (Se não for) Tu já tens outros filhos? Qual a idade deles?

- Com quantos meses tu estás de gestação?

- Como está a tua saúde durante a gravidez?

- Há quanto tempo tu tens HIV? Qual foi a possível forma de contaminação?

- O pai do bebê vive contigo? Há quanto tempo? Ele tem HIV? Ele tem outros filhos?

- Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

ANEXO C

**Entrevista de dados demográficos do casal
(GIDEP - UFRGS -1998)**

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você e o seu companheiro:

Gestante:

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Escolaridade (ano concluído): _____
 Religião: _____ Praticante: () sim () às vezes () não
 Estado civil: () casada () separada () solteira () viúva () com companheiro
 Moras com o pai do bebê? () sim () não. Desde quando: _____
 Quem mais mora na casa? _____
 Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregada. Desde quando? _____
 O que tu fazes(ias)? _____ Horas/semana: _____
 Grupo étnico: _____
 É a tua primeira gravidez? _____ (Se não for) Tens outros filhos? _____
 Com quantos meses tu estás de gestação? _____
 Como está a tua saúde durante a gravidez? _____
 Há quanto tempo tens HIV? Qual foi a possível forma de contaminação? _____
 Estás fazendo algum acompanhamento médico? Tomas algum tipo de medicação? Qual? _____

Marido ou companheiro (se houver):

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Escolaridade (ano concluído): _____
 Religião: _____ Praticante: () sim () às vezes () não
 Tu trabalhas fora? () sim () não () desempregado. Desde quando? _____
 O que tu fazes(ias)? _____ Horas/semana: _____
 Grupo étnico: _____
 Tem outros filhos? _____
 É portador do HIV? * _____ (Caso seja) Há quanto tempo? _____
 Qual a provável forma de contaminação? _____

Endereço para contato: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____
 Telefone do emprego/contato Esposa: _____
 Marido: _____
 Telefone de parente/amigo para contato: _____

ANEXO D

Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV (Carvalho & Piccinini, 2004)

(Adaptada da Entrevista sobre a maternidade e as expectativas da gestante
GIDEP, 1998 - UFRGS)

1. Eu gostaria que tu falasses sobre a tua gravidez, desde o momento em que tu ficaste sabendo, até agora.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Esta é a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez desejada?
- Como te sentiste, ao receber a notícia da gravidez? Foi uma gravidez planejada?
- Como te sentiste no início da gravidez, em termos físicos e emocionais?
- Quais as tuas preocupações, em relação à gravidez e ao bebê?
- Como te sentes em relação ao parto?
- Como está a tua saúde, desde o início da gravidez até agora?
- Tu tens ido ao médico para acompanhar a gravidez? Quantas vezes tu já foste?
- Já fizeste alguma ecografia? Como te sentiste, ao ver o bebê?
- Como estás te sentindo, em relação às mudanças do teu corpo?
- O fato de seres HIV+ afeta de alguma forma a tua gestação? No que afeta?

2. O que vem na tua cabeça, quando pensas na palavra “mãe”?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Que características, para ti, são típicas de uma mãe?
- Como tu te imaginas sendo mãe? O que esperas dessa experiência?
- Quais são teus sentimentos, ao te tornar mãe?
- O que tu imaginas que vai mudar em ti, agora que estás se tornando mãe?
- Quando tu te imaginas como mãe, tu pensas em alguém como modelo?
- Quem seria? Como ela é/era como mãe?
- E tem alguém que tu não gostaria de ter como modelo de mãe?
- E a tua mãe, como tu imaginas que ela era contigo?
- Como tu descreverias uma boa mãe?
- O fato de seres portadora do HIV afeta de alguma forma a maternidade? O quê?

3. Tu poderias me contar um pouco sobre a reação da tua família e a família do pai do bebê em relação à tua gravidez?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Como o teu companheiro/pai do bebê reagiu em relação a tua gravidez?
- Como a tua família reagiu em relação à tua gravidez? (ex. tua mãe e teu pai)
- Como reagiu a família do pai do bebê?
- E os teus amigos? Como eles reagiram à tua gravidez?
- Algum familiar (ou amigo ou profissional) tem te ajudado durante a gravidez?
- Quem tu esperas que vá te ajudar?
- O fato de seres HIV+ afetou de alguma forma a reação do pai do bebê e da tua família em relação à gestação? Como foi?

4. Agora eu gostaria que tu me falasses sobre o teu bebê.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- O que tu já sabes sobre o bebê?
- Tu já sabes o sexo do bebê?
- Como te sentiste quando soubeste que era menina/menino? E como o teu marido se sentiu?
- Se não sabes o sexo, o que tu gostarias que fosse, menina ou menino? Por quê? E o teu marido?
- Vocês já pensaram num nome para o bebê? Quem escolheu? Algum motivo para a escolha do nome?
- Tu sentes o bebê se mexer? Desde quando? Como é que foi?
- Vocês costumam tocar a barriga ou falar com o bebê?
- Tu já sabes se existe chance de o teu bebê ser HIV+?
- Tu estás fazendo alguma coisa para prevenir a infecção de teu bebê pelo HIV? O quê?

5. Como tu imaginas que vai ser o bebê quando nascer?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Que características físicas imaginas que o bebê vai ter?
- Como tu imaginas que vai ser o temperamento, o jeito dele? Por quê?
- Com quem tu achas que o bebê vai ser parecido? Por quê?
- E quanto à amamentação, como vai ser?
- Como vai ser, se o teu filho for HIV+? E se ele for HIV-?

6. O quanto tu achas que o bebê irá mudar a tua vida e a do pai do bebê?

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Em que aspectos tu pensas que ocorrerão mudanças?
- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?
- E quanto ao relacionamento de vocês dois? O quanto será afetado pelo nascimento do bebê? Em que aspectos?
- Como tu achas que vais te sentir com estas mudanças?

7. Eu gostaria que tu falasses sobre como foi que o HIV entrou na tua vida.

(Caso não tenha mencionado): Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- Qual foi a provável forma de contaminação?
- Há quanto tempo estás infectada?
- Como foi receber a notícia da infecção pelo HIV? Tu imaginavas o diagnóstico positivo?
- Na ocasião, tu tinhas algum companheiro? Como foi a reação dele?
- E a tua família, ela sabe que tu és HIV+?
- Como foi a reação dos teus familiares frente à notícia?
- Alguma coisa mudou na tua vida com o diagnóstico positivo para HIV? O que mudou?
- Quanto o HIV tem afetado a tua vida? E a do pai do bebê?
- E quanto afetou o teu desejo em ser mãe?

8. Tu gostarias de fazer mais algum comentário sobre os pontos que a gente conversou?

ANEXO E

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Para fins dessa pesquisa, utilizou-se a **Entrevista sobre a maternidade em situação de infecção pelo HIV**, a qual tem um foco definido de perguntas (anexo D). As informações relativas à história de vida das participantes foram trazidas espontaneamente por elas ao longo da entrevista. As descrições dos casos aqui apresentadas, desta forma, são um resumo das informações que cada uma forneceu. Todos os nomes próprios são fictícios.

CASO ELVIRA

Nome: Elvira (G1)
Idade: 28 anos
Escolaridade: II Grau Completo
Profissão: Vendedora Autônoma
Estado Civil: Companheiro há 2 anos
Tempo de gestação na entrevista: Seis meses

A entrevista com Elvira foi realizada quando esta estava com seis meses de gestação em maio de 2004, quando foi encaminhada ao Serviço de Psicologia no centro de referência onde faz seu tratamento para HIV. Seguiu em acompanhamento psicológico não-sistemático por dificuldades financeiras de locomoção.

Elvira é proveniente de uma família de cinco irmãs. Atualmente, todas são casadas e têm filhos. Com exceção de Elvira, nenhuma se dedicou aos estudos, tendo completado, no máximo até a quinta série.

Conforme relato espontâneo de Elvira, sua história familiar foi marcada por um segredo. Existia uma dúvida quanto à sua paternidade. Pelo que soube, sua mãe teve uma relação extraconjugal, como reação a traições que vinha sofrendo do marido. Estas questões não costumavam ser trazidas em família. Porém, em uma discussão que o pai de Elvira teve com seu tio, este lhe revelou que Elvira não era sua filha. A situação não fora esclarecida, permanecendo velada. Em uma ocasião, Elvira questionou a sua mãe sobre quem seria seu pai de verdade. Esta não forneceu uma resposta clara e propôs a seguinte combinação: “Se um dia eu morrer antes do teu pai, foge de casa” (sic).

A mãe de Elvira faleceu quando ela tinha 15 anos. Foi uma situação não esperada, pois ela não sabia ter qualquer problema de saúde. Morreu após um enfarto nos braços da filha. Elvira tentou levá-la ao hospital, mas a morte foi praticamente

instantânea. Uma das coisas que lhe marcou profundamente foi o fato de sua mãe ter tentado lhe dizer alguma coisa antes de morrer, porém não conseguiu completar a frase. Disse somente: “Eu tenho que te dizer uma coisa...”.

Sua mãe foi uma mulher sem estudos, que fazia artesanato. Na opinião de Elvira, ela não foi um bom exemplo de mãe, já que antes de casar saía com homens por dinheiro e fora criada freqüentando o batuque. Mesmo com essas restrições, mãe e filha tinham uma boa relação. Elvira considera que sua mãe não tinha como lhe ensinar o que não sabia.

Quatro meses depois que perdeu sua mãe, Elvira perdeu a virgindade com um rapaz dez anos mais velho. Seu pai trabalhava com vendas e costumava viajar bastante. Ele estava fora, em princípio durante toda a semana, porém voltou antes sem avisar. Elvira estava discutindo com uma de suas irmãs, que queria uma roupa sua emprestada. Como Elvira estava se negando a emprestar, a irmã lhe disse: “Se tu não me emprestar, eu vou contar pro pai que tu não é mais virgem” (sic). Nesse exato momento, o pai entrou e ouviu. Elvira relatou que tomou uma surra muito grande, que seu pai queria lhe matar. Tentou lhe bater com vários objetos, atirou-lhe um tijolo, mas Elvira conseguiu fugir e não voltou mais para casa. Tempos depois, eles voltaram a se falar, mas a relação até hoje não é boa.

Saindo de casa, Elvira foi morar com seu namorado. Ficou com ele por dois anos. Seguiu seus estudos e se separou porque seu companheiro não demonstrava interesse em estudar ou trabalhar e tinha muito ciúme dela. Acabou fugindo dele também e foi morar com um tio. Após isso, Elvira explicou que morou em muitos lugares. Pensa que teve liberdade demais, que não teve quem se preocupasse com ela. Acredita que o HIV não teria entrado em sua vida, caso sua mãe não tivesse morrido. Pensa que sua mãe lhe teria protegido. Por outro lado, não sabe se teria terminado os estudos, já que sua mãe e seu pai quase não tiveram estudo e não lhe davam muita força para estudar e trabalhar. Elvira lembra que sua mãe tinha-lhe uma preferência, o que despertava ciúme nas irmãs.

O HIV entrou na sua vida por via sexual, tendo pegado, provavelmente, de um ex-namorado. Elvira soube que ele estava usando drogas injetáveis e suspeitava que ele tinha HIV. Ele dizia que queria lhe contar uma coisa, porém ela nunca questionou diretamente e não fez a devida prevenção. Ficou sabendo de sua infecção quando teve que fazer exames para admissão em um emprego. O médico que lhe atendeu lhe disse que um dos exames não tinha um bom resultado e que era relacionado ao HIV. Questionada sobre se queria saber o resultado, Elvira disse que não. De certa forma,

sabe que seu diagnóstico lhe foi revelado naquela situação, porém não conseguiu aceitar. O médico não revelou à contratante o resultado positivo de Elvira para que esta não perdesse o emprego.

Alguns anos depois, Elvira adoeceu e se viu obrigada a enfrentar a realidade. Contou para sua família, mas se arrependeu, pois começou a sofrer preconceito. Suas irmãs não comem mais a comida que faz ou qualquer coisa que ofereça, porque pensam que Elvira colocaria sangue no alimento propositadamente. Além disso, não pode mais abraçar e beijar seus sobrinhos.

Como forma de entender suas dificuldades, a participante buscou a religião. Passou a freqüentar a igreja, tornando-se testemunha de Jeová. Acredita que o HIV entrou em sua vida como castigo para seus pecados e que a saída para a epidemia seria a crença em Deus. Referiu-se à infecção como uma das pragas do diabo, explicando que existem os caminhos certos e os errados. A opção por um caminho errado levaria ao vírus, como entende que aconteceu no seu caso.

Há dois anos, está com o companheiro atual. Não contou para ele que é soropositiva, pois queria engravidar e, se ele soubesse, provavelmente não aceitaria se arriscar. Desta forma, planejaram a gravidez juntos, pararam de usar preservativo e Elvira engravidou. Após o início das consultas de pré-natal, Elvira mentiu, dizendo que acabara de receber o resultado de HIV positivo. Seu companheiro não acreditou, pois via que Elvira tomava remédios diariamente há bastante tempo. Ela lhe dizia que “tinha problemas no sangue” (sic). Ele não quis fazer teste e não quis conversar sobre o assunto durante a gravidez. Seu filho nasceu em agosto de 2004. Após o nascimento, a situação conjugal piorou expressivamente. Seu companheiro passou a ficar muito agressivo, violento, ameaçando matá-la. Elvira recorreu à polícia e vem tendo suporte da equipe de saúde. Ela acredita que agora ele está expressando sua raiva por ter sido enganado quanto ao HIV.

CASO BERENICE

Nome: Berenice (G2)

Idade: 26 anos

Escolaridade: 5º série

Profissão: Auxiliar de Restaurante – Atualmente desempregada

Estado Civil: Companheiro há sete meses

Tempo de gestação na entrevista: Cinco meses

Berenice foi contatada no centro de saúde, onde chegou bastante abalada por ter descoberto a gestação. Não pretendia engravidar naquele momento, já que a notícia da soropositividade era ainda recente. Não havia buscado atendimento para si até então, mas resolveu buscar ajuda em função do bebê. Foi encaminhada para pré-natal especializado e, após realizar a entrevista do estudo, permaneceu vinculada ao Serviço de Psicologia.

Ao longo da entrevista, contou sua história com bastante emoção. Quando pequena, sofria maus-tratos em casa. Tinha dois irmãos mais velhos e sua mãe não cuidava bem dos filhos. Lembra que não se alimentava direito, comia somente lanches. Sua mãe trabalhava como prostituta. Ela “tirava dinheiro deles, enquanto os filhos ficavam por ali abandonados” (sic). Além disso, Berenice relatou que sua mãe era agressiva, não lhe dava carinho e, inclusive, lhe queimava com ponta de cigarro quando queria que se afastasse.

Com três anos, foi doada a outra família, fato que Berenice recordou com bastante mágoa. Sua mãe juntou suas roupas, disse que iriam passear e lhe levou à nova casa. Chegando lá, recorda que sua mãe somente disse antes de ir embora: “faz dela o que tu quiser” (sic). Apesar de sofrer ainda hoje com a rejeição, Berenice recebeu uma família que lhe deu muito carinho. Explicou que, aos poucos, aprendeu a comer e a se comportar. Teve chance de estudar. Até os sete anos, visitava a mãe biológica esporadicamente. Na última vez, seu padrasto tentou abusar sexualmente durante a noite e, como ao pedir ajuda a sua mãe esta lhe disse que deveria deixá-lo fazer o que quisesse, Berenice saiu correndo à noite, pedindo abrigo aos vizinhos.

Aos 16 anos, descobriu que estava grávida, na mesma época em que sua mãe adotiva sofreu um derrame. Para poupar a saúde de mãe, não lhe disse sobre a gravidez, mas esta não resistiu e faleceu. Berenice sente muita falta da mãe de criação e considera que, a partir dessa perda, parte de si também morreu.

Teve dois filhos antes de conhecer o companheiro que considera que lhe transmitiu HIV. Conheceram-se em um bar, na época em que Berenice trabalhava à noite como garçom-bailarina. Moraram juntos durante seis anos. O casal desde o

início da relação queria ter um filho, porém nunca conseguiram. Não usavam preservativo em função do desejo reprodutivo. No último ano, seu companheiro adoeceu, teve pneumonia e meningite. Berenice ficou no hospital com ele durante vários dias, até que leu um dos exames do companheiro que dizia que ele era soropositivo. Ficou chocada com a notícia. Descobriu que ele já havia iniciado tratamento em um centro de referência e não havia lhe contado. Acredita que a família dele também soubesse, porém todos, inclusive o companheiro, negam a infecção. Ele diz que teve hepatite e que, se ela é soropositiva, é porque pegou de outra pessoa.

Esta situação mobilizou muito Berenice, que se sentiu traída e estava revoltada com a postura do companheiro em seguir tentando negar a infecção. Ela fez teste e este deu positivo. Separaram-se e Berenice recebeu apoio de um primo do ex-companheiro. Este sabia de toda a situação e como já era apaixonado por Berenice, aproximou-se dela. Ficaram juntos, mas Berenice deixava claro que ainda não havia conseguido desligar-se do ex-companheiro. No segundo mês dessa nova relação, Berenice estava grávida. O parceiro planejou a gestação e, em algumas relações, retirou o preservativo sem avisá-la. Ela lembra que achou estranho ter encontrado alguns preservativos utilizados, porém vazios, mas não desconfiou de nada. Quando a gravidez se confirmou, ele revelou suas intenções.

Diante da gravidez, Berenice ficou ainda mais abalada. Não havia procurado atendimento desde que fez o teste para HIV, mas, com a gestação, sentiu que teria que pedir ajuda. Estava com o novo companheiro há aproximadamente sete meses, porém a relação não estava bem. Seguia com ele por dependência financeira e também por sentir que não poderia ficar sozinha. Ele ainda não havia feito teste para saber se tinha HIV, mas afirmava para a própria família que tinha e que havia passado para ela, como forma de protegê-la de possíveis situações de preconceito.

CASO JOICE

Nome: Joice (G3)

Idade: 26 anos

Escolaridade: 2º série

Profissão: Separadora de Lixo

Estado Civil: Namorado, com quem vive esporadicamente

Tempo de gestação na entrevista: Seis meses

Joice foi contatada quando chegou ao Serviço de Psicologia do centro de referência ao HIV/AIDS onde já havia iniciado tratamento há três anos, porém sem aderir. Pedia auxílio emocional para levar adiante a gestação e para revelar para seu namorado sua soropositividade. O casal namora há aproximadamente três anos, sendo que em alguns períodos moram juntos. Ele tem outra família, com três filhos, de 16, 11 e sete anos.

Ao mencionar sua história de vida, Joice contou que não teve pais muito presentes. Morava com a mãe e os irmãos. Seu pai aparecia de vez em quando, “mas só para dar trabalho” (sic). Sua mãe trabalhava como Faxineira e ficava muito tempo fora de casa. Joice começou a trabalhar ainda criança e também tinha que cuidar dos irmãos, em função da ausência da mãe. Largou os estudos bem cedo e considera que namorou demais. Saiu de casa com 12 anos e foi morar com o namorado, de 15 anos. Queria ter tido uma família que lhe desse mais limites e que fosse mais presente. Acredita que não gostava verdadeiramente do namorado. Tinha relações sexuais, mas não era o que queria. Pensa que fez isso em busca de liberdade. Com 14 anos teve o primeiro filho e com 15 teve o segundo. Separou logo desse namorado, levando os filhos.

Há seis anos, engravidou novamente, porém teve um aborto. O pai do bebê foi assassinado um mês antes de o bebê morrer. Joice ficou internada, fez transfusão de sangue e quase morreu. Quando foi admitida no hospital, fez teste anti-HIV, porém não lhe deram o resultado. Antes de receber alta, perguntou ao médico sobre o resultado. Este foi verificar, voltando, segundo Joice, nervoso e evasivo. Disse que tinha havido um problema e que ela deveria repetir o exame. Então Joice foi ao laboratório onde havia feito exame anteriormente, durante o pré-natal, mas não havia ainda retirado. Lá, recebeu a informação de que o resultado já havia sido entregue. Assim, ficou sem receber oficialmente o resultado. Acredita que sua cunhada, na época, tenha retirado o exame e tenha impedido de receber o diagnóstico. Joice considera que contraiu HIV desse companheiro falecido. A mãe dele a ajudou um

pouco no hospital, porém foi embora dizendo que voltaria no dia seguinte e não apareceu mais.

Um ano depois, Joice tinha outro companheiro e ficou novamente grávida. Desta vez, chegou em casa com os resultados dos exames, mas não havia olhado. Seu companheiro, então, os achou e abriu para olhar. Encontrando o diagnóstico de HIV, fez um escândalo: assim Joice recebeu oficialmente a notícia de que é portadora do HIV. O companheiro fez mais de um teste para HIV, os quais deram negativo. A partir daí, a relação passou a ter muitos problemas até acabar. Ele começou a beber demais e ficou violento. Quebrava tudo dentro de casa e batia em Joice.

Ao longo da gestação, Joice fez a profilaxia e seu filho não contraiu o vírus. Relatou ter sofrido muito até receber a notícia definitiva de soronegatividade do bebê. Atualmente ele tem cinco anos. Tentou iniciar seu próprio tratamento há três anos. Chegou a fazer diversos exames, porém, como perdeu a hora da consulta com a médica para apresentá-los, ficou triste e não mais voltou.

O namorado atual, com quem está há quase três anos, não sabia de sua soropositividade. Joice não contou com medo que ele ficasse agressivo como o companheiro anterior e que lhe deixasse. O casal não planejou a gravidez. Joice chegou a mencionar que não queria o bebê, mas admitiu que percebia nas atitudes do namorado que, se viesse um filho, a relação ficaria melhor. Ele, ao receber a notícia da gravidez, sumiu durante uma semana. Depois voltou e aceitou a novidade. Ao descobrir-se grávida Joice, ficou desesperada. O pai do bebê queria acompanhar as consultas pré-natais e isso faria com que ele descobrisse que ela tem HIV. Sentindo que a revelação estava se tornando inevitável, Joice aceitou a companhia dele na consulta médica. Ele teve a revelação, porém não apresentou reação. Preferiu agir como se nada houvesse e permanecia com essa postura até o momento da entrevista.

Mais uma vez, Joice estava fazendo os procedimentos profiláticos, para evitar a contaminação do bebê na gestação. Desta vez, estava mais difícil para tomar os remédios, pois vinha tendo mais efeitos colaterais. Além disso, sentia dificuldade para ir ao hospital para o acompanhamento pré-natal, já que era o mesmo hospital onde perdera o bebê em uma das gestações anteriores. Seguiu trabalhando como Separadora de Lixo, porém também com dificuldades. Estava com intolerância ao cheiro do lixo, mas, como seu pagamento era por dia, não podia deixar de ir. Como não tem carteira assinada, provavelmente não lhe seriam oferecidos os direitos trabalhistas da gestação. Em função dessas dificuldades, Joice foi encaminhada para

acompanhamento com o Serviço Social e também permaneceu vinculada ao Serviço de Psicologia.

CASO OLÍVIA

Nome: Olívia (G4)

Idade: 30 anos

Escolaridade: I Grau

Profissão: Auxiliar de supermercado – Atualmente desempregada

Estado Civil: Solteira

Tempo de gestação na entrevista: Cinco meses

Olívia foi convidada para participar do estudo por ter sido encaminhada ao Serviço de Psicologia do centro de referência para HIV/AIDS onde havia iniciado tratamento há alguns anos. Aceitou realizar entrevista, após receber apoio psicológico, já que chegou ao Serviço emocionalmente abalada por ter descoberto a gestação.

Algumas informações pessoais foram obtidas durante as entrevistas, as quais serão expostas a seguir. Olívia mora com a mãe, o pai e seu filho de 11 anos. Tem uma irmã mais velha, casada e uma sobrinha de 5 anos. Seus pais se separaram há 6 anos. Seu pai abandonou a família para viver com uma nova companheira. Há aproximadamente oito meses, ele teve um infarto, tendo ficado cinco meses hospitalizado. Como sua companheira “colocou suas coisas na rua” (sic), ele voltou para a família, que o está cuidando.

Aos 18 anos, Olívia engravidou de um rapaz que só lembra o primeiro nome, em uma festa de carnaval. Nunca mais viu o pai de seu filho, sendo que este não soube de sua gravidez. Na época, não se sentiu preparada para ser mãe, tendo seu filho sido criado pela avó. Atualmente, está desempregada. Já trabalhou como Caixa, Auxiliar de Supermercado e Vendedora. Há aproximadamente sete anos, começou a sair com homens por dinheiro, como uma forma de complementar a renda. Sua situação financeira não era exageradamente precária. Olívia, hoje, pensa que “essa vida” (sic) não vale a pena, pois as amizades não são verdadeiras e o “dinheiro fácil” (sic) não vale os prejuízos à saúde.

Aos 24 anos, teve tuberculose e fez teste de HIV, o qual deu negativo. Há cinco anos, teve tuberculose novamente e, desta vez, recebeu resultado positivo para HIV. No momento, ficou desesperada e não conseguiu aceitar. Chegou a fazer consulta médica e a pegar medicações, porém colocou fora.

Acredita que se infectou por relações sexuais, provavelmente de um amigo de infância. Fazia bastante tempo que não se viam, reencontraram-se e começaram a sair. Os últimos reencontros foram há aproximadamente 4 anos. Existiam boatos de que seu parceiro usava drogas injetáveis e podia estar com HIV. Olívia achou que “ele

não faria essa maldade” (sic) com ela e não se protegeu, apesar de afirmar que quase sempre usava preservativo em suas relações com outros parceiros. Nessa época, também tinha um namorado. Hoje, seu amigo está com AIDS e a saúde dele não está bem.

Quando desconfiou que poderia estar grávida outra vez, tentou abortar tomando uma dose muito alta de remédios. Passou mal e foi a uma emergência. Aí foi constatado que já estava com três meses de gestação, mesmo tendo ficado menstruada nos primeiros dois meses. Além disso, os remédios que tomou não fizeram efeito, o que levou o médico a crer que eram falsificados. Voltando para casa, tentou tomar ainda outro remédio, que também não funcionou, já que não era abortivo. Olívia não queria o filho, porque não tem estabilidade na relação com o pai do bebê – saía com ele por dinheiro. Além disso, diz que não se sente identificada com o papel de mãe. Não desejava mais ter filhos.

Chegou ao serviço de saúde bastante desesperada. Foi encaminhada à Psicologia para apoio emocional pelo médico que lhe desaconselhou o aborto. Diante da impossibilidade de interrupção da gestação, não sabia, então, o que fazer. Não havia revelado seu diagnóstico aos familiares e nem tinha se apropriado da própria infecção até o momento. Porém, não se sentia em condições de enfrentar a gestação em situação de infecção pelo HIV sozinha. Olívia foi, então apoiada na tarefa de revelação, a partir da qual tinha medo de sofrer preconceito. Contou para a irmã, o cunhado e para sua mãe, surpreendendo-se com a reação que tiveram. Sua mãe, sendo uma pessoa mais distante, restringiu-se a não condená-la, o que na opinião de Olívia foi muito bom. A irmã e o cunhado tiveram uma postura acolhedora e passaram a auxiliá-la.

A participante retornou ao Serviço com cinco meses de gestação, quando contou como havia sido a revelação, sentindo-se bem melhor. Pôde, então, realizar a entrevista do estudo, solicitando acompanhamento posterior. Passou a perceber a gestação como uma oportunidade de melhorar sua vida, pois fora a partir daí que conseguiu encarar a infecção e pedir ajuda aos familiares.

Afirma que nunca teve amor de mãe, que na sua casa é cada um por si. Sente-se grata por sua mãe ter cuidado de seu primeiro filho e ressentido por não ter recebido atenção como esse vem recebendo da avó. Soube que está esperando outro menino e se frustrou, pois disse sempre ter desejado ter uma filha mulher. Desta vez, não pensa em dar a criança para sua mãe criar, pretendendo assumir as responsabilidades da maternidade, mesmo contrariada. Como não conseguiu

interromper a gestação, passou a fazer pré-natal e está fazendo a profilaxia, para tentar evitar a transmissão do HIV para o bebê. Foi clara ao explicitar que não pretendia fazer tratamento com anti-retrovirais, mas que se viu obrigada, diante da necessidade de proteger o filho. Referiu que não suportaria a culpa de deixar de oferecer a este a prevenção. Inicialmente, teve vômitos ao tomar os remédios, mas aos poucos conseguiu aderir. Em entrevista, relatou que sente que não suportaria a notícia de que seu filho tenha se contaminado. Diante dessa possibilidade, pensa que seria capaz de deixá-lo no hospital para adoção.

Quanto ao pai do bebê, ainda não o procurou para contar que está esperando um filho. Pensa que a revelação será muito difícil, já que ele tem esposa e filhos e não acreditará na paternidade. Olívia optou por não revelar ainda por se sentir fragilizada emocionalmente com tantas mudanças em sua vida: a gestação, a necessidade de aceitação da própria infecção e tratamento, além da comunicação à família. Sabe que precisará recorrer à justiça, caso queira algum apoio do pai do seu filho. Apesar de tudo isso, sente-se por uma lado feliz por saber de quem está grávida, o que não ocorreu na gestação anterior. Pelo menos esse filho terá a possibilidade de saber quem é seu pai.

CASO CLARA

Nome: Clara (G5)
Idade: 33 anos
Escolaridade: II Grau
Profissão: Auxiliar de Enfermagem
Estado Civil: Separada
Tempo de gestação na entrevista: 8 meses

Clara foi convidada a participar do estudo a partir de indicação de uma profissional que vinha lhe acompanhando no pré-natal. Mostrou-se motivada a participar, principalmente porque, no momento, além de fragilizada, estava valorizando o auxílio psicológico, desejosa de poder contribuir de alguma forma com outras gestantes que viessem a viver situações semelhantes a sua.

Em seu depoimento, Clara contou que estava separada de seu ex-marido, o qual segue carreira militar e foi transferido para outra cidade. Os dois têm um filho de quatro anos e há aproximadamente um ano viveram um aborto espontâneo. Depois da separação, Clara manteve relacionamento sexual uma vez, com um ex-namorado de 12 anos atrás. Segundo ela, foi nesta relação que contraiu o HIV e que engravidou. O pai do bebê não acredita em sua paternidade. O casal brigou quando Clara deu a notícia da gestação e ele foi embora e não mais a procurou. Nessa época, Clara não se sabia soropositiva, não tendo chegado a comentar sobre isso com o parceiro. Presentemente, recorda que, quando ainda estavam juntos, ela teve uma gripe forte e que ele teria ficado excessivamente apreensivo, o que chamou a atenção de Clara. Ela acredita que ele já se soubesse soropositivo, mas que não tenha comentado nada.

Clara recebeu o resultado positivo para HIV no quinto mês de gestação, de uma forma que considera ter sido muito negativa. Como fez o teste em um laboratório particular, recebeu o exame sem aconselhamento de um profissional da saúde. Assim, descobriu-se infectada na rua, com o filho de quatro anos, sem qualquer preparação prévia. Referiu que ficou tão intensamente desesperada que pensou em se matar, mas que não fez por estar acompanhada do filho. Seu teste confirmatório foi realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento, na rede pública de saúde, onde se sentiu acolhida, recebeu informações e apoio emocional. Depois disso, pediu ao ex-marido que se testasse, sendo que o teste dele deu negativo.

Em sua família, Clara vem contando com o apoio de uma irmã mais velha, já que não tem boa relação com a irmã mais nova. Ela é a pessoa que Clara escolheu para deixar seus filhos, já que tem a sensação de morte iminente. Seus pais são

falecidos. Perdeu o pai com 18 anos e faz quatro anos que sua mãe faleceu. Ainda sofre a morte da mãe. Emocionou-se bastante na entrevista ao falar sobre ela.

Durante a entrevista, estava bastante preocupada com o seguimento da profilaxia do bebê depois que este nascesse, já que precisaria voltar a trabalhar. Sentia-se pouco informada e um pouco perdida. Considera que ainda não assimilou seu diagnóstico e nem a gravidez. Sente-se sozinha para tomar decisões e incerta quanto ao futuro.

CASO EVA

Nome: Eva (G6)
Idade: 35 anos
Escolaridade: 5º série
Profissão: Carregadora de Lenha
Estado Civil: Companheiro há 4 anos
Tempo de gestação na entrevista: 8 meses

Eva foi convidada a participar do estudo pela médica responsável por seu tratamento para HIV/AIDS, a qual tinha sido informada sobre a pesquisa em andamento. Considerando seu interesse em participar, Eva foi encaminhada à pesquisadora, não tendo seguido em acompanhamento psicológico posteriormente à entrevista.

A gestante havia recebido o diagnóstico de HIV há dois meses, durante o acompanhamento pré-natal e vinha realizando os procedimentos profiláticos, para prevenção da transmissão do vírus ao bebê. Ainda não havia conseguido assimilar bem a notícia. Apesar de estar fazendo a profilaxia, aguardava resultado do teste do companheiro, o qual, se desse negativo, seria suficiente para considerar que seu diagnóstico estava errado.

Eva contou sua história de vida bastante emocionada, demonstrando ter passado por dificuldades e momentos marcantes. Foi criada em orfanato, na antiga FEBEM, após ter perdido sua mãe com 1 ano e 9 meses. Seu pai, depois da morte da esposa, passou a beber demais e não a criou. Poucos anos depois, ele teve dois derrames (AVC), permanecendo acamado durante 14 anos até falecer. Eva fazia algumas visitas esporádicas a ele.

Com 11 anos, foi trabalhar em casas de família. Aos 12, foi acusada de roubo e perdeu o emprego. Explicou que a acusação fora injusta, tendo servido de represália por ter revelado segredos à patroa. Nessa época, trabalhava na casa de uma família, tomando conta de uma menina de dez anos. Seus pais eram donos de uma casa noturna em Porto Alegre. Seu patrão abusava sexualmente de sua filha e de Eva, a qual sofreu até tomar coragem de falar com a mãe da menina. Em resposta a essa atitude, foi acusada de roubo dentro de casa e perdeu o emprego.

Como não queria voltar para o orfanato, permaneceu um tempo na rua, onde as dificuldades seguiram. Acabou voltando. Depois disso, trabalhou em várias outras casas de família.

Ainda adolescente, casou pela primeira vez. Ficou com o companheiro aproximadamente 15 anos. Tiveram três filhos, atualmente com 17, 19 e 22 anos.

Além disso, Eva adotou uma menina que tem hoje 11 anos. O casamento não deu certo, pois seu marido era alcoolista. Eva explicou que tentou manter a relação durante vários anos, porém chegou em seu limite e tomou coragem para separar.

Após seis anos de separação, conheceu o companheiro atual – Rui. Decidiram que morariam juntos e Eva saiu de casa há quatro anos, deixando os filhos morando sozinhos. Desde então, manteve contato próximo com eles. O ex-marido paga as contas da casa dos filhos e Eva é responsável pelos gastos diários. E seu relato, Eva demonstrou que se arrepende de ter deixado os filhos sozinhos. Não acompanhou a adolescência deles, além de ter percebido que eles sentiram muito a sua falta. Há algum tempo, paga a filha mais nova, de 17 anos, para tomar conta da filha adotiva. Sua filha mais velha envolveu-se em prostituição, fato que, na época, preocupou muito a família. Eva relatou que foi muito difícil, mas conseguiu que a filha largasse essa profissão e também se afastasse do companheiro que a apoiava. A menina teve quatro filhos com esse companheiro antes de separar. Atualmente, vive com outra pessoa, que lhe auxilia a criar seus filhos. Eva gosta muito do novo genro, mas se preocupa com o fato de ele ser dependente químico. Compreende a situação dele, já que sua mãe também é dependente química e seu pai está preso há muitos anos.

A relação de Eva com o companheiro atual, de maneira geral, é boa. Ele também tem o hábito de beber. Em uma situação que ele chegou bêbado e agressivo em casa, Eva chamou a polícia e estava decidida a se separar. Depois disso, ele mudou seu comportamento. No passado, Rui era uma pessoa muito violenta, saía muito com prostitutas, bebia demais, o que lhe causou bastante confusão. Eva considera que ele mudou bastante após terem se conhecido e, apesar de ficar chocada com atitudes que sabe que ele já teve, pensa que não pode condená-lo agora que está mudado. Rui é separado e tem um filho que já está casado.

O casal planejou a gestação, já que estavam se sentindo sozinhos, só os dois em casa. Eva não tem relação próxima com seus irmãos e Rui também não encontra com frequência sua família. Quando suspeitou que estava grávida, Eva fez um teste e confirmou a gravidez. Porém, depois disso, ficou menstruada, o que levou o casal a pensar que tinham perdido o bebê. Eva foi ao médico e soube que a gravidez se mantinha, porém Rui demorou vários meses para acreditar. Ficaram muito contentes com a notícia de que era uma menina.

No pré-natal, recebeu o resultado positivo para HIV, que foi uma surpresa. Eva e Rui nunca tinha feito o teste antes. Rui submeteu-se à testagem após o diagnóstico de Eva, porém o resultado não havia chegado até a data da entrevista. Ela

ainda estava com dificuldade para assimilar a notícia, com esperanças de que se tratasse de um erro. Mesmo assim aderiu à profilaxia.

Eva tinha algumas suspeitas de que Rui havia se relacionado com uma pessoa soropositiva, mas ele sempre negou. O casal não costumava usar preservativo. Para ela, não seria uma surpresa muito grande o fato de Rui ter contraído HIV, em função de seu passado sexual. Eva não admite que tenha contraído o vírus de outra pessoa que não seja seu companheiro atual, pois isso significaria que seu passado também era condenável. Desta forma, estava certa de que, se o teste do Rui desse negativo, o seu diagnóstico teria sido um erro.