

# ENTRE A ACUSAÇÃO E ACEITAÇÃO: UM ESTUDO DAS PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A MULHER GESTANTE COM HIV/AIDS

---

Ana Paula Rangel da Silva

Lar Esperança – Casa de Apoio a Pessoas Positivas

e-mail: aprangel@bol.com.br

João Bôsko Hora Góis

Universidade Federal Fluminense

e-mail: jbhg@uol.com.br

**Resumo:** Este estudo tem por objetivo examinar as percepções de uma equipe de profissionais atuantes num serviço de atendimento especializado, em Campos dos Goytacazes (RJ) sobre mulheres com hiv/aids que engravidam. Dados para a pesquisa foram coletados através de entrevistas com nove profissionais que trabalham no serviço mencionado. As primeiras imagens da aids divulgadas pela mídia incidem na forma de pensar e agir dos profissionais e influenciam a forma como o atendimento é organizado e prestado a essas mulheres. Tal atendimento, embora incorpore vários avanços preconizados em documentos oficiais, ainda se apresenta como um espaço de possíveis discriminações e violações de direitos.

**Palavras-chave:** aids, maternidade, mulheres.

**Abstract:** This study aims at examining the perceptions about pregnancy among women living with hiv/aids held by professionals who work in a specialized health care unit in the city of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro state. Data for this research were collected by interviewing nine professionals who work in the above referred unit. The first images from the hiv/aids epidemic are strongly present in the professional perceptions and ultimately may contribute to lower the quality of the services provided. Such services do incorporate the best recommendations presented in official documents, but, at the same time, constitute a space where discrimination and rights violations may be taking place.

**Key Words:** aids, motherhood, women.

## Introdução

A maternidade – uma construção social que tem suas raízes fincadas em bases materiais e simbólicas – está no centro da definição dos papéis historicamente atribuídos às mulheres. Ainda que seja variável em função dos contextos históricos, sociais, políticos e econômicos cambiantes, o que poderíamos chamar de “ideologia da maternidade” tem constituído, por séculos, um pilar fundamental na formação e sustentação das formas de dominação de gênero. A maneira como a mulher desempenha seu papel de mãe, zela por sua prole e confere significados ao vínculo mãe-filho, contribui para a forma como as sociedades se organizam para produzir e reproduzir o binômio masculinidade/feminilidade e a desigualdade entre os sexos (Soihet, 2002; Perrot, 1991).

Ainda hoje repetimos que as mulheres têm como atributo natural a capacidade de amar incondicionalmente seus filhos, ainda que a história nos mostre que os sentimentos maternos são construídos socialmente (Badinter, 1985).

A família, com a estrutura e dinâmica interna como conhecemos hoje, teve seu início na Europa no final do século XVII e início do século XVIII. Desde então, vem se intensificando o seu recolhimento do espaço da rua em direção ao interior da casa, dentro da qual devem ser produzidos os sentimentos de intimidade entre os indivíduos que a habitam. Aos poucos, as mulheres se tornaram responsáveis pela vida doméstica, principalmente com os cuidados com a casa e com a criação moral e física da prole. As mulheres de todas as classes sociais foram cooptadas pelo ideal de “boa mãe”, tendo seus filhos como principal objeto de sua atenção. Não foi por acaso que no século XIX surge o médico como mais um personagem da história da família ocidental. O médico era cúmplice e conselheiro das mulheres que eram mães, e cabia a ele ensinar-lhes noções de higiene. É ele que passa a regulamentar o cuidado e a saúde das crianças (Ariés, 1981; Barbosa, 2001; Nunes, 1991).

Porém, cabe ressaltar que essa não era uma realidade possível para as mães pobres. Seus filhos trabalhavam sem que vissem a despedida da infância e contribuíam para o sustento da família. Suas moradias eram precárias e nelas não cabia a intimidade familiar como a que existia nas famílias abastadas. Essas mães não possuíam tempo para devotar cuidados especiais a seus filhos e, muito em função da situação material e da falta de condições de higiene, não conseguiam alcançar o tão valorizado ideal da maternidade.

No Brasil, a concretização de uma ideologia de gênero esteve fortemente associada com os interesses do capital o qual, reforçando nas mulheres o seu papel doméstico e familiar, se apropriava da sua força de trabalho. Ao longo da nossa história, as mulheres aumentaram significativa e gradativamente a sua atuação no mundo do labor; porém, permaneciam em situação desvantajosa em relação aos homens, tanto pelo recebimento de uma remuneração mais baixa como por ter que acumular tarefas profissionais e domésticas. Ao longo do século XX, o trabalho da mulher foi se tornando cada vez mais necessário para que a família pudesse se manter, mas do ponto de vista ideológico era necessário resolver o impasse entre conciliar o emprego e o cumprimento do dever familiar, preservando a divisão sexual na família. Assim, ele só era socialmente aceito se as mulheres mantivessem seus papéis de mãe e esposa e se preservassem sua feminilidade, e a renda derivada do seu trabalho fosse entendida como “complementar” à renda familiar (Hirata, 2010).

A partir das primeiras décadas do século passado, mas principalmente a partir de 1930, o governo brasileiro passou a intervir cada vez mais na vida familiar objetivando promover uma “organização familiar saudável” e “moralmente adequada”. Para atingir esse fim, investiu fortemente na disseminação de padrões burgueses de higiene e moralidade. Apoiado no discurso higienista, pregava a necessidade de que todas as pessoas se casassem para melhor preservar a saúde pessoal e a ordem pública. Ao mesmo tempo, o Estado promulgava leis que regulamentavam o trabalho de mulheres e crianças, o que refletia um novo consenso: *proteger a infância*. Com isso, passava a ser um direito e responsabilidade do governo o controle sobre a forma como as famílias cuidavam de seus filhos. A missão de difundir essas ideias foi dividida com instituições governamentais, por meio de profissionais de saúde, professores e assistentes sociais, entre outras categorias que assumiram a tarefa de ajudar a educar mães pobres e proteger crianças de famílias menos favorecidas. Para além do humanitarismo estavam em causa as ideias sobre a necessidade de evitar que as futuras gerações se tornassem maléficas à sociedade.

Embora algumas décadas nos separem daquele momento histórico, essas ideias estão fortemente presentes entre nós. Profissionais dos serviços de saúde, por exemplo, parecem ainda imbuídos da missão outorgada pelo Estado a eles há muitos anos atrás. Tendo coletivamente incorporado quadros mentais nos quais as imagens da mulher grávida são associadas a uma família “bem estruturada” e “saudável”, como estes profissionais têm

lidade com uma mulher e uma gravidez – aquela marcada pelo signo do hiv – socialmente vistas como “doentes”?

O crescente número de mulheres soropositivas que engravidam tem conduzido à adoção de medidas institucionais centradas em possíveis falhas no aconselhamento dos usuários quanto ao uso de preservativos em todas as relações sexuais. Tais medidas, com frequência, não consideram que muitas dessas mulheres estavam grávidas pela segunda ou terceira vez e têm consciência sobre sua sorologia positiva e riscos de transmissão do hiv para o bebê<sup>1</sup> (Cavalcante *et col.*, 2008; Melo *et col.*, 2005; Faria e Piccinini, 2010; Moura e Praça, 2006). Portanto, em grande parte, essas medidas negam a intencionalidade daquelas que optam por engravidarem em função do conhecimento que têm da grande possibilidade de terem filhos saudáveis, caso se submetam aos procedimentos necessários para profilaxia da transmissão vertical do hiv. Igualmente, não levam em conta que tais mulheres podem viver a “gravidez soropositiva” de forma tranquila e feliz.

Ao mesmo tempo, ainda são abundantes os relatos de que a condição de gestante de mulheres vivendo com hiv constitui um elemento que, muitas vezes, modela negativamente os modos como se processa a inserção delas nas instituições destinadas a prestar serviços de saúde.

Partindo desse conjunto de questões, esse artigo tem por objetivo examinar as percepções de profissionais de saúde sobre mulheres soropositivas que engravidam. Para tanto, desenvolvemos um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa junto aos profissionais atuantes no chamado Projeto Materno-Infantil (Promai) do SAE (Serviço de Atendimento Especializado). Tal projeto – que é parte do Programa DST/Aids, da cidade de Campos dos Goytacazes – acompanha gestantes soropositivas e crianças no setor pediátrico até que recebam resultado conclusivo da sorologia para o hiv.

Os dados principais para esse artigo foram coletados por meio de entrevistas com os membros da equipe do Promai. As entrevistas buscaram capturar as percepções das profissionais sobre as mulheres soropositivas grávidas e outros temas adjacentes. As entrevistas, que foram gravadas, foram feitas no prédio que abriga o Promai, com nove dos seus membros.

---

<sup>1</sup> Cabe ressaltar que a probabilidade de transmissão do hiv para o feto durante a gestação, sem que tenha havido a adesão das gestantes às medidas profiláticas disponíveis, varia de 25% a 30%. Os riscos reduzem dramaticamente quando tal adesão ocorre, variando entre 0% a 2,0%. De forma geral, nos últimos anos, temos assistido a um crescente sucesso das estratégias de redução da transmissão vertical do hiv. (Cavalcante *et col.*, 2008; Melo *et col.*, 2005).

Não foi possível entrevistar dois profissionais: uma que estava em licença-prêmio e outro – o único profissional do sexo masculino – alegou não ter tempo livre para conceder a entrevista.

A equipe do Promai (assistente social, médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico e técnico de enfermagem) é constituída por onze mulheres e um homem. Não houve intencionalidade por parte da Coordenação Municipal de DST/Aids em formar uma equipe de atendimento à gestante predominantemente feminina. A média de idade das nove profissionais entrevistadas é de 34 anos, o que permite dizer tratar-se de um grupo jovem. No que diz respeito ao tempo de trabalho com hiv/aids no SAE foi verificada a existência de um intervalo que vai de 6 meses à 6 anos. Tal dado permite inferir que a maioria dos entrevistados conhece relativamente bem a clientela com que trabalha e, por esse motivo, tem condição para falar sobre hiv/aids e mulheres soropositivas grávidas, principal foco deste trabalho. No que toca à escolaridade das entrevistadas, cinco têm terceiro grau, sendo uma com cursos de especialização e uma com doutorado; duas concluíram o ensino médio e duas possuem curso técnico. Quanto à religião, três entrevistadas são católicas, três são evangélicas, uma é espírita e duas informaram que não são adeptas de qualquer religião.

Quanto à situação empregatícia, oito das nove profissionais não têm estabilidade por serem contratadas pela Prefeitura de Campos, ao contrário de uma que prestou concurso público. Além da estabilidade, concursados têm melhores salários, mesmo trabalhando na mesma função dos contratados. Isso gera algum grau de desconforto. Porém, foi observado que esse fator não desestimula o conjunto da equipe. Todas reportam gostar do trabalho que desenvolvem. Todas as profissionais que trabalham no SAE receberam orientações sobre aids por profissionais mais antigos no atendimento ao soropositivo ou participaram de cursos, conferências e congressos.<sup>2</sup> Apesar disso, as suas percepções sobre o hiv/aids, as pessoas que vivem com eles e sobre a gravidez de mulheres infectadas, ainda são muito baseadas no que observaram no dia a dia profissional. Todas as entrevistadas têm algum grau ou tipo de contato – seja no acompanhamento de pré-natal, na profilaxia da transmissão vertical do hiv ou no pós-parto – com as mulheres gestantes que podem influenciar de alguma forma o seu

---

<sup>2</sup> Eles aprendem sobre o que é chamado pelo Estado como 'acolhimento'; e, acolher pessoas com hiv significa explicar-lhes sobre o vírus e sobre cuidados para manutenção ou recuperação da sua saúde, objetivando estimular essas pessoas a darem continuidade as suas vidas, apesar da infecção. Esse discurso funciona tanto como apoio àqueles que estão angustiados diante da confirmação de estarem com hiv quanto como forma de incentivo à realização de exames periódicos e, principalmente, ao não abandono do tratamento. O treinamento ocorre por recomendação de gestores municipais e estaduais.

atendimento. “Contato com a gestante” é aqui entendido como qualquer interação entre profissionais e usuárias envolvendo desde ações aparentemente muito simples como a entrega de medicamentos, até as mais complexas como as consultas.

Para proceder à leitura dos dados foi utilizado o método de análise temática visando detectar as questões expressas nas entrevistas sobre a relação entre sorologia positiva para hiv e gravidez. Buscamos significados das falas dos profissionais por meio do diálogo com os dados, observando repetições e estranhamentos.

## **Percepções sobre a gravidez em mulheres vivendo com hiv/aids**

As formas de entender a gravidez de mulheres vivendo com hiv/aids são fortemente influenciadas – para além do que dissemos anteriormente sobre as relações entre mulher, maternidade, família e saúde – pelas formas como as doenças epidêmicas, particularmente aquelas que se expandem por via sexual, são vistas na nossa imaginação coletiva: notadamente por um viés moralista-culpabilizador e por um viés racionalista sobre as relações entre sexualidade, prazer e risco. Tais vieses geralmente produzem uma divisão entre “infectados inocentes” e “infectados culpados”. Os primeiros são tomados como vítimas de uma situação sobre a qual não possuíam controle o que os torna, portanto, merecedores de atenção e piedade. Já os segundos são percebidos como responsáveis pela situação em que se encontram, vista como decorrência de seu comportamento inadequado em diferentes campos, a exemplo da vida sexual. Mais ainda, sobre eles incidem acusações de caráter religioso que equalizam doenças com castigos divinos.

A aids é um caso exemplar desse processo. Embora ela tenha se espraçado no debate público em um momento em que a comunidade médica já conhecia aspectos importantes das suas formas de transmissão e controle, foi grande a profusão de imagens que se assemelhavam àquelas de outras doenças, cujo surgimento em séculos passados fora explicado pela via religiosa-moralizante. Assim, a difusão da sua existência foi cercada pela produção de imagens que a associavam ao sexo, contágio, crime, castigo e morte. No que pesem os esforços para a alteração desse quadro, sabe-se que muitas dessas imagens, em maior ou menor grau, permanecem conosco – leigos e letrados sobre a questão – até os dias de hoje.

Esse quadro perceptivo modelou distintas formas de proteção social, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, caracterizadas por maior ou menor atenção aos afetados pela doença. Modelou também a institucionalização de modelos assistenciais inclusivos além de formas extremamente severas de violação de direitos que culminaram na morte de muitas pessoas. (Góis, 1999) Esse *mix* de imagens e práticas também vai ser observado, em alguma medida, entre as profissionais entrevistadas.

Antes da experiência profissional com pessoas vivendo com hiv/aids no Promai, a maioria das profissionais relatou que via a doença como sinônimo de morte. Essa percepção se deve às notícias difundidas sobre ela no início dos anos 1980, quando surgiram os seus primeiros casos. As imagens de que as pessoas com hiv/aids invariavelmente iriam morrer foram reproduzidas por gerações mais recentes. Não surpreende, portanto, que as entrevistadas tenham expressado que, antes do trabalho no SAE, tendiam a relacionar a doença à má aparência física (debilidade, incapacidade de locomoção, emagrecimento acentuado etc.) e se surpreendiam por não saber diferenciar pessoas infectadas das pessoas não infectadas pelo hiv.

Outra percepção presente entre alguns profissionais era a associação entre a doença e grupos específicos, notadamente os “chamados grupos de risco” (homossexuais, prostitutas, usuários de drogas, “pessoas promíscuas”, “mulheres da vida” etc.). Uma das profissionais entrevistadas afirma que antes de trabalhar no SAE “achava que pegava aids quem era prostituta, homossexuais e usuários de drogas”. Hoje, para ela, “não é assim... [pois] a gente vê que tem aqui mulheres de família, casadas, direitas, né?” O posicionamento dela expressa bem o fenômeno da convivência “do novo” com “o velho”, “da mudança com a permanência”. Isso porque, enquanto de um lado ela declara a superação da visão de que a aids era uma doença de grupos específicos e apartados; ao mesmo tempo, ela continua a perceber os infectados e doentes como “outros(as)”, como “as não casadas”, “as não direitas”. A persistência desse tipo de lógica analítica possivelmente interfere em alguma medida no trato com as mulheres que chegam ao SAE.<sup>3</sup>

A persistência do pensamento preconceituoso pode ser atribuída a diferentes fatores. Talvez o mais importante seja a tendência dos indivíduos em selecionar dentre as explicações constantes aquelas que lhes são mais confortadoras e as excluem do perigo. Isso, por sua vez, no caso em estudo,

---

<sup>3</sup> Nenhuma entrevistada falou sobre o impacto principal do preconceito: o sofrimento e as dificuldades que ele traz para a vida daqueles vivendo com hiv/aids. Esse silêncio contribui para que se levantem dúvidas sobre a real aceitabilidade das mulheres grávidas vivendo com hiv.

pode estar associado às campanhas de prevenção em massa veiculadas ao longo dos anos 1980 e 1990, que culpabilizavam grupos específicos e reproduziam e alimentavam antigos e novos preconceitos. Três entrevistadas têm a lembrança de terem ficado assustadas com o anúncio da morte por aids nas décadas de 1980 e 1990, em campanhas de prevenção, e de terem ficado mais calmas por não pertencerem aos considerados “grupos de risco”. Esta atitude confirma a ideia de que a aids frequentemente era vista como “problema do outro” e que está distante dos que se consideram não vulneráveis a ela.

A inserção profissional em um ambiente no qual todo o tempo circulam pessoas com hiv/aids parece ter exercido um papel relevante na transformação dessas percepções. A maioria das entrevistadas afirma que a partir do momento em que começaram a trabalhar no Promai convenceram-se que não existem grupos específicos mais vulneráveis que outros. Ao mesmo tempo passaram a incorporar a ideia de que o comportamento de risco deixa qualquer pessoa vulnerável a contrair o hiv.<sup>4</sup> Mais ainda, apoiadas na ideia de que “estar com aids não significa estar condenado à morte”, a certeza da letalidade da sorologia positiva para o hiv foi substituída pela convicção da sua cronicidade desde que ocorra um alto grau de adesão ao tratamento.

Essa ideia da aids como uma doença crônica, estável, controlável etc. que permeia o discurso dos entrevistados, deve ser vista, porém, com cuidado. Embora ela não seja necessariamente incorreta, a sua materialidade está condicionada a uma série de fatores físicos, econômicos, institucionais, psicológicos etc., extremamente complexos. Ainda que bastante datada, ainda nos parece válida a análise de Richard Parker sobre a essa questão:

(...) a aids está longe de se tornar uma doença crônica, como o diabetes. É uma das enfermidades mais sérias e graves que existem e, lamentavelmente, uma das epidemias mais sem controle no mundo. Sim, o Brasil fez grandes avanços nos últimos anos, mas sucesso é uma palavra que usamos de maneira relativa. Ele é sempre vulnerável ao retrocesso, ainda mais se tratando de aids. (O Estado de S. Paulo, 06/12/04)

---

<sup>4</sup> Tal convencimento nos parece equivocado. Embora, de fato, não faça sentido mais falar em “grupos de risco” na acepção que essa expressão assumiu na década de 1980; por outro lado, não se deve esquecer que os homossexuais são ainda, desproporcionalmente, os mais atingidos pela epidemia. Esquecer tal dado tem, em geral, implicado em não investir, em quantidade e qualidade, nas ações preventivas e assistenciais para esse segmento.



Se as entrevistadas olham hoje para o hiv e a aids com certa condescendência e falam deles com um tom de esperança, no que diz respeito a quem vive com esse vírus ou é acometido por essa doença, a perspectiva é diferente. Uma das imagens mais vívidas que elas têm de tais pessoas é a de que elas, através da doença, buscam escapar das suas obrigações cotidianas, principalmente as de ordem profissional. Para muitas entrevistadas, mesmo com a melhora física, que pode ser comprovada com o acompanhamento do resultado de exames de CD4/CD8 e carga viral, pessoas com hiv/aids não buscam mais trabalho. Isso porque, como afirma uma profissional, “existem algumas pessoas muito preocupadas com o preconceito. Outras já usam a doença para se mostrarem pobres coitados. Usam a doença para serem beneficiados”. Mais ainda, algumas entrevistadas referem que o acesso a certos benefícios sociais cria para algumas das pessoas, principalmente para aquelas em situação de extrema pobreza, um processo de ascensão social que desestimularia a inserção no mercado de trabalho. Esta suposta atitude dos(as) pacientes recebe total desaprovação das entrevistadas que a associam, além da preguiça, à falta de honestidade. Podemos dizer que nossas informantes estão imersas em um processo complexo, amplamente presente em diferentes sociedades: o de culpar as vítimas. Além disso, podemos dizer que as entrevistadas estão impregnadas por um discurso antigo, mas ainda corrente, sobre o valor e a necessidade do trabalho para a construção do indivíduo-cidadão ao conferir a ele condições materiais de subsistência e dignidade. Esta lógica floreada sobre a dignidade do trabalho é uma ilusão convenientemente orquestrada e empregada para ludibriar os trabalhadores ao longo de várias gerações. Esse tipo de percepção não se restringe ao grupo pesquisado. Ao contrário, ele parece ter uma presença generalizada em nossa sociedade, como se pode ver, por exemplo, nas discussões recentes sobre os beneficiários de programas de transferências de renda muitas vezes vistos como indolentes e usurpadores dos recursos estatais. Na base desse tipo de percepção está uma visão extremamente conservadora que associa direitos sociais, direitos humanos e mesmo o direito à vida à noção de mérito. A política de cotas para estudantes negros nas universidades públicas constitui outro bom exemplo desse processo como se pode ver nas críticas dirigidas a ela por diferentes pesquisadores.

O mesmo tom analítico persiste quando as entrevistadas se referem ao comportamento dos(as) usuários(as) frente à doença, muitos dos(as) quais descritos(as) como revoltados(as), agressivos(as), inconformados(as) com a necessidade de ter que tomar os remédios e vir frequentemente à

farmácia, frios(as) e muito negativos(as). O diagnóstico apresentado pelas entrevistadas sobre essa questão não é necessariamente incorreto no que diz respeito à caracterização imediata das condutas aparentes dos pacientes. Contudo, ele se mostra superficial no que tange à explicação dessas mesmas condutas, geralmente vistas como naturais. A revolta e a angústia podem ser alguns dos muitos sentimentos gerados pela doença e estão relacionados aos limites que ela impõe aos por ela afetados. Talvez por esse motivo eles tendam a se isolar e se “autodiscriminar” como citaram alguns entrevistados o que pode, por sua vez, impedi-los de buscar algum tipo de ocupação. Cabe lembrar aqui também que a pessoa com hiv/aids vive um duplo sofrimento: de um lado, o sofrimento físico causado por uma doença que mesmo com os avanços da medicina e a chegada dos chamados antir-retrovirais ainda pode trazer implicações sérias ao corpo e, de outro lado, talvez ainda mais devastador, o sofrimento social pelo olhar excludente dirigidos a ela.

São essas percepções gerais sobre a doença e sobre a pessoa com hiv/aids que cercam as percepções mais específicas sobre as mulheres soropositivas. Por isso, não causa estranheza que as percepções da equipe sobre a gravidez de mulheres com hiv/aids transitem em terreno bastante instável onde se cruzam indignação, culpabilização e defesa de direitos.

A primeira coisa a se ressaltar é o fato de as profissionais se surpreenderem com o aumento do número de casos de gravidez entre mulheres com hiv, principalmente aquelas que são referidas por elas como “mulheres direitas”: as casadas ou as que mantêm relacionamento estável. Embora essa surpresa possa expressar preocupação com o avanço da doença na população feminina, por outro lado, tendo em vista que esse fenômeno já não é tão recente, pode também indicar certo desconhecimento da história natural da doença e da sua penetração cada vez mais intensa entre grupos femininos mais vulneráveis, notadamente as mulheres negras.

Verificamos também uma tendência das entrevistadas a verem essas mulheres como “vítimas” de “seus maridos infiéis que as infectaram”, pois, “muitas dessas mulheres entram sem querer... está casada há sei lá quantos anos e, de repente, o marido trai e leva o vírus para casa. Ela estava dentro de casa!” Esta tendência de classificar certas usuárias do Pro-mai como vítimas, como de praxe e como nos anos iniciais da epidemia, é construída através da oposição delas com usuárias que, em função do seu comportamento, foram infectadas “por culpa própria”, pois, para as entrevistadas, “têm àquelas que estavam tranquilas, em casa” assim como

“têm outras que procuraram”. Em resumo, para algumas entrevistadas ainda existe a mulher direita e a mulher errada. A que merece ser punida e a que é simplesmente vítima.

Certamente que na vida há causas e efeitos.

Se hoje você é portadora foi porque você procurou uma causa no passado e como efeito adquiriu o hiv.” Ou seja, “são efeitos que você mesmo trouxe para si, por causas que criou; aí, você contrai a doença e quer culpar o mundo?” Tem umas que aceitam bem, reconhecem, “ah, mas a vida que eu levava...”; e outras não. Elas sabem... elas reconhecem a vida que levavam, né? Algumas falam que agora não, mas que antes levavam uma vida promíscua. Outras ficam depressivas, angustiadas porque foram infectadas pelos maridos. Mas a maioria nem sabe nem se foi do primeiro, do segundo, do terceiro marido, que contraiu (aids)!

Um dos problemas desse processo de diferenciação no qual a “culpa” é a chave analítica principal, é que nem mesmo as mulheres ditas ‘honestas’ estão imunes a terem a sua vida posta sob suspeita. Isto porque a ideia de “mulher honesta” que parece circular entre algumas entrevistadas é por demais restrita e, aparentemente, excludente daquelas que, por exemplo, se casaram por mais de uma vez. Isso parece estar relacionado a uma concepção tradicional de família, entendida como aquela monogâmica, nuclear e, principalmente, formada para durar para sempre.<sup>5</sup>

Circulando nessa cornucópia de ideias sobre doenças, comportamentos, merecimento e culpa, a maioria das entrevistadas desaprova a gravidez de mulheres que vivem com o hiv. Tal posição se apóia na premissa de que elas podem fazer mal a si mesmas uma vez que a gravidez poderia sobrecarregar os seus corpos já afetados por uma doença basal.<sup>6</sup> Também são contra porque creem que essa mesma gravidez poderá trazer danos para a criança, uma vez que a medicina não possui procedimentos totalmente seguros para impedir a transmissão vertical do vírus. Daí porque para certas profissionais do SAE, “em princípio ela, a mulher com hiv, não deveria engravidar” tanto mais quando, supostamente, teriam acesso a “preservativo, pílula, injeção”. Como afirmou uma entrevistada,

<sup>5</sup> Embora as entrevistadas tenham dito que a experiência adquirida junto ao SAE mudou os seus olhares sobre a aids, parece que tal mudança foi ou pequena, ou circunstancial ou ainda excludente de alguns “tipos de mulheres”.

<sup>6</sup> A literatura sobre transmissão vertical não confirma a percepção, bastante generalizada, de que a gravidez em mulheres com hiv pode exercer um impacto negativo nas condições de saúde delas. (Melo et col, 2005).

Tem outras formas de você realizar o sonho da maternidade, né? Adotando! (...) eu penso que particularmente, é uma covardia. Acho que a criança já nascer com essa carga para ela é uma covardia. Eu não teria coragem de engravidar nessas circunstâncias. Mas fazer o quê? Eu só lamento por essas crianças.

Essa oposição à gravidez feminina tem sua expressão mais forte quando se invoca questões de ordem legal as quais equalizam a gravidez de mulheres com hiv com ilicitude, conforme explicitado na fala abaixo:

Como aborto é um crime, eu, na minha opinião como pessoa, acho que engravidar com hiv também deveria ser um crime! (...) a não ser, assim, a mulher que está grávida e descobriu na gravidez... aí, é diferente, né? Agora, se já são pacientes, já tomam os remédios, sabe como que é o sacrifício da vida deles, né? Tem momentos em que eles estão péssimos, estão de cama, né? Estão naquela decadência!

Apesar da contrariedade e desconforto que sentem frente ao que consideram “egoísmo”, “irresponsabilidade” ou “ilicitude” da mulher grávida com hiv/aids, as profissionais dizem não deixar transparecer sua opinião para as usuárias por acreditar que a gravidez é um direito delas. Inicialmente isso pode parecer questionável. Contudo, substantiva literatura sobre percepções a respeito de grupos minoritários e intervenção profissional não apoia qualquer relação linear entre preconceitos dos agentes institucionais e falta de respeito aos usuários pertencentes a tais grupos. (Rondahl, Innala, Carlsson, 2004; Bem-Ari, 2001; Lohrmann *et col.* 2000) As entrevistadas tendem a destacar a correção da sua conduta ética através do silêncio em relação às mulheres grávidas com hiv que chegam ao SAE.<sup>7</sup> Contudo, nem sempre esse silenciamento significa respeito e acolhimento nem tampouco se consegue que ele seja mantido por tempo indeterminado. Mais ainda, ele pode ser claramente substituído por admoestações verbais clara e incisivamente dirigidas às mulheres.

Amanhã elas estão a falecer e fica uma criança órfã aí. Eu fico apavorada!!! Quando eu tenho intimidade com algumas eu mesmo falo: “você estão doidas? Vocês não têm noção do que estão fazendo?” É muito complicado.

---

<sup>7</sup> Como as opiniões das profissionais contrárias à gravidez são percebidas pelas mulheres, que sentimentos geram nelas e como podem afetar negativamente a adesão ao tratamento? Essas são algumas perguntas que devem ser feitas em estudos posteriores.

Ainda aqui cabe destacar que as críticas, explícitas ou veladas às mulheres grávidas, são cercadas pela descrença das profissionais nas razões apresentadas (geralmente agrupáveis sob a rubrica de “acidente”) por algumas usuárias que não planejavam ficar grávidas. Essa descrença deve ser pensada como mais um componente da percepção que elas têm sobre a mulher gestante soropositiva: a “insensata mentirosa”.

Em meio a um alto e intenso grau de discordância, algumas poucas entrevistadas demonstram ser favoráveis à gravidez da mulher soropositiva. Em suas falas, elas ressaltam a existência dos recursos profiláticos para evitar a transmissão vertical, o acesso à orientação e o usufruto de um direito – da mulher e do casal vivendo com hiv – o qual os profissionais “não podem ficar fazendo vista grossa”. Mas, mesmo dentro desse diapasão, observam-se ressalvas notadamente quando entra em discussão a capacidade financeira e emocional das usuárias de levarem a cabo uma gestação sadia e de criarem seus filhos de forma adequada.

Em meio às posições favoráveis e contrárias ficam evidentes as dificuldades da equipe do SAE em trabalhar uma proposta de planejamento familiar que, desde uma perspectiva democrática, esclareça as usuárias sobre as implicações da gravidez, ouça as suas dificuldades em negociar o uso do preservativo com o parceiro e as permitam falar dos seus desejos de serem mães. Somente após a gravidez confirmada ela passa a ter importância para a equipe técnica, já que gerou um “inocente” o qual tal equipe tem o dever de “salvar”. Esta parece ser a visão que, em maior ou menor grau, permeia o atendimento à gestante com hiv/aids. Percebe-se aqui a reprodução e pouca importância dada à mulher na história dos serviços de saúde. Ela tende a somente se tornar visível e alvo de ações pela via da maternidade.<sup>8</sup>

Assim como em relação às mulheres em geral, as entrevistadas separaram as mulheres grávidas soropositivas em grupos: aqui elas ou são vítimas ou são irresponsáveis por terem engravidado. As que não sabiam ser soropositiva quando engravidaram são vistas como vítimas da infidelidade do marido, portanto, merecendo apoio. Já as que engravidaram sabendo da sua condição são vistas como recalcitrantes uma vez que, segundo as entrevistadas, elas recebem amplas informações quanto ao uso do preservativo a fim de que seja prevenida a recontaminação e a subsequente

---

<sup>8</sup> Contudo, podemos também afirmar que, de uma maneira geral, a gravidez de mulheres soropositivas incita as profissionais do Promai a refletirem sobre o direito das mulheres ali atendidas a tomarem suas próprias decisões a respeito do seu corpo.

elevação de cópias de carga viral que leva à baixa imunidade e ocasiona o surgimento de doenças oportunistas.

A discussão sobre a opinião contrária da maioria das entrevistadas sobre a gravidez de mulheres soropositivas nos remete a questões complexas sobre as particularidades da sexualidade brasileira e sobre o contexto sexual e as condições de vulnerabilidade socioeconômicas nas quais a maioria das mulheres vive. A respeito de tais condições Paim (*apud* Dias, 1998: 56) diz que “ser mulher nos grupos populares significa incluir a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito deste universo simbólico.” As meninas, desde muito cedo, são preparadas para a maternidade por meio do cuidado com irmãos menores e da realização de atividades domésticas para auxiliar suas mães. “A gravidez e a maternidade são vividas não apenas como processo corporal, mas como a atribuição de status superior à mulher.”

Paiva corrobora esta análise quando diz que “querer ter filhos é um desejo legítimo de homens e mulheres: quer por razões religiosas, para dar sentido à vida, por causa das normas para os gêneros em que foram socializados, para a construção da sua identidade feminina ou viril.” (Paiva, 2002: 21).

Pesquisas com mulheres-mães de classes populares, inclusive aquelas grávidas e com hiv, têm reafirmado um perfil marcado pelo desemprego ou emprego precário voltado para sanar dificuldades financeiras emergenciais; pela predominância do exercício de atividades domésticas; pela baixa escolaridade; por um cotidiano voltado para cuidados com os filhos e maridos, reafirmando a construção da identidade feminina nos grupos populares associada à esfera doméstica; pela prevalência das solteiras, sugerindo um alto grau de abandono dos homens-pais ao longo da gestação ou após o nascimento de seus filhos (Cavalcante *et col.*, 2008; Spindola e Alves, 1999; Moura e Praça, 2006). É de mulheres com esse perfil que as profissionais do SAE parecem cobrar um tipo de conduta que nem mesmo mulheres de grupos sociais menos vulneráveis conseguem adotar.

Além disso, no que pesem as afirmações sobre o repasse de informações às usuárias, constatamos que o trabalho realizado não é exatamente muito consistente. Após a inscrição de homens e mulheres com hiv/aids no Programa DST/aids municipal o objetivo principal da equipe é controlar níveis de CD4/CD8 e da carga viral, assim como tratar doenças oportunistas e auxiliar essas pessoas com suporte psicológico e social para que possam aderir ao tratamento e conviverem com a doença da melhor maneira pos-

sível. Quanto à vida sexual de homens e mulheres a orientação é única: é necessário usar preservativo em todas as relações sexuais para não haver recontaminação pelo hiv. Contudo, muito pouco, quase nada é discutido em relação à dificuldade da mulher em negociar o uso do preservativo com seu parceiro. Igualmente, o desejo da mulher ou do casal em ter filhos quase não aparece nos consultórios do SAE.

Esse silêncio sobre as relações entre hiv, prevenção, sexualidade e saúde reprodutiva parece estar relacionada com receios dos profissionais de que o seu aconselhamento possa ser visto como uma forma de estímulo às práticas sexuais entre pessoas que, na imaginação social, devem esquecer o intercurso sexual. Em função disso, tais profissionais tendem a se trancar em um discurso hermético e a assumir uma postura autoritária a qual supõem será capaz de fazer os usuários manterem-se afastados das práticas sexuais sem uso de preservativo e aderirem aos preceitos que lhes são apresentados. Tudo isso deriva em parte do fato de que, como lembra Paiva (2002: 15),

a sexualidade e as intenções reprodutivas [das pessoas com hiv] permanecem encaixadas nos estereótipos de promiscuidade construídos no início da epidemia - homossexuais e travestis, usuários de drogas, trabalhadores do sexo e promíscuos - que segundo a tradição judaico-cristã não devem ter filhos.<sup>9</sup>

A estigmatização e a conseqüente violação dos direitos de pessoas de camadas populares atendidas pela rede pública de saúde, a despeito da condição sorológica para hiv, permanecem como um “dado” naturalizado presente nas atitudes dos profissionais e na normatização dos modelos de assistência. O estigma é empregado para estrategicamente produzir e reproduzir relações e desigualdades sociais, legitimadas por saberes técnicos e pelas suas “estruturas de verdade”, transformando diferenças em desigualdades de classe, de gênero, de idade, raça, etnia e orientação sexual. Dito de forma mais concreta, o estigma é empregado por atores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro de estruturas de desigualdade social

---

<sup>9</sup> As esposas e mães de família e os seus maridos, na década de 1980, não se encaixavam no perfil tradicional das pessoas afetadas por doenças epidêmicas de corte sexual como a aids. Essa percepção parece persistir, ainda que seja negado, dentro dos serviços de saúde, uma vez que, no que pesem os inúmeros avanços, “homens e mulheres se encaixam no perfil “mãe/esposa” e “pai/esposo” raramente recebem atenção quanto à sua vulnerabilidade ao hiv no sistema de saúde (não recebem indicação de teste anti-hiv no pré-natal)”. Simultaneamente, indivíduos com hiv/aids raramente são pensados como pais, mães e cônjuges (Paiva, 2002:15).

existentes. É isso que parece acontecer em boa parte da relação entre as usuárias do SAE e as entrevistadas.

## Considerações Finais

A gravidez de mulheres vivendo com hiv/aids evoca questões em diferentes níveis analíticos e interventivos. A primeira delas diz respeito à força das imagens expostas publicamente e incorporadas por diferentes agentes profissionais.<sup>10</sup> Imagens essas que podem ser negadas, assumidas ou, em maior frequência, relativizadas. Seja lá como for, elas devem ser sempre objeto de reflexão. Sem dúvida, como afirmamos antes, não há uma transposição direta das percepções negativas de uma corporação em relação a grupos minoritários e o exercício das suas atividades profissionais. Isso, contudo, não descarta a correlação entre essas duas variáveis o que, no caso em estudo, pode ter implicações muito sérias para a saúde tanto das mulheres grávidas com hiv como dos seus filhos. Esse risco aumenta quando se leva em consideração as condições gerais do sistema de saúde.

A segunda questão a ser levantada diz respeito aos limites dos programas de atenção à maternidade de mulheres com hiv/aids no Brasil, muitos dos quais se expressaram na experiência pesquisada. Dentre eles, podemos destacar a cobertura parcial; baixa qualidade de assistência no pré-natal; pouca agilidade de boa parte das unidades de saúde de todo país em realizar o teste anti-hiv nas gestantes, gerando atrasos no diagnóstico e início de procedimentos preventivos da transmissão vertical; realização em grande escala do teste rápido no momento do parto, mascarando a necessidade de ampliação dos serviços de atendimento pré-natal. Em suma, observa-se a dificuldade de equilíbrio entre as demandas da população feminina soropositiva e a maneira como os serviços de saúde se organizam para atendê-las. No município de Fortaleza, por exemplo, Cavalcante *et col.* (2008: 477) identificaram

---

<sup>10</sup> Uma das mais fortes é a da mulher irresponsável. Certamente que em um contexto de isolamento e estigmatização elas podem sucumbir e apresentar comportamentos catalogáveis como “negligentes”. Entretanto, estudos mostram que a maior parte das mulheres grávidas que estão infectadas pelo hiv são muito responsáveis com o tratamento profilático e com o seu próprio tratamento visto como essencial para que possam exercer as funções maternas. Trata-se de mães que constituíram um forte vínculo com seus filhos e que se preocupam com o futuro deles no que toca a uma eventual infecção e ao curso das suas vidas em geral. (Moura e Praça, 2006; Faria e Piccinini, 2010). Sobre essa questão Moura e Praça (2006:411) afirmam que as mulheres do seu estudo “que não estavam fazendo uso de medicamentos antirretrovirais aceitaram realizar o tratamento médico no período gestacional.” Esse dado, afirmam elas, “mostra que essas mulheres procuraram acompanhamento médico porque se sentiam preocupadas com a saúde do filho que estavam gerando. Tinham como objetivo esforçar-se ao máximo para que seu bebê nascesse soronegativo para o hiv e, para que elas próprias se mantivessem saudáveis para poderem cuidar da criança e de seus outros filhos.”



nas diferentes unidades de saúde, de referência ou não [inúmeras] falhas em várias etapas das estratégias de controle da transmissão vertical do hiv; encontrou-se elevado número de mulheres que não tiveram acesso às diferentes estratégias para a redução da transmissão vertical, especialmente entre aquelas que engravidaram sem conhecimento de seu status sorológico(...).

Outras falhas foram identificadas por Barroso e Galvão (2007) como o não cumprimento de todas as recomendações e intervenções preconizadas para o pós-parto.

Vimos que são inúmeras as razões pelas quais uma pessoa com hiv engravida e algumas vezes esquecemos que ela, independente dos seus status sorológico, é uma mulher. Não fazemos aqui referência à sua suposta condição natural de “fêmea”, mas às pressões culturais que encara no dia a dia para cumprir o seu “destino social” de ser esposa e de ter filhos para dar continuidade a si mesma e à a sua família. Além disso, no caso das mulheres pobres, incidem as desigualdades econômicas e de gênero. Quando a mulher contrai hiv ela parece ficar “isenta” socialmente de ser responsável por novas gerações, tendo em vista que pode gerar crianças doentes. Mas, se existe a possibilidade de tê-las com grande possibilidade de serem saudios, por que elas não engravidariam?

A promessa médica de ter uma “vida normal”, apesar do hiv, caso adira ao tratamento corretamente, faz com que elas tenham vontade de comprovar para si mesmas que a vida continua. Gerar uma criança saudável pode ser considerado uma prova disso.

O discurso da equipe do SAE/ Promai frequentemente repassado para os usuários é o de que “pessoas com hiv/aids podem ter uma vida normal, como qualquer pessoa que tem uma doença crônica”. Mas, então, porque há estranhamento por parte dessa equipe quando a mulher soropositiva engravida? Este estranhamento advém de quais questionamentos?

Uma resposta a essas questões pode ser a “persistência do silêncio”. Este tema não é discutido entre os profissionais da equipe do SAE e não é feita abordagem do assunto de maneira espontânea com usuárias do serviço. Com o aumento do número de gestantes “reincidentes” torna-se curioso o fato de os profissionais continuarem não abordando assuntos como o melhor momento para uma gravidez, caso a mulher deseje um ou mais filhos. Diversas razões parecem contribuir para tanto: (a) os profissio-

nais não recebem treinamento suficiente para se sentirem seguros quanto a essa intervenção junto à usuária do serviço; (b) os profissionais da equipe esperam de forma silenciosa uns pelos outros pela abordagem do tema; (c) sensações e percepções negativas dos profissionais em relação à aids e às pessoas que vivem com essa doença, superam a necessidade de orientar as usuárias sobre a gravidez antes que ela aconteça, deixando de favorecer o planejamento familiar.

O planejamento familiar realizado pela equipe do SAE é uma opção para o início de um diálogo entre mulheres com hiv e os profissionais. É possível esperar, a partir disso, que elas possam melhor escolher o momento ideal para engravidar, caso desejem ter filhos.

Examinando as pesquisas, documentos, recomendações e normas do Ministério da Saúde é possível apreender manifestações da ideologia médica relacionada às mulheres soropositivas, vistas como transmissoras do hiv para sua prole. E, é interessante pontuar que esta ideologia parece “infectar” todas as áreas ligadas aos programas de saúde. Tentar superar essa perspectiva e passar a discutir a gravidez da mulher com hiv no plano dos direitos sociais e humanos é a tarefa urgente que se coloca agora e com a qual esse trabalho espera poder contribuir. Para isso é necessário que toda equipe faça um “balanço” de seus conceitos pessoais e ações profissionais para que possam desenvolver um trabalho mais orientado pela ideia de integralidade. Nesse fazer, é essencial que sejam incorporados diferentes agentes (profissionais, esposos, familiares etc.) e serviços (de acesso a medicamentos, de realização de exames, de apoio psicoterapêutico etc.) capazes de formar uma rede de apoio que garanta à mulher com hiv que engravidou a possibilidade de experimentar a maternidade de forma feliz.

## Referências

- ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BADINTER, Elisabeth. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, Regina Helena Simões. *Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes hiv+*. 310 f. 2001. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- BARROSO, L.M.M. e GALVÃO, M.T.G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com hiv/aids. *Texto e Contexto Enfermagem*. v.16, n.3, p. 463-9, 2007.
- BEN-ARI, Adital Tirosh. Homosexuality and heterosexism. Views from academics in the helping professions. *British Journal of Social Work*. n.31, p.119-131, 2001.
- CAVALCANTE, Maria do Socorro *et col.* Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. v.8, n. 4, dez. 2008.
- FARIA, E.R. e PICCININI, C.A. Maternidade no contexto do hiv/aids: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*. v.27, n.2, 2010.
- GÓIS, João Bosco Hora. *Vestígios da Força das Palavras: escritos sobre a aids*. 512 f. 1999. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.
- HIRATA, Helena. Emprego, responsabilidades familiares e obstáculos socioculturais à igualdade de gênero na economia. In: BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.
- LOHRMANN, Christa *et col.* German nursing students' knowledge of attitudes to hiv and aids: two decades after the first aids cases. *Journal of Advanced Nursing*. v.31, n.3, 2000.
- MELO, Victor Hugo *et col.* Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v.27, n.11, nov. 2005.

MOURA, E. L.de; PRAÇA, N. de S. Transmissão vertical do hiv: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v.14, n.3, 2006.

NUNES, Silvia Alexin. A medicina social e a questão feminina. *Revista Physis*. v.1, n.1, p.49-76, Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Relume-Dumará, 1991.

PAIVA, Vera; NOVAES, Tiago; SANTOS, Naila; VENTURA, Elvira Felipe; SEGURADO, Aluísio. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV. *Instituto de Psicologia da USP*, v.13, n.2, São Paulo, 2002.

RONDAHL, G.; INNALA, S.; CARLSSON, M. Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Science*. n.18, p.19-26, mar. 2004.

SOIHET, Rachel. Formas de Violência, relações de gênero e feminismo. *Gênero*, n.2, v.2, p.7-26, 1 sem. 2002.

SPÍNDOLA, T.; ALVES, C.F. Perfil de mulheres portadoras do hiv de uma maternidade no Rio de Janeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.33, n.1, p.66-80, mar. 1999.