



ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV

Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras seropositividad del HIV

Between desire, duty and fear of being a mother after HIV seropositivity

***Liégio Matão, Maria Eliane *Borges de Miranda, Denismar ***Freitas, Maria Imaculada de Fátima**

*Doutora em Psicologia. Mestre em Enfermagem. Especialista em Obstetrícia. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-Goiás E-mail: liegio@ih.com.br **Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho. Especialista em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria pela PUC-Goiás *** Doutora em Sciences de L' education. Enfermeira. Professora Associada II da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil.

Palavras-chave: soropositividade para HIV; psicologia social; gravidez; sentimentos

Palabras clave: seropositividad VIH, la psicología social, el embarazo, los sentimientos

Keywords: HIV seropositivity; social psychology, pregnancy, feelings.

RESUMO

Objetivo: conhecer as representações sociais de mulheres conhecedoras de seu *status* positivo para o HIV em relação a maternidade.

Método: estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Utilizou-se formulário sócio econômico e entrevista aberta em profundidade para a coleta de dados e análise de conteúdo para estabelecimento de categorias temáticas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (057/03).

Resultados: o material foi classificado e agrupado em três categorias temáticas: a primeira, "O Desejo"; a segundo, "O Direito" e a última, "O Medo".

Conclusões: O período gestacional é marcado por sentimentos ambivalentes de felicidade, por se configurar na alegria ímpar da maternidade, e medo, em razão da possibilidade da transmissão vertical. Pode-se dizer que o significado da gestação, para estas mulheres, gira em torno de elementos referentes ao desejo, ao direito e às representações sociais sobre a gravidez e a Aids.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las representaciones sociales de las mujeres que conocen su condición de VIH positivo en relación con la maternidad.

Método: Estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo. Utilizamos formulario socioeconómico y entrevista abierta en profundidad para la recolección de datos y análisis de contenido para establecer categorías temáticas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Minas Gerais (057/03).

Resultados: El material fue clasificado y agrupado en tres categorías temáticas: la primera, "El deseo", la segunda "La Ley" y el último, "The Fear".

Conclusiones: El período de gestación está marcada por sentimientos ambivalentes de felicidad, debido a la alegría única de la maternidad, y el miedo, debido a la posibilidad de transmisión vertical. Se podría decir que el significado del embarazo para estas mujeres gira en torno a los elementos relacionados con el deseo, el derecho y las representaciones sociales sobre el embarazo y el SIDA.

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations of women who know their HIV positive status in relation to motherhood.

Method: exploratory, descriptive study with a qualitative approach. We used socioeconomic and form open at depth interview for data collection and content analysis to establish thematic categories. The study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais (057/03).

Results: the material was classified and grouped into three thematic categories: the first, "The Desire", the second "The Law" and the last, "The Fear".

Conclusions: the gestational period is marked by ambivalent feelings of happiness, is set in the unique joy of motherhood, and fear, because of the possibility of vertical transmission. You could say that the meaning of pregnancy for these women, revolves around elements related to the desire, and the right to social representations about pregnancy and AIDS.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a infecção pelo vírus HIV tem atingido, significativamente, mulheres na faixa etária que coincide com seu período reprodutivo – entre 15 e 49 anos de idade - ou seja, em idade fértil. Os dados evidenciam também um aumento dos casos da infecção entre mulheres com parcerias fixas¹, e a concretização do desejo de ser mãe por parte de uma mulher infectada pelo HIV acontece com relativa frequência nos dias atuais, em todo o mundo.

As implicações do fenômeno da gravidez em mulheres soropositivas para o HIV devem ser consideradas sobre vários aspectos, um deles relaciona-se a taxa de transmissão materno-fetal, que variam de 25 a 35% dos casos em que nenhuma medida profilática tenha sido tomada. Esta reduz para níveis inferiores a 3% quando instituídas medidas específicas de prevenção durante a gravidez e o parto, como o uso de antiretrovirais (ARV); utilização de cesárea como via de parto quando a carga viral for desconhecida ou superior a mil cópias virais e quando há ocorrência de membranas rotas por 4 horas². Em todos os casos, inclui-se assistência adequada durante a gestação, o trabalho de parto e o parto, bem como inibição da lactação na puérpera e oferecimento de fórmula infantil por meio de leite em pó ao bebê^{2,3}. Vale ressaltar também os avanços em relação aos direitos humanos, buscando garantir o respeito à cidadania daquelas que vivem com HIV⁴.

A gravidez e a maternidade refletem expectativas sociais e culturais muito amplas e surgem, no imaginário social, ligado à saúde, à vida, à felicidade, à continuidade de sua vida, da família e da espécie⁵. Traz sempre consigo um processo de introspecção e a preocupação com a formação de uma criança sadia. A Aids, ao contrário, surge no imaginário social ligada à morte, a terminalidade da vida, à desesperança, à tristeza, à dor e ao sofrimento⁶.

Toda mulher tem o direito de engravidar. A mulher infectada pelo HIV deverá, no entanto, ser informada quanto a melhor fase para engravidar, dos problemas mais comuns relacionados, das condições de assistência, dos medicamentos e formas de tratamento existentes, bem como da possibilidade de seu filho nascer infectado, ou não.

Não há unanimidade sobre este direito na sociedade em geral. O próprio casal sente-se inseguro; as famílias, os amigos e as pessoas em torno, julgando a gestação dessas mulheres um problema, desaconselham a gravidez. Tal comportamento decorre, provavelmente, do desconhecimento dos avanços científicos já conquistados, do preconceito, do medo da morte, entre tantos outros fatores. Além destes, quase que unanimemente, os profissionais de saúde, apesar das possibilidades terapêuticas de proteção, tendem a considerar de forma negativa a gestação de mulheres HIV positivas^{7,8}.

Contraopondo a estas representações e posturas, mulheres conhecedoras do seu *status* de positividade em relação ao HIV estão engravidando. Contudo, este estudo objetivou conhecer as representações sociais de mulheres conhecedoras de seu *status* positivo para o HIV em relação a maternidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, direcionado a gestantes soropositivas para HIV. Essa alternativa permitiu explorar e descrever os fenômenos voltados para a percepção, intuição e subjetividade dos sujeitos, focalizando um universo de sentidos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁹. Fizeram parte deste estudo, mulheres grávidas, com maioria.

Os preceitos da Resolução 196/96 foram atendidos¹⁰. O estudo foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (documento de aprovação número 057/03). As gestantes infectadas pelo HIV foram contactadas por ocasião da consulta de pré-natal realizada no ambulatório de obstetrícia de uma unidade de referência no Estado de Goiás, mantendo-se os critérios de inclusão acima descritos, não havendo nenhuma recusa de participação.

Não houve processo de seleção dos sujeitos, sendo o critério de escolha definido pela ordem de chegada das mesmas ao ambulatório. As informações foram obtidas por meio da aplicação de dois instrumentos: o primeiro o preenchimento de formulário para registros socioeconômico e o segundo, entrevistas abertas, em profundidade, tendo sido iniciada com a seguinte questão norteadora: "Gostaria de saber da senhora sobre sua decisão de ter um filho, nesse momento". As entrevistas foram gravadas, e as fitas destruídas após sua transcrição literal. O número de participantes não foi definido *a priori*, sendo a saturação o critério escolhido para o encerramento da coleta de dados.

Utilizou-se análise de conteúdo para o estabelecimento de categorias temáticas¹¹. Para tanto, observou-se adaptação ao conteúdo e ao objetivo do trabalho, de modo a garantir homogeneidade (não se devem misturar coisas diferentes); a exaustão-esgotamento da totalidade do texto; exclusividade (um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado em duas categorias diferentes); objetividade e a pertinência.

RESULTADOS

Características sociais, familiares e relacionadas à infecção pelo HIV

Participaram do estudo 13 gestantes, todas infectadas pelo HIV e conhecedoras de sua sorologia. A faixa etária das participantes está compreendida entre 21 e 34 anos, com média de 26 anos. A maioria das entrevistadas (sete) reside na capital do Estado de Goiás e seis moram em cidades localizadas no interior.

Quanto à escolaridade, o grupo é formado, majoritariamente, por mulheres alfabetizadas, especificamente cinco cursaram o ensino médio completo; quatro, o ensino fundamental completo; três fizeram a primeira fase do ensino fundamental, e uma não possui, formalmente, algum grau de instrução, sabendo, no entanto, ler e escrever.

Concernente à prática de uma atividade remunerada, oito delas têm emprego, duas trabalham apenas no âmbito doméstico e três não se referiram a essa questão. Em relação, duas declararam professar religião evangélica, as demais, não o fizeram explicitamente, mas referiram acreditar em Deus, ter fé e fazer orações.

No que se refere ao estado civil, a maioria das entrevistadas é legalmente solteira (cinco), quatro são casadas, uma viúva, duas separadas e uma delas não fez referência ao estado civil. Quanto à situação conjugal atual, as quatro mulheres casadas vivem com os maridos, quatro outras vivem com um companheiro, quatro vivem sozinhas, sendo que, destas, duas têm companheiro fixo e as outras duas não se relacionam mais com o pai do bebê. Não foi possível explicitar somente a situação de uma delas. No tocante a relacionamentos sexuais, mais precisamente quanto ao número de parceiros ao longo da vida, duas referem um único companheiro, dez tiveram mais de um companheiro e uma delas não fez referência ao assunto. No momento da entrevista, duas estavam sozinhas, dez tinham um parceiro fixo e, de uma delas, ignora-se tal informação.

Quanto aos filhos, a maioria das entrevistadas (nove) tem filhos. Dessas, três tiveram apenas um filho, quatro tiveram dois e duas delas, três filhos. Duas já vivenciaram a morte de um filho, uma, confirmadamente, causada pela Aids. Quatro delas estão gestantes pela primeira vez, portanto, sem nenhum filho por ocasião da entrevista. Entre as nove participantes que já tiveram filhos, a maioria foi mãe na adolescência.

Sobre o tempo que têm do conhecimento de sua soropositividade para o HIV, a maior parte (dez) tem essa informação há mais de um ano e meio; três souberam há menos de seis meses, durante uma das consultas de pré-natal. Das dez mulheres conhecedoras de sua sorologia, quatro se informaram quanto às possibilidades e limitações relacionadas a uma gravidez e seis delas já haviam conversado com o parceiro sobre filhos. Sete engravidaram em uso de medicamentos antiretrovirais.

Ao abordarem o assunto 'uso de preservativo', quatro declararam sua utilização em todas as relações sexuais, quatro usam às vezes, outras duas nunca o fazem e uma delas não se referiu ao assunto, uma delas relata que o parceiro desistiu de usar o preservativo após o conhecimento da soropositividade dela (ele é soronegativo) e, finalmente, uma delas afirma o uso regular no início do relacionamento, irregular depois e regular após a confirmação da soropositividade do casal.

Quanto ao parceiro atual, sete são soronegativos, quatro têm sorologia positiva para o HIV e a sorologia de dois deles não é conhecida pelas gestantes. Dos sete parceiros que são soronegativos para o HIV, quatro usam preservativo de forma irregular ou não o fazem, mesmo conhecendo a soropositividade da companheira, e os três restantes o fazem de maneira regular. Nestes casos, a justificativa para a gravidez foi o rompimento do preservativo.

A gestação atual não foi planejada pela maioria das entrevistadas (onze), no entanto, dessas, três apontaram em seus discursos alguma forma de planejamento, apenas duas das entrevistadas afirmam ter planejado a gravidez. Das mulheres que não planejaram a gravidez, três consideraram a possibilidade de interrupção dessa gestação, uma dessas, antes da sua confirmação, quando também não sabia do diagnóstico de soropositividade para o HIV; duas conhecedoras de seu *status* sorológico cogitaram a interrupção, uma porque não era seu desejo ter mais filhos e a outra, por pressão do companheiro e dos amigos. Nesses dois últimos casos, tal possibilidade não foi levada adiante, uma por falta de condições financeiras para concretizá-la e outra, inicialmente, por não ter conseguido encontrar nenhum serviço que realizasse tal procedimento e, finalmente, por não ser esse o seu verdadeiro desejo. Das 13 mulheres entrevistadas, sete afirmam que, de alguma maneira, tinham o desejo de ter filho e desejaram a gravidez atual, e seis delas foram explícitas em dizer que não havia mais este desejo.

Por ocasião das entrevistas, todas as gestantes estavam com, no mínimo, 12 semanas de idade gestacional e apenas uma delas ainda não estava fazendo uso de medicamento antiretroviral, em razão da idade gestacional (IG) estar abaixo da idade recomendada para o seu início.

Análise fenomenológica

Após leitura exaustiva e sucessiva de todo material obtido, incluindo leituras verticais e horizontais, destaca-se os aspectos semelhantes e recorrentes, bem como os divergentes. Assim, os dados estão apresentados em três principais categorias: desejo, direito e o medo, que são apresentados a seguir (Figura 1).

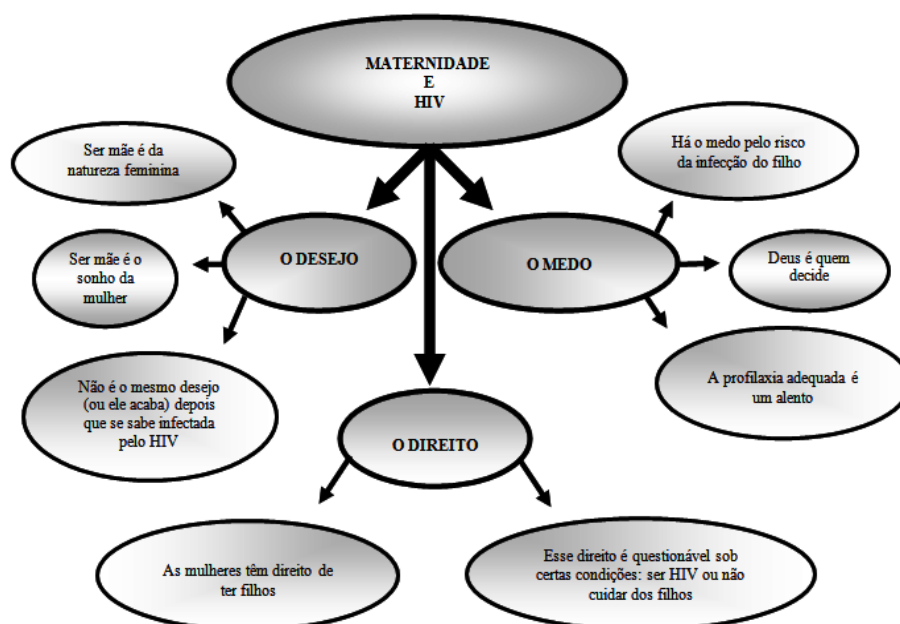


Figura 1: Núcleos integrativos das representações em torno da maternidade e infecção pelo HIV

O Desejo

O desejo de ser mãe é tido como existente e natural no contexto anterior em que estavam inseridas, ou seja, antes da infecção pelo HIV, o desejo de ser mãe sempre existiu, de uma maneira geral. Independentemente de semelhanças ou diferenças sociais entre as participantes do estudo, as entrevistadas referiram ter desejado um dia em suas vidas vivenciar a maternidade. Na realidade, ser mãe é representado como sendo o grande sonho de cada uma delas, como de toda mulher, como explicitado em nesta fala a seguir: *“Mãe, poxa ..., mãe é a maior felicidade do mundo. Saber que aquela criança, aquela vida saiu de dentro de você”* (E3).

Apesar de representarem à gravidez como algo do desejo natural de toda mulher, somente algumas (quatro) tiveram algum tipo de planejamento para a gravidez atual e seis delas foram explícitas em considerar a gravidez inoportuna. Após a infecção pelo HIV, a representação de normalidade do desejo de ter filhos ficou alterada para a maioria, o que se apreende pelas fala seguinte: *“É, eu pensei: bom, agora eu não posso ser mãe..., só que aí eu falei: agora eu estou impedida, né? E eu adotei isso em mim”* (E11).

Quanto ao desejo de ter um filho nesse momento, uma participante admitiu ser esse o seu caso, por vários motivos, sendo a única que efetivamente planejou a gravidez, mesmo conhecendo os riscos e já tendo dois filhos: *“Eu peguei e engravidei..., porque eu já tenho 21 anos, né? Já tô ficando velha [risos] Sei lá quando que eu vou morrer? Então, quero um menino homem... Não só pelo desejo de ter um filho homem, mas também por vontade de ter mais um, né? Já para poder operar”* (E8).

Uma outra entrevistada afirma, inicialmente, ter optado pela gravidez para satisfazer o companheiro que não tem filhos e é soropositivo para o HIV, mas, logo à frente, revela que não queria a gravidez exatamente nesse momento, em razão das dificuldades por que está passando, tendo engravidado, então, sem um planejamento.

A maior parte das entrevistadas afirma, então, que não desejava uma gravidez nesse momento. Muitas, em razão de sua sorologia positiva para o HIV, algumas, por outros motivos, sobretudo o contexto socioeconômico da família, conforme se verifica nas falas seguintes: *“Eu tinha decidido que não queria ter filhos mais. Que eu já tinha tido uma, mas quando eu tive, não sabia ainda, né? Que eu era portadora do HIV. E é assim, às vezes, é doloroso demais...”* (E6).

Apesar disso, algumas dessas mulheres – independentemente de ter filhos ou não – que engravidaram posteriormente ao conhecimento de sua sorologia, já haviam cogitado em forma de ‘brincadeira’ a possibilidade de terem filhos ou buscaram informações específicas quanto às possibilidades e limitações de uma gravidez, em especial acerca da transmissão do vírus ao bebê, ou, ainda, não adotavam medidas contraceptivas de modo sistemático.

Das que tiveram filhos anteriormente, algumas falam de um desejo de ser mãe novamente, mesmo assumindo não ter programado a gestação: *“Toda vida eu quis ter filho. Eu tive a 1ª, foi sem planejar. Aí agora, aí duns tempos pra cá eu tive vontade de ter outro nenê. Na minha cabeça, eu sempre queria ter um né! Uma outra menina ou um menino. Preferia um menino, mas ...”* (E2).

Das mulheres do grupo entrevistado que nunca tiveram filhos, apenas uma delas expressou não ter engravidado antes, por falta de coragem: *“Eu queria ser mãe, mas eu não tinha coragem”* (E5).

Na trama da narração das entrevistadas, explicita-se, assim, uma ‘incorporação’/ ‘aceitação’/ ‘certeza do evento’ HIV quando se referem ao acontecimento gravidez em suas vidas, tanto para mostrar o desejo ou não de ter aquele filho, sendo que este desejo perde o sentido ou é anulado em face da própria infecção pelo HIV.

Vale ressaltar que a maioria das mulheres sabia-se infectada antes de engravidar (somente três mulheres tiveram conhecimento da sorologia positiva para o HIV no pré-natal e todas três já tinham filhos), mas não tomaram as precauções para que isto não ocorresse, apontando para a existência de um paradoxo na categoria do desejo: “eu não desejo mais [ou do mesmo jeito] ter filho, não devia engravidar, mas o fiz”.

Na prática, então, o exercício do desejo, que poderia ser chamado de primário, foi preponderante em relação ao contexto da infecção pelo HIV.

Porém, as mulheres que souberam de sua infecção pelo HIV no curso da gestação atual – todas mães de filhos vivos – revelaram que, se soubessem da infecção, não teriam engravidado ou só arriscariam caso ainda não tivessem tido filhos e após a obtenção de informações quanto às possibilidades dessa gravidez: *“Eu tenho muito medo dela ter também o vírus. Eu acho que se eu soubesse eu não teria não. Porque é, é muito arriscado a criança nascer com o vírus, né!”* (E2).

Assim, pode-se afirmar que, para a totalidade das mulheres entrevistadas, a maternidade é representada como integrante da condição feminina e uma das principais coisas boas de sua vida, havendo uma modificação desta representação quando se sabem soropositivas para o HIV. Para muitas, experienciar a maternidade passa a ser condição para sentirem-se realizadas, porém, a concretização do desejo de ser mãe ‘esbarra’ na infecção pelo HIV. O desejo, no entanto, mesmo que negado como tal, é vivido por estas mulheres, inclusive àquelas para quem o HIV aparece

como a limitação maior de ter filhos. A esta última compreensão, agrega-se a diferença que fazem entre ter ou não condições materiais e econômicas para criar filhos, o que se confunde com o direito à maternidade.

O Direito

As gestantes participantes do estudo que têm filhos abordaram a questão do direito, ou não, à maternidade. Entretanto, o direito não é referido – sequer de relance – para a maioria daquelas que ainda não os têm.

Para algumas, o direito à maternidade aparece como uma convicção, sendo que duas delas enfocam a autonomia da mulher quando se referem à opção de ter filhos: *“Se quer, né? [ser mãe]. Se tem vontade, tem que seguir em frente”* (E8); *“Ah, eu acho, toda mulher tem que ser mãe. Eu acho. Porque ser mãe é muito bom. Apesar que a gente igual contaminada assim, mesmo assim, eu me sinto muito feliz com minha filhinha”* (E2).

Em contraposição, uma outra entrevistada afirma textualmente que, no seu entender, a mulher soropositiva não deveria ter esse direito. Porém, em outro momento da narrativa, afirma de modo diferente, com alguma ressalva: *“Ah! Eu acho que a mulher que tem o vírus não podia ter filho não. Se fosse por minha vontade, não tinha (E7, S29/F2). Num tinha porque o bichinho, já pensou, sair doente!”* (E7).

Vale lembrar que, para esta entrevistada, o direito existe, mas ele é questionável para as mulheres soropositivas pelo HIV. Sua atual gravidez foi aceita num espírito de submissão ao acaso, tendo ocorrido, segundo ela, em virtude de falha no preservativo, do qual o casal fazia uso regular. E7 ficou muito revoltada com sua gravidez, o que pode justificar o conflito entre ter ou não o direito de engravidar quando se é HIV positiva.

Para outras duas, tal restrição seria para mulheres que não cuidam dos filhos: *“Olha, eu penso que toda mulher tem que ser mãe. Menos aquela que assim... que fala que é mãe por falar”* (E3); *“Não, eu não acho que todas! Porque para ter um filho para ser maltratado...”* (E10).

Das mulheres que não têm filhos, somente uma refere-se ao assunto afirmando perceber a maternidade como um direito das mulheres, porém, particularmente, se privaria do mesmo: *“Eu penso que toda mulher tem que ser mãe, assim. Acho que é um direito, né! Não sei... Eu ia me privar desse direito se a camisinha não tivesse rompido [devido ao fato de estar infectada]”* (E5).

Assim, pode-se afirmar que o direito à maternidade não é uma unanimidade para as entrevistadas quando a mulher é infectada pelo HIV, ressaltando-se, porém, que a maioria não lembrou do assunto, ao menos não enfocou, nas suas narrativas.

O Medo

A possibilidade de o vírus HIV ser transmitido ao filho é o maior problema percebido e incorporado pelas entrevistadas. Ela aparece como um dos mais fortes argumentos, quando justificam o não desejo por uma gestação na condição em que se encontram: *“Mas, aí, depois que eu descobri que estava com esse problema, aí, acabou a vontade, assim, não é que acabou, sempre tinha o desejo, né! Mas, sempre não, num*

posso, num posso, a criança vai nascer... Vai ficar que nem eu... Vai ficar, mais na frente vai precisar de mim, fica pelas mãos dos outros, quem vai cuidar?” (E5).

Uma delas explicita claramente que se não houvesse tal risco, seria tudo diferente: *“Bom, mais... Tem hora que a gente fica triste, né! Por ser assim, né!... Esse negócio, passar o vírus pra ele... [refere-se ao bebê] [Entrevistador: se não passasse, não teria mais preocupação] De jeito nenhum. Nem...” (E7).*

As gestantes depositam muita esperança na possibilidade de o filho nascer livre do vírus e, para isso acontecer, sabem da importância do tratamento preconizado. No entanto, acreditam no resultado final – bebê nascer ou não infectado – como sendo uma vontade de Deus, o que se apreende também a partir de falas como: *“Mas... seja o que Deus quiser, né! Se nascer, eu vou cuidar do mesmo jeito” (E1); “Eu estou pedindo a Deus, orando demais [faz força durante essa fala, mostrando com as mãos sua forma de rezar] para Deus, para ele [bebê] não nascer com problema nenhum, independente do que eu sou, nem do pai, nem... eu tô pedindo a Deus pra ele não nascer soropositivo” (E3).*

Depreende-se, na estrutura das falas, que o sofrimento existe, de maneira constante, em face da possibilidade de infecção do bebê, contrabalanceado pela esperança da não transmissão pelo uso correto dos medicamentos e pela força da fé em Deus.

DISCUSSÃO

A análise dos dados empíricos mostra características sociais, familiares e relacionadas à infecção pelo HIV das gestantes, que integram o presente estudo, semelhantes ao das demais gestantes soropositivas do país^{1,12} e que não se distancia ou diverge do perfil da população de mulheres gestantes não infectadas pelo HIV quanto à idade, escolaridade, trabalho e estado civil¹³.

A faixa etária do grupo está compreendida no período em que a idade reprodutiva é considerada ideal. A definição internacional da idade fértil da mulher é entre 15 e 49 anos, sendo que, no Brasil, considera-se entre 10 e 49 anos de idade, com recomendação entre 17 e 35 anos, por favorecer menores riscos à gravidez¹⁴.

Quanto à escolaridade, esta indica, conforme outros estudos^{6,13} e dados do Ministério da Saúde (MS)¹, uma média de anos de estudo não superior a oito, que pode permitir a inferência da pauperização como uma das características marcantes da infecção pelo HIV.

Independente do estado civil legalmente definido, a maioria vive em parceria estável e co-habitação com o parceiro atual, o que retrata também a realidade nacional, conforme outros estudos¹²⁻¹³. Nesse sentido, destaca-se: entre as participantes desse estudo, para a maioria, o parceiro atual não é o primeiro nem mesmo é esta a primeira experiência conjugal, sendo esta troca de parceiros um comportamento de risco para a infecção pelo HIV, também encontrada como realidade nacional¹.

Essas características, somadas às outras comuns às mulheres – sub-empregos, dependência financeira, submissão, religiosidade, entre outras –, impedem-nas de franca negociação com o parceiro, especialmente quanto ao uso de preservativo. Como visto, é o que, efetivamente, acontece no cotidiano de muitas entrevistadas. A importância do uso do preservativo é conhecida e valorizada em termos conceituais,

mas não é prática adotada regularmente, o que está descrito de modo semelhante em estudos junto às pessoas infectadas ou não pelo HIV^{12,15}, influenciadas por fatores culturais, emocionais, econômicos, bem como pela inadequação das atitudes de preservação e controle da própria saúde¹⁶. Algumas mulheres relataram que o uso do preservativo é constante, o que não evitou a gravidez. Estudos apresentados pelo MS confirmam o alto grau de proteção proporcionado pela ‘camisinha’, tanto para anticoncepção como para a prevenção da transmissão do HIV¹⁷. No entanto, os mesmos estudos admitem a possibilidade de haver permeabilidade (vazamento) e rompimento do preservativo, ainda que em percentuais muito baixos.

Quanto ao momento do conhecimento de sua sorologia positiva para o HIV, há mulheres entre as participantes do estudo que viveram a experiência no curso desta gravidez, realidade de muitas outras mulheres no país. Conforme o MS, o período gestacional representa, para muitas mulheres que desconhecem a sua infecção pelo HIV, a mais importante oportunidade – para não dizer a única – de acesso ao aconselhamento, testagem para o HIV e tratamento adequado, conforme a sua condição de saúde¹⁻².

Por mais que na contemporaneidade, graças aos movimentos libertadores da década de 1960 e seus desdobramentos¹⁸⁻¹⁹, as possibilidades sociais para a mulher tenham se ampliado e diversificado, elas não provocaram o abandono das representações da maternidade ancoradas no mito do amor materno, apesar de seu questionamento nas últimas décadas²⁰. Para as mulheres, com destaque as integrantes do grupo entrevistado, o desejo de ser mãe é referido, praticamente, como calcado em convicções da naturalização deste à ‘condição’ de mulher, ou seja, como fundamental, próprio e vinculado à mulher, um verdadeiro atributo feminino^{5,21}. Ser mãe é socialmente representado como fundamental para a maioria das mulheres em geral, tornando-se, então, o objetivo de suas vidas para sentirem-se realizadas e vivas no mundo.

Contribui, ainda, para esta condição, a relação que se faz entre engravidar e ter saúde, o que parece ter importância no contexto destas mulheres, como confirmação da vida. Assim, ainda que a opção por não ter filhos possa estar presente mais significativamente nos dias atuais e ser até bem aceita no âmbito social, independente do argumento ou motivação – falta de estabilidade financeira, realização profissional, ausência de ‘instinto materno’, entre outros –, a maternidade ancora-se na idéia de naturalidade, e, como tal, estrutura o imaginário dos grupos sociais acerca do feminino, consistindo numa verdadeira estrutura mítica²². E, como consciência mítica, tem raízes no sobrenatural para certas estruturas de explicação como verdades sem nenhuma exigência de comprovação. Então, para muitas mulheres, ser mãe é cumprir um desígnio de Deus. Para as integrantes do grupo pesquisado, especialmente antes da infecção pelo HIV, o desejo de ser mãe é comum a todas, de modo quase inato, uma vez que o percebem como sempre presente em suas vidas.

No entanto, o conhecimento da soropositividade pelo HIV, particularmente em razão da possibilidade de transmitir o vírus ao filho, é gerador de conflitos quanto ao exercício da maternidade, porque o desejo existia e permanece presente, não há transformação quanto a isso. O que ocorre é a sua passagem para o ‘estado latente’, sobretudo nos dias e meses mais próximos ao diagnóstico da infecção. Há uma renúncia pessoal para com isso que se explicita na representação de que ‘a maternidade não combina com o HIV’, configurando-se como o argumento central que sustenta as narrativas dessas mulheres quanto à abdicação de ter filho.

No presente estudo, independentemente do estado civil, a gravidez é, inicialmente, assumida pela maioria como não tendo sido planejada. Entretanto, algumas, no decorrer da entrevista, revelam fatos que podem ser relacionados a uma certa negligência proposital ou 'ação inconsciente' para com a questão reprodutiva entre o casal. Parece que, com o passar do tempo, a convivência diuturna com o HIV e toda a sua repercussão, tanto pessoal quanto social, vão sedimentando sentimentos e pensamentos acerca do novo *status* sorológico, o que acaba por conferir, de certa forma, um 'acostumar-se' com ele – o HIV – presente em suas vidas. E quanto à gravidez, é como se, paulatinamente, elas fossem se preparando para o evento, como forma de não abdicarem de um desejo que é representado como inerente à condição feminina, além de representar uma maneira de se sentirem vivas.

Muitas mulheres, apesar de compreenderem a gravidez como conseqüência de um comportamento sexual desprotegido ou de uma falha no método adotado pelo casal, acabam por acreditar estarem submetidas a uma força motriz externa a trama da pessoa, no caso, especificamente no que se refere à autonomia na decisão de engravidar. A gestação é tida, então, como algo que teria que acontecer em suas vidas, nesse momento, determinada por uma força estranha insondável, a um *deus ex machina*.

Tal justificativa pode ser atribuída como sendo adotada para evitar, de certa forma, as críticas e até uma possível condenação social, uma vez que elas próprias não poderão ser culpabilizadas por tal evento, pois é como se elas fossem protagonistas atuando numa cena criada e dirigida por um autor, a quem cabe total controle do que deve ou não acontecer. Assim, 'atuar como atriz' é uma forma de isentar-se ou eximir-se da ação, ou seja, aconteceu aquilo, naquela hora, em razão dessa força maior determinante. Nesse caso, a mulher passa a não exercer o seu livre arbítrio e, dessa forma, pode eximir-se da responsabilidade de uma participação ativa (consciente). O senso comum costuma ser mais condescendente nos casos assim. Para a mulher, evitam-se as sanções sociais e minimiza-se o preconceito, que podem ser muito fortes.

A religiosidade, a fé racional em Deus e a submissão aos desígnios divinos, sejam como dádiva ou castigo, também explicam e permitem, com menos sofrimento, aceitar ou suportar os acontecimentos impostos à pessoa. As mulheres entrevistadas, em sua maioria, referem-se à gestação atual como tendo acontecido por plano de Deus para as suas vidas e, assim, por sujeição a Sua subscrição, acabam por se entregarem, aceitando o fato e, com isso, terceirizando a causa da gestação, agora não por questões míticas, mas em razão da convicção que têm da presença Divina.

No que se refere à percepção da vivência da gravidez após a soropositividade para o HIV como exercício de cidadania, especificadamente do seu direito reprodutivo, não foi lembrado, pela maioria, durante as narrativas. Por um lado, esta mulher pode não se perceber pessoalmente como merecedora de direitos em razão de um sentimento de culpa por ter-se infectado e, portanto, é impedida de experimentar o mesmo que as demais mulheres. A representação social discriminatória de que são os atos pecaminosos que trazem a Aids parece estar diretamente ligada ao direito à maternidade, dada a relação feita entre esta e o caráter santificado a ela atribuído. Pode-se ainda discutir essa questão à luz do esperado 'senso de proteção' da mãe para com o filho, sendo que, no caso em questão, ela estaria expondo diretamente o bebê a um real risco de infectar-se com o HIV. Por outro lado, não enfocar

literalmente essa temática, pode ser decorrente do exercício de fato do mesmo, uma vez que estão grávidas.

Então, ainda que não referido como um direito por todas elas, abdicar ou abandonar a possibilidade de ter um filho pode estar fundamentado em princípios morais e éticos nobres como segurança, defesa e respeito ao outro. Porém, a decisão é de tê-los, também fundamentada no princípio de que o filho não tem culpa e, se ele veio, é necessário 'guardá-lo' como um presente, o que também é uma representação social sobre a maternidade em geral existente no conjunto das entrevistadas, mesmo sendo o risco da transmissão vertical temido por todas (o medo). Tal risco fortalece nelas, de um modo muito intenso, a proibição de uma gravidez. Parece que essa lembrança funciona como uma sombra a acompanhá-las ou como se o vírus estivesse a dirigí-lhes ameaça constante, funcionando, simbolicamente, como um fantasma em suas vidas. Assim, manter a gravidez atual reveste-se de uma forma de culpa, com a qual lidam supervalorizando o evento como uma permissão divina.

Tais achados coincidem com outros estudos realizados na década passada, numa época em que a profilaxia para a transmissão vertical foi definida como uma política pública e apresentava contornos diferentes da proposta atual²¹.

CONCLUSÕES

A análise das entrevistas mostrou, logo de início, um número significativo de gestações não planejadas bem como da representação da mulher muito ligada à maternidade, sendo o seu exercício uma expectativa para a maioria. A infecção pelo HIV não modifica, substancialmente, a representação da maternidade e o desejo de ter filhos, muito embora seja motivo para coibi-los, ao menos em tese, pois, nesse sentido, não se observou a adoção de métodos anticoncepcionais de modo consistente.

No grupo entrevistado, as mulheres encontram-se na idade reprodutiva ideal, algumas não têm filhos ou encontraram um novo parceiro, às vezes sem filhos, sendo, portanto, legítimo o desejo de se unirem e constituir uma família. Contudo, sentem-se, inicialmente, impedidas de terem filhos em virtude da infecção pelo HIV; posteriormente à gravidez, sentem-se felizes, mas preocupadas com a possibilidade de transmitir o vírus ao filho. Na maioria dos casos, elas referem a ocorrência da gestação como cumprimento a uma prescrição Divina, a quem entregam o resultado final da sorologia do bebê. No entanto, apesar disso, elas submetem-se às recomendações de profilaxia para minimizar, ao máximo, tal risco.

Pode-se dizer que há um certo desconhecimento por parte destas mulheres acerca das informações sobre a reprodução como um direito individual de todas as pessoas, cabendo a cada uma decidir conscientemente sobre o seu próprio corpo, sem qualquer forma de discriminação e como um exercício de cidadania, independentemente se infectadas ou não pelo HIV, uma vez que todas estão no exercício pleno dest direito reprodutivo. No entanto, muitas mulheres participantes deste estudo experimentaram sentimentos de constrangimento e culpa, motivados pela gravidez nas condições em que se encontram.

Na população estudada, em nenhum momento, foi referida a contracepção de emergência como uma possível opção para os casos de acidente com o preservativo, especialmente nos casos de gravidez indesejada. Também não se verificou

abordagem quanto à reprodução assistida, especialmente nos casos em que o parceiro é sorodiscordante – única chance segura de não transmissão do vírus à ele –, apesar de verificar-se a parceria de muitas delas com companheiros na condição de soronegatividade.

Tema importante a ser considerado é a elevada frequência com que o preservativo deixa de ser utilizado entre os casais sorodiscordantes, apesar das explícitas revelações de conhecimento adequado da importância dessa prática e do seu reconhecimento como necessidade essencial.

Longe da intenção de exaurir amplo, multifacetado e, portanto, complexo tema, buscou-se não fazer ler, mas fazer pensar acerca de um assunto, no caso, da epidemia do HIV/Aids, especialmente entre as mulheres. Assim, desvelar o processo argumentativo apresentado por mulheres que engravidaram após o diagnóstico da sua soroconversão para o HIV ou que ficaram grávidas sem definição prévia do seu *status* sorológico, mas que assumiram a gestação após essa clareza tem importância por contribuir para o fortalecimento das discussões e reivindicações dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos por parte da população infectada, bem como para ajudar na compreensão da vivência da gravidez e, com isso, possibilitar, de algum modo, a formulação de políticas públicas com estratégias factíveis que possam atingir as suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003: 104.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde, 2003: 80.
3. Van Dyke RB, Korber BT, Popek E, Macken C, Widmayer SM, Bardeguéz A, et al. The Ariel Project: a prospective cohort study of maternal-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the era of maternal antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 1999; 179(2): 319-28.
4. Chequer P. Apresentação. In: Coordenação Nacional de DST e AIDS. HIV nos tribunais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999: 7-9.
5. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletrônica Enferm* 2008; 10(2): 337-46.
6. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.
7. Barcellos NT. AIDS, a mulher e a gravidez. *Jornal da FEBRASGO* 2001; 8:10-1.
8. Matão MEL, Rossi FGP. Representações Sociais da gravidez de mulheres pelo HIV. *Revistas Estudos, Vida e Saúde* 2001; 28(6): 1073-102.
9. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. São Caetano do Sul: Difusão editora; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002: 83-91.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2002.

12. Villela W. Sobre desejos, direitos e necessidade. In: Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Cidadãs positHIVas. Brasília: Ministério da Saúde. 2002: 69-97.
13. Barbosa RHS. Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV positivas. [tese]. Rio de Janeiro(RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
15. Araújo MLM, Santos R, Mendes AL, Rodrigues LH, Canella PRB. Saber sobre a importância do uso do preservativo influencia o seu uso? Reprodução & Climatério 2002; 17(1):25-9.
16. Neves LAS, Gir E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. Revista Latino-americana de Enfermagem 2006; 14(5): 140-7.
17. Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(4): 829-37.
18. Teixeira ETN. Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.
19. Santos LGS. A percepção da maternidade no processo evolutivo da mulher. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz, 1991.
20. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. São Paulo: Nova Fronteira, 1998.
21. Pereira MLD. Ser mãe e estar com aids: o revivescimento do pecado original. São Paulo: Edusp, 1997.
22. Santos MFS, Novelino AM, Nascimento A P. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In: Moreira ASP, Jesuino JC Representações Sociais: teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Universitária, UFPB, 2003: 255-278.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia