

PERCEPÇÕES DE GRÁVIDAS EM TORNO DA PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO HIV E DE SUA TRANSMISSÃO VERTICAL

Edir Nei Teixeira Mandú *
Majoreth Dióz **

RESUMO

O presente trabalho enfoca, a partir de estudo qualitativo, percepções culturais de grávidas em torno da prevenção da contaminação pelo HIV e de sua transmissão vertical ao bebê (TVHIV). Sua realização deu-se no espaço social de unidades de saúde da família da Regional Norte de Cuiabá. Foram levantados dados através de entrevistas semi-estruturadas com 21 grávidas, nos anos 2004 e 2005. O tema é atravessado por medos, recusas e muitas dificuldades. A TVHIV não faz parte das preocupações das grávidas, as quais, ainda que com contradições, não se vêem expostas ao problema. Suas expressões refletem a carência das ações educativas e de aconselhamento recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para os serviços locais, e o desrespeito ao direito a escolhas autônomas, inclusive à realização do exame.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Cuidados primários de saúde. Reprodução. HIV.

INTRODUÇÃO

Em nosso país, o panorama epidemiológico da Aids é caracterizado pela crescente feminilização, juvenilização, interiorização e pauperização. Em seu crescimento, a doença tem atingido um número cada vez maior de mulheres e crianças, sobretudo entre os mais pobres, com menor escolaridade e informação, interiorizando-se para as cidades brasileiras de médio e pequeno porte (BRASIL, 2002).

Entre mulheres, os maiores percentuais de casos de Aids situam-se entre 25 e 29 anos e 30 e 34 anos, atingindo-as em pleno período reprodutivo. Uma das conseqüências diretas da maior participação de mulheres em período reprodutivo na epidemia, sobretudo das mais pobres e com menor acesso a medidas assistenciais de controle, é o progressivo aumento da transmissão vertical do HIV (TVHIV) durante a gestação, o parto e a amamentação, principal via de infecção em crianças. Segundo Estudo Sentinela, do ano 2004, a prevalência de HIV em parturientes tem se mantido em

0,41% em todo o território nacional, apresentando variações entre as regiões, o que se traduz numa estimativa/ano de 12.635 gestantes/parturientes portadoras do HIV e crianças expostas (BRASIL, 2004). Nos anos 1990, o crescimento dos casos de Aids por transmissão vertical (TV) praticamente corresponde ao de Aids em crianças, acompanhando a ampliação da contaminação pelo HIV e incidência de Aids em mulheres. Entre menores de 12 anos, a TVHIV é responsável por cerca de 90% do total de casos (BRASIL, 2003b).

Diante desse panorama epidemiológico, considerando-se as suas conseqüências sociais e de vida para os vários grupos e indivíduos, vêm sendo adotadas, no Brasil, políticas, programas e medidas específicas de atenção que têm em vista tanto a prevenção da contaminação feminina e masculina pelo HIV como o específico controle de sua transmissão para crianças pela via materna. Entre as medidas específicas propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), tidas como prioridade pela Coordenação Nacional de DST

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Membro do Grupo Argos de Pesquisa.

** Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Membro do Grupo Argos de Pesquisa.

(doenças sexualmente transmissíveis) e Aids, encontram-se: as ações educativas preventivas (da infância à velhice) e de aconselhamento, dirigidas a indivíduos, casais, famílias e grupos; e as medidas exclusivas para o controle da TVHIV, recomendadas com base no Protocolo 076 do *Aids Clinical Group*.

Essas recomendações exclusivas abrangem várias medidas: a detecção precoce das gestantes soropositivas via realização universal do exame de testagem do HIV no pré-natal, com o consentimento da cliente (desde 1997), acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste; o uso de medicamento preventivo da TV em situações de soropositividade; a substituição do aleitamento materno por leite artificial ou leite humano pasteurizado nessa situação e a captação em maternidade de gestantes não avaliadas no pré-natal para realização do teste rápido de HIV (BRASIL, 2003a).

A essas medidas exclusivas deve somar-se uma prática educativa abrangente de prevenção da contaminação pelo HIV e de sua transmissibilidade entre homens, mulheres, de homens para mulheres e vice-versa, e de mulheres para crianças, através da TV.

Além dessas medidas, as políticas e diretrizes de prevenção das DSTs e HIV/Aids salientam a necessidade de promover mudanças no cenário político-econômico nacional e internacional, dada a sua relação com o combate à epidemia. Nesse sentido, de modo estratégico, entre outros aspectos, o MS estimula o encaminhamento de programas e ações intersetoriais para o seu enfrentamento, através do desenvolvimento de parcerias, de mobilização social e de projetos com a sociedade civil e outras instituições. Como parte dessas ações, esse órgão recomenda investimentos no incremento da capacidade de os grupos protegerem sua saúde e a de outrem através de uma abordagem educativo-assistencial que contemple a dimensão relacional da questão (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003b).

Diante da questão, têm sido localizados inúmeros obstáculos, sendo considerada a relação entre a estrutura dos serviços de saúde, a qualidade da assistência prestada, a implementação de ações preventivas e, especificamente, a geração do impacto esperado

de redução na TVHIV. Nesse sentido, o despreparo das equipes para lidar com a prevenção do problema tem sido um deles. Nos serviços de saúde públicos e privados, o investimento tem se centrado muito mais no diagnóstico do problema e em seu tratamento do que na ação educativa voltada à sua prevenção (VELOSO; VASCONCELOS; GRINSZTEJN, 1999).

O despreparo de profissionais de saúde parece ser, entre outras, uma das importantes razões das dificuldades e temores na abordagem técnica, sociocultural e humanitária da mulher gestante e de seu parceiro expostos ou portadores do HIV/Aids, na superação de dificuldades e preconceitos que acompanham comumente essa situação e a sua prevenção.

Nessa direção, é importante que as proposições e práticas em saúde contemplem as diversas formas de exposição e controle do problema, o que requer a sua interpretação como afetas a questões de duas naturezas: as específicas inserções socioculturais de cada indivíduo e/ou grupo vinculadas às suas condições de vida e suas diversas trajetórias, processos subjetivos e comportamentais diante da sexualidade, saúde-doença-cuidados e do problema da Aids; e as distintas qualidades das medidas institucionais de caráter assistencial (ou do acesso a medidas de diagnóstico e terapêutica) e de caráter educativo-promocional.

A proposição e execução de estratégias em torno da prevenção e do controle da transmissão do HIV requerem o reconhecimento da inter-relação dos vários fatores sociais, culturais, institucionais, físicos e comportamentais envolvidos na vulnerabilidade dos distintos sujeitos e grupos ao problema. Mais especificamente, a abordagem da questão requer o reconhecimento do universo subjetivo de mulheres e homens envolto na questão da Aids e sua prevenção, e dos significados atribuídos por estes aos encaminhamentos dados pelos serviços, como bases à interação, compartilhamento e trocas de natureza educativa.

Assim, este estudo enfoca expressões afetivo-culturais de mulheres grávidas em torno da prevenção do HIV e de sua TV e de medidas adotadas ou possíveis de serem adotadas pelos serviços básicos de saúde, analisando suas idéias, valores e sentimentos

em torno da abordagem e adoção de ações preventivas.

METODOLOGIA

O cenário desta investigação correspondeu às áreas de abrangência de unidades de Saúde da Família da Regional Norte de Cuiabá, nas quais o aconselhamento para o controle da TVHIV estava implantado no pré-natal, de acordo com a Coordenação do Programa de DST e Aids do município, incluindo 07 unidades.

Foram realizadas 21 entrevistas, a partir de um questionário semi-estruturado aplicado a grávidas que aceitaram participar do estudo, a partir de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurados os seus direitos conforme as normas éticas de pesquisa com seres humanos, e da aprovação pelo Comitê de Ética (Parecer 139/CEP-HUJM/2003). Essas grávidas foram selecionadas aleatoriamente, a partir dos relatórios de cadastramento de gestantes inscritas no pré-natal (Sisprenatal). A coleta de dados foi realizada nos anos 2004 e 2005.

Dessas mulheres, cinco tinham idade entre 16 e 19 anos, dez estavam entre 20 e 29 anos e seis tinham idade acima de 30 anos. Por ocasião do levantamento dos dados, dez das participantes tinham o 1º grau incompleto, quatro o tinham completado, duas ainda não haviam terminado o 2º grau e quatro o haviam concluído; apenas uma tinha o 3º grau completo. Das 21 participantes, catorze viviam com o companheiro e sete não o possuíam. Do total, dez residiam em casas próprias, duas em casas alugadas e nove moravam com as famílias de origem ou do companheiro. O salário familiar de dez delas situava-se entre um e dois salários-mínimos (SM), nove ganhavam entre três e cinco SM e duas viviam com mais de nove SM (na ocasião, no valor de R\$ 300,00).

Complementarmente, realizaram-se entrevistas abertas com a Coordenadora Geral do Programa de Controle das DST e Aids do município e com enfermeiras das unidades de PSF selecionadas para reconhecimento da política traçada em torno da questão e das práticas realizadas nas unidades de PSF.

A análise do material colhido deu-se a partir das referências teóricas eleitas e de seu aprofundamento, assumindo-se como orientação os princípios básicos que fundamentam

pesquisas sob a perspectiva dialética (MINAYO, 1993; GOMES, 1994).

O CONTEXTO

Em Cuiabá, a política adotada pela Secretaria Municipal de Saúde em torno da prevenção da TVHIV, para o primeiro nível de atenção incorpora os seguintes componentes: realização do teste anti-HIV, preconizado para todas as gestantes, independentemente do local onde esta seja atendida; e a prática sistemática do aconselhamento. No encaminhamento da política na atenção básica, de acordo com a coordenadoria do Programa, as principais dificuldades têm sido: garantir os exames no tempo apropriado e estruturar medidas de vigilância e avaliação de qualidade das ações, além da realização de práticas educativo-preventivas amplas e sistemáticas.

Nas unidades de Saúde da Família, de acordo com os (as) entrevistados (as), a realização do exame anti-HIV é uma medida que vem sendo adotada para todas as gestantes que realizam o pré-natal, conforme preconizado. Nessas unidades, a demora na entrega do resultado dos exames (que pode chegar a 90 dias) constitui-se em um dos principais obstáculos para o diagnóstico precoce do HIV e a adoção das medidas recomendadas no tempo apropriado. Apenas o aconselhamento pré-teste anti-HIV individualizado é realizado na consulta de enfermeiros e médicos, em algumas unidades. Este não tem, entretanto, a característica de apoio a situações de conflito, de troca mais abrangente de informações, de avaliação de riscos e vulnerabilidades ou de planejamento de estratégias para sua redução. As ações educativas realizadas são pontuais, de caráter mais informativo e se somam à entrega de preservativos. Não há nas unidades nenhuma prática avaliativa ou de monitoramento das ações direcionadas ao controle do problema.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Um leque amplo de condições e fatores, de diversas ordens, está associado à contaminação pelo HIV e à específica transmissibilidade vertical desse agente. O contágio pelo HIV e o desenvolvimento da

Aids resultam de um conjunto de processos múltiplos, complexos e intrincados que envolvem, para além de condições orgânicas, condições sociais de vida e saúde, o acesso à atenção à saúde de qualidade e questões de natureza cultural, subjetiva e comportamental dos envolvidos.

Entre os processos socioculturais e institucionais que ampliam a chance de exposição da mulher à infecção pelo HIV se encontram: as desigualdades sociais, de gênero, de acesso a serviços de saúde de qualidade, a recursos terapêuticos, a direitos de cidadania; exposição a drogas, comercialização sexual, processos de coerção e violência física e sexual; entre outros (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2003b).

No campo da subjetividade e dos comportamentos, são diversos os aspectos que ampliam a chance de contaminação pelo HIV e sua transmissibilidade, relacionados diretamente à percepção de vulnerabilidade e à adoção de práticas de prevenção ou de cuidado com a saúde, os quais, em alguma medida, estão estreitamente correlacionados com os processos mencionados acima. Aqui se destaca a específica percepção de vulnerabilidade presente entre as mulheres que participaram desta pesquisa a partir de práticas de cuidados em saúde por elas referidas e valorizadas na gestação, evidenciando a marginalidade em que se situa a prevenção do problema.

Percepção de vulnerabilidade ao HIV

A percepção de vulnerabilidade das entrevistadas pode ser descrita a partir da visão de autocuidado da saúde na gravidez apreendida de seus discursos, visão que, configurada nos seus termos, remete à idéia de um movimento pessoal que se concentra em aspectos como: realização do pré-natal (“de consultas, de exames, no controle da pressão...”); procura do serviço de saúde nas intercorrências; prática de uma “boa” alimentação (com “feijão, frutas, verduras, líquidos”); comendo “o que não gosta” e evitando “gordura, refrigerante”); realização de atividades consideradas saudáveis, como a “caminhada” e o “repouso”, ou evitação de práticas tidas como nocivas (como o esforço

excessivo ou o “uso de bebidas e cigarros”); ou adoção de recomendações médicas.

Destaca-se, entre as falas, um empenho adicional em fazer o tido como necessário ou em desenvolver novos comportamentos para a manutenção da saúde do bebê e da própria saúde, o que se julga garantir cumprindo o que os “médicos mandam”.

Eu venho e freqüento todo mês o posto de saúde. Antes eu não vinha porque não gosto de médico. Agora eu venho por causa da gestação (E. 9).

Identifica-se em seus discursos uma visão coerente com a concepção cultural de maternidade como doação, que predomina em nossa sociedade ocidental, sugestiva de que há, nessa fase, uma abertura para a introdução de novos valores e comportamentos em saúde. Na visão de autocuidado apresentada, contudo, não se localiza a expressão espontânea de medidas de proteção do exercício da sexualidade, o que indica, em alguma medida, uma percepção de vulnerabilidade da própria saúde dissociada desse componente.

Essas expressões encontradas, como outras apresentadas a seguir, podem ser compreendidas como parte de um conjunto de influências relacionadas, de ordem material e simbólica, moldado pelas experiências das entrevistadas, segundo os contextos socioculturais por elas partilhados.

As condições sociais vividas pelas pessoas/grupos – o acesso que elas têm, ou não, aos diferentes bens sociais e culturais – influenciam em suas construções subjetivas (GRAMSCI, 1991). Ou seja, o modo de pensar e sentir das mulheres entrevistadas a respeito das questões de saúde é certamente demarcado pelo acesso que elas têm a dadas condições de vida e, especificamente, ao atendimento à saúde.

Além do mais, as produções subjetivas das pessoas e/ou grupos compõem-se de mesclas de idéias e valores sociais, que predominam ou não (entre classes sociais e dentro de uma mesma classe), que são contemporâneos ou tradicionais, e que constituem as diferentes culturas (CHAUÍ, 1993; SANTOS, 1997). Tais produções são entremeadas e dinamizadas por produções próprias dos grupos/indivíduos, elaboradas segundo as situações de vida

enfrentadas e os interesses específicos compartilhados (GRAMSCI, 1991), que dão um caráter peculiar ao seu modo de pensar, a despeito dos valores sociais que predominam em um determinado tempo e cultura.

Assim, os argumentos encontrados entre as entrevistadas podem ser interpretados como articulados às suas condições de vida, a dificuldades que enfrentam para encaminhá-las (no caso, a necessidades enfrentadas em face da gravidez) e aos valores que possuem acerca da saúde na maternidade (em relação a comportamentos saudáveis e a apoios necessários). Estes valores são, em alguma medida, articulados a valores que predominam no âmbito das práticas em serviços de saúde e no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Neste último sentido, a marginalidade em que se situa a questão da sexualidade e da prática educativo-preventiva em geral e em saúde sexual e reprodutiva no âmbito da atenção à mulher reflete-se em seus discursos de autocuidado, porquanto não se priorizam nesse conjunto a proteção do exercício da sexualidade e os problemas decorrentes.

A partir de questionamento específico sobre o cuidado à saúde através de medidas de proteção contra a contaminação pelo HIV (colocado pelas pesquisadoras), confirma-se o fato de que as mulheres (no momento da gravidez ou não) não se vêem vulneráveis ao problema, ainda que manifestem contradições em torno dessa questão. Isto acontece porque, comumente, entre outros aspectos, não pensam sobre a questão (ou a negam) mesmo quando o exame anti-HIV é solicitado pelos profissionais como parte das medidas assistenciais.

A prevenção do HIV não é uma necessidade habitualmente sentida ou identificada e é, de certo modo, negada por essas mulheres, mesmo em situações em que não podem deixar de mencionar que talvez se encontrem em situação de vulnerabilidade.

Essa é uma doença que qualquer um pega. (...) Meu marido fez o exame, eu também, no começo, quando começamos, não deu nada. De vez em quando usamos anticoncepcional e usamos também a camisinha.; Pra mim eu estou protegida desse problema (HIV). Meu companheiro

eu não posso ter tanta certeza assim, porque ele trabalha pra lá, não sei se está com alguém. Então a gente tem sempre aquela preocupaçãozinha, aquela desconfiança, porque não sei se ele está com alguém, se ele usou camisinha ou não. (...) Homem é bicho estranho. (...) Mas não me preocupo muito não, não penso muito não. No começo, o resultado como estava demorando eu pensava muito. Aí eu conversei com a médica aí ela falou que não precisa preocupar. Eu deixei pra lá (E. 8)

O uso do preservativo como meio de prevenção contra o HIV (e não para fins anticonceptivos) não parece ser uma prática sistemática entre elas, especialmente quando consideram que o parceiro é conhecido (atribuindo-lhe confiança ou o cuidado da própria saúde). Essa visão sustenta-se na garantia do saber “com quem anda”, no relacionamento sexual com “o de casa”, com “o marido”, ou mesmo na suposta identificação da condição de normalidade através de exame (mesmo que este seja feito apenas uma vez).

Pra se proteger não pode se envolver com coisas da rua, protege a mulher muito bem. Porque o marido quando quer proteger a mulher não pode sair com outras da rua. Tem umas que é saudável e outras tem e quer passar mais e mais doenças pra frente. Acho que só nessa parte de ser fiel a esposa tá protegido muito bem. Eu tô protegida porque eu tô casada (E.1).

Eu já fiz exame. Tanto eu como meu esposo. Eu ao tenho nada, nem ele. Quando a gente tem é que a gente tem que tomar as precauções, como eu não tenho nem ele, tá tudo normal. (...) Não me preocupo (E. 14).

Outros estudos têm evidenciado que, entre mulheres, o fato de conhecerem o companheiro é suficiente para que se sintam protegidas, como também a vivência de situações em que supostamente esteja presente a monogamia. Morar junto, ter contato há algum tempo, ter um parceiro único ou estar casada, supostamente as protegem do problema.

Culturalmente, sabe-se que idéia de risco tem se mostrado incompatível com o afeto,

assim como se sabe que a sexualidade feminina é comumente exercida através da negação de si (BARBOSA; VILLELA, 1996). Evitar situações de risco implicaria em uma atitude mais ativa e autônoma, de autovalorização, de cuidado de si, que se contrapõe à visão cultural predominante em torno das relações amorosas que colocam a vida em função do outro.

Entre as participantes desta pesquisa, algumas são ainda adolescentes, e estas, em nossa sociedade, estão comumente conquistando independência e aprendendo a lidar com ela, e seus comportamentos manifestam-se repletos de contradições entre o desejo de ser protegidas (pelo outro) e o autocontrole/responsabilização pelos próprios atos.

É preciso também considerar que a dicotomia sexual homem/mulher com desvalorização do feminino concede ao homem a condução das relações afetivo-sexuais. Assim, mulheres muitas vezes projetam o cuidado de si no companheiro e têm dificuldades em colocar limites. Tal situação já foi mais marcante no passado. Hoje, a mulher vem conquistando mais espaço para se colocar e a suas idéias e vontades. No entanto, entre as entrevistadas, o não-uso do preservativo ainda é uma prática, assim como a presença de dificuldades em dialogar e negociar com o companheiro em torno do sexo e de cuidados com a própria saúde sexual.

A prevenção da Aids articula-se ao modo como se dá o exercício da sexualidade. Este campo, por sua vez, abrange conhecimentos, valores, desejos e comportamentos definidos e redefinidos na estrutura familiar e, mais amplamente, no campo social (PARKER; HERDT; CARBALLO, 1995). A sexualidade estrutura-se ao longo da vida na interação com o meio, nos contatos corporais, nos vínculos afetivos, nas descobertas, no processo de estruturação de relações de dependência e independência e no processo de estruturação da identidade masculina ou feminina, entre outros aspectos (HEILBORN e BRANDÃO, 1999), num processo carregado de ambigüidades.

Assim, a forma como as mulheres lidam com o próprio corpo, com o de outro, com afetos e desejos e, numa perspectiva mais global, o modo como elas vêem o mundo e

seus processos e o modo como se comportam no campo sexual as levam a defrontar-se ou não com a Aids e a possibilidade de preveni-la, em meio a várias contradições.

Identifica-se, então, que a atitude preventiva depende, pelo menos em parte, mais do reconhecimento dos riscos a que estão sujeitas e do modo como exercitam a sexualidade, do que propriamente das informações que acumulam acerca do problema e do modo como a Aids/HIV pode ser sexualmente transmitida(o)/prevenida(o). Tanto é assim que entre as entrevistadas localiza-se conhecimento acumulado acerca da importância do uso do preservativo, assim como acerca da prevenção, relativo às fontes de contaminação e a medidas de proteção e controle relacionadas, embora essa compreensão, por vezes, venha acompanhada de desinformação e de estereótipos.

Percepção de vulnerabilidade à TVHIV

Em relação à TVHIV, coerentemente com as contradições encontradas em torno da percepção de vulnerabilidade das entrevistadas ao HIV, também se identificou, no geral, uma visão conflitante em torno da suscetibilidade dos bebês ao problema através da transmissibilidade materna:

Eu não me preocupo com esse problema. Toda vez que eu faço exame dá negativo. E nunca passo pela minha cabeça que poderia estar com essa doença. Se o pai e a mãe estão protegidos a criança também está. (...) Pra mulher se proteger depende se ela for casada ou não. Se não for, quando tiver relação deve usar o método aconselhado pelos médicos. Eles indicam o preservativo, né? Segundo o meu conhecimento, na vacinação deve usar agulha descartável e quando precisar de sangue tem que ser bem analisado, bem seguro, né? Tem de fazer acompanhamento com os profissionais e procurar orientação (E. 15).

Tem hora que eu acho que tô protegida e hora que não tô. A gente não sabe. Ele é casado e a gente não sabe o que ele andou aprontando

também. Se eu não tiver protegida meu nenê também não está; tadinho, só se eu tomar remédio, aí ele vai estar (E. 6).

Já as informações de que dispõem em torno da THIV na gestação, parto e pós-parto e acerca de sua prevenção, independentemente do mês de gestação em que se encontravam, de ser ou não sua primeira gravidez e de terem ou não realizado o exame anti-HIV, no geral, são bastante fragmentadas, às vezes inconsistentes ou mesmo inexistentes. Tais informações parecem estar mais distantes do seu senso comum, se comparadas ao conhecimento que detêm sobre o HIV e Aids:

Eu só sei que quando a mulher grávida está contaminada transmite para o bebê também, transmite na hora do parto o HIV (E. 4).

Eu não sei. Eu só vi que tinha exame de HIV na hora de entregar. Eu nunca ouvi falar de transmissão da mãe para o bebê, nem na TV (E. 2).

Acho que não acontece nada com o bebê quando a mulher grávida é contaminada, porque ele já foi gerado e está formado e tem aquela bolsa que protege, já me explicaram lá no posto. Uma amiga minha já tinha o problema, por isso o nenê dela nasceu com problema e morreu no outro dia. (E. 20).

No Brasil, não é incomum gestantes desconhecerem o direito que têm ao teste, não saberem de sua importância, das alternativas disponíveis em caso de soropositividade pelo HIV e das possibilidades a que têm direito para diminuição do risco de TV. Entre o grupo estudado, estes direitos não são claramente reconhecidos e evidenciados.

Isso revela a necessidade de investir no desenvolvimento de filtros críticos, via ação educativa - um outro componente que orienta o modo de pensar e valorar das pessoas. Pois o conteúdo psíquico, a individualidade e os potenciais próprios das pessoas, trabalhados criticamente, permitem a interpretação/reinterpretação das produções sociais absorvidas.

Relação com representações da Aids, o projeto de maternidade e o futuro

As percepções de vulnerabilidade e práticas de autocuidado das entrevistadas estão particularmente relacionadas com suas representações sobre a Aids. Ao mesmo tempo, elas guardam relação com o projeto de maternidade e as novas preocupações que esta traz para o cotidiano da vida e o futuro das mulheres participantes deste estudo.

Por um lado, a Aids, como outros estudos têm mostrado, está associada ao sofrimento e à morte:

A gente nunca tá protegido, né? A gente sempre tem a impressão: - ah! Isso nunca vai acontecer comigo. Inclusive eu tenho uma amiga que pegou Aids assim. De boeira. Ela dizia que nunca ia acontecer com ela. Agora tá bebendo um monte de remédio e sofrendo. Porque a Aids não tem cura. Eu tenho medo. Por isso eu sempre transei de camisinha. Tirei uma vez, uma vez só. Só que eu tenho muito medo da Aids (E. 7).

Eu sei que a Aids é uma doença horrível, que mata mesmo, se não cuidar. Eu vi uma pessoa com esse problema e achei que é péssimo, uma tristeza. Fica feia demais e sofre muito. Será porque as pessoas pegam essa doença? Parece coisa do demônio (Não usa camisinha com seu parceiro) (E. 17).

Como se pode ver, o “medo” mencionado em torno da questão não gera necessariamente autocuidado; pelo contrário, gera a busca de explicações que extrapolam uma participação mais ativa frente à questão.

O próprio preconceito em torno do problema remete à recusa em pensar no assunto:

Não gosto de pensar nesse tipo de coisa. Se for positivo, já pensou, ir lá no postinho pegar, todo mundo do postinho vai ficar sabendo e se todo mundo de lá ficar sabendo e falar pra Deus e o mundo, aí fica pior. Imaginou como você vai andar com todo mundo sabendo. Muito difícil (E. 6).

Por outro lado, essa perspectiva (de sofrimento e preocupação que se coloca com a

questão) parece não se coadunar com o momento da maternidade, porque esta é vista como o oposto (vida e felicidade)

Está maravilhoso. Por ser o primeiro filho eu estou me sentindo feliz, tanto eu quanto meu esposo. Acho que é muito cedo, mas está sendo muito bom (E. 14).

seja porque a gravidez já traz uma carga suficiente de preocupações e novas dores:

Meu maior medo era ficar grávida. Depois era não poder ficar grávida e, depois, era ficar grávida e ter problemas. Eu pensava que era coisa de outro mundo, que a barriga ia esticar, que eu não ia agüentar. Mas a gente vai acostumando e vai aprendendo coisas novas (E. 8).

Isso ocorre particularmente quando há dificuldades em aceitar a gravidez:

Tá horrível. Esse é o primeiro e o último. Chorei direto dois meses, porque eu não queria, não queria, só que daí... Eu não pensei em abortar, de jeito nenhum. Já tinha feito, só que eu fiquei muito revoltada. Eu me preocupo de não poder mais sair. Não posso dançar. Tenho medo na hora de ter. Vai que acontece alguma coisa comigo, vai que eu morro (E. 7).

Ocorre também quando, com a maternidade, algumas preocupações passam a ser mais efetivas - por exemplo, aquelas relacionadas à situação financeira vivida, a condições de moradia, ou com as novas condições de saúde:

A morte de meu marido me abalou bastante. Agora a situação financeira piorou bastante porque antes era nós dois trabalhando. Desde o enxoval do nenê, tudo isso passou a me preocupar; eu não tenho condição de comprar (E. 4).

Eu estou no terceiro filho e não sei se vou voltar com o meu marido ou não. Eu tô na casa de meus pais. É ruim, né? Acho que assim vai ser difícil depois que ele nascer, né? Isso é o que me preocupa (E12).

Eu me preocupo só com a hora do parto. É muitas pessoas. Eu tenho medo de pegar uma infecção. Eu não sei como as pessoas limpam (E. 10).

Com a gravidez, o futuro torna-se alvo de novas preocupações: ou porque se sente algum tipo de ameaça em seu curso ou porque, com a chegada de filhos, constituem-se novos projetos:

Eu me preocupo com o que está acontecendo hoje. Eu não esperava outro filho. Eu não pretendia ter outro. Já tenho dois. O meu mais novo tem sete anos, está praticamente criado, porque hoje em dia está difícil. Eu penso muito no futuro, é o que preocupa. Você tem um projeto e vem a criança e muda tudo. (...) Eu acho que o pai e a mãe que ama seus filhos têm que tá passando o bom e o melhor para cada um deles, porque se você faltar um dia você preparou eles para o futuro (E. 2).

A maternidade, uma vez assumida, remete à vida, ao futuro e à construção de uma base para os filhos, o que não se coaduna com a idéia de sofrimento e morte, representada pela Aids. Assim, são peculiares os dilemas diante da situação de vida e morte que parecem se apresentar em torno dessa situação e influem na perspectiva de autocuidado preventivo na gravidez.

Ao tratar da prevenção, é preciso observar o que se partilha culturalmente em relação à Aids/HIV e à maternidade, considerando que o que se mobiliza ao lidar com a vulnerabilidade ao problema e à TVHIV não deixa de representar uma possível emergência de novos conflitos e uma possível ameaça ao projeto de maternidade feliz e a projetos futuros.

A exposição ao problema e a percepção da qualidade da atenção recebida

Como já mencionado, os conhecimentos, as percepções e práticas em torno da prevenção do HIV e de sua transmissibilidade na gravidez, parto e puerpério também surgem atrelados ao específico contexto cultural da saúde e suas múltiplas idéias e práticas, hegemônicas ou não, particularmente em relação aos cuidados ante a ameaça à vida.

Isso, ao tempo em que subjetividades e comportamentos em torno da questão são indicativos da percepção de direitos que as grávidas têm nessa esfera e, em alguma medida, da própria concretização desses direitos através das unidades de saúde. A qualidade da assistência das práticas de educação preventiva e sexual está intrinsecamente relacionada à concretização do direito à prevenção da TVHIV.

De modo geral, as entrevistadas, ao apreciarem as práticas desenvolvidas pelo PSF, não são muito específicas em relação à questão da prevenção do HIV e de sua TV, coerentemente com a posição marginal que estas práticas ocupam nos serviços e em suas vidas.

Diante das medidas específicas de proteção e de prevenção da TVHIV, as avaliações feitas são entremeadas por dúvidas, coerentemente com o distanciamento que elas têm da questão, estimulado pelos próprios serviços (pela forma também marginal com que lidam com o problema). Ainda assim, elas incluem, em suas avaliações, de forma geral, a demanda do exame anti-HIV e do acompanhamento, o acesso a informações, a garantia do acesso a medicamento em caso de soropositividade, bem como orientações relacionadas com privacidade:

Não sei muito sobre o assunto. Esqueci o nome do remédio da Aids. O que eles têm que dar não é o coquetel? (E. 2).

O posto teria que orientar os procedimentos. Eu mesma se viesse a descobrir que eu estava com HIV, eu não teria idéia do que iria acontecer (E. 2).

Acho que aconselhando, conversando. A pessoa pode até estar com dúvida, mas tem vergonha de chegar e conversar com alguém. (...) De medo de que a pessoa vai falar. A enfermeira, o médico, eles têm essa consciência de que o que fala ali dentro, ali pára. Senão daqui a pouco todo o bairro sabe (E. 4).

A agente de saúde que visita em casa devia ter pelo menos um folheto para sentar e conversar, já que eles não dão palestra (E. 8).

A despeito de não realizarem nenhuma crítica específica ao modo como os serviços vêm encaminhando a solicitação do exame anti-HIV, é possível apreender de seus discursos que a prática do aconselhamento, um direito, presente parcialmente em determinadas unidades (segundo suas próprias referências), não vem sendo devidamente respeitada, sendo consideradas a menção à falta de informações e à comunicação inapropriada:

Quando o médico pediu o exame ele não explicou nada. Eu não fiquei pensando nisso antes do tempo. Eu sou light, não esquento. Nunca conversei sobre isso. Eu não sei dos cuidados. Acho que os médicos sabem... (E. 18).

Quando o médico me pediu o exame da Aids me explicou umas coisas que eu não entendi nada. Tão difícil. Fiquei com cara de boba. Não perguntei muito pra ele não pensar que sou idiota. Eu fiquei preocupada quando fiz o exame. Só fiquei tranqüila quando veio o resultado (E. 20).

O médico me perguntou se eu estou de acordo de fazer. Se eu tenho a compreensão. Não que eu tenho a doença mas que isso é normal e que todas as pessoas fazem. Mas que se eu não quisesse, eles não iam fazer. Mas eu quero saber. Não me assustou (E. 15).

Não obstante, não se podem desconsiderar os sentimentos de medo, ansiedade e apreensão que acompanham a solicitação do exame, ainda que algumas mulheres afirmem lidar com tranqüilidade com a situação.

Eu fiz o exame, fui eu que pedi. Até pegar o resultado fiquei num estado de nervo. Eu na época tava dando de mamar pra minha filha. E se além de me contaminar eu tivesse contaminado minha filha! Minha consciência ficou muito pesada porque eu coloquei a vida de duas inocentes em risco, porque eu já estava gestante desta aqui (E. 4).

Para o aconselhamento, tido como abordagem preventiva inicial, o MS recomenda a escuta e a troca de idéias com a clientela, realizadas de forma confidencial, personalizada, de modo que os envolvidos reflitam sobre as situações a que se encontram expostos e se

reconheçam no comando da própria saúde. Os objetivos propostos para essa prática abrangem a redução do *estresse* diante da situação, a auto-avaliação de riscos, o estímulo à adoção de comportamentos seguros pelos sujeitos diretamente envolvidos e a adesão ao tratamento e a medidas de controle de novas transmissões, quando for o caso.

Além de práticas de aconselhamento, são recomendados contatos educativos múltiplos e apoiados em estratégias diversas, que promovam autonomia diante da questão, envolvendo mulheres e homens. Considerando o contexto da vivência desses sujeitos, as ações educativas e de aconselhamento devem englobar: acolhimento, apoio emocional, desenvolvimento de auto-estima, avaliação das possibilidades de risco e vulnerabilidades, apoio à negociação compartilhada de medidas de prevenção, além de trocas de informações sobre o problema, sua prevenção e tratamento (BRASIL, 1997; BRASIL, 2003b). Essa perspectiva não faz parte dos serviços de PSF a que as entrevistadas se vinculam e, desse modo, tais ações não são nem mesmo percebidas como uma necessidade, uma possibilidade ou um direito a ser respeitado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento e a compreensão desses aspectos culturais e intersubjetivos, relacionados às vulnerabilidades específicas e à adoção de medidas preventivas, são relevantes para o encaminhamento da prática educativo-assistencial no PSF.

Em relação à gestante, as medidas educativas são particularmente importantes, uma vez que a maternidade por si só se faz acompanhar comumente de inúmeros conflitos, medos e fantasias, e, a despeito de todos os avanços no campo do controle da Aids, este é ainda um tema atrelado a dúvidas, sofrimento e morte. Destarte, considerar todos esses aspectos ao adotar medidas educativas e de aconselhamento implica, do ponto de vista tecnológico, o desenvolvimento de interações, comunicações e práticas diferenciadas, apoiadas na compreensão dos processos psicoafetivos e socioculturais dos envolvidos, relacionados à questão e às específicas situações vividas por esses sujeitos.

A perspectiva ética a ser assumida, no que diz respeito à questão, considera que as mulheres têm o direito intransferível de decidir, apoiadas em informação, educação e respaldo psicoemocional, sobre a sua vida sexual e reprodutiva, sobre as medidas de prevenção a serem adotadas e sobre o seu projeto de maternidade.

PERCEPTIONS OF PREGNANT ABOUT THE PREVENTION OF HIV CONTAMINATION AND ITS VERTICAL TRANSMISSION

ABSTRACT

The current study focuses, through a qualitative study, on cultural perceptions of pregnant about the prevention of HIV contamination and its vertical transmission to the baby (TVHIV). It took place in the social space of family health units of the Regional North of Cuiabá. Semi-structured interviews were carried out with 21 pregnant women between 2004 and 2005. The subject matter is marked by fears, refusals and several difficulties. The TVHIV is not among the concerns of the pregnant woman and, even with contradictions, do not consider themselves vulnerable to the problem. This illustrates the lack of educative measures and orientation, such as recommended for local services by the Health Department of Brazil, and the disregard for the right to independent choices, including whether or not to undergo the examination.

Key words: Health promotion. Primary healthcare. Reproduction. HIV.

PERCEPCIONES DE EMBARAZADAS EN TORNO DE LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DEL HIV Y DE SU TRANSMISIÓN VERTICAL

RESUMEN

El presente trabajo objetiva enfocar, a partir de estudio cualitativo, percepciones culturales de mujeres embarazadas alrededor de la prevención de la contaminación del HIV y de su transmisión vertical al bebé (TVHIV). Su realización se ha dado en el espacio social de unidades de la salud de la familia de la Regional Norte de Cuiabá. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas semiestructurada con 21 embarazadas, en los años 2004 - 2005. El tema es abordado por miedos, denegaciones y algunas dificultades. La TVHIV no es

parte de las preocupaciones de las embarazadas, las cuales, aunque con contradicciones, no son vistas como vulnerables al problema. Sus expresiones reflejan la carencia de acciones educativas y de asesoramiento recomendado por el Departamento de Salud de Brasil, para los servicios locales, y la falta de respeto al derecho a las opciones independientes, incluso a la realización del examen.

Palabras Clave: Promoción de la salud. Cuidados primarios de la salud. Reproducción. HIV.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando silêncio:** mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 17-32.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **O perfil da Aids no Brasil e metas do governo para controle da epidemia.** 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 5 out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV, e Aids:** diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes - 2002/2003.** Brasília, DF, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. In: PIMENTA, C.; SOUTO, K. (Org.). **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres.** Brasília, DF, 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília, DF, 2004.
- CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência:** aspectos da cultura popular no Brasil. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.
- GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história.** 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
- HEILBORN, Maria Luiza e BRANDÃO, Elaine Reis. Introdução. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 7-17.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- PARKER, R. G.; HERDT, G.; CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. In: CZERESNIA, D.; MOREIRA, S. E.; BARBOSA, R. H. S.; MONTEIRO, S. **AIDS:** pesquisa social e educação. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 17-45.
- SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- VELOSO, V. G.; VASCONCELOS, A. L.; GRINSZTEJN, B. **Prevenção da transmissão vertical no Brasil.** 1999. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 4 ago. 2004.

Agradecimentos: Isouquele Soares Penido e Letícia Helena Samuelsson (bolsistas de iniciação científica do CNPq).

Endereço para correspondência: Edir Nei Teixeira Mandú. Rua Marcos Pereira da Luz, nº. 111 – Apto 402. Bairro Miguel Sutil. CEP: 78048-590. Cuiabá – MT. E-mail: enmandu@terra.com.br

Recebido em: 30/03/2006

Aprovado em: 07/12/2006