

A EXPERIÊNCIA DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA HIV NO PERÍODO DE ESPERA DE CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO FILHO

THE EXPERIENCE OF HIV-POSITIVE MOTHERS AWAITING CONFIRMATION OF THEIR CHILD'S DIAGNOSIS

LA EXPERIENCIA DE MADRES SEROPOSITIVAS AL VIH MIENTRAS ESPERAN EL DIAGNÓSTICO DEL HIJO

Maria Imaculada de Fátima Freitas¹
Onira Gianasi Moreira²

RESUMO

Estudo fundamentado no Interacionismo Simbólico com o objetivo de compreender a experiência social de mulheres grávidas infectadas pelo HIV, diante da possibilidade de infecção dos filhos. Foram realizadas entrevistas com dez mulheres que aguardavam os resultados do recém-nascido ou já haviam passado pela experiência de tê-los recebido. A análise mostrou que há sentimentos conflituosos de ansiedade e culpa, apesar das informações sobre as possibilidades de não-infecção do bebê com o tratamento com anti-retrovirais. Desconfiança, medo ou vontade de morrer, desejo de que a situação não seja real, medo de discriminação e preocupação sobre os cuidados do(s) filho(s), caso venham a falecer, fundam rompimentos e novas interações sociais, estruturados no segredo.

Palavras-chave: Soropositividade para HIV/diagnóstico; Relações Mãe-Filho; Relações Interpessoais; Infecções Por HIV/transmissão; Infecções por HIV/psicologia

ABSTRACT

This study is based on Symbolic Interactionism, and describes the social experience of HIV-positive mothers who lived through the uncertainty of having infected their child during pregnancy. Ten women were interviewed, some still awaiting the result. The analysis showed that mothers experience anxiety and guilt, despite information about the chances that the child was not infected as a result of antiretroviral treatment. Distrust, fear or a desire to die, a hope that the situation is not real, fear of discrimination, and concern about their children in case they die translate into breaks and creation of new social interactions, based on forms of secrets.

Key words: HIV Positive/diagnosis; Mother-Child Interaction; HIV Infection/transmission; HIV Infection/psychology

RESUMEN

Estudio basado en el interaccionismo simbólico y realizado con el objetivo de comprender la experiencia social de mujeres embarazadas infectadas con el VIH ante la posibilidad de contagio de sus hijos. Se llevaron a cabo entrevistas con diez mujeres que esperaban o que ya habían recibido el diagnóstico del hijo recién nacido. El análisis mostró que las mujeres tienen sentimientos conflictivos de ansiedad y culpa, a pesar de haberseles informado que con el tratamiento con anti-retrovirales hay posibilidades de que el bebé no se contagie. Las madres sienten desconfianza, miedo, ganas de morir, desean que esa situación no sea real, temen la discriminación y se preocupan por el cuidado del hijo, o de los hijos, si llegaran a fallecer. Todos estos sentimientos crean rupturas y nuevas interacciones sociales estructuradas en el secreto.

Palabras clave: Seropositivo para VIH/diagnóstico; Relaciones Madre-Hijo; Relaciones Interpersonales; Infecciones por VIH/transmisión; Infecciones por VIH/psicología

¹ Doutora em Ciências da Educação pela Université de Bordeaux II. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem, UFMG.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) tornou-se um grave problema de saúde pública e, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, ainda é uma doença que leva à morte.

Dados do Ministério da Saúde evidenciam o aumento da transmissão heterossexual de 5% entre 1980 e 1994 para 14,1% em 2006, sendo que, no geral, verifica-se a estabilização do número total de casos a partir de 2000, sobretudo na Região Sudeste, mas em patamares elevados e com acentuado crescimento de incidência entre mulheres (a razão de sexo vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986 para 1,5 homens por mulher em 2005). Os dados apontam, ainda, a aids como a quarta causa de mortalidade entre homens e mulheres na faixa etária de 20-49 anos e mostram que o maior número de casos encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos, representando 85,9% dos casos masculinos e 81,5% dos casos femininos, com ligeiro aumento entre os casos femininos na faixa etária dos 13 aos 34 anos.¹ A epidemia de aids no Brasil teve 433.067 casos notificados da doença até junho de 2006, sendo a região Sudeste a responsável pelo maior número de casos (62,3% do total). Do número total de casos confirmados de aids no Brasil, 142.138 correspondem ao sexo feminino, havendo ligeiro declínio de casos entre mulheres de cor branca e aumento de notificações de casos entre mulheres de cor parda ou negra, o que contribui para manter a inscrição da epidemia como de “pauperização” e “feminilização”. Entre as gestantes confirmadamente positivas, entre 2000 a 2006, de 734 casos notificados em 2000 passou-se a 31.921 em 2006, sendo a metade desses na Região Sudeste. A prevalência nacional de HIV entre gestantes permanece abaixo de 0,5% desde 2000, com o valor de 0,413% em estimativa encontrada pelo Estudo Sentinela Parturiente, em 2004, realizado pelo Ministério da Saúde. Esse estudo aponta, também, as enormes disparidades sociais no acesso aos serviços de saúde, com números que mostram que a cobertura do teste de HIV na gestação variou de 25%, entre as parturientes analfabetas, e de 85%, entre as de grau superior de instrução.^{1,2}

Os documentos acima citados reforçam as informações de que, anualmente, 3 milhões de mulheres dão à luz no Brasil e de que, em uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade de todas as regiões do país, a taxa de prevalência de mulheres portadoras do HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa de 12.644 mil parturientes infectadas.^{1,3}

Pelos dados, pode-se, pois, afirmar que o aumento crescente do número de casos de infecção pelo HIV entre as mulheres, em sua maioria na idade reprodutiva, é um problema de saúde pública, que pode vir acompanhado de outro: o aumento de incidência da infecção entre os recém-nascidos. Nessa vertente, o Ministério da Saúde descreve uma cobertura pré-natal com falhas no país, nas quais se destacam as seguintes: “ausência de acompanhamento pré-natal, início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para obter-se o resultado da sorologia do HIV e a devida intervenção, atendimento pré-natal sem solicitação de teste para o HIV ou com solicitação, mas

sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou extravio do mesmo”.²

Grinztajn⁴ afirma que o modo mais freqüente de transmissão heterossexual é a relação heterossexual consentida, sem proteção e envolvendo afeto. A vulnerabilidade social das mulheres é considerada fator agravante para o aumento dos casos de infecção pelo HIV e, muitas vezes, de gravidez sem conhecimento anterior de seu status sorológico ou o do parceiro. Além disso, as mulheres podem e escolhem ter filhos, mesmo conhecendo sua soropositividade, vivendo, então, a experiência da tensão pelo risco da transmissão vertical.

A transmissão vertical do HIV está relacionada à duração e estágio da infecção materna, presença de doença sexualmente transmissível (DST), duração e tipo de parto, ruptura prolongada de membranas, aleitamento materno e outros, podendo ocorrer durante a gestação (30% a 50%), durante o parto (50% a 70%) e no pós-parto, mediante o aleitamento materno (3% a 16%), como citado por Nogueira.⁵

Segundo o Ministério da Saúde⁶, a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%, e os resultados do protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) evidenciaram a redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia para a mãe e o bebê, a cesariana eletiva e a não-amamentação.

A evolução da epidemia de HIV e da aids deve ser entendida, também, em um contexto global da situação da mulher na sociedade. As mulheres representam 50,6% da população brasileira, sua renda média mensal é 43% menor que a dos homens e 13% delas sustentam sozinhas suas famílias.⁴ Muitas vivem em situação de dependência financeira, social ou emocional do parceiro, o que pode dificultar interações francas e de negociação aberta sobre as formas de viver, especialmente sobre a sexualidade.

Segundo Alves e Hurtado⁷, a idéia inicial de “grupos de risco” definiu um olhar errôneo sobre o risco de infecção, fazendo com que as mulheres ficassem fora dos alvos das campanhas de prevenção. Somado a isso, os serviços de saúde às vezes caracterizam as mulheres como políqueixosas e oferecem ações voltadas à reprodução, sem incluir nelas a responsabilização do homem, a decisão compartilhada do casal. Assim, a mulher arca, praticamente sozinha, com a responsabilidade da contracepção e, indiretamente, com o risco de infecção por doenças infecto-contagiosas.

Muitas vezes a mulher se descobre soropositiva para o HIV ao realizar o exame anti-HIV oferecido no pré-natal, ou quando seu filho já apresenta algum sintoma. Essa descoberta, segundo Freitas⁸, coloca a mulher diante de uma realidade que desvela a própria relação com o parceiro e sua própria vida afetiva e sexual, além de fazê-la defrontar-se com o risco de infectar seu filho.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHNB), do Ministério da Saúde, conhecido também como “Sisprenatal”, e as estimativas do uso de AZT injetável em âmbito nacional foram implantados buscando, dentre outros objetivos, diminuir a baixa a cobertura da testagem para a infecção do HIV, que durante o Pré-Natal estava abaixo de 40%, em decorrência de fatores como a

baixa adesão ao pré-natal ou captação tardia da gestante.⁹ Em 2004, o *Estudo-Sentinelas Parturientes*, realizado pelo Ministério da Saúde,³ aponta que houve aumento de cobertura para sorologia anti-HIV na gestação, passando a 31% e 34% nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente, e a 75% nas regiões Sudeste e Sul, com uma média estimada para o Brasil de 63%, apesar de persistirem as dificuldades anteriormente citadas que repercutem na instituição de profilaxia tardiamente.

Segundo Nogueira⁵, citando o relatório do Projeto Mundial para Órfãos com apoio do Unicef, estima-se que 183 mil crianças brasileiras sejam vítimas diretas ou indiretas do HIV, sendo que, dentre estas, 10.600 já teriam perdido a mãe e que 34 mil são filhos de mães vivas com aids.

Desconhecendo o *status* sorológico do parceiro, muitas mulheres vivenciam a afirmação da necessidade de prevenção mediante sexo seguro como uma contradição ao direito à procriação. Muitas se submetem a relações com parceiros não monogâmicos até mesmo por questão de sobrevivência e por acreditarem em uma suposta imunidade advinda de uma relação duradoura ou simplesmente pela representação de que o amor protege de tudo. A atitude da mulher de se autoprotger vai depender, então, das representações sobre a doença, mas também daquelas que têm sobre seu valor para o parceiro e família, sua cultura e sua comunidade, dentre outros aspectos complexos que incluem as lógicas interativas que se estabelecem entre a mulher e o parceiro.

Nessa complexidade se inscreve o risco de se infectar pelo HIV. Consta-se que a experiência da mulher, no que se refere à sexualidade e, conseqüentemente, aos direitos reprodutivos, não é desligada das interações sociais, nas quais se incluem também dados objetivos, tais como o acesso às informações, à assistência social e à saúde.

Considerando a importância dos aspectos envolvidos e o intervalo da descoberta do seu *status* sorológico até a confirmação do resultado do filho, neste estudo buscou-se compreender a experiência social de mulheres grávidas infectadas pelo HIV diante da possibilidade de infecção dos filhos, sob o foco das interações sociais.

ATRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A abordagem foi fundamentada no Intencionismo Simbólico¹⁰⁻¹², no qual se buscou aprofundar a análise de uma experiência singular vivida pelos sujeitos mediante suas interações sociais. Essa corrente sociológica enfatiza que as relações sociais são construídas com base nas representações e interações com outras pessoas.

Para Petitat,¹² o que caracteriza a forma de interação das pessoas na sociedade é um jogo social constituído de dois pólos, o da confiança e o da desconfiança, explicitado em diferentes formas de se revelar e de se esconder.

O processo interativo é dinâmico, variando de acordo com as diferentes situações a que os indivíduos possam estar expostos. Dessa forma, compreendendo como se dão essas interações, foi possível aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno: a maternidade *versus* infecção pelo HIV.

Participaram do estudo dez mães com diagnóstico de HIV que tinham um filho recém-nascido ou um bebê

e que estavam aguardando a confirmação dos resultados da sorologia anti-HIV que já haviam sido concluídos. Nos dois casos, pressupôs-se que, desde a gravidez, quando se sabe infectada ou se descobre portadora do vírus nesse momento, até os últimos exames do protocolo para confirmação da infecção do bebê, essas mulheres vivem experiências e expectativas que têm muito em comum com o contexto social no qual estão inseridas. Foram seguidas todas as recomendações para pesquisas envolvendo seres humanos, com autorização para a realização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas (Parecer n. 084/00) e assinatura do Termo de Consentimento pelas participantes, após esclarecimentos sobre os objetivos, riscos e benefícios esperados, e participação voluntária, assegurando-lhes o anonimato em todas as etapas da pesquisa.

O local para coleta dos dados foi um centro de referência para atendimento às pessoas infectadas pelo HIV/aids em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Para a obtenção dos dados, foram feitas perguntas norteadoras por meio de entrevistas semi-estruturadas, centradas nos sentimentos e maneiras de viver após a confirmação da infecção pelo HIV e da gravidez. As entrevistas foram realizadas mediante aceitação da mãe em participar da pesquisa, com gravação e posterior transcrição delas na íntegra, com mulheres que já haviam passado pelo parto, internadas em maternidade ou no pós-parto em casa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: A EXPERIÊNCIA DE VIVER A EXPECTATIVA DA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DO FILHO

A interpretação dos resultados consistiu de um processo contínuo, cíclico e simultâneo à coleta dos dados, com leitura e releitura exaustiva das entrevistas, nas quais foram identificados os temas. Com base neles foi possível a construção dos significados de acordo com as estruturas discursivas das mulheres entrevistadas, naquilo que dava sentido às suas experiências, fundamentando-se na afirmação de Greimas¹³⁻¹⁴ de que o mundo parece definir-se como um mundo de significação, o qual só pode ser chamado de humano à medida que significa algo. Para esse autor, é na investigação referente ao significado que as ciências humanas encontram um denominador comum, por meio da análise estrutural de narração. Enfatiza, ainda, que o sentido que as coisas têm é aquele que lhes damos. É ele que comanda o filtro cultural da nossa percepção de mundo. Dessa forma, o sentido é construído como resultante do encontro entre as categorias descritas pelas mulheres.

A análise dos resultados apontou que as mulheres nortearam sua fala como um “caminho percorrido” desde a descoberta da soropositividade (que muitas vezes pode ocorrer ao mesmo tempo em que se confirma a gravidez), a revelação ao outro, o estabelecimento de redes de apoio, o sentimento de discriminação e outros, até a expectativa do resultado do filho.

O momento da descoberta, desde a suspeita até a confirmação, para as entrevistadas, é permeado de inúmeros sentimentos, como o risco real, a certeza da presença do vírus, fantasias relacionadas à origem da infecção, medo de infecção do filho e, muito freqüentemente, o medo

da morte, que lhes tiraria a possibilidade de criar o filho. É um medo misturado à esperança, em decorrência das informações dos profissionais e da mídia de que os medicamentos anti-retrovirais prolongam a vida e fazem com que a aids seja considerada uma doença crônica. Além disso, está presente um sentimento de culpa em relação ao fato de poder gerar uma criança já infectada, mas sempre canalizado para o que Freitas e Matão¹⁵ chamaram de “terceirização da ocorrência da gravidez”, como se esta se tivesse dado como um acaso na vida da mulher, compensando-a dessa culpa. Completam-se aqui sentimentos de que a experiência de ser mãe pode ser reveladora de sua própria infecção para as outras pessoas, além de ter um filho infectado que deverá enfrentar, desde cedo, a revelação da situação, que poderia lhe expor e à família as discriminações e preconceitos dos quais todas têm medo.

Para Freitas⁸ e Plantade,¹⁶ a morte não é vislumbrada, assim, apenas como possibilidade real da vida acabar, mas também como perda de identidade, incapacidade e doença ou morte também do filho.

Eu entrei em depressão foi quando eu soube que tinha que internar para tratar [...] sem saber se eu ia estar viva ou não, que até então eu tinha ouvido falar que não tinha cura, tinha poucos meses de vida.

O “pensar em morrer”, tantas vezes mencionado pelas entrevistadas, sugere uma fuga. Parece mais fácil morrer do que enfrentar todo o estigma de ser portador de HIV e doente de aids.

O que parece intensificar esses sentimentos é o fato de a descoberta da soropositividade ocorrer num momento importante para as mulheres: o de se fazer mãe, pois, de acordo com a pesquisa, a metade das entrevistadas descobriu a infecção pelo HIV no pré-natal.

A negação é usada nos primeiros estágios da doença, após a constatação do diagnóstico ou, às vezes, numa fase posterior. Esse sentimento remete à idéia de que ainda hoje a maioria das mulheres não se coloca como vulnerável ao risco de infecção do HIV e que muitas vezes, elas não visualizam a possibilidade de terem sido infectadas pelo companheiro:

Oh, a gente tem nove anos de casado, eu e meu marido, se fosse uma coisa assim, de antes de casar, já era para ter manifestado há muito tempo. Se foi uma coisa depois do nascimento do meu primeiro filho, é muito esquisito [...]. Quando acontece esse tipo de... usou drogas, usou isso, usou aquilo, depois não tem como analisar, tentar tirar de onde saiu isso [...].

As mulheres associam o companheiro como fonte de infecção quando este sabidamente tenha comportamento considerado por elas como de risco:

O meu marido tinha, ele era usuário de droga injetável numa turma de dez, então eu fiquei com vontade de matar ele, sabe, eu fiquei. Eu tenho certeza que foi você que me passou..Tem sete anos que eu estou com você, eu não fiz nada [...].

Quando se tem certeza do companheiro como fonte de infecção, a mulher tende a assumir uma posição de vítima e a culpa do outro alivia a própria culpa. Esses sentimentos sobrepõem o reconhecimento de que a prevenção deve ser uma responsabilidade compartilhada pelo casal.

Essas constatações amplificam a complexidade das ações de prevenção destinadas às mulheres e casais, pois incluem novas formas de interações entre os parceiros e a reconstrução da idéia de risco.

As entrevistadas descreveram sentimentos de tristeza, depressão, abandono, falta de apoio, raiva de ter se contaminado através do companheiro e outros.

No imaginário social, a negação é reforçada por falas do tipo: “não sinto nada”, “não emagreci”. Para as entrevistadas, não está clara a diferença entre ser infectada pelo HIV e estar doente de aids. Mesmo a idéia do uso contínuo dos anti-retrovirais torna-se ambígua, visto que várias mulheres afirmam se sujeitar ao tratamento somente para proteger os filhos.

Estando grávidas, preocupam-se primeiramente com seus filhos, estando implícito o sentimento de culpa de poderem transmitir o vírus para o bebê e, em alguns relatos, foi explicitado um sentimento de alívio por não terem amamentado seu bebê e pelo parto ter sido numa maternidade com atendimento específico à gestante com HIV.

O tempo de espera até a confirmação do diagnóstico do filho é vivenciado com angústia e incerteza e constitui um dos momentos mais difíceis de serem enfrentados pelas mulheres. Não é possível afirmar, categoricamente, se nesta situação há um maior apego aos filhos ou se ocorre um afastamento dos mesmos, temendo apegar-se demais e posteriormente vir a perdê-los ou mesmo de deixá-los órfãos. As duas formas interativas foram relatadas pelas entrevistadas, mas percebe-se que a maioria teme o próprio adoecimento ou morte. Este temor está associado ao fato de que na sua falta, poderá acontecer de ninguém cuidar de seus filhos. Porém, em nenhum momento, não se explicita a possibilidade de morte do filho:

É... mas essa é a minha grande preocupação, o meu medo assim, de que aconteça alguma coisa e eu deixar os meus filhos, sabe, eu não quero, eu quero ver eles crescerem. Ele é tão pequenininho, às vezes eu fico olhando para ele... Porque eu não posso morrer antes, ele tem que crescer, tem que caminhar, tem que correr e ir para a escola, sabe? Não, eu não posso deixar, eu não quero deixar...meus filhos. Adoro, adoro [...]. É muito difícil, tá ficando muito difícil conviver com meus filhos, então tá muito difícil... eu também posso morrer e deixar eles aí sem mim.

O medo de adoecer pode significar o desvelamento da situação para outras pessoas do convívio social. Além de que, sendo elas as “cuidadoras do lar”, não podem se imaginar doentes, internadas, necessitando de cuidados, incapacitadas de exercer seu papel.

Apesar de ao medo seguirem-se outros sentimentos, existe uma expectativa positiva, traduzida em esperança, presente em alguns relatos: *Minha expectativa era de que*

ela não tivesse, porque a médica falou que tinha chance de não ter, de negativar [...].

Na tentativa de “darem conta”, buscam uma rede de apoio para compartilhar a situação. Algumas revelaram, primeiramente, para o companheiro, mas parecem contar mesmo é com a família. Houve relatos de “frieza” e falta de apoio do companheiro e em alguns casos aconteceram rompimentos. Foi relatado por várias entrevistadas o apoio de serviços e profissionais de saúde: enfermeiro, médico e psicólogo.

Mesmo tratando-se de uma epidemia mundial, descoberta há mais de vinte anos, com dados veiculados por vários meios de comunicação e com mudanças de conceitos ao longo dos anos, principalmente no que se refere aos riscos, o sentimento de discriminação é algo real e doloroso para estas mulheres.

Nessa trajetória, percebe-se uma tentativa de refazer o cotidiano, e as mães declaram que buscam força para seguir em frente no(s) próprio(s) filho(s), muitas vezes abnegando-se de si mesmas: *Até que por mim eu não me preocupo muito não, é mais por meu filho: o horário certo de tomar remédio, se tem que ir a algum lugar eu não deixo de levar.*

O processo de reconstrução das relações e dos valores inicia-se no anúncio da soropositividade. Na realidade, trata-se de um processo doloroso, permeado de medos e fantasias, no qual a mulher confronta-se com seus velhos medos e fantasmas, com suas velhas e novas fortalezas e com o que pensam e agem as outras pessoas do seu ciclo afetivo e social. Na maioria dos casos, ocorre a aceitação da realidade, mas esta não é uma aceitação definitiva e tranqüila, como uma aquisição para sempre. O sofrimento permanece, explícito ou velado, misturado à esperança da descoberta de um tratamento eficaz que leve à cura da aids.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa tornou possível compreender que o momento de espera pela confirmação diagnóstica do filho é ímpar na vida das mulheres soropositivas.

Por meio dos relatos foi possível desvelar todo um universo de situações que permeiam esta vivência.

A estrutura dos discursos pode ser sintetizada numa só frase: “É muito difícil mesmo”, repetida por todas reiteradas vezes ao longo das entrevistas, sendo que a concretude dos riscos e da vulnerabilidade social, emocional e clínica de si e dos filhos não está clara para a maioria das mulheres entrevistadas. Verifica-se, nos relatos, que, tendo sido infectadas em parcerias monogâmicas, a relação sexual consentida, baseada na confiança e sem questionamentos explícitos no interior do casal é um dos aspectos das interações que está no centro da transmissão do HIV para a mulher.

As informações das mulheres entrevistadas apontam que a descoberta da soropositividade para o HIV ocorre, principalmente, durante o pré-natal, como relatado na epidemiologia citada.

A expectativa do resultado do filho está inserida numa trajetória complexa iniciada desde a descoberta da soropositividade pelas mulheres até terem condição de reconstruir sua realidade.

A abordagem das interações sociais propiciou o desvelamento das redes de apoio e rupturas que essas mulheres estabelecem ou fortalecem. Percebe-se a importância do apoio relatado pelas mulheres, bem como que as relações solidificadas com base na revelação do status sorológico contribuem significativamente para a construção de um novo cotidiano. De acordo com cada história de vida, as mulheres aderem ao tratamento ou não. A maioria delas adere ao tratamento e mudam seus hábitos em virtude do próprio filho, para cuidar dele.

É indiscutível a importância do profissional de saúde no acolhimento das mulheres soropositivas, fornecendo-lhes informações corretas utilizando um vocabulário acessível, com escuta e aconselhamento, pois o direito de ter filhos cabe somente à mulher, mas ela precisa estar bem orientada para essa decisão.

A pesquisa nos leva a refletir sobre como têm acontecido as campanhas educativas divulgadas nos meios de comunicação e como tem sido feita a prevenção da epidemia, já que o número de mulheres infectadas tem aumentado progressivamente. Exige repensar, ainda, nossa responsabilidade em face do conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e de outras DST, que se apresentou disperso e confuso no relato das mulheres, ao descreverem sua vida antes da confirmação de seu próprio diagnóstico.

A relação de confiança parece ser o maior desafio para as ações de prevenção para esse grupo, pois depende da relação da mulher com seu parceiro, suas crenças, suas idéias sobre risco e vulnerabilidade e da sua autovalorização.

Tendo em vista a complexidade de ser mulher, mãe e infectada pelo HIV, deve-se considerar que as ações preventivas, para serem mais bem absorvidas, precisam ser iniciadas o mais precocemente possível e estar mais próximas da realidade social e cultural da população. O diagnóstico precoce, o tratamento preventivo correto e a atenção integral contribuem, também, para diminuir o sofrimento das mães no tempo de espera do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Análise do banco de dados nacional de aids, 1980 a 206 e gestantes HIV+, 2000 a 2006. Boletim Epidemiológico AIDS DST – Ano III nº 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa de prevalência de HIV na população brasileira de 15 49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico AIDS DST – Ano III nº 01- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS Ano XVII nº 01 - 01 à 52 Semanas epidemiológicas janeiro a dezembro de 2003. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>
3. Chequer P, Andrade-Castro N. A epidemia da Aids na América Latina está sob controle? 17 p. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>
4. Grinztajn B. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV nas mulheres. In: Nogueira, S.A. (Org.) Manual para o acompanhamento clínico da mulher infectada pelo HIV. [on line]. Rio de Janeiro: UFRJ; Programa de assistência integral à gestante HIV positiva, 1997. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/ippmg/gest.htm>.

5. Nogueira B. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV nas mulheres. In: Nogueira, S.A. (Org.). Manual para o acompanhamento clínico da mulher infectada pelo HIV. [on line]. Rio de Janeiro: UFRJ; Programa de assistência integral à gestante HIV positiva, 1997. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/ippmg/gest.htm>.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e AIDS. Consenso: recomendações para profilaxia de transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes – 2006. Brasília. 2006. 81 p. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents>.
7. Alves RN, Hurtado MLL. Aspectos da AIDS relacionados à mulher. Revista Universidade e Sociedade [on line]. Universidade Estadual de Maringá, número 17, p.15-20, junho, 1998. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.uem.br/pec/revista17/artigo02.htm>.
8. Freitas MIF. A gestão do segredo na vida de casais após a infecção pelo HIV. Relatório de pesquisa. Belo Horizonte: UFMG/Programa de Cooperação Técnica Sida Brasil-França, 1998: 87.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2104 de 21 de Novembro de 2002. Projeto Nascer. [Citado em 15 mar 2007]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/tratamento>.
10. Simmel G. *Secret et sociétés secrètes*. Paris : Circé; 1991. 120p.
11. Goffman E. *La mise en scène de la vie quotidienne, I. la présentation de soi*. Paris : Minuit; 1973. 252p.
12. Petitat A. Segredo e morfogênese social. In: Petitat A. *Segredo e formas sociais*. Paris: PUJ; 1998. Cap.4, 139-60.
13. Greimas AJ. *Sobre o sentido; ensaios semióticos*. Rio de Janeiro: Vozes; 1975. 295p.
14. Greimas AJ, Landowski E, organizadores. *Análise do discurso em ciências sociais*. São Paulo: Global; 1979. 283p.
15. Freitas MIF, Matão MEL. Desires, rights, and social representations in HI-positive women's choice in favor of motherhood. *Health Care Women Int* 2005; 26:494-5.
16. Plantade S. *Le sida, vivre avec et en parler*. Paris: L'Harmattan; 1997. 156p.

Submissão: 28/9/2006

Aprovado: 31/07/2007