

Augusta Thereza de Alvarenga^I

José Ricardo de C M Ayres^{III}

Aids e gravidez. Os sentidos do risco e o desafio do cuidado

AIDS and pregnancy: meanings of risk and challenges for care

RESUMO

OBJETIVO: Compreender como o risco da transmissão vertical do HIV é apreendido e reconstruído pelas pessoas vivendo com HIV/Aids em suas decisões reprodutivas.

MÉTODOS: Estudo qualitativo, envolvendo oito mulheres e homens, em três serviços de saúde especializados em DST/Aids, do Município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas com roteiros temáticos e semi-estruturados, no período de julho a dezembro de 2001. Os depoentes selecionados foram os informantes-chave, soropositivos ou seus parceiros, com 18 anos ou mais e em união conjugal há pelo menos um ano.

RESULTADOS: Dentre as motivações para ter filhos, destacaram-se aquelas relacionadas às expectativas dos parceiros conjugais, especialmente como modo de “retribuir” suas ações. O risco da transmissão vertical é utilizado pelos profissionais de saúde tanto para desestimular quanto para orientar sobre a profilaxia da transmissão. Entretanto, as questões reprodutivas não são explicitadas no espaço dos serviços de saúde, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais.

CONCLUSÕES: A atenção deve ser orientada não apenas ao controle da infecção, mas efetivamente no bem-estar das pessoas vivendo com HIV. Há necessidade de explicitação dos diferentes pontos de vista de usuários e profissionais, para que se possa chegar à solução mais efetiva e adequada para cada situação de cuidado.

DESCRIPTORIOS: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Direitos sexuais e reprodutivos. Risco. Atenção à saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand how the risk of vertical HIV transmission is perceived and interpreted by people living with HIV/AIDS, when making decisions regarding reproductive health.

METHODS: This was a qualitative study carried out at three municipal health clinics specializing in STD/AIDS, in the city of São Paulo. Semi-structured thematic interviews were conducted with eight patients (male and female), from July to December 2001. The interviewees were key informants and either they or their partners were seropositive. All of them were aged 18 or over and had been living with their partners for at least one year.

RESULTS: Among the motivations for having children, those related to the partner's expectations were highlighted, especially as a form of “recompense” for their actions. The risk of vertical transmission was used by health professionals both for discouraging pregnancy and for giving guidance on transmission prophylaxis. However, reproductive issues were not voiced at the health clinics, either by the patients or by the healthcare providers.

^I Serviço Ambulatorial Especializado em DST/Aids Santana. Prefeitura do Município de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Neide Emy Kurokawa e Silva
Rua Voluntários da Pátria, 4130 Apto. 124-B
02402-500 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: neks@uol.com.br

CONCLUSIONS: Attention should be directed not only towards controlling the infection, but also most importantly towards the wellbeing of people living with HIV/AIDS. There is a need to clarify the different points of view of users and professionals in order to achieve the most effective and appropriate solution for each specific caregiving situation.

KEYWORDS: Acquired immunodeficiency syndrome. Sexual reproductive rights. Risk. Delivery of health care.

INTRODUÇÃO

A gravidez no contexto da infecção pelo HIV é um tema que, via de regra, gera discursos polêmicos e acalorados, especialmente entre profissionais de saúde. Ancorados sobretudo nos riscos da transmissão perinatal do HIV, os profissionais de saúde justificam seus sentimentos de indignação ou de incompreensão quando uma mulher, sabidamente soropositiva, manifesta o desejo de engravidar ou chega grávida ao serviço de saúde.

Os profissionais de saúde se apóiam sobretudo na epidemiologia para justificar essa indignação e os programas chegam a subsumir a saúde reprodutiva à profilaxia da transmissão vertical, no contexto do HIV/Aids.¹⁹

Tal racionalidade científica evidencia o risco da transmissão vertical do HIV, entretanto, parece não determinar as decisões reprodutivas das pessoas soropositivas, como concluem alguns estudos.^{1,9} Pesquisas com mulheres soropositivas no Brasil indicam que cerca de 30 a 40%*.¹⁵ delas sabiam do seu diagnóstico de HIV antes de engravidarem.**

Em relação às informações sobre a transmissão vertical do HIV, Paiva et al^{16,17} mostraram que aproximadamente 75% das mulheres e 50% dos homens tinham essas informações, embora a vontade de ter filhos não tivesse apresentado qualquer correlação significativa com o nível de informação.

O risco da transmissão vertical do HIV pode ser considerado um discurso técnico que pode ser reinterpretado pelos usuários dos serviços.⁴ Dessa maneira, o presente artigo teve por objetivo contribuir para a compreensão do modo como esse risco é apreendido e reconstruído pelas pessoas vivendo com HIV/Aids. Pretendeu-se aprofundar o conhecimento acerca da tomada de decisão de pessoas vivendo com

HIV sobre engravidar ou não, e do papel dos serviços de saúde nesse processo. A identificação dessas diferenças de significados da gravidez e seus riscos entre profissionais e usuários pode favorecer a qualidade do cuidado à saúde reprodutiva.

MÉTODOS

Foi realizado estudo qualitativo, baseado em depoimentos de homens e mulheres em acompanhamento em três serviços de saúde especializados em DST/Aids, do Município de São Paulo no período de julho a dezembro de 2001.

A escolha dos serviços de saúde apoiou-se em estudo de Oliveira & França Junior,¹⁴ tratando do tema Aids, direitos reprodutivos e assistência à saúde, por referência às suas distintas organizações: um, mais centrado no trabalho do médico; outro, na equipe multiprofissional e um terceiro, mesclando as duas abordagens, distinções que embora refutadas posteriormente, sugeriam especificidades nas práticas assistenciais que poderiam influenciar as percepções e decisões sobre a gravidez e o risco da transmissão vertical.

A identificação e captação dos depoentes, todos soropositivos ou parceiros desses; com 18 anos ou mais e em união conjugal há pelo menos um ano, combinou um processo intencional com critério de conveniência. A primeira autora do presente trabalho atuou como auxiliar de campo no estudo acima referido¹⁵ na etapa de observação participante, em situações como grupos de gestantes, sala de espera e de consultas. Durante esse contato foram identificados usuários soropositivos e parceiros(as) que manifestaram, de algum modo, o desejo de engravidar, mas também o de não engravidar ou, ainda, mulheres que já se encontravam grávidas. A seleção das pessoas soropositivas para o estudo deveu-se, portanto, ao reconhecimento do potencial desses usuários como “informantes-chave”.

*Enhancing Care Initiative: AIDS Care Teams in Action. [on line]. Disponível em http://www.eci.harvard.edu/events_pubs/2004_ECI_monograph.pdf. 2004 [acesso em 13 mar 2006]

**Figueiredo R. Comportamento contraceptivo de mulheres com Aids na cidade de Santo André, 2001. Disponível em <http://www.usp.br/nepaids/ce-sa.pdf> [acesso em 29 mar 2006]

Tabela 1 - Pessoas entrevistadas, segundo idade, número de filhos vivos, tempo de união do casal e status sorológico. São Paulo, 2001.

Entrevistado	Idade	Status sorológico	Filhos vivos	Status sorológico dos filhos	Status sorológico do(a) parceiro(a)	Tempo de união do casal
Rebeca	19	HIV+	Nenhum	-	Desconhecido	1 ano
Cleber	29	HIV+	Nenhum	-	HIV+	3 anos
Nair	28	HIV-	Nenhum	-	HIV+	10 anos
Paula	25	HIV+	Nenhum	-	HIV+	3 anos
Marcela	33	HIV+	03	2 HIV- 1 HIV+	HIV+	18 anos
Carolina	29	HIV+	02	HIV+	Desconhecido	1 ano
Gisele	24	HIV+	01	HIV-	HIV+	10 anos
Reinaldo	32	HIV+	02	HIV-	HIV-	6 anos

Foram entrevistados oito informantes, o suficiente para identificar e interpretar a questão central do estudo (Tabela 1). Esse número não foi definido a priori, já que não se tratava de uma amostragem estatística. A preocupação foi focalizar a questão sob a maior diversidade possível de situações práticas potencialmente relevantes. Procurou-se identificar elementos comuns nos depoimentos, assim como aqueles considerados ímpares, que se mostrassem significativos para a compreensão procurada.¹²

As entrevistas foram realizadas a partir de roteiro semi-estruturado (Tabela 2), com duração média de duas horas cada, gravadas e transcritas integralmente, totalizando 146 laudas. Tanto os informantes quanto as pessoas citadas pelos mesmos foram identificados por nomes fictícios. A análise do material foi de natureza interpretativa, tendo como quadros de referência o discurso epidemiológico sobre o risco² e a teoria cultural sobre os riscos.⁵ Tal análise teve o intuito de estabelecer um paralelo entre distintas percepções sobre a transmissão vertical no contexto do HIV/Aids.

Da interpretação do conteúdo das entrevistas e da situação contextual dos entrevistados, foram destacados dois núcleos temáticos para a apresentação e discussão dos resultados: 1) os sentidos: da maternidade/paternidade, do HIV/Aids e do risco da transmissão vertical; e 2) as demandas reprodutivas e o acolhimento das mesmas pelos serviços de saúde.

Foram observados os cuidados éticos quanto ao sigilo e à privacidade das informações colhidas, além da obtenção de consentimento pós-informado de todos os depoentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre os sentidos da gravidez: filhos como retribuição

Dentre as pessoas entrevistadas, duas estavam grávidas (uma tinha três filhos e a outra, nenhum), duas

declararam não querer mais filhos e quatro desejavam ter filhos, embora com restrições.

Com exceção de uma das depoentes, que durante toda a entrevista explicitou o seu desejo de ter filhos, os demais não manifestaram prontamente tal desejo. Eles expressaram primeiramente seus receios quanto aos efeitos dos medicamentos para o bebê, à possibilidade de orfandade ou a dificuldades financeiras, além das chances do bebê vir a adoecer.

O conjunto dos depoimentos apontou que a depen-

Tabela 2 - Roteiro temático das entrevistas.

- Viver com HIV/Aids
 - Desde o diagnóstico do HIV/Aids, até os dias de hoje.
 - A notícia
 - Preocupações centrais
 - Projetos
 - Redes familiares e de amizade
- História da vida reprodutiva
 - Gravidezes
 - Abortos
 - Filhos
 - Métodos contraceptivos (como foi feita a opção/ por quê?)
- Pretensões em torno da vida reprodutiva
 - Pretende ter filhos?
 - Por quê?
 - Acha que deve/pode controlar a vida reprodutiva?
 - Com quem já conversou a respeito? Por quê?
 - Já/o que conversou com a(o) parceira(o)?
 - Com quem gostaria de conversar a respeito? Por quê?
 - Com quem não falaria sobre isso? Por quê?
 - O que poderia mudar as pretensões?
 - Preservativo
 - O que já foi dito?
 - Quem já conversou sobre o assunto?
 - O que a(o) parceiro(o) acha?
 - Possibilidades de uso
- Vida afetiva/sexual
 - Como avalia o relacionamento com a(o) parceiro(o) hoje?
 - É diferente de antes do HIV?
 - O que seria necessário para melhorar?
 - Conversam sobre o assunto?
 - Alguém dá palpite no relacionamento?
- Relação com o serviço de saúde
 - Com que profissionais costuma conversar mais?
 - Alguém conversou sobre ter ou não ter filhos?
 - Com qual deles acha que poderia conversar sobre isso?
 - O que acha que diriam se você dissesse que quer ter filhos?
 - E se dissesse que está grávida ou que a parceira está grávida?
- Vida antes do HIV
 - Vida antes do HIV

der dos projetos de vida de cada um, a gravidez e os filhos podem confrontar as probabilidades de infecção do bebê ou as dúvidas e temores quanto à transmissão vertical.

Mesmo considerando as restrições relacionadas à transmissão do HIV, as pessoas entrevistadas trouxeram argumentos que justificaram ou justificariam uma gravidez. Dentre eles, destacaram-se a oportunidade de viver/reviver a experiência da maternidade ou de constituir uma família, tão culturalmente enraizada como um traço constitutivo da identidade feminina, numa perspectiva de gênero.¹⁸

As motivações de ter filhos associadas às expectativas de seus parceiros conjugais como uma forma de “retribuição” por gestos/iniciativas se destacaram no grupo e podem ser mais diretamente relacionadas a situações conjugais no contexto da infecção pelo HIV, como no caso de Rebeca:

“...ele tinha uma mulher... terminou com a mulher dele e ficou comigo... E eu tenho que agradecer muito ele, porque eu usava droga, ele que me tirou das drogas, eu bebia... Eu parei de beber através dele... acho que ele é a pessoa certa pra mim...Ele fala que ele tem 8 filhos e comigo ele não tem nenhum... Ele quer ter um filho comigo... A coisa que ele mais queria na vida dele. Ele fala que antes dele morrer, ele quer ter um filho comigo...” (Rebeca)

Para Carolina, a despeito de ter duas filhas HIV+, ter perdido um bebê em função da doença e temer a transmissão vertical, o desejo do companheiro também justificou uma quarta gravidez. Ele não só aceitara a sua condição sorológica como oferecera amparo, a ela e ao bebê, gesto que contrastava com as experiências de ser abandonada pelos parceiros ao engravidar.

“Ele tava a fim da gravidez... Ele tá doido pra saber se é menino ou menina, prá poder comprar roupa!... Prá mim, meu passado foi triste! ... eu sei que não é fácil morar com uma pessoa que tenha esse problema. Mas ele, não! Agora eu tô grávida dele. Do filho dele, ou filha, sei lá! É o único, único, único... Esse eu sei que é de confiança...” (Carolina)

Percepções sobre o risco da transmissão vertical

Presentes nos discursos das pessoas entrevistadas, os discursos médicos ou epidemiológicos sobre o risco foram selecionados, apreendidos e muitas vezes reconstruídos pelas pessoas entrevistadas, conforme cada contexto e/ou desejo de ter ou não ter filhos.

Foi possível observar dois tipos de abordagem da ques-

tão reprodutiva pelos profissionais. Alguns apoiavam-se no argumento dos riscos para demover as mulheres soropositivas da idéia de terem filhos, ressaltando as probabilidades de ocorrência da transmissão do HIV. Outros, embora mencionassem tais probabilidades, pareciam destacar a importância das medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical, já antecipando a gravidez como possibilidade.

Houve a apropriação desses discursos pelas usuárias mas não a discussão dessas alternativas em si mesmas. Por exemplo o caso de Rebeca, que, diante de diferentes ênfases de dois médicos do serviço de saúde, optou por valorizar aquele discurso que menos obstaculizava o seu projeto de ter filhos:

“Não é porque uma fala que pode, a outra fala que não pode, que a gente vai ficar louca e fazer loucura!... não é porque tem o HIV que não pode ter o filho, que pode sim! A partir do momento que toma os medicamento tudo certinho, pode ter filho sim. Porque daí a criança até os dois anos, pode negativar o sangue...” (Rebeca).

A partir da apresentação de situações hipotéticas aos entrevistados, vislumbrando as reações do médico frente a uma intenção de engravidar e a uma gravidez já em curso, foram antevistos discursos que, embora aparentemente distintos (censura ou profilaxia da transmissão vertical), concentraram-se exclusivamente no controle da transmissão do HIV. Esses discursos não tinham outras considerações sobre as vontades e motivações dos pacientes, indissociáveis da atenção à sua saúde, como de qualquer outra mulher em idade em reprodutiva. Mesmo na hipótese da gravidez já em curso, o que as mulheres projetavam era a preocupação do médico com a prevenção da infecção na criança.

Entrevistadora: *“E se você chegasse pro seu médico e falasse: ‘Dr., eu quero engravidar’, o que você acha que ele iria dizer?”*

Marcela: *Acho que ele ia dizer: ‘Não!’.*

Entrevistadora: *Por que será?*

Marcela: *Ah, porque eu tenho essa... que pode o neném nascer doente de novo, né? Acho que isso aí é arriscado!*

Entrevistadora: *E se você chegasse e dissesse: ‘Dr., eu tô grávida!’?*

Marcela: *Ah, acho que ele ia falar: ‘Então, vamos iniciar o tratamento, prá ver se salva o neném (risos).’*

Considerando que uma gravidez planejada pode di-

minuir o risco da transmissão vertical, na medida em que alguns marcadores laboratoriais estejam sob controle (carga viral, CD-4; CD-8, entre outros), supõe-se que tal situação seja mais favorável que uma gravidez não planejada.

Entretanto, na situação hipotética, anteviu-se que diante de uma *intenção* de engravidar, o médico enfatizaria os riscos da transmissão vertical, na forma de objeção à gravidez, sem menção às possibilidades de profilaxia e às condições que diminuiriam tais riscos. Caso a gravidez já estivesse *em curso*, essa “ameaça”, segundo a depoente, seria atenuada pelo profissional, que se ocuparia de tentar salvar a criança.

Finalmente, um outro modo de expressar o risco da transmissão vertical do HIV foi mencionado por Gisele. Após as informações da médica sobre as chances de transmissão, com e sem tratamento profilático, ela valorizou ambas, sem distinção, compondo a objetividade probabilística do risco com a sua vontade de engravidar por meio da qualificação da chance da infecção como “mínima” ou “muito pouca”.

“...Meus partos são todos cesárea, eu sou nervosa, eu tenho pressão alta... É muito pouco por causa do HIV... é mínima a chance do bebê contaminar... Eu já perguntei uma vez... prá como ter filho. Curiosidade, né? Daí ela (médica) falou que era 8%, tomando remédio, de ter... E 20% se não tomar o remédio. Então, é pouca a possibilidade”. (Gisele)

A interpretação de Gisele sobre o risco da transmissão vertical ocorreu num contexto em que ela tentava contrapor os possíveis prejuízos da soropositividade para o HIV aos seus projetos mais amplos sobre o futuro:

“...Ah, eu tenho bastante coisa: eu tô pensando em comprar um apartamento, montar um quiosque, fazer coisas sem padrão. Eu sempre penso em montar coisas, fazer coisas...Resumindo: eu nem lembro que tenho HIV. Só quando eu venho aqui!... quando eu vou pegar remédio... mas é uma lembrança muito passageira. Não é aquela coisa fixa: ‘ah, eu vou morrer!’...” (Gisele)

Os depoimentos revelaram situações nas quais os usuários do serviço de saúde explicitaram suas questões reprodutivas para os profissionais de saúde. As respostas visando informar, desestimular uma gravidez ou orientar sobre a possibilidade de profilaxia da transmissão vertical, propiciaram uma escolha ou até mesmo um repertório de argumentos que a justificassem. Entretanto, as questões ligadas à saúde reprodutiva, em especial à concepção e à contracepção, nem sempre pareciam ser explicitadas, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais dos serviços de saúde.

O silêncio como interdição de demandas reprodutivas nos serviços de saúde

Algumas práticas dos profissionais de saúde pareceram contribuir para que demandas reprodutivas, em especial quanto à gravidez, não sejam explicitadas pelos usuários dos serviços. Além disso, o fato desses últimos não tomarem a iniciativa de falar sobre o assunto parecem “eximir” o profissional de promover esse diálogo.

No caso de Cleber, embora se sentisse acolhido pelo serviço de saúde, as reiteradas prescrições de uso do preservativo, por parte dos profissionais, funcionaram indiretamente como uma “interdição silenciosa” a uma conversa sobre as possibilidades de ter filhos.

Entrevistadora: *“E com algum médico, aqui no serviço, você chegou a conversar?”* (sobre gravidez)

Cleber: *“Não. Nunca conversamos... Porque sempre eles aconselha a gente a usar preservativo. Que precisa usar preservativo porque o HIV de um não é igual de outro. Então vocês têm que usar mesmo porque vocês dois têm. Foi isso que eles falam. Então a gente nem comentamos nada. A gente usa sempre preservativo”* (Cleber)

As informações que ele e a esposa, também HIV+, possuíam sobre o tema restringiam-se ao conteúdo das bulas dos medicamentos:

“A gente já pensou (em ter filhos), só que todas as bulas do remédio que eu leio, eles não recomendam. Todos, inclusive o remédio que eu peguei aqui, eles não recomendam... porque eles não sabem o que pode acontecer” (Cleber)

Embora seja esperado que o serviço de saúde esteja atento à questão da prevenção, ele pode inibir iniciativas que contrariem tal prescrição ou levar a uma “transgressão clandestina” da orientação. Isso ocorre ao restringir-se à repetição de recomendações, sem problematizar as eventuais dificuldades ou conflito de interesses sobre o uso do preservativo, como a vontade de ter filhos.

O silêncio sobre demandas reprodutivas também pode ser compartilhado entre pacientes e profissionais de saúde. Carolina teve três filhas, todas HIV+; uma delas falecida em decorrência da doença, mereceria uma atenção mais pró-ativa do serviço. Entretanto, nem ela, alegando “falta de oportunidade”, nem o serviço, diante dessa história, tomaram a iniciativa de falar sobre gravidez ou contracepção até que ela informasse o médico infectologista sobre o seu atraso menstrual, desencadeando a solicitação do teste e posterior confirmação de gravidez.

Entrevistadora: *Ele (médico) chegou alguma vez, antes de você engravidar, a conversar sobre gravidez, sobre ter filho ou não ter filho?*

Carolina: *Não, isso daí ele ainda não chegou em mim... nunca conversou assim não!*

Entrevistadora: *Nunca conversou?*

Carolina: *Nunca. Não teve ainda essa oportunidade, ainda...*

O desejo de ter filhos não se resume a uma vontade pessoal ou a uma decisão individual, mas é modelado por normas sociais mais amplas. Como pôde ser observado em alguns dos depoimentos das mulheres entrevistadas, para elas tal desejo associava-se sobretudo às expectativas dos seus parceiros.

A imposição do parceiro de Rebeca, de ter filhos com ela, a despeito de já ter oito, um com cada mulher, pode ser um modo de demarcar sua virilidade, que é "substantivo e também valor moral, recorrente no discurso a respeito do que é ser homem".¹¹ Nesse mesmo sentido, Paiva et al,¹⁷ registram falas de homens referindo que ter filhos "é uma obrigação" ou "faz sentir mais homem".

Por sua vez, ao corresponderem às expectativas dos parceiros, estas mulheres, de certa maneira, tomaram a gravidez como uma forma de "retribuição". Na perspectiva antropológica de Mauss,¹³ a gravidez pode ser concebida dentro da "tríplice obrigação de dar, receber e retribuir", reforçando a aliança conjugal.

De acordo com Knauth,¹⁰ "a manutenção da atividade reprodutiva é uma importante estratégia utilizada pelas mulheres (...) acionada especialmente por aquelas que se encontram em fase de consolidação de aliança e que buscam, através da maternidade, fortalecer essa relação". Ainda, as relações com a família consanguínea, ao "ganhar" um descendente, também são reforçadas por meio da maternidade.

Assim, referidas normas e valores sociais, ao integrem e nortearem os projetos de vida das pessoas com HIV/Aids, podem ter precedência nas suas decisões reprodutivas, quando em confronto com ponderações acerca do risco da transmissão vertical, como identificado nos depoimentos de alguns dos entrevistados.

A mesma história de vida que levava Carolina a temer pela saúde do bebê que esperava – já que todos os filhos eram HIV+, também tornava aceitável o risco da transmissão vertical na gestação, frente à oportunidade de mudar o enredo do seu passado triste, por meio da vivência de uma relação conjugal ímpar.

Assim, mesmo sendo fundamental que as políticas e práticas em saúde tomem o risco da transmissão vertical como uma preocupação, disponibilizando as informações e o acesso à profilaxia para essa via de transmissão, não podem ignorar as aspirações e projetos de vida mais amplos, sob a pena de comprometer, inclusive, sua própria efetividade.

A rejeição dos profissionais de saúde à gravidez no contexto da Aids, conforme antevisto nos depoimentos dos entrevistados e corroborado por outros estudos,^{14,17} coaduna-se com o papel preponderante da noção de risco epidemiológico nas práticas assistenciais. Tal noção, muitas vezes, "limita as possibilidades de 'abertura' das práticas médico-sanitárias às diversas subjetividades socialmente construídas, às diferentes necessidades, ao dinamismo das realidades humanas".²

Mesmo considerando algumas mudanças e restrições no cotidiano das pessoas com HIV/Aids, como aquelas impostas pelo uso de medicamentos, não se pode reduzir ou restringir suas vidas à sua condição sorológica. Nem mesmo supor que elas deixam de ter projetos ou aspirações em função da soropositividade, como observado na fala de Gisele, que diz nem se lembrar do HIV, a não ser quando comparece às consultas. Com essa estratégia, Gisele sobrepõe seus projetos de vida às possíveis limitações de sua condição sorológica.

Na decisão de ter filhos, esse tipo de "esquecimento" sobre o HIV pode ser tomado pelos serviços de saúde como desconsideração do risco da transmissão vertical. Entretanto, para as pessoas soropositivas, pode ser um modo de acionar o que Douglas,⁵ chamou de "imunidade subjetiva", a qual permite que, mesmo diante de perigos "ousem experimentar e não se desestabilizar ante a evidência de fracassos", seguindo suas vidas.

A "imunidade subjetiva" não significaria uma negação da doença ou do risco da transmissão vertical, mas o que Douglas⁵ – tomando o risco como noção construída culturalmente – chamou de "aceitabilidade do risco". Nessa perspectiva, o desejo ou a decisão de ter filhos, a depender dos contextos normativos em que ocorrem, podem merecer diferentes "níveis de aceitabilidade", mesmo cientes do risco da transmissão vertical do HIV. Isso pôde ser observado nas modulações de significados para tal risco, apresentadas pelos depoentes, convergentes com os estudos de Paiva et al.^{16,17}

Evidenciou-se, diante do exposto, uma certa polarização entre a busca do "controle técnico" da doença, por meio da ênfase no risco da transmissão vertical, e "projetos de vida", que incluem a afirmação de identidades e o fortalecimento de alianças conjugais em função da maternidade e da paternidade.

Por um lado, é esperado e desejado que os profissionais de saúde abordem a questão do risco da transmissão vertical. Por outro, observou-se que tal tematização, ao centrar-se apenas no controle técnico, pode funcionar como um modo de desestimular ou mesmo censurar a gravidez no contexto do HIV/Aids.

Causa preocupação o fato de que, antevendo a posição dos profissionais de saúde em relação à gravidez, o assunto não é trazido nas consultas, como apontado por um dos depoentes. Ao temerem a reação do profissional, de desestimular ou condenar uma gravidez, Cleber e sua esposa poderiam gerar um filho sem aconselhamento e orientações prévios. Retornariam ao serviço de saúde somente após a gravidez, a partir da hipótese de que, uma vez em curso, o médico tenderia a acolher a situação, sem maiores embates.

Cabe ressaltar que se a censura explícita pode “calar” as demandas reprodutivas, o silêncio dos profissionais – com sua autoridade (e poder) socialmente atribuído – interdita ou, no mínimo, obstaculiza o diálogo sobre o assunto no âmbito dos serviços.

Não fosse a hegemonia do discurso técnico, levantam-se as seguintes questões: mulheres e homens vivendo com HIV se sentiriam à vontade para explicitar suas questões reprodutivas nos serviços de saúde? Por que os profissionais de saúde de certa forma se acomodam nesse silêncio?

Tomando as reflexões de Douglas,⁵ é possível apontar que tanto a percepção dos pacientes como a dos profissionais de saúde, estão permeadas por pressupostos morais e sociais, geralmente originados nas suas experiências, e que respondem a diferentes racionalidades.⁷

Tratar as distintas posições entre usuários e profissionais dos serviços de saúde como diferentes racionalidades é radicalmente diverso de tomá-las como falta de racionalidade dos primeiros na percepção do risco da transmissão vertical.

Ao sustentar a existência de distintas racionalidades entre um e outro sujeito acerca da percepção sobre o risco, torna-se fundamental compreender as estratégias de comunicação e negociação entre ambos, ao invés de reduzi-la a um problema pedagógico, cuja solução fosse a transmissão adequada do pensamento “técnico” dos profissionais aos usuários “leigos”.

A busca de um êxito técnico, como o configurado pelo controle da infecção pelo HIV, aponta o horizonte pelo qual se pauta qualquer proposta de atenção à saúde. Mas os usuários não procuram os serviços para a obtenção de “êxitos técnicos”. O que as

pessoas buscam é o sucesso prático, isto é, a realização dos seus projetos mais amplos de vida.² Por isso é fundamental criar possibilidades de compartilhamento entre esses dois horizontes no espaço da atenção à saúde. Ao seguirem como perspectivas paralelas, ou contrárias, como relatado em alguns discursos dos entrevistados, tanto as aspirações de êxito técnico quanto as de sucesso prático perdem fecundas possibilidades de se realizar plenamente. As primeiras por perderem oportunidades de se concretizar como discurso, com sentido e interesse para os usuários; e as segundas, por não se beneficiarem de vantagens que recursos técnicos disponíveis poderiam trazer para sua realização.

Tratando essa questão como um conflito inscrito no plano da moralidade, parece pertinente mencionar Freitag,⁶ sobre a tragédia de Antígona. Ao final da obra, são apresentadas algumas “saídas” para as situações em conflito, amparada, sobretudo na ética discursiva de Habermas.⁸ Ela explicita a importância do entendimento pela argumentação sobre a validade das normas, pela via da discussão. Diz que “não é escondendo as verdadeiras razões de nossas ações que elas se tornam justificáveis, mas expondo-as, tornando-as transparentes para nós e para os outros”.⁶

A idéia de cuidado³ no seu sentido mais radical parece integrar a busca de êxito técnico por parte dos profissionais de saúde à realização dos sucessos práticos procurados pelos usuários. Mas integrar o êxito técnico, por meio da profilaxia da transmissão vertical do HIV, aos projetos de vida e reprodução das pessoas vivendo com HIV, depende de interações dialógicas que propiciem um efetivo encontro entre dois verdadeiros sujeitos – profissionais e usuários.

Nesse sentido, os projetos de vida seriam contemplados e não estariam condicionados exclusivamente ao controle da doença. Os discursos sobre o risco da transmissão vertical do HIV ou sobre a prescrição da camisinha poderiam nortear e não simplesmente “calar” as demandas reprodutivas. Propiciariam o diálogo aberto também aos projetos de vida e de felicidade das pessoas, na busca de formas mais solidárias, democráticas e emancipatórias na construção das decisões reprodutivas.

AGRADECIMENTOS

Aos pesquisadores do grupo do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS-USP), em especial, para Luzia Aparecida Oliveira, Vera Paiva, Ivan França Jr. e Elvira Ventura Felipe, pelas sugestões na elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ahluwalia IB, DeVellis RF, Thomas JC. Reproductive decisions of women at risk for acquiring HIV infection. *AIDS Educ Prev*. 1998;10(1):90-7.
2. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997.
3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comum Saúde Educ*. 2004;8(14):73-92.
4. Boltansky L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
5. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós Ibérica; Buenos Aires: Paidós; 1996.
6. Freitag B. Itinerários de Antígona: a questão da moralidade. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1997.
7. Guivant JS. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. *BIB Rev Bras Inf Bibliogr Ciênc Soc*. 1998;(46):3-38.
8. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1987. 2v.
9. Kline A, Strickler J, Kempf J. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. *Soc Sci Med*. 1995;40(11):1539-47.
10. Knauth DV. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1999. p. 121-36.
11. Leal OF, Boff AM. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ; 1996. p. 119-35.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco; 1996; p. 89-104.
13. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva. Lisboa: Ed. 70; 1988.
14. Oliveira LA, França Junior I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 2):S315-23.
15. Paiva V, Bugamelli L, Leme B, Ventura-Felipe E, Tunala L, Santos N. SIDA, vulnerabilidad y condicionantes de género. In: Gómez A, editor. Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA: un enfoque desde los derechos humanos. Santiago de Chile: RSMLAC; 1998. p. 34-8. (Cuadernos Mujer Salud, 3).
16. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R; Enhancing Care Initiative – ECI. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1609-20.
17. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Felipe E, Segurado A. Sem direito de amar?: a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicol USP*. 2002;13(2):105-33.
18. Salem T. Mulheres faveladas: com a venda nos olhos. In: Franchetto B, Cavalcanti MLVC, Heilborn ML, organizadores. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
19. Vilella W. Mulher e AIDS. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo: Rede Saúde; 2001. p. 73-100.