

Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres *

Historical aspects, maternity and HIV infection in women

Fernanda Torres de Carvalho¹
Cesar Augusto Piccinini¹

Abstract *The aim of this article was to examine historical aspects related to the feminine and to being a mother for deepening the comprehension of motherhood in the context of HIV/Aids infection. We reviewed the traditional role of the woman in society, showing the historical division between the mother, deserving respect and consideration, and the prostitute, marginalized and not worth of respect. In this context, we discuss the sexually transmitted diseases and the social reactions toward these infections in women, especially as refers to motherhood in the context of HIV/Aids infection. The paper emphasizes the presence of socially constructed beliefs about women's behaviors as a factor hampering an effective prevention of STD/HIV/AIDS in women and the great need for reflecting about the strategies for prevention and care.*

Key words *Feminine, Maternal, Historical aspects, Sexually transmitted diseases, HIV/Aids*

Resumo *O presente artigo teve por objetivo examinar aspectos históricos ligados ao feminino e ao maternal, buscando ampliar a compreensão sobre a maternidade no contexto da infecção pelo HIV/aids. Apresenta-se uma revisão do papel da mulher ao longo da história, demonstrando a dissociação histórica do feminino dividido entre a mãe, digna de respeito e consideração, e a prostituta, marginalizada e desrespeitada. Nesse contexto, discutem-se as doenças sexualmente transmissíveis e as reações sociais diante destas infecções em mulheres e, em especial, a questão da maternidade no contexto de HIV/aids. Destaca-se a presença de crenças sociais historicamente construídas a respeito dos comportamentos femininos como fatores que dificultam a efetiva prevenção de DST/HIV/aids em mulheres, o que indica a necessidade de reflexão quanto às estratégias de prevenção e assistência.*

Palavras-chave *Feminino, Maternal, Aspectos históricos, Doenças sexualmente transmissíveis, HIV/aids*

*Este artigo foi baseado em parte na dissertação de mestrado de Fernanda Torres de Carvalho, realizada e apresentada no Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação de Cesar Augusto Piccinini.

¹Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2600/111, Santana. 90035-006 Porto Alegre RS. torresdecarvalho@yahoo.com.br

Introdução

Com o fenômeno de feminização da epidemia de HIV/aids, uma variedade de questões sociais foram introduzidas nas discussões em saúde pública. O HIV, inicialmente restrito a grupos específicos, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, encontra-se atualmente em plena disseminação na população geral. Sabe-se que a antiga concepção de grupos de risco não dá conta da realidade da infecção, o que exige que se introduza a percepção de risco de infecção no cotidiano de nossas vidas.

Considerando a situação do HIV/aids na população feminina, identificam-se aspectos peculiares. As mulheres têm sido consideradas como mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis (DST) em geral e, especialmente, à infecção pelo HIV. Essa vulnerabilidade é resultante de condições tanto biológicas, referentes a características específicas dos órgãos sexuais femininos, como de condições sociais. Estudos demonstram que, para as mulheres, é mais difícil a negociação de uso de preservativos durante as relações sexuais. Elas deixam de se proteger, porque não se percebem sob risco de infecção¹, porque delegam aos companheiros a tarefa de tomar as decisões no que se refere ao preservativo², porque até pouco tempo atrás negociar sexo era tarefa exclusiva de prostitutas³, ou ainda porque precisam se submeter à vontade de parceiros que se negam a se proteger⁴, entre outros motivos.

Com tudo isso, o número de mulheres infectadas pelo HIV segue crescendo, gerando a necessidade não somente de estratégias de prevenção à infecção, mas de atenção à população de pessoas portadoras do vírus. E essa nova demanda de assistência traz consigo uma importante questão de saúde pública, a maternidade em situação de infecção pelo HIV. Estudos mostram que mulheres soropositivas seguem engravidando como as demais mulheres⁵. Porém, muitos serviços de saúde designados ao atendimento de pessoas portadoras de HIV ainda não conseguiram desenvolver um trabalho efetivo de auxílio a questões de sexualidade e reprodução, principalmente junto às mulheres⁶. Além disto, muitos destes serviços não estão preparados para lidar com questões ligadas ao planejamento familiar, à sexualidade feminina na presença do HIV e aos direitos reprodutivos. Observa-se em alguns casos ainda a culpabilização, com o sentimento de que essas mulheres não devem, não podem ou até não têm o direito de ser mães^{7,8}. Ao mesmo tempo, existe uma expectativa geral de que todas

as mulheres, em algum momento em suas vidas, se tornem mães^{9,10}.

Nesse contexto contraditório, encontra-se um cenário de problemas de adesão ao tratamento anti-retroviral, de preconceitos, de falta de informação e de dificuldades com as tomadas de decisão. Tem-se mulheres portadoras de HIV ocultando seu estado sorológico de parceiros e familiares para “poder” engravidar, sendo também freqüente a presença dessas mulheres em programas de profilaxia da transmissão materno-infantil durante a gestação e sua ausência posterior para o seguimento do próprio tratamento. Que fatores podem estar presentes nessa complexa rede de acontecimentos?

Deter-se na análise de alguns aspectos históricos do feminino e do maternal parece ser esclarecedor, quando se identifica que alguns comportamentos sociais atuais não são completamente novos. A epidemia de HIV é muito recente, mas parece trazer à tona questões de gênero bastante antigas. Nesse sentido, o presente artigo busca resgatar aspectos históricos ligados ao feminino e ao maternal, na tentativa de ampliar nossa compreensão sobre a maternidade e sobre infecções por doenças sexualmente transmissíveis (DST) em mulheres e, em particular, a infecção por HIV/aids.

Aspectos históricos do feminino e do maternal

Publicações nas áreas das ciências humanas, especialmente na psicologia e na antropologia, mostram que o papel da mulher vem mudando radicalmente ao longo do tempo. Entretanto, percebem-se, ainda, traços de um funcionamento tradicional, perpetuado de formas mais ou menos explícitas. O trabalho de arqueólogos e antropólogos demonstra que, no início do processo civilizador, o feminino era divinizado e cultuado, tendo o resultado de escavações indicado o papel sociocoletivo de destaque dado à mulher¹¹. Naquela época, questões associadas a nascimento, fertilidade, regeneração e vida eram muito valorizadas e estavam simbolicamente ligadas ao feminino.

Considerando a importância da agricultura, a terra era venerada como a fonte de vida a todos os seres¹². De forma complementar, a mulher era também venerada, por sua fecundidade. Os rituais de fertilidade, realizados pelo ser humano na tentativa de garantir o alimento e a própria vida, reverenciavam a mulher enquanto “senhora do

útero fértil e do seio que nutre, senhora do sangue e senhora do crescimento”¹³. Entretanto, objetos arqueológicos recentemente encontrados sugerem a ocorrência de uma transição do que seria uma fase de divinizar o feminino, para a hegemonia do masculino¹⁴. Ao longo do tempo, o feminino deixou de receber esse destaque e teve início uma época denominada por alguns autores como patriarcado¹³. Desde então, o valor maior esteve na figura do homem e nas atividades a ele relacionadas.

Na Roma antiga, as mulheres tinham condições jurídicas quase nulas¹⁵. Com as pregações do cristianismo, que tratava a mulher como companheira do homem, houve um abrandamento da dominação masculina, na medida em que a Igreja consagrou o matrimônio. Contudo, no século XVI, o direito romano ainda diminuía os direitos femininos. No século XVII, segundo Baidinter¹⁴, a influência de Aristóteles reforçava à mulher uma posição inferior, em uma sociedade baseada no princípio da autoridade. A mulher representava a matéria, resumindo-se em uma mãe em potencial. O homem representava o potencial cognitivo-intelectivo. Com isso, mesmo na concepção de um filho, a mulher tinha o papel secundário – ligado às funções físico-corporais – já que as habilidades mais sublimes da criança seriam provenientes do pai.

O estudo do corpo feminino pela medicina reforçou a idéia vigente, ao longo da história, de que a função da mulher era exclusivamente a procriação^{16,10}. O modelo de saúde feminina era o modelo do corpo da boa mãe. Acreditava-se que a feminilidade estaria refletida em características corporais propícias à maternidade: seios volumosos, corpo arredondado, ancas desenvolvidas. Era o modelo da mãe utilizado para definir a saúde física, mental e moral da mulher¹⁷. Responsável pelo papel sagrado de cooperação no ato de criação divina, segundo Del Priore¹⁶, eram recriminados à mulher atos que a rebaixassem à animalidade através da sensualidade e de impulsos desregrados. O sexo lícito era o direcionado à procriação. Assim, consagrou-se a maternidade, que possibilitava à mulher limpar a sujeira do coito com a gestação. A maternidade retirava o conteúdo sujo e nefasto da sexualidade.

No caso brasileiro, durante o período colonial, a Igreja também foi a responsável por buscar normatizar o comportamento feminino¹⁶. Para alcançar algum reconhecimento social, a mulher deveria contrair matrimônio. A partir daí, poderia iniciar a vivência de sua sexualidade, exclusivamente dedicada à procriação, bem como

a tarefa de cuidar dos filhos e da casa¹⁰. Aquelas que permaneciam solteiras, ou que casavam mas não tinham filhos, eram alvo de desconfiança quanto ao adequado uso de sua sexualidade. Assim, para ter valor, a mulher tinha que restringir suas ações e seus sonhos à maternidade, à vida familiar e à criação dos filhos. As mais respeitadas não deviam ter sensações sexuais, tinham que ser meigas e inócuas¹⁸. Nessa época, então, como ressaltado por Costa¹⁰, tanto o ideal religioso como médico regulavam o que deveria ser o comportamento feminino. Em um primeiro momento, a urbanização e o movimento higienista retiraram a mulher do confinamento doméstico, para em um segundo momento reintroduzi-la na família, onde seu papel foi fortemente marcado por dedicar-se ao amor filial e o consumo dos serviços médicos.

Toda essa repressão social e religiosa resultou no surgimento de um contraponto: a construção do avesso da mãe. A mulher mundana tomou espaço no cenário social, tratando a procriação não como um dever, mas um prazer, dona de seu corpo e de sua sexualidade^{15,10}. Por contrariarem a vontade da Igreja e do Estado de colocar o corpo feminino a serviço da sociedade patriarcal, essas mulheres eram violentamente perseguidas. Em geral, eram as mães das mulheres consideradas lascivas que tinham que responder por seus atos em inquisição. Elas tinham que explicar por que falharam em seu papel de mães de preparar a filha para o casamento. Por todo esse movimento social desenfreado, os poderes institucionais criaram o conceito moral sobre a mulher que transgredia, atribuindo-lhe um papel que legitimava o que se considerava transgressão: o de prostituta. Segundo Franz¹⁹, a legalização da moral sexual nunca foi internalizada, pois, ou as pessoas buscavam segui-la e tornavam-se neuróticas, ou caíam no pecado. As demais pessoas eram obrigadas a viver uma vida dupla. Cerra-se, então, um ciclo social. As prostitutas passaram a desempenhar o papel de salvaguardar os casamentos honrosos e castos, pacificando a violência sexual e reforçando o desejo da manutenção da virgindade das donzelas¹⁶. Assim, conforme Rago²⁰, a prostituição era discretamente aceita na sociedade como um mal necessário para garantir a moralidade familiar.

As mulheres dissociavam-se, compondo dois grupos sociais. De um lado, aquela que desejava controlar a concepção, tomando providências para não engravidar e não perder os atrativos do corpo; e de outro aquela que estava condenada a gerar filhos e dedicar-se inteiramente a eles, ex-

cluída do prazer erótico¹⁶. As bem-casadas não podiam expressar vaidade para não serem confundidas com as que comercializavam o físico. Para Del Priore¹⁶, ***a remissão da mulher estava, pois, na maternidade [...] acentuando o ideal materno como o único exemplo de educação e de difusão dos bons costumes***.

Identifica-se então uma dissociação do feminino, em que se classificavam as mulheres em boas ou más. Para serem boas, elas deviam se incluir em um *script*, que define que devem ser inexperientes sexualmente, devem impor resistência à sexualidade e devem saber esperar²¹. Elas eram a “mãe higiênica” ou a “prostituta mundana”, nas palavras de Costa¹⁰. Ou, como mencionado por Del Priore¹⁶, o feminino dividia-se entre a mulher-dama – promíscua e devassa – e a santa-mãe, cujo corpo era regulado para a procriação. A mulher-dama era percebida como fonte impura e infectada. Ela representava ao homem risco de moléstias e até de morte. A sexualidade, no curso da história, esteve polarizada entre os tipos boa e má. A luxúria era considerada um mal feminino, o que exigia que a mulher luxuriosa fosse excluída, por ser enferma e contagiosa. Até certo tempo, acreditava-se que o nascimento de crianças saudáveis era resultado do amor casto e piedoso da relação marital. De outra forma, os apetites sexuais desregrados provocavam defeitos aos filhos^{16, 10}.

No final do século XIX, na Europa e, posteriormente, no Brasil, surgiu o movimento regulamentarista, dedicado à regulamentação da profissão de prostituta²². O objetivo formal do movimento era a luta contra as doenças chamadas venéreas, propondo revisões sistemáticas de saúde das profissionais, com internação em hospital exclusivo para prostitutas quando diagnosticada alguma enfermidade. Porém, a luta também tinha o caráter de combate às condutas moralmente depreciáveis. O desejo em voga era o de afastar as prostitutas da cena pública, fechando-as em bordéis e mantendo um rigoroso controle policial e médico sobre seus comportamentos. Rohden¹⁷ complementa afirmando que, no século XIX, a sexualidade feminina não era somente controlada pelos princípios da moralidade religiosa, já que os conhecimentos médicos eram usados para isso. Apesar das controvérsias quanto ao uso do espéculo – instrumento introduzido na vagina da mulher para exame ginecológico, ainda em fase de experimentação na época – este passou a ser instrumento de controle sanitário e policial. Todas as prostitutas regulamentadas na Europa tinham que se submeter ao

exame do espéculo periodicamente. Além disso, Rago²⁰ afirma que todas elas também deveriam estar cadastradas na delegacia.

Os códigos médico e religioso misturavam-se no entendimento das doenças chamadas venéreas, as quais, se não fossem propriamente o castigo a um pecado, seriam seu sinal visível²³. Uma amostra dessas concepções fica visível ao se observar o nome da primeira sociedade internacional de combate à sífilis: Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral. Carrara²² menciona que, com o tempo, a doença começou a atingir as crianças por transmissão materno-infantil e também mulheres casadas, que se infectavam sem ter necessariamente se excedido na vida sexual. Entendia-se, então, que existiam os casos de sífilis merecida e os casos em que a doença atingia vítimas inocentes.

Durante o século XX, as discussões a respeito de saúde coletiva e vigilância sanitária, no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, apresentavam um misto de argumentos técnico-científicos e moralistas²². Os cuidados com a saúde da mulher remetiam a contradições. De um lado, a preocupação com as manifestações corporais da mulher e com a maternidade e, de outro, a preocupação com a moralidade e a honra feminina¹⁷. Na Inglaterra, foi criado o primeiro hospital para doenças da mulher, o qual teve dificuldades para obter financiamentos, já que era considerado como uma instituição moralmente questionável. O hospital, dois anos após sua criação, teve que mudar de nome, pois os termos doenças da mulher sugeriam associações a doenças venéreas e prostituição.

Segundo Franz¹⁹, no curso dos séculos, a imagem da mulher vem sofrendo profundas transformações. A rejeição de aspectos femininos produziu uma amargura em incontáveis mulheres, o que gerou o movimento coletivo de emancipação da mulher no século XX. Na década de 1960, as taxas de natalidade declinaram consideravelmente²⁴. A baixa na fecundidade se deu pela mudança do papel social da mulher, com a eclosão dos movimentos feministas, a utilização de pílulas anticoncepcionais e por um maior acesso às informações, o que provocou o advento de famílias menos numerosas. O movimento feminista trouxe a debate novas concepções nas relações entre os gêneros. Nas décadas de 1960 e 1970 surgiram entidades não-governamentais que promoviam o planejamento familiar e o controle da natalidade.

Nessa época, a mulher passou a manipular de forma diferente a sua sexualidade²⁵. A possibili-

dade de controlar a fecundidade veio como forma de exigir respeito às decisões e à individualidade da população feminina. Foi então, após a Segunda Guerra Mundial, que veio à tona um processo de transformação social que provocou uma importante mudança de comportamentos²⁶. A partir daí, contestou-se o exercício da sexualidade, a monogamia, a heterossexualidade e o ideal procriativo e familiar. Caminhou-se para a emancipação da mulher, a legalização do divórcio e do aborto. Contudo, neste período também surgiu a aids, e a epidemia vem ressignificando o que se entende atualmente como sexualidade²⁷.

A epidemia de HIV/aids entra na história

Foi no contexto social da década de 1980, brevemente apresentado, que surgiu a infecção pelo HIV/aids. O aparecimento da infecção e sua trajetória inicial estiveram de forma geral afastados das mulheres, porém chegaram a estas em curto período de tempo, tanto no exterior como no Brasil. No caso brasileiro, a infecção por práticas sexuais heterossexuais somava 21% em 1991, chegou a 55% em 1996 e já estava em 69% em 1998^{28,29}. Além disso, a proporção de casos entre homens e mulheres, que era de 40/1 no início da epidemia, já estava em 7/1 em 1988, chegando a 2/1 até 1998^{28,30}. As mulheres são, atualmente, uma população com altos índices de infecção, constituindo-se um desafio ao planejamento de estratégias efetivas de prevenção. A transmissão de informações e esclarecimento de riscos a essa população é, sem dúvida, um fator importante para que as mulheres possam fazer escolhas saudáveis; porém, por si só, essa estratégia tem se mostrado pouco efetiva^{21,31,32}.

Nesse sentido, parecem existir crenças suficientemente fortes, capazes de afastar algumas mulheres das práticas preventivas. A história da epidemia de HIV/aids veio reforçar a história de estigmatização da sexualidade humana³³. A aids trouxe à tona questões éticas e morais, remetendo ao medo que se tinha (e ainda tem) do desconhecido relacionado à sexualidade e à morte³⁴. Com isso, reforçou-se uma atmosfera de preconceito previamente existente, tendo sido a doença fortemente associada a comportamentos promíscuos, prostituição e inicialmente considerada como a “peste gay”. A emergência da epidemia se deu em um contexto em que a regra era o silêncio sobre as práticas sexuais³⁵.

A revisão de estudos sobre a epidemia de HIV/aids na população feminina evidencia a presença

de fortes crenças, muitas delas, de alguma forma, ainda ligadas aos padrões históricos, tanto da epidemia, como da sexualidade feminina. Os estudos apresentados a seguir são exemplos disso.

A associação do HIV/aids a desvios sexuais, promiscuidade e prostituição pode ser considerada uma ampla marca na história da epidemia e segue hoje como o aspecto mais enraizado do estigma³⁶. Nesse contexto, circulam no imaginário social crenças a respeito da epidemia que contradizem as informações epidemiológicas. Grande parte da população acredita que as mulheres promíscuas são as responsáveis pelo aumento nos índices de infecção feminina pelo HIV/aids. Porém, os dados da vigilância epidemiológica revelam que tais índices são altos entre a população de mulheres casadas que mantêm relações sexuais somente com seus maridos. O que ocorre é que as mulheres que mais estão se infectando são justamente aquelas que se acreditam fora de qualquer risco, o que as torna mais vulneráveis.

Examinando essa questão, Both³⁷ realizou um estudo a respeito da percepção de risco para a infecção pelo HIV de doze mulheres casadas, frequentadoras de clubes de mães em Porto Alegre. As entrevistas revelaram que as mulheres percebiam o casamento e a maternidade como fatores de proteção contra a infecção pelo HIV/aids. Elas acreditavam que, por serem boas esposas e boas mães, não seriam merecedoras da doença. A infecção foi tida como um castigo por comportamentos reprováveis, ligados à sexualidade fora do casamento. No discurso das mulheres, apareceu uma idéia de que existia uma clara diferença de *status* entre ser mãe e esposa (mulher decente) e ser “mulher da rua”.

Com essas crenças fortificadas, fica difícil para as mulheres encararem de maneira direta os seus riscos. Elas seguem acreditando que o casamento constitui proteção, e essas idéias são reforçadas dentro de casa, pelos próprios companheiros. Em um estudo sobre as representações sobre fidelidade e os usos do preservativo por homens casados, Silva³⁸ identificou que o HIV/aids, para esses homens, não era algo que podia estar próximo. Eles consideravam que as relações sexuais mantidas dentro de casa eram totalmente seguras e dispensavam o uso do preservativo. Já as relações extraconjugais, essas sim, representam algum risco. Investigando os comportamentos sexuais de risco e a autopercepção de vulnerabilidade a DST e aids em 1.543 mulheres em Pelotas/RS, Silveira *et al.* revelaram falhas na percepção de risco dessas mulheres. Isso porque, dentre aquelas em que foram identificados

comportamentos sexuais de risco, 59% mencionaram considerar impossível contrair uma doença sexualmente transmissível.

Ainda, em um estudo com 25 mulheres internadas no hospital em função de aids, Vermelho *et al.*³⁹ identificaram que elas mantinham uma visão equivocada das doenças sexualmente transmissíveis, acreditando que se tratavam de doenças de homens e de mulheres promíscuas. Além disso, algumas delas mencionaram que vinham percebendo algo diferente na relação com os companheiros, chegando a suspeitar de relações bissexuais e extraconjugais e de doenças, mas ainda assim não buscaram se prevenir. O estudo chamou a atenção para a noção ainda vigente de que as doenças não atingiriam mulheres direitas e que estas deveriam ser dependentes e submissas. Além disso, o HIV/aids foi mencionado por algumas como uma provação de Deus.

Nessa dinâmica, chama a atenção o que vem sendo descrito como o mito do amor purificador⁴⁰, que postula que quem ama não faz mal ao ser amado, evitando a transmissão de doenças. Dessa forma, a mulher pode ter relações sem preservativo com seu parceiro por acreditar que ele não faria uma maldade com ela⁴¹. Assim, muitas mulheres vêm delegando aos homens a responsabilidade pela saúde do casal. Mantendo o modelo de mulher passiva e dependente, muitas não tomam a iniciativa de autocuidado². Mesmo sabendo que o preservativo é a forma de evitar infecções, muitas não negociam o uso com os parceiros. As mulheres mencionam que camisinha é coisa de homem, cabendo a ele a iniciativa para usar³⁹. Além disso, salientam que a prevenção introduziria o tema da infidelidade e da desconfiança na relação do casal. Desta forma, ao exigirem o uso de camisinha, as mulheres podem proteger sua saúde, mas podem ter em contrapartida conflitos conjugais, como desconfiança de infidelidade, “autorização implícita” de traição do marido ou até violência doméstica⁴.

O uso do preservativo também foi investigado no estudo de Praça e Latorre⁴² com 384 puérperas no período de internação pós-parto, buscando caracterizar o comportamento para promoção da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Verificou-se que 56% delas nunca tinham usado preservativo e, dentre estas, 18% não pensava em usá-lo. Além disso, 61% afirmaram que não modificaram seu comportamento em função da epidemia de HIV/aids, apesar de demonstrarem estar informadas a esse respeito.

Riscos em relação à saúde parecem menores diante dos riscos “morais” envolvidos nas mu-

danças dos padrões de sexualidade e relação conjugal. Loureiro⁴³, em seu estudo, enfatizou que atualmente as doenças sexualmente transmissíveis em mulheres permanecem ocultas na sociedade. Com base em entrevistas com 45 mulheres gaúchas, durante consultas médicas para tratamento de DST, a autora constatou que elas apresentavam resistências para falar sobre as doenças, dificuldade para perceber riscos de infecção, além de associarem tais enfermidades a algo digno de nojo. Foi ainda identificado que a dor física presente em algumas DSTs era percebida como algo menor do que a dor da descoberta da doença. Nota-se, então, que a dor social pode ser mais forte do que a dor física, no caso de uma doença sexualmente transmissível feminina.

A maternidade no contexto de HIV/aids

Considerando esse panorama atual das questões de prevenção e também de infecção pelo HIV/aids em mulheres, um tema que vem se mostrando de grande importância no Brasil é a maternidade no contexto dessa infecção. O aumento de casos em mulheres leva a que cada vez mais existam gestantes portadoras de HIV/aids, advindo daí a necessidade de que se dê conta das questões de saúde física da mãe e do bebê, além das questões psicossociais envolvidas. No que se refere às questões físicas, pode-se dizer de forma abreviada - dado que este não se constitui o foco do presente artigo - que, no Brasil, se disponibiliza gratuitamente todo o tratamento medicamentoso às pessoas infectadas pelo HIV/aids, além da profilaxia da transmissão do vírus da mãe para seu filho. Desta forma, uma gestante portadora de HIV/aids poderá ter a sua disposição medicamentos que previnem a transmissão do HIV durante a gestação, o trabalho de parto e o parto e também para o bebê depois do nascimento. Além disso, procedimentos específicos durante o parto podem ser realizados, de acordo com a avaliação de riscos⁴⁴, recomendando-se também às mulheres que não amamentem seus filhos no peito⁴⁵. Com a adesão aos procedimentos profiláticos, a chance de transmissão do HIV ao bebê pode chegar a 3% e até a 1%^{46,47}.

Contudo, ao se considerar os aspectos psicossociais envolvidos, a situação pode não ser tão otimista. Mais uma vez, diversas crenças sociais parecem se interpor no processo de maternidade na presença do HIV/aids, fazendo com que muitas vezes as mulheres deixem de receber os cuidados de saúde. Inicialmente, ressalta-se

que, mesmo com todas as transformações sociais do papel da mulher, ainda existe no imaginário social uma imagem idealizada de mãe⁹. Considera-se que toda a mulher tem o desejo de ser mãe, mesmo que não consiga admiti-lo a si mesma em alguns casos. Assim, não ter filhos ou não querê-los configura-se como um problema moral, já que estaria contrariando o propósito para o qual a mulher está no mundo. Existiria, desta forma, um modelo que normatiza a experiência do feminino, o qual significa que é da natureza da mulher ser mãe, além de ser da natureza de toda mãe ser boa mãe. Assim, a maternidade continua sendo, por excelência, a experiência que definiria a mulher^{9,10}.

Considerando-se essa relevância emocional e social atribuída à maternidade, bem como a quase inaceitabilidade de uma doença sexualmente transmissível em mulheres “de respeito”, pode-se imaginar as dificuldades que surgem quando essas duas situações se cruzam. Gestantes portadoras de HIV/aids, desta forma, vivenciam dois processos extremamente complexos: o de uma doença sexualmente transmissível, no caso, a infecção pelo HIV, e o da maternidade, atestada no processo de gravidez. A convivência entre esses opostos pode levar essas mulheres a reações aparentemente pouco compreensíveis. Além disso, reações familiares e sociais podem contribuir para agravar a situação. Cabe ressaltar que, mesmo que condições clínicas possam complicar o processo de gravidez ou que existam riscos de transmissão do HIV para o bebê, mulheres soropositivas continuam a ficar grávidas, algumas sem planejamento, outras intencionalmente^{6,48}. No estudo de Wesley *et al.*⁴⁸, os autores investigaram as atitudes de mães norte-americanas portadoras de HIV com filhos de até dois anos de idade em relação à maternidade. Os resultados mostraram que os sentimentos dessas mulheres sobre a maternidade eram positivos. Elas encontraram um novo sentido na vida sendo mães, percebendo a maternidade como um meio de suprirem suas próprias necessidades e enxergando nos filhos uma extensão de si mesmas. Somente quando questionadas quanto à decisão de ter mais filhos é que mencionaram sua preocupação com a saúde desses. De qualquer forma, os riscos relativos a sua saúde foram muito pouco considerados, ficando evidenciada uma resistência em entrar em contato com seu estado sorológico. A conclusão do estudo foi de que a infecção pelo HIV/aids não diminui o desejo de ser mãe e que os profissionais da saúde devem ter consciência de que, para essas mulheres, seu es-

tado sorológico poderá não ser considerado na tomada de decisão sobre gravidez, uso de métodos contraceptivos e interrupção de gestação.

Além dos achados descritos acima, outros estudos têm procurado entender as razões que levam as mulheres portadoras de HIV/aids a querer engravidar. Siegel e Schrimshaw⁴⁹, em um estudo com 51 mulheres norte-americanas portadoras de HIV que referiram desejo de ter filhos, verificaram três motivos principais: porque seus companheiros queriam; porque não conseguiram acompanhar o crescimento dos filhos que já tinham; e para sentirem-se mais completas e felizes. Os autores perceberam que a decisão de engravidar costumava trazer preocupação e angústia. Contudo, as mulheres, mesmo temendo pela sua saúde e a do bebê, não viam esses riscos como algo que diminuía o desejo de ter um filho. Elas queriam dar um filho a seu companheiro e afirmaram que não permitiriam que a infecção pelo HIV/aids as impedisse de atingir esse objetivo. Esteve bastante presente o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural da mulher e que entrar em contato com a sua condição feminina as tornaria completas e mais felizes.

Considerando a maternidade como um processo presente no ciclo vital da maioria das mulheres, parece natural os sentimentos expressos pelas entrevistadas dos estudos apresentados. Antes de serem portadoras de HIV/aids, elas são mulheres, com suas histórias pessoais, laços afetivos e redes sociais. As dificuldades parecem surgir quando existe a necessidade de considerar a presença de uma doença sexualmente transmissível de caráter incurável e infeccioso associada ao processo de ser mãe. Nesse momento, é como se as personagens históricas da “mulher-dama” e da “boa-mãe” precisassem coabitar o mesmo corpo. Dissolver tais dissociações pode ser uma tarefa extremamente difícil, fazendo com que a vivência da maternidade traga consigo uma negação, mesmo que temporária, da condição de infecção pelo HIV/aids.

Essa dinâmica pode ser a responsável pela ausência de algumas gestantes portadoras de HIV/aids nos serviços de pré-natal, mantendo os índices de testes rápidos positivos em centros obstétricos relativamente altos. De qualquer forma, pouco se sabe sobre essas mulheres, dado que pouco freqüentam a rede de saúde. Por outro lado, sabe-se que aquelas mulheres que mantêm uma boa adesão ao acompanhamento pré-natal, realizando a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV, muitas vezes não retornam para cuidar da própria saúde após o

nascimento do bebê⁴⁴. Elas se permitem cuidados como mães, porém nem sempre como mulheres⁵⁰. A maternidade, nesses casos, além de suscitar a negação, traz sentimentos de culpa, medo e castigo muito fortes. O sofrimento se faz evidente e a intenção de não retomar posteriormente o próprio tratamento muitas vezes é explícita, apesar de que sem justificativas objetivas.

Analisando essas questões do ponto de vista dos centros de saúde, mais uma vez se evidencia que não se trata de um fenômeno eminentemente técnico. Aos profissionais de saúde é muito difícil a total isenção de crenças pessoais. Maksud⁷ menciona que os valores de cada profissional seguem mesclados aos seus afazeres profissionais e chama a atenção para o medo que existe nas equipes de saúde quanto à gravidez de uma mulher portadora de HIV/aids. Esse medo está mais associado ao risco social de uma gestação na presença do HIV/aids do que o risco de saúde para o bebê. Essas situações ocorrem possivelmente porque muitos centros de saúde, apesar de preparados do ponto de vista técnico, não estão devidamente preparados para lidar com crenças sociais tão profundas. Isso faz com que as questões de direitos reprodutivos de portadores de HIV/aids sigam em silêncio⁶. Conforme o estudo de Paiva *et al.*⁸, mulheres soropositivas esperam sentimentos de desaprovação por parte de seus médicos, caso lhes mencionem o desejo de ter filhos.

Considerações finais

Como apresentado no presente artigo, parece que aspectos históricos do feminino e do maternal seguem presentes na identidade feminina. Muitas mulheres, nos dias atuais, ainda fogem da antiga imagem da prostituta. Muitas delegam às outras, às promíscuas, os riscos de infecção. A partir daí, sentem-se protegidas, como se o risco de infecção fosse moral e não comportamental. Empenham-se em se identificar com a figura da boa mãe, para, assim, sentirem-se distantes de doenças sexualmente transmissíveis. Desempenhando esse papel, sujeitam-se à vontade de seus companheiros, delegando ao homem a tarefa de proteção e cuidado. Para a mulher, é mais difícil negociar o uso do preservativo por dificuldades de papéis de gênero. Porém, cabe a ela ainda responsabilizar-se pela prevenção da gravidez, com métodos que prioritariamente não as protegem de doenças sexualmente transmissíveis⁵¹. O fato de o preservativo prevenir também a procriação, em alguns casos, pode aparecer como algo negativo⁵².

Mesmo com todo o movimento social de mudanças nas questões de gênero, nem sempre as mulheres estão conseguindo modificar seus posicionamentos quanto à vivência de sua sexualidade e, de alguma forma, reeditam a vivência histórica do feminino. A negação dos riscos vem se mostrando como um fator que dificulta muito a prevenção da infecção pelo HIV/aids e vem levando muitas mulheres a se infectarem. Após a infecção, elas enfrentam dificuldades pessoais, familiares e sociais. Vivem a angústia do silêncio, ao ocultarem seus diagnósticos, na tentativa de manter a relação conjugal, de manter o contato com a família ou até para “poder” ser mães. Com a revelação do diagnóstico, podem experimentar preconceito, rejeição familiar e até violência doméstica.

Diante desse contexto, é importante questionar a tendência das campanhas de prevenção de enfocar questões eminentemente técnicas e individuais, que acabam buscando consumidores de camisinhas. Seffner⁵³ reforça a importância da formação de cidadãos educados para a autonomia nas decisões de saúde sexual. Sob esse prisma, as ações de promoção e prevenção em saúde nessa área não se esgotam com o simples uso do preservativo. A adoção ou não de medidas preventivas ainda reproduz as representações hegemônicas de masculinidade e feminilidade vigentes⁴.

Ao lidar com a sexualidade, é fundamental que se considere questões de gênero, identidade e de papéis sociais³⁵. Assim, é importante que se amplie a noção de sexualidade, não a restringindo somente aos cenários biopsíquicos, mas considerando-a também como produto de cenários socioculturais⁵⁴. Além disso, deve-se atentar para os diversos discursos que a cercam, entre eles o de gênero, levando em conta o papel da mulher nessa construção, sem esquecer que a história do feminino passa pelo discurso de corpos manipulados⁵⁵.

É importante destacar que seguramente o fenômeno de infecção pelo HIV/aids em mulheres não se limita aos aspectos salientados no presente artigo. As idéias aqui apresentadas tomam a problemática sob o prisma das reproduções históricas, sem perder de vista a complexidade do fenômeno. Muitos outros fatores podem estar presentes, tais como o das diferenças culturais, religiosas, socioeconômicas e políticas, entre outros. Ao se salientar os aspectos históricos, buscou-se demonstrar que os processos de mudança de comportamentos não só são complexos do ponto de vista íntimo e contextual aos indivíduos, mas que são também complexos, porque carregam em si mudanças de mentalidades e modificações no curso do que historicamente parece “natural”.

Colaboradores

FT Carvalho realizou a busca e revisão da literatura, tendo escrito a versão inicial do texto, o qual foi discutido com CA Piccinini, que fez novas contribuições. Ambos participaram da escrita final do artigo.

Referências

1. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Auto-percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(6):670-677.
2. Praça NS, Gualda DMR. Risco de infecção pelo HIV: Como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(1):14-20.
3. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado. Poder gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34; 1999. p.73-88.
4. Oliveira DLLC, Meyer DE, Santos LHS, Wilhelm DM. A negociação do sexo seguro na TV: Discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 20(5):1309-1318.
5. Sherr L, Barry N. Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. *HIV Med* 2004; 5:258-263.
6. Paiva V. Sem mágicas soluções: A prevenção ao HIV e à AIDS como um processo de "Emancipação Psicossocial". In: Parker R, Terto J, organizadores. *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 20-27.
7. Maksud I. Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, organizadores. *Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Brasília: ABRASCO; 2003. p. 621.
8. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (6):1609-1619.
9. Santos MF, Novelino AM, Nascimento AP. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In: Moreira ASP, Jesuíno RJC. *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Universitária; 2003. p. 255-277.
10. Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2004.
11. Eisler RA. A deusa da natureza e da espiritualidade – um aspecto ecológico In: Campbel J, Eisler R, Gimbutas M, Musis C, organizadores. *Todos os nomes da deusa*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p. 11-34.
12. Eliade M. *O sagrado e o profano: a essência das religiões*. Lisboa: Livros do Brasil; 1956.
13. Neumann E. *O medo do feminino e outros ensaios sobre a psicologia feminina*. São Paulo: Summus; 2000.
14. Gimbutas M. A "vênus monstruosa" da pré-história – criadora divina. In: Campbel J, Eisler R, Gimbutas M, Musis C, organizadores. *Todos os nomes da deusa*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p. 35-68.
15. Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. São Paulo: Círculo do Livro; 1992.
16. Del Priore M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993.
17. Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horiz. antropol.* 2002; 8(17):101-125.
18. Whitmont E. *O retorno da deusa*. São Paulo: Summus; 1991.
19. Franz MLV. *O feminino nos contos de fadas*. Petrópolis: Vozes; 1995.
20. Rago M. Prostituição e mundo boêmio em São Paulo (1890-1940). In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 51-62.
21. Grimberg M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: Un análisis antropológico de género. *Horiz. antropol.* 2002; 8(17):47-75.
22. Carrara S. A luta antivenérea no Brasil e seus modelos. In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 17-37.
23. Carrara S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
24. Monteiro MFG. Saúde reprodutiva. In: Kaloustian SM. *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 1994. p. 48-56.
25. Welti C. De la reproducción social a la salud reproductiva. In: Bilac ED, Rocha MI, organizadores. *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe*. Campinas: Prolap, ABEP, NEPO/Unicamp; 1998. p. 51-66.
26. Queiroz EMM, Nogueira PHQ. Possibilidade e limite do trabalho em educação sexual como estratégia de prevenção à AIDS e à discriminação na rede municipal de educação da prefeitura municipal de Belo Horizonte. Iniciando o debate. In: Morando L, Guimarães R, organizadores. *AIDS: Olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS*. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais; 1998. p. 31-40.
27. Barbosa RM, Aquino EML. Cultura sexual, ciência e política: Uma entrevista com Richard Parker. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2):455-464.

28. Lopes VGS. HIV – Perfil da atual transmissão heterossexual no Brasil. *J bras Doenças Sex Transm* 1998; 10(6):41-43.
29. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de controle das DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
30. Duarte G, Mussi-Pirata MM. É possível reduzir a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana – tipo 1? *J bras Doenças Sex Transm* 1995; 7(3):4-8.
31. Bozon M. A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS e sua continuidade. *Horiz. antropol.* 2002; 8(17):93-100.
32. Werthein J, Tedesco JC, Braslavsky C, Ouane A, Cunha C. *AIDS: What young people think about it*. Brasília: Unesco-Brasil; 2002.
33. Paiva V, Lima TN, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. *Psicol USP* 2002; 13(2):105-133.
34. Brasil. Ministério da Saúde. *Implicações éticas de diagnóstico e da triagem sorológica do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
35. Heilborn ML, Duarte LFD, Barros ML, Peixoto C, Bozon M. Apresentação, sexualidade, família e *ethos* religioso. In: Heilborn, ML, Duarte LFD, Peixoto C, Barros ML, organizadores. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 9-16.
36. Parker R, Aggleton P. *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: Coleção ABIA: Cidadania e Direitos Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001.
37. Both NS. *Mulheres casadas, risco e aids: Um estudo junto a clubes de mães* [dissertação] Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1997.
38. Silva CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4):40-49.
39. Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira SA. Mulheres com AIDS: Desvendando histórias de risco. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2): 369-379.
40. Domingues RC. Considerações psicossociais sobre a testagem anti-HIV. In: Morano L, Guimarães R, organizadores. *AIDS: olhares plurais - ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS*. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais; 1998. p. 52-84.
41. Nunes MMS. Carta registrada. In: Morano L, Guimarães R, organizadores. *AIDS: olhares plurais - ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS*. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais; 1998. p. 181-198.
42. Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puerperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2002; 3(1):61-74.
43. Loureiro RP. *DST femininas: uma epidemia oculta - um estudo das doenças sexualmente transmissíveis em população de mulheres atendidas em um serviço público de referência para atendimento de DST/AIDS - POA- RS* [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
44. Brasil. Ministério da Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasil: Ministério da Saúde; 2007.
45. Ministério da Saúde. *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar*. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.
46. Secretaria Municipal de Saúde. *Normas e rotinas para redução da transmissão materno-infantil do HIV*. Porto alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.
47. ABIA. *Casais sorodiscordantes: Dicas para uma vida saudável, segura e feliz*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2004.
48. Wesley Y, Smeltzer SC, Redeker NS, Walker S, Palumbo P, Whipple B. Reproductive decision making in mothers with HIV-1. *Health Care for Women International* 2000; 21:291-304.
49. Siegle K, Schrimshaw EW. Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychol of Woman Q* 2001; 25:112-123.
50. Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação Psicol.* 2006; 10(2):345-355.
51. Feliciano KV, Kovacs MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2003; 3(4):393-400.
52. Roso A. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(2):385-397.
53. Seffner F. Prevenção à AIDS: uma ação político pedagógica. In: Parker R, Terto VJ, organizadores. *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA; 2002. p. 28-35.
54. Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon, M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006. p. 30-59.
55. Haraway D. *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge; 1989.

Artigo apresentado em 10/09//2006

Aprovado em 29/06//2007

Versão final apresentada em 19/09/2007