

**AIDS E GRAVIDEZ:
DESAFIOS PARA O CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

MARIA ANGELA SILVA LANDRONI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cleide Lavieri Martins

São Paulo
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**AIDS E GRAVIDEZ:
DESAFIOS PARA O CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

MARIA ANGELA SILVA LANDRONI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Cleide Lavieri Martins

São Paulo
2004



Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data: ____/____/____

*Aos meus pais, "meu porto seguro", pelo amor,
dedicação e apoio de sempre.*

*Ao Marco, Ricardo e Flávia pela compreensão e
estímulo.*

*A minha família de sangue e de coração pela
torcida*

*As minhas estrelas Pedro, Paulo e Angélica
sempre inesquecíveis.*

Agradecimentos

A professora Cleide Lavieri Martins pelas orientações e amizade de tanto tempo.

Ao professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, pelos ensinamentos, pelo apoio e amizade.

A professora Augusta Tereza Alvarenga pelo interesse e ajuda na elaboração deste estudo.

A professora Maria Inês Baptistella Nemes pelas orientações e pela atenção.

A Luzia e Neide, amigas de todas as horas, toda minha gratidão, pelo incentivo, disponibilidade, pelas leituras críticas, respeito e carinho, com quem pude sempre contar desde os primeiros momentos deste estudo.

A Iara, Márcia, Janete, Rosana, Norma, Valéria, Kátia, Magda, Emília, Walquíria e Mari pelo estímulo e apoio.

A todos os colegas de trabalho pela dedicação e vontade no cotidiano do nosso serviço.

A Iara amiga que conheci durante esta trajetória, pelo companheirismo de todos os momentos.

A todas as mulheres que colaboraram para o desenvolvimento deste estudo.

Ao pessoal do Nepaids pelo estímulo.

A professora Keiko Ogura Buralli, em memória, pelos preciosos ensinamentos.

A Professora Fumika e a Iara pela prontidão das revisões.

A todas as mulheres....

ÍNDICE

Introdução	1
Debates sobre a saúde da mulher	6
Mulheres e Aids	14
Transmissão vertical do HIV	17
Gravidez e Aids	22
Objetivos	27
Procedimentos metodológicos	28
Os primeiros passos para a investigação	28
O levantamento de dados secundários	29
Local de estudo	31
Desenho do estudo	32
Cuidados Éticos	36
A perspectiva do cuidado em saúde: desafios para saúde reprodutiva	37
Resultados e Discussão	41
Caracterização sócio econômica das mulheres soropositivas que engravidaram durante acompanhamento no serviço especializado.	41
Acerca do conteúdo das falas das mulheres	48
O Momento do diagnóstico do HIV: primeiro desafio para o cuidado	48
O serviço de saúde como espaço de acolhimento	51
Demandas reprodutivas e o projeto assistencial	57
A centralidade do trabalho médico e a invisibilidade da equipe multiprofissional	73
Considerações Finais	76
Referências	80

RESUMO

Landroni MAS **AIDS e gravidez: as possibilidades do cuidado no serviço de saúde.** São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Embora as medidas para profilaxia da transmissão vertical do HIV tenham representado um grande avanço, no contexto do HIV/AIDS, as mesmas estão longe de esgotar as inúmeras questões envolvidas nesse campo. Muitas demandas de mulheres vivendo com HIV/AIDS em relação à sua saúde reprodutiva também mereceriam o acolhimento por parte dos serviços de saúde. O estudo buscou compreender, a partir da perspectivas de mulheres vivendo com HIV/AIDS, como o Cuidado pode ser incorporado nas práticas assistenciais contribuindo para a saúde reprodutiva desse grupo e prevenção da transmissão vertical. Foram entrevistadas em profundidade, a partir de roteiro temático, 14 mulheres que engravidaram enquanto estavam sendo seguidas em um serviço especializado em DST/AIDS do Município de São Paulo. O intervalo médio entre matrícula no serviço e o diagnóstico da gravidez foi de aproximadamente 2 anos, sugerindo a possibilidade de orientação prévia sobre saúde reprodutiva e gravidez para estas mulheres. As entrevistadas avaliaram positivamente o serviço, porém os resultados obtidos identificaram dificuldades no aconselhamento em saúde reprodutiva. As demandas trazidas pelas mulheres para o serviço no momento em que decidiram pela gravidez, bem como quando desejaram evitá-la e, até mesmo, diante da opção pela interrupção de uma gestação indesejada, não foram acolhidas, evidenciando dificuldades na incorporação da dimensão cuidadora nas práticas assistenciais. O modelo médico centrado e as tecnologias empregadas visam primordialmente o controle da infecção, desconsiderando as intersubjetividades envolvidas no momento assistencial e os projetos de felicidade das mulheres, indicando a necessidade de se elaborar tecnologias que de fato considerem o Cuidado nas praticas assistenciais propostas.

Descritores: Aids, Transmissão vertical, Cuidado

SUMMARY

Landroni MAS AIDS e gravidez: as possibilidades do cuidado no serviço de saúde [AIDS and pregnancy: the comprehensive care possibilities in the health services]. São Paulo (BR); 2004. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Although the universalization of antiretroviral therapy for the prophylaxis of vertical HIV transmission was a large advance, the innumerable questions involved in the field of reproductive healthcare attendance actions in the context of HIV/AIDS are far from being resolved in Brazil. Many demands from women living with HIV/AIDS, in relation to their reproductive health, have also merited reception by the healthcare services. The present study has sought to understand, from the perspective of women living with HIV/AIDS, how comprehensive care could be incorporated into attendance practices, thereby contributing towards their reproductive health and the prevention of vertical transmission. In-depth interviews via a thematic scheme were held with 14 women who became pregnant while they were being followed up at a specialized sexually transmitted disease/AIDS service in the municipality of São Paulo. The interval between enrollment in the service and the diagnosis of pregnancy was approximately two years, thus suggesting that there would have been the possibility of prior guidance regarding reproductive healthcare and pregnancy for these women. The interviewees gave positive appraisals of the service, although the results obtained identified difficulties in reproductive healthcare counseling. We observed that the demands brought by the women to the service at the time when they decided to become pregnant, as well as when they wanted to avoid pregnancy and when faced with the choice of interrupting an unwanted gestation were not taken in by the service. This gives evidence of the difficulties of incorporating the caregiving dimension into attendance practices. The medically centered model and the technologies employed aim primarily towards the control of the infection and do not take into account the intersubjective matters involved at the time of attendance and the women's plans for happiness. The findings indicate the need for devising technologies that actually consider comprehensive care in the attendance practices proposed.

Descriptors: SIDA, Vertical Transmission, Comprehensive Care

Introdução

*"Ângela, tenho uma notícia para te dar...
... boa para mim e ruim para você...
....Estou grávida!"*

(Joana, 32 anos, HIV+, à diretora do ambulatório especializado em AIDS, em que é acompanhada, 2002).

A fala, acima transcrita, de uma paciente de ambulatório especializado em Aids, em acompanhamento há 4 anos, casada, 3 filhos, na quarta gestação, feita à diretora do serviço de saúde, poderia, em princípio, parecer banal. Entretanto, a frase pode, de certa maneira, conter significados que questionam as práticas de saúde, estimulando-nos a repensar o modo de trabalho.

Antes de adentrarmos nos desdobramentos dessa epígrafe, vale resgatar brevemente a trajetória da epidemia de Aids e as respostas à mesma, desde os primeiros casos.

A Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), identificada no início da década de 80, trouxe uma série de desafios. Se, por um lado, pesquisas científicas obtiveram sucesso ao identificarem seu agente, assim como métodos diagnósticos e terapêuticos sofisticados e em tão pouco tempo, por outro, expuseram a desigualdade social e a injustiça mundial, visto que grande parte daqueles que mais se beneficiariam dessas tecnologias a elas não teve acesso, até o presente momento.

A epidemia de Aids continua prosperando, mas seu enfoque tem mudado de espaço social, afetando hoje em dia quase exclusivamente os setores mais marginalizados da sociedade que vivem em situações caracterizadas pelas

diversas formas de violência estrutural devido à pobreza, ao racismo, à desigualdade de gênero, à opressão sexual e a exclusão social de um modo geral (PARKER, 2000).

Em poucos anos, a infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) transformou-se em uma pandemia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, do início da epidemia até dezembro do ano 2000, 36,1 milhões de pessoas em todo mundo contraíram o HIV (com, aproximadamente, 20 milhões de óbitos), sendo destas 34,7 milhões de adultos e 1,4 milhões de menores de 15 anos, ressaltando-se que 80 a 90% das infecções em crianças são decorrentes da transmissão materno-infantil (SANTOS 2002).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez em 1980, e até 2002, 257.780 casos da doença foram notificados à Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde (MS 2002).

A epidemia brasileira tem-se caracterizado por um rápido processo de mudança de seu perfil, combinando diferentes padrões de transmissão do vírus: transmissão sangüínea, pelo compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas; transmissão homo e bissexual; transfusão de sangue (atualmente controlada), que marcaram o início da epidemia, mesclando-se a uma acelerada expansão da transmissão heterossexual (BARBOSA 2003).

A velocidade de crescimento da epidemia no País foi de, aproximadamente, 36% ao ano, no período de 1987/89 a 1990/92, decrescendo para 12% no período de 1990/92 a 1993/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

O Município de São Paulo, segundo dados do Boletim Epidemiológico do Município, de novembro de 2002, registrou 51.167 casos notificados,

apresentando um coeficiente de 27 casos para 100.000 habitantes. Em números absolutos, São Paulo ocupa o 1º lugar entre os municípios da federação e o 26º, segundo a incidência de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

A epidemia de Aids foi, ao longo dos anos, apresentando mudanças em seu perfil epidemiológico. Inicialmente, concentrou-se em grandes metrópoles, passando a disseminar-se por diversas regiões do país, tendência essa chamada de interiorização (DHALIA, BARREIRA e CASTILHO 2000).

A pauperização da epidemia pode ser constatada, ao se utilizar a escolaridade como um dos indicadores para descrever o perfil sócio econômico das pessoas acometidas pela mesma, em que se verifica um significativo deslocamento para aquelas com nível mais baixo de escolaridade, revelando a tendência de migração da epidemia para a população menos favorecida (MS 2000).

Quanto à composição etária, SANTOS (2002) observa que há uma proporção mais ou menos constante de casos em cada faixa etária ao longo dos anos, em ambos os sexos. A autora afirma que a hipótese de juvenilização da epidemia de Aids não pode ser confirmada pelos casos notificados no Estado de São Paulo, a menos que haja diferenças mais sutis que possam ser percebidas em determinadas regiões geográficas, ou dentro de categorias de exposição específicas, ou entre indivíduos infectados e que ainda não manifestaram sintomas de Aids.

Se no início da epidemia o número de casos de Aids concentrava-se na população masculina, durante a década de 90, o número de casos entre mulheres evoluiu aceleradamente; os dados apontam a redução da razão de sexo entre

todas as categorias de exposição, de 24 homens: 01 mulher, em 1985, passando para 2 homens: 01 mulher, em 1999/2000, tendo sido notificados, até 2002, 72.719 casos de AIDS no sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001; 2002).

A despeito dos esforços empreendidos para o controle da epidemia da Aids, o quadro atual revela que a mesma não foi controlada e concretamente encontra-se disseminada entre países mais pobres e, em especial, na população menos favorecida de países desenvolvidos e em desenvolvimento.

No campo das pesquisas biomédicas, os avanços evidenciados pelo desenvolvimento de métodos cada vez mais precisos para a identificação do vírus e acompanhamento da situação de saúde, a partir da contagem das células de defesa CD4, a quantificação viral, chegando ao método de genotipagem para auxílio diagnóstico e terapêutico; o desenvolvimento de drogas cada vez mais potentes no combate ao vírus e às infecções oportunistas, foram, sem dúvida, muito importantes para o controle da doença, haja vista a redução dos índices de morbi-mortalidade causados pelo vírus da AIDS em países que adotaram todo esse aparato (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000).

Mesmo considerando tais avanços, são inúmeros os desafios para a assistência à saúde das pessoas que convivem com HIV/Aids, especialmente no que diz respeito à saúde reprodutiva. O foco no controle da transmissão vertical sugere uma preocupação centrada no controle epidemiológico da doença e no tratamento da situação como uma questão médica, criando-se tecnologias a partir dessa perspectiva.

Nesse sentido as mulheres soropositivas, usuárias do serviço de saúde tem desejos e expectativas em relação a própria vida, que podem ser conflitantes

com as expectativas dos profissionais do serviço de saúde especialmente no que se refere a saúde reprodutiva. Entendendo tais expectativas como necessidades reprodutivas que são marcadas por contextos sociais, culturais e morais; e que correspondem às necessidades dos sujeitos e usuários dos serviços de saúde, estarão presentes diferentes normatividades que podem ser distintas das normatividades do serviço (OLIVEIRA 2002).

Se controlar a doença é a finalidade dos serviços de saúde, o projeto de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids não necessariamente é movido por tal finalidade e a gravidez da mulher soropositiva evidencia a polaridade entre os distintos projetos.

Retomando nossa epígrafe o trecho da fala de Joana, inicialmente transcrita, pode-se dizer que a mesma expressa, de forma contundente, tais perspectivas conflitantes, e que, na realidade, fazem parte das histórias da atenção à saúde reprodutiva e da epidemia de AIDS no Brasil; que, ao convergirem, apontam limites e possibilidades no acolhimento de mulheres soropositivas para o HIV em situação de gravidez e de outras demandas reprodutivas, objeto deste estudo.

Debates sobre a saúde da mulher

Historicamente o governo brasileiro sempre careceu de posição diante das questões da saúde da mulher. A declaração pela Organização das Nações Unidas da década para a mulher (1976-1985) propiciou à mulher brasileira um espaço para discussão, numa conjuntura política marcada pelo cerceamento das liberdades democráticas repercutindo na sociedade organizada, às questões da assistência à mulher. Ainda em 1975 o movimento de mulheres reorganizou-se abrindo intensos debates sobre todas as formas de discriminação a que estavam submetidas às brasileiras, com denúncias especiais da precariedade do quadro da saúde da mulher, exigindo respostas governamentais. O engajamento das mulheres na luta por seus direitos e melhores condições de vida contribuiu decisivamente para a conquista de ações específicas de promoção de sua cidadania, constituindo o impulso necessário para as primeiras decisões governamentais no amparo de medidas oficiais (FORMIGA FILHO 1999).

D'OLIVEIRA e SENNA (1996, p. 102), citando COSTA (1983), assim colocam a maneira como foram criados os serviços de atenção à saúde da mulher: "Desde o século XIX, o corpo feminino vem sendo esquadrihado e normatizado pela prática médica, gerando diversas propostas de intervenção, dirigidas à população feminina. Até a década de 60, essas propostas tinham como objetivo último a adequação das mulheres ao seu papel de mães saudáveis, de filhos igualmente saudáveis. A sexualidade, a educação e o comportamento das mulheres foram normatizados, tendo como fim esse objetivo, e o pré-natal, o

parto, a amamentação e o cuidado com os filhos eram os principais objetos dos manuais de higiene e dos serviços públicos de saúde”.

Em 1983 iniciou-se a elaboração o PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, concebido no meio acadêmico, por profissionais de saúde e do movimento de cientistas sociais e de mulheres, representando um marco histórico para a saúde da mulher, pois até então a assistência à saúde das mulheres limitava-se à assistência ao pré-natal, parto e puerpério. No conceito de integralidade do PAISM estão incluídas diversas dimensões, alguma oriundas do movimento de Reforma Sanitária, outras herdeiras mais diretas do movimento de mulheres divididas em quatro aspectos básicos:

- Hierarquização do acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde
- Compreensão da abordagem da mulher para além de sua especificidade reprodutiva
- Prevenção e detecção precoce de patologias epidemiologicamente relevantes
- Percepção das desigualdades sociais e de gênero nos serviços de saúde, que devem instrumentalizar práticas educativas visando maior conhecimento e controle das mulheres sobre seu corpo, para o fortalecimento e reconstrução de sua identidade como sujeito (GALVÃO 1999, D´OLIVEIRA e SENNA 1996).

O PAISM se enquadra em um modelo conceitual muito avançado e integral, contemplando: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e a lactação; atenção a todos os aspectos de sua saúde,

incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade; atenção pré-natal, no parto e pós-parto; diagnóstico e tratamento das DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais, abrangendo adolescentes e mulheres na pós-menopausa (GALVÃO 1999).

Ao analisar o ritmo da implantação do PAISM nos dez anos subseqüentes a sua homologação OSIS 1994 aponta a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implantação do programa. A autora comenta ainda que não se pode analisar a não implantação plena do PAISM de forma isolada, situando a inoperância do programa no caos de todo sistema público de saúde, observando que embora a Constituição de 1988 tenha estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS)¹, ele não conseguiu firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral.

A despeito das dificuldades para a implantação do PAISM OSIS salienta a expressão internacional obtida pelo programa que em 1983 já incorporava a visão abrangente e integral de saúde reprodutiva estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988 e ampliada na Conferência Internacional de População em Desenvolvimento (CIPD) do Cairo em 1994.

A denominação de "saúde reprodutiva", cunhada no contexto da OMS em 1988 representou uma extensão do conceito global de saúde à área da reprodução humana. O surgimento da Aids e a preocupação com o aumento das

¹ "A reforma no setor saúde no Brasil, consubstanciada na Constituição de 1988, procurou estabelecer regras pelas quais a saúde seria organizada por meio de um Sistema Único de Saúde, totalmente comandado e financiado pelo Estado, composto por uma rede descentralizada de prestadores e provedores públicos e privados. A cobertura do sistema seria integral e universal, garantindo a todos, independente do nível de renda ou capacidade de pagamento, acesso gratuito a qualquer bem ou serviço de saúde" (MEDICI 1999).

doenças sexualmente transmissíveis trouxeram para agenda da OMS as questões ligadas à sexualidade e à saúde sexual. A noção proposta orientou toda a fase de preparação da CIPD do Cairo no que se refere à reprodução. Após calorosos debates a conferência ampliou e ratificou o conceito de saúde reprodutiva:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo” (BERQUÓ 2003).

Em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Beijing confirmou os resultados do ICPD, enfatizando o enfoque de igualdade de gênero, reafirmando o foco nos direitos reprodutivos e humanos individuais (GALVÃO 1999).

O Brasil dispõe de um dos mais abrangentes e conceitualmente avançados programas de assistência à saúde das mulheres do mundo, além de ser signatário de inúmeros documentos de declarações internacionais que estabelecem compromissos na promoção da saúde e dos Direitos Reprodutivos das brasileiras. Ao se sobrepor ao panorama atual da saúde reprodutiva no país a epidemia de Aids reforça a necessidade da atualização da discussão sobre os Direitos Reprodutivos (BARBOSA RHS, 2001).

O conceito de direito reprodutivo ancora-se no reconhecimento básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o

número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer. Livre de discriminação, coerção ou violência (CIPD 94).

Os direitos reprodutivos, considerados como direitos sociais implicam em políticas de bem estar social, segurança pessoal e abolição de injustiças raciais étnicas, de gênero ou classe que devem ser assegurados pelo Estado (OLIVEIRA 2003, CORRÊA & PETCHESKY 1996).

Os impasses decorridos da progressão do número de casos de Aids entre mulheres sem dúvida são de grande magnitude e complexidade uma vez que vem a agravar um quadro de saúde reprodutiva bastante precário caracterizado em linhas gerais pelo recrudescimento de outras doenças sexualmente transmissíveis, por uma distorção do uso de métodos contraceptivos, pelo uso indiscriminado de laqueaduras, partos cesárea e pela prática clandestina de aborto assim como pelos elevados índices de mortalidade materna (BARBOSA e LAGO 1998).

Neste sentido, alguns dados apresentados a seguir corroboram a afirmação relatada acima. No Brasil observou-se um aumento de uso de métodos anticoncepcionais de 65,8% entre mulheres unidas de 15 a 44 anos em 1986 para 76,7% entre mulheres unidas de 15 a 49 anos em 1996, essa média do uso de métodos contraceptivos ultrapassa a média de 72% encontrada em países desenvolvidos, mas a distribuição de métodos é bastante diferenciada. Enquanto nos países desenvolvidos há predominância de métodos reversíveis, no Brasil observamos aumento progressivo do uso da esterilização feminina com predominância desta. A esterilização feminina estaria ocupando o espaço de outros métodos não disponíveis, ou derivaria de falta de informação sobre reprodução humana e contracepção (VIEIRA 2003).

SANTOS et al 2002 afirmam em estudo realizado com mulheres HIV+, em acompanhamento em um centro de referência de atendimento a pacientes vivendo com HIV/Aids, que o aconselhamento para o planejamento familiar dessas mulheres ainda não é sistemático ou mesmo previsto na maioria dos serviços de Aids. O referido estudo demonstrou que, a maioria das entrevistadas usava preservativo como contraceptivo, poucas se preocupavam com a questão da proteção dupla e quase todas receberam de seus médicos a orientação de usar preservativo sem discutir a efetividade do método como anticonceptivo.

Considerar as decisões referentes à procriação no contexto da Aids, em uma perspectiva de direitos reprodutivos, implica em considerar outros aspectos que ultrapassam em muito o nível de decisão individual, e que, nesse contexto específico, parecem inclusive assumir um peso maior, como é o caso do papel exercido pelos profissionais de saúde (BARBOSA 2003).

Estudo comparativo entre São Paulo e Porto Alegre a respeito da realização da laqueadura pós-parto em mulheres HIV+, observou uma grande diferença entre as duas cidades. Em São Paulo onde a cultura médica é favorável à esterilização, parece existir nos serviços uma facilitação e até estímulo. As mulheres HIV+ são liberadas do cumprimento da lei com relação à proibição de esterilização pós-parto e os critérios são mais permissivos, com esterilização de mulheres com menos de 25 anos, após nascimento do primeiro filho, ou sem consentimento do parceiro. Em São Paulo proporção encontrada foi de 51%, em Porto Alegre onde a cultura médica local é mais resistente à esterilização feminina a proporção foi de 4,3% (BARBOSA, KNAUTH 2003).

Por outro lado, estudos a respeito da ocorrência mundial de abortos estimam que, em torno de 1995 foram realizados no Brasil cerca de 940.661 abortos ilegais sugerindo que além da falta de acesso efetivo somado ao uso inadequado de métodos contraceptivos estariam levando a alta taxas de gravidez indesejada (ROCHA & NETO 2003; DIAZ & DIAZ 1999). As avaliações da atenção em serviços de planejamento familiar, através de dados qualitativos apontam dificuldades na qualidade destes serviços que incluem deficiência da competência técnica dos provedores, falta de ações educativas, falta de materiais, incluindo métodos anticoncepcionais, falta de seguimento adequado e de modo geral, a falta de atenção integral que focalize a usuária e proporcione atenção, mais humanizada (DIAZ & DIAS 1999).

Outro parâmetro para a avaliação da qualidade da assistência à saúde da mulher bem como das condições sócio-econômica de um país é a mortalidade materna.

O conceito de morte materna, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a que ocorre durante a gestação, parto e até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (VOLOCHKO 2003).

O óbito de uma mulher em decorrência de causa associada à maternidade é hoje um fato considerável inaceitável considerando que com o conhecimento médico disponível, a maioria destas mortes poderia ser evitada. Sua ocorrência está relacionada aos determinantes mais gerais como nível de concentração de renda e desenvolvimento de políticas sociais e mais específicos

como acesso a serviços de assistência médica de qualidade (SILVA; ORSI LOWNDES; REIS 1999).

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável um coeficiente de mortalidade materna em torno de 10 e até no máximo 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. No Brasil a adoção do fator de correção de subinformação de mortalidade materna é de duas vezes, isto é para cada morte declarada como materna existe uma que não foi declarada. Desta forma os dados atuais indicam que em 1998, a razão de mortalidade materna foi de 63,4 por cem nascidos vivos, que na realidade deve estar, no ano referido próximo a 127 por cem mil nascidos vivos. Segundo dados oficiais no ano de 2000 a razão de mortalidade materna foi de 45,8 por cem nascidos vivos. No Estado de São Paulo foram registrados 41,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos no ano de 1999 (PREFEITURA DE SÃO PAULO; REDE SAÚDE; DATA SUS; GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO).

Assim, diante do contexto em que estão inseridas as questões da saúde da mulher, a Aids passa a ser mais uma dentre essas questões.

Retomando a questão reprodutiva e mais especificamente a maternidade como eixo da nossa discussão sabemos que ela é influenciada pela cultura, pelas condições sócio-econômicas e pelo momento histórico. No início do século o ideal da maternidade estava intensamente arraigado na cultura ocidental. Em meados do século passado, houve uma intensa medicalização da maternidade, com a sofisticação dos recursos biomédicos em torno da gravidez e do parto. O que talvez seja recente da maternidade contemporânea é o fato de que a maternidade ganha o status de escolha (REA 2003, DIAS 1999).

Conceber, engravidar, parir e amamentar são acontecimentos próprios da vida da maior parte das mulheres, sendo que após o desenvolvimento de inúmeros métodos contraceptivos as mulheres puderam começar a optar por passar toda vida reprodutiva sem vivenciar este ciclo (REA 2003).

No estudo conduzido por PAIVA et. al 2002, em que foram entrevistados 250 homens HIV+ a respeito do cuidado sobre a sua saúde reprodutiva, em centros de referência de Aids comparado com estudos entre mulheres portadoras observou que: o desejo de maternidade aparece tanto entre as mulheres, quanto o de paternidade entre os homens vivendo com HIV. Mas a paternidade tem sido desprezada quase sempre pelas políticas e programas de saúde, reforçando a idéia de que a reprodução é responsabilidade exclusiva da mulher.

Ainda o mesmo estudo conclui que os portadores do HIV são sujeitos de todas as idades, crenças, etnias e profissões. São socializados, na mesma cultura e conjuntos de valores que o demais brasileiros. E querer ter filhos é um desejo legítimo de homens e mulheres: quer por razões religiosas, para dar sentido à vida, por causa das normas para os gêneros em que foram socializados, para a construção da sua identidade feminina ou viril.

Mulheres e Aids

“A epidemia de AIDS, hoje, é uma questão que afeta, direta ou indiretamente, toda a humanidade. E metade da humanidade é constituída por mulheres” (VILLELA e DINIZ 1998 pg 18).

A feminização da Aids é expressão utilizada para definir a tendência da disseminação da epidemia de na população feminina, identificada pelo expressivo aumento do número de casos entre mulheres e pela inversão da proporção do número de casos na razão homens: mulheres. No Brasil considerando-se a razão de casos entre homens mulheres, esse indicador variou de 6,5 casos entre homens para cada caso entre mulheres (em média) particularmente na faixa etária de 13 a 19 anos no período de 1980-1990 para 2,0: 1 em 1999, 1,8: 1 em 2000 e 1,7: 1 em 2001. Não se trata de nenhum achado recente, entretanto, os esforços empreendidos, tanto para a prevenção primária da infecção pelo HIV, quanto para a atenção à saúde integral de mulheres convivendo com HIV são, ainda, recentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

Ao estudar a vulnerabilidade feminina BARBOSA (2003), menciona a existência de uma relação sinérgica entre fatores individuais – biológicos e comportamentais, sócio culturais e programáticos, organizada segundo diferentes lógicas, como, por exemplo, a de gênero, raça e classe social, que torna a população feminina especialmente vulnerável à infecção pelo HIV. A mesma autora refere ainda que, do ponto de vista biológico, mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do que homens, dadas suas possibilidades de maior contato com o vírus, pois, em uma relação sexual a mucosa vaginal fica exposta a um volume grande de sêmen que, em geral, apresenta uma concentração mais elevada de vírus, assim como a presença de infecções sexualmente transmissíveis (IST), muitas vezes, assintomáticas entre mulheres, e que diminuem os mecanismos naturais de proteção vaginal, facilitando a transmissão.

O aumento da vulnerabilidade feminina tem sido associado à baixa escolaridade, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso a serviço de saúde de qualidade, e às relações de gênero, sendo que a desigualdade de gênero permeia, tanto o imaginário leigo, como também o de profissionais de saúde (BASTOS 2001; VILLELA e DINIZ 1998).

Ao fazer uma retrospectiva sobre políticas públicas, ARILHA (2002) refere que os debates sobre as DST/AIDS custaram a serem incorporados pelo movimento de mulheres, crescendo em importância somente quando a própria epidemia demonstrava sinais de desenvolvimento na população feminina. Apenas em 1994 o Programa Nacional de DST/AIDS realizou seu primeiro seminário, com participação de pesquisadores e militantes, voltado para a reflexão em torno da problemática entre mulheres em geral, e não apenas focada naquelas pertencentes a que alguns insistiam em chamar de grupo de risco. Somente no último projeto do Banco Mundial a população feminina entrou como campo de interesse explícito no que toca às ações previstas para esse grupo.

Seguindo uma certa tradição, o foco de atenção à saúde da mulher, no contexto do HIV/AIDS, tem sido a sua saúde reprodutiva, no caso, centrado na prevenção da transmissão vertical do HIV. O termo tradição está relacionado ao conteúdo dos programas de "saúde materno infantil" criados em meados do século passado que pautavam-se em estratégias voltadas exclusivamente a intervir sobre os corpos das mulheres-mães de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS 1994).

Os serviços de saúde têm respondido às demandas trazidas pela progressiva disseminação da epidemia de Aids entre as mulheres de maneira

setorizada e vertical reeditando a histórica priorização da atenção pré-natal com finalidade primeira de beneficiar o recém nascido (BARBOSA E LAGO 1998).

Neste sentido as práticas de saúde na assistência a saúde da mulher estimulam o exercício de papéis socialmente atribuídos às mulheres - mãe, esposa e cuidadora, não deixando muito espaço para a abordagem de problemas concretos que permeiam a vida de pessoas concretas: sexo fora do casamento, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, Aids (VILLELA e DINIZ 1998).

Transmissão vertical do HIV

Uma das conseqüências do aumento do número de mulheres infectadas tem sido o crescimento da transmissão vertical, que pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação. Outra conseqüência do impacto da Aids entre mulheres é o grande número de órfãos; no Brasil, o Ministério da Saúde estima a existência de 29.929 órfãos, com os inúmeros problemas acarretados por essa situação (MS 2000). Tendo esse panorama como pano de fundo, as ações voltadas à saúde reprodutiva, no contexto do HIV/AIDS, têm priorizado a prevenção da transmissão vertical.

Tal priorização justifica-se com a progressiva inserção das mulheres na epidemia de Aids e a transmissão vertical do HIV que vem aumentando anualmente. No Estado de São Paulo cerca de 696.855 mulheres deverão ter dado a luz no ano de 2000. Com bases nos resultados obtidos para o grupo de gestantes do Projeto-Sentinela, estima-se que 4.612 dessas gestantes estão infectadas pelo HIV. Caso não houvesse nenhuma intervenção essa situação

poderia vir a representar cerca de 1.153 crianças infectadas por transmissão vertical, se for aceita a taxa de 25% para esse tipo de transmissão. Frente tal situação a Coordenação Nacional de DST/Aids e o Programa Estadual de DST/Aids adotam como prioridade a prevenção de transmissão vertical do HIV (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 2000).

Estudos revelam que a transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação. Entre 50 a 70% das transmissões ocorrem no período próximo ao parto ou durante o mesmo. As taxas de transmissão vertical variam entre as diferentes regiões geográficas do mundo. Nos EUA, sem qualquer intervenção, situa-se entre 15% e 30%, na Europa, entre 13% e 15%, e na África situa-se entre 25% e 45%. Taxas de 18% e 13% foram relatadas em populações que não amamentaram na Tailândia e no Brasil (MS 1999).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, de 1983 a 2002 foram notificados 8721 casos de AIDS em menores de 13 anos, dentre os quais 7488 têm, como categoria de exposição, a perinatal, correspondendo a 85.9% de todas as outras. No Estado de São Paulo, desde 1980 até agosto de 2000, a transmissão vertical aparece como responsável por cerca de 84% dos 2.979 casos de AIDS pediátricos e cerca de 88% dos casos notificados após 1998 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 2000).

Vários fatores têm sido associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho, dentre eles:

- a) fatores virais, como carga viral, diversidade circulante e resistência viral;

- b) fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico; presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher;
- c) fatores comportamentais tais como uso de droga e prática sexual desprotegida;
- d) fatores obstétricos, tais como a duração de ruptura das membranas amnióticas; via de parto e a presença de hemorragia intra parto;
- e) fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e a transmissão pelo aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001, LOUTFY, WALMSLEY 2003).

Em que pesem todas as dificuldades para o controle da epidemia, entre os avanços apresentados pelas pesquisas, a descoberta do uso da zidovudina (AZT) para diminuir o risco da transmissão vertical, foi uma das mais importantes.

O Protocolo 076, do Aids Clinical Trial Group (ACTG 076/94) refere-se a um estudo realizado em cinco centros dos EUA e em nove centros da França, no período de dezembro de 1989 a fevereiro de 1994, que abrangeu 477 gestantes e 421 crianças: administrou-se zidovudina (AZT)/placebo no período de anteparto, intraparto e pós-parto, constatando-se uma redução no risco de transmissão materno-infantil de 25,5% para 8,3%, apresentando uma eficácia de 67,5%. Outros estudos comprovaram que o uso de terapia antiretroviral combinada é capaz de reduzir a carga viral plasmática da mãe para níveis indetectáveis, resultando em taxas de transmissão inferiores a 3% (Connor cit. MATIDA 2000).

Vários estudos realizados na Europa e EUA confirmaram o benefício do AZT na redução da transmissão vertical, inclusive quando a intervenção com AZT

é realizada tardiamente na gestação, e mesmo quando administrado apenas para o recém nascido, antes de 48 horas após o nascimento, em período próximo ao parto o que nos reporta a que todos os encontros com a gestante, parturiente ou puérpera representam oportunidade para o oferecimento do teste anti-HIV e início da terapia com AZT (MS 2001).

Estudos realizados evidenciaram que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e que os 355 restantes ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, de 7% a 22% (MS2001).

Em face dos resultados de vários estudos publicados, em 1995 o Ministério da Saúde estabeleceu a prevenção da transmissão vertical pelo HIV como uma das prioridades para o Programa Nacional de DST e AIDS. No mesmo ano, foram publicadas as primeiras recomendações para prevenção da transmissão vertical, que vêm sendo atualizadas desde então e, na mais recente versão, de 2001 conclui como principais fatores contribuintes para a redução da transmissão vertical a promoção de intervenções que reduzam a carga viral materna e que propiciem a realização rápida do parto com adequada assistência ao binômio mãe e filho estabelecendo as seguintes recomendações:

- Oferta universal de teste anti-HIV para gestantes no pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste.
- Quimioprofilaxia, mediante uso de antiretrovirais ofertados à gestante, a partir da 14ª semana de gravidez (via oral) e durante o parto (injetável) e para o bebê (via oral)

- Oferta de fórmula infantil para substituição do aleitamento materno para os filhos de mãe HIV+.

A despeito de todos os esforços empreendidos por parte de órgãos governamentais e não-governamentais e sociedade civil, no sentido da divulgação das recomendações para redução da transmissão vertical, do desenvolvimento de treinamento de pessoal e elaboração de material educativo para os serviços de saúde, ao lado da disponibilização de medicamentos, os resultados apontados pela baixa cobertura das gestantes HIV+ quanto à oferta de quimioprofilaxia e oferta de sorologia para o HIV às gestantes, não parecem ser favoráveis (MATIDA e MIRANDA 2000).

A pesquisa Vulnerabilidade e Cuidado às Mulheres Vivendo com HIV/AIDS, realizado pela ECI (Enhancing Care Initiative), realizada em três cidades do estado, São Paulo, Santos e São José do Rio Preto, com início no ano de 1998, ouviu 1184 mulheres, das quais 116 tinham tido filhos naquele ano. Parte da pesquisa que tratou do tema Transmissão Mãe-Filho, realizada entre as 116 mulheres, revelou que a falha de cobertura do tratamento preventivo contra a transmissão vertical estava relacionada com a qualidade da informação recebida por essas mulheres durante o pré-natal. Do total de mães entrevistadas, 17% não haviam recebido nenhuma orientação no pré-natal para fazer o teste HIV. Da parcela de mulheres para as quais foi oferecido o exame, metade não recebeu explicações sobre o motivo do teste. Da outra metade que recebeu as explicações, 24% delas não entenderam o risco a que o bebê estava submetido e 16% não compreenderam a necessidade do uso do AZT. Outro dado da pesquisa revelou que 94% das mães pesquisadas haviam feito o pré-natal, e que 83% destas

havia comparecido a mais de quatro consultas. A pesquisa revelou, ainda, que 43% das mulheres sabiam que eram portadoras do HIV antes de engravidar, 36% o souberam durante a gestação e 20% souberam apenas depois do nascimento do bebê. E o mais grave foi que 17% dessas mulheres amamentaram e mantiveram o risco para o bebê.

O exposto acima evidencia a preocupação, que consideramos legítima, do investimento na prevenção da transmissão vertical através de procedimentos padronizados, mas que ao se tornarem finalidade única das práticas assistenciais, ignoram todo o contexto em que estão envolvidas as questões da vida reprodutiva. Impedido uma decisão livre, consciente e bem orientada pelos usuários do serviço de saúde.

Gravidez e Aids

No Brasil, desde a ocorrência dos primeiros casos de AIDS entre mulheres o grupo etário de maior prevalência foi o de 19 a 34 anos, ou seja, jovens e em idade reprodutiva (MS 2002). Desde a adoção da política de distribuição de anti-retrovirais a partir de 1996 evidenciou-se a redução dos índices de mortalidade por Aids no Brasil bem como a melhora do estado clínico das pessoas acometidas, repercutindo na melhora da qualidade de vida, possibilitando as pessoas reconstruírem seus projetos de vida, dentre os quais pode estar inserida a maternidade. A gestação, para a maioria das mulheres, apresenta-se carregada de representações e significados. Embora a maioria delas a considere um processo natural, freqüentemente surgem dúvidas, medos, fantasias e inseguranças que demandam uma atenção especial, por parte da

equipe de saúde, da qual se espera o acolhimento de suas demandas e o acompanhamento do desenvolvimento da gravidez, assim como o controle de possíveis riscos.

É neste momento “especial” que muitas mulheres recebem o diagnóstico da sorologia positiva para o HIV. Desta forma, somados aos demais sentimentos, surgem aqueles associados a AIDS, como estigma, preconceito, medo da doença e morte anunciada, a dor e incerteza ao pensarem sobre o modo pelo qual se infectaram e a dificuldade em revelarem sua condição a seus parceiros.

Nesse momento delicado, as possibilidades de um melhor encaminhamento dependerão, em grande parte, das relações estabelecidas entre o profissional de saúde e a gestante.

A prática do aconselhamento sorológico é recomendada pela Comissão Nacional de DST/AIDS e reforçada no Manual de Assistência ao Pré-Natal, publicado em 2000 pelo Ministério da Saúde, para ser instituída em serviços de pré-natal. O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999,2000).

A eleição do momento da gravidez para a realização da detecção do HIV na população feminina suscita discussões e confrontos de natureza ética e política no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. Sem dúvida a prevenção da transmissão vertical é necessária devendo ser contemplada nas estratégias de

controle da Aids; entretanto é preciso estabelecer como beneficiários desta estratégia as mulheres e seus bebês e não apenas os últimos (BARBOSA, LAGO. 1998).

Muitos casais que mesmo sabendo da condição da positividade do HIV de ambos ou de algum deles decidem ter filhos e esta deve ser considerada uma decisão legítima. Neste contexto surgem questionamentos a respeito das decisões reprodutivas por parte dos profissionais de saúde.

Estudos foram desenvolvidos no sentido de reduzir a possibilidade da transmissão vertical, bem como a implantação de estratégias para tal; entretanto quando a opção pelo direito da maternidade é explicitado por uma mulher HIV+ esta não encontra amparo institucional para viabilizar uma gestação com o mínimo de risco (VILLELA e DINIZ 1998, BARBOSA 2003, SILVA 2003, OLIVEIRA 2003).

Em seu estudo KNAUTH (1999) afirma que a maternidade é um elemento fundamental na definição da identidade social em especial para as mulheres pertencentes às camadas menos favorecidas e é através dela que as mulheres soropositivas procuram resgatar seu status social de mãe e sua identidade social ameaçada pela doença.

Os relatos de depoimentos da pesquisa-ação "Gênero e Oficinas de Trabalho com Mulheres e AIDS" realizada em 1997, pela a Rede Paulista de Mulheres com HIV/AIDS traduzem os sentimentos das mulheres sobre maternidade e HIV:

"a mulher com HIV/AIDS fica entre "a cruz e a espada " pode escolher a categoria de pecadora e culpada na qual vai se inserir: ou é muito má porque aborta e tira a vida de uma criança ou é muito má porque põe no mundo uma criança com AIDS"

"Podemos pensar ainda que existe um significado simbólico que perpassa a decisão das mulheres com AIDS por manter uma gravidez: a possibilidade de sentir-se viva porque carrega uma vida em si, a sensação de estar tão bem de saúde que até pode ser mãe."

"... a responsabilidade pelas crianças, se por um lado é peso e exigência, por outro é a possibilidade de ainda cuidar de alguém, raiz que traz a mulher para o chão, conferindo sentido para seu viver".

Somado ao depoimento da paciente, apontado inicialmente, o panorama apresentado suscita algumas questões acerca das possibilidades de acolhimento de demandas reprodutivas, no contexto do HIV/AIDS, em especial da gravidez, por serviços de saúde, consideradas as inúmeras questões médicas, individuais e sócio-culturais que envolvem o binômio gravidez-Aids.

Nesse sentido, foi no cotidiano de trabalho, em um serviço de assistência especializada, que surgiram as primeiras indagações acerca da assistência à saúde reprodutiva, no contexto do HIV/Aids.

Diante das questões apresentadas retomemos as distintas necessidades que podem estar presentes, sobretudo frente às questões reprodutivas. Por um lado a necessidade de controle da doença pelos profissionais de saúde e por outro o projeto de vida das pessoas acometidas pela epidemia.

Este estudo não pretende nenhum posicionamento frente aos distintos interesses apresentados. Pretende contribuir para as discussões relativas ao cuidado, em sua ampla concepção, de e das possibilidades de sua incorporação nas práticas assistenciais às pessoas vivendo com HIV/Aids. Para tanto

buscaremos respostas para nossas perguntas iniciais que conduziram nosso estudo:

Quem são essas mulheres e como percebem o acolhimento das suas demandas reprodutivas?

Como as mulheres HIV+ vivenciaram a questão do cuidado em saúde no serviço especializado em DST/Aids?

Deste modo nosso olhar será de profissionais de saúde que procuram incorporar o máximo possível o interesse das mulheres vivendo com HIV/Aids, partindo do entendimento de que "Cuidar" passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas e possibilita o desenvolvimento de atitudes e espaços de verdadeiros encontros subjetivos (AYRES 2001, 2002).

Objetivos

Tendo em vista a perspectiva do cuidado em saúde como horizonte de análise, objetivamos inicialmente caracterizar o perfil das gestantes atendidas em um Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS, no município de São Paulo no período de 1997 a 2001. Num segundo momento pretendemos compreender as necessidades assistenciais relativas à saúde reprodutiva a partir da fala das mulheres vivendo com HIV/Aids em acompanhamento especializado.

Procedimentos metodológicos

Os primeiros passos para a investigação

Ao desenvolver atividades no núcleo de epidemiologia e informação de um ambulatório especializado em atendimento a portadores do HIV/Aids, chamava atenção o crescente número de gestantes atendidas no serviço e o fato de algumas mulheres, que souberam ser soropositivas para o HIV durante o pré-natal, chegarem ao serviço após o primeiro trimestre de gravidez para acompanhamento especializado. Tal situação sugeria ou que as unidades básicas de saúde estariam fazendo o diagnóstico de HIV tardiamente ou que as gestantes retardavam a ida ao serviço de saúde especializado, por temerem o preconceito e o estigma relacionados à doença.

Embora, à época, a notificação compulsória de gestantes não tivesse sido instituída pelo Ministério da Saúde, o serviço, local em que foi desenvolvido o presente estudo, elaborou uma ficha de aprazamento para o controle do acompanhamento dos pacientes matriculados e, assim, com base em informações disponíveis, foi possível constatar o crescente número de gestantes em acompanhamento no serviço.

O perfil da epidemia, no campo pesquisado, acompanha aquele observado no Estado (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 2002 BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Nº 2), verificando-se, dentre outros aspectos, um aumento progressivo do número de mulheres, e conseqüente aumento no número de gestantes HIV+. O número de

gestantes atendidas no SAE passou de nove, em 1997, para trinta e nove, em 2000 e trinta gestantes, em 2001.

O levantamento de dados secundários

Inicialmente, na fase exploratória da pesquisa, foram consultados 586 prontuários de mulheres com idade igual ou superior a 14 anos, matriculadas no serviço, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2001. Para selecionar os referidos prontuários, foram consultados os Livros de Matrículas que registram dados de pacientes, como: nome, faixa etária, nº do prontuário, data de matrícula e situação de acompanhamento (em acompanhamento, transferência, abandono ou óbito).

Para identificar as gestantes atendidas nesse período, realizou-se a leitura dos 586 prontuários e, diante de relato de gravidez da paciente, preenchia-se um formulário com dados relativos à usuária e à gravidez (Anexo 1). Esse levantamento possibilitou constatar que no período definido pelo estudo, do total de mulheres matriculadas no SAE, 61 haviam engravidado durante o acompanhamento especializado e 70 haviam sido matriculadas no período gestacional (Tabela 1).

Foram preenchidos 131 formulários, com os seguintes dados: escolaridade, idade, profissão, ocupação, situação conjugal, status sorológico do parceiro, número de filhos antes e depois do diagnóstico do HIV, trimestre de início do acompanhamento pré-natal. Dentre as 131 gestantes atendidas, informações adicionais foram obtidas de 61 mulheres, que engravidaram quando em acompanhamento no SAE, sobre: situação da doença no momento da gravidez,

tempo decorrido entre a matrícula e a gravidez, resultado da gravidez (aborto/gravidez a termo).

Com base nas informações obtidas verificou-se que grande parte das gestantes era constituída por mulheres que já estavam em acompanhamento no SAE, ou seja, engravidaram após o diagnóstico do HIV, conforme pode ser observado na Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição de gestantes atendidas em um serviço especializado em DST/AIDS do Município de São Paulo, período de 1997 a 2001, identificando as que foram matriculadas no período gestacional e as que engravidaram durante o seguimento no serviço. São Paulo, 2002.

Ano matrícula	Matriculadas Durante gestação	Engravidaram Em seguimento
1997	7	17
1998	11	11
1999	17	19
2000	19	12
2001	16	2
Total	70	61

Tabela 2 - Distribuição do número de gestantes HIV+ encaminhadas para o acompanhamento em um serviço especializado em DST/Aids do município de São Paulo, segundo ano de encaminhamento e trimestre de início do pré-natal naquele serviço. São Paulo, 2002.

Ano	Período gestacional		
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
1997		4	3
1998	3	4	4
1999	-	10	7
2000	5	7	7
2001	3	10	3
Total	11	35	24

Tabela 3 - Distribuição do número de gestantes HIV+ que engravidaram durante segmento em um serviço especializado em DST/Aids do município de São Paulo, segundo ano de matrícula naquele serviço e trimestre de início do pré-natal. São Paulo, 2002.

Ano	Período gestacional		
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
1997	12	4	1
1998	6	3	2
1999	15	4	-
2000	9	3	-
2001	1	1	-
Total	43	15	3

Embora considerando a importância de se investigar o início tardio na atenção especializada em HIV/AIDS, para as gestantes soropositivas, como pretendido inicialmente, também passou a ser foco de interesse o conhecimento sobre o contexto assistencial em que ocorreram as gestações das mulheres, já em seguimento no serviço de saúde especializado: como se dava a atenção à saúde reprodutiva dessas mulheres, antes e após a gravidez.

Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em DST/AIDS do Município São Paulo, localizado na região norte da cidade, sendo referência para uma população de mais de 1.200.000 habitantes, considerando-se que a cobertura do serviço não se restringe à população dessa região.

O SAE, criado em 1996, presta assistência ambulatorial, assistência domiciliar terapêutica e em regime de hospital dia. Possui também equipes de prevenção e de aconselhamento sorológico e um núcleo de epidemiologia e

informação, tendo aproximadamente 2000 pacientes matriculados. A equipe do SAE é composta por profissionais de diversas áreas, possuindo em seu quadro funcional: quatro assistentes sociais, oito auxiliares técnico-administrativos, quatro dentistas, cinco enfermeiros, 16 auxiliares de enfermagem, dois farmacêuticos, 14 médicos (infectologistas, clínicos treinados para atendimento de infectologia, pediatras e ginecologistas), dois nutricionistas, dois psicólogos e um terapeuta ocupacional.

Desenho do estudo

Ao procurar compreender como as mulheres HIV+ vivenciaram o “cuidar” na assistência à sua saúde reprodutiva elegemos a pesquisa qualitativa, através da qual pretende-se apreender, pelo estudo dos fenômenos humanos e sociais, os sentidos e significados dos fatos no contexto concreto em que ocorrem (CHIZZOTTI 1991).

Na pesquisa qualitativa a pergunta é respondida através das Ciências Sociais que não se preocupa em quantificar, mas de buscar explicar os meandros das relações sociais consideradas essências e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum (MINAYO 1996).

Ao discorrer sobre a fase exploratória da pesquisa qualitativa, MINAYO 1992 faz a vinculação entre pensamento e ação e afirma que “... nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática” (p. 90).

Neste sentido, visando alcançar os objetivos propostos, nossa pesquisa, de natureza qualitativa foi realizada a partir de entrevistas com 14 mulheres atendidas no SAE, que tivessem engravidado quando em acompanhamento no serviço.

A entrevista é uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informações, apresentando limitações que podem ser contornadas pelo cuidado no preparo dos entrevistadores, pois o sucesso desta técnica depende, fundamentalmente, da relação estabelecida entre entrevistador/entrevistado. Nesse sentido as entrevistas não foram realizadas pela pesquisadora o que será abordado na apresentação das considerações éticas (GIL 1994).

Para MINAYO (1996), a entrevista tomada em seu sentido restrito de coleta de dados e no sentido mais amplo de comunicação verbal é, ao lado da observação participante, a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo.

O tipo de entrevista adotada foi a semi-estruturada, a qual, segundo TRIVIÑOS (1990, p. 146), "parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa".

A escolha das mulheres para a entrevista pautou-se nos seguintes critérios:

- estar em acompanhamento no serviço
- idade superior ou igual a 18 anos
- ter engravidado depois de iniciado o acompanhamento no SAE

Além desses, procurou-se incorporar contextos diversos como: o ano de matrícula, grau de escolaridade, faixa etária, com e sem história de aborto, com e sem filhos, com parceiros HIV+ e HIV-, com filhos HIV+ e HIV-, tendo sido eleitas para as entrevistas mulheres que se mostraram boas informantes, com histórias reprodutivas conhecidas através cotidiano do trabalho e pelos relatos em prontuários, bem como estarem em acompanhamento no serviço durante o período proposto para a realização das mesmas.

Após identificação das informantes, o convite para a entrevista foi formulado no dia em que a usuária compareceu para atendimento agendado, dando-lhe a opção para a realização da entrevista no mesmo dia ou em outro, conforme a disponibilidade da usuária, tendo, como local da entrevista, o próprio serviço. Não houve nenhuma recusa explícita ao convite, entretanto, uma usuária que agendara a entrevista para outra data, não compareceu, nem nos procurou posteriormente.

Foram realizados dois pré-testes, visando adequar o roteiro de entrevista, e realizadas 14 entrevistas, tendo a duração aproximada de 45 minutos cada. As entrevistas, realizadas em 2003, foram gravadas em fitas magnéticas e, posteriormente, transcritas, resultando em 153 laudas.

O roteiro adotado na entrevista visou facilitar ao entrevistador conduzi-la de maneira que os temas pertinentes ao estudo pudessem desvelar os aspectos de interesse da pesquisa. História de vida até o diagnóstico do HIV/História das parcerias/História da assistência à saúde reprodutiva no serviço especializado/História da gravidez e do cuidado no serviço de saúde especializado, após o diagnóstico do HIV (Anexo 2).

As entrevistas transcritas foram lidas e relidas até ocorrer impregnação, no sentido de absorver o conteúdo de cada uma, para, em seguida, proceder a uma leitura horizontal entre o conjunto das entrevistas, confrontando-as e buscando uma unidade entre os discursos, sem perder a singularidade de cada um deles.

O tratamento e a análise das informações foram realizados, segundo o método de análise de conteúdo, decompondo as informações obtidas em categorias para sua interpretação. BARDIN (1977) designa a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Dessa forma, as informações foram agrupadas nas seguintes categorias:

- acolhimento e limites do aconselhamento sorológico
- serviço como espaço de acolhimento
- acolhimento das questões reprodutivas
- equipe multiprofissional

Cuidados Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP tendo sido também autorizado pelo Programa Municipal de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

As entrevistas foram realizadas após o esclarecimento ao entrevistado sobre a pesquisa e a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. (Anexo 3)

Outros cuidados éticos adotados foram relativos à escolha dos entrevistadores. As entrevistas não foram realizadas pela pesquisadora, considerando a sua inserção no serviço, como diretora do mesmo. Foram, então, realizadas por duas pesquisadoras que, embora também atuem no serviço de saúde, não trabalham diretamente na assistência. O roteiro e o conteúdo das entrevistas foram exaustivamente discutidos com as mesmas, que, inclusive, haviam desenvolvido pesquisas voltadas ao tema proposto pelo estudo, tendo, assim, bastante afinidade e conhecimento relativos ao mesmo.

Quanto às demandas surgidas durante as entrevistas, como a necessidade de esclarecimento a respeito de direitos previdenciários, por exemplo, as mesmas foram encaminhadas para outros profissionais, buscando-se a solução do problema.

As entrevistadas atribuíram codinome para sua identificação, escolhido por elas próprias; uma delas autorizou manter seu nome verdadeiro, entretanto, a pesquisadora adotou um codinome para a mesma, no intuito de preservar sua identidade. Não foram citados os nomes dos profissionais mencionados nas entrevistas, tendo sido os mesmos identificados por categoria profissional (assistente social, infectologista, ginecologista, recepcionista etc.).

A perspectiva do cuidado em saúde: desafios para saúde reprodutiva

Retomando a questão da assistência à saúde reprodutiva, em particular a gravidez, das mulheres HIV+ em acompanhamento em um serviço especializado faz parte de nossa preocupação as relações entre estas e os profissionais de saúde, considerando a dimensão relacional que se dá no ato da produção do cuidado: o momento interativo entre as usuárias e os profissionais de saúde. Essa interação significa que no processo de trabalho estes sujeitos são especificados respectivamente: objetos da ação técnica e como trabalhador, que experimentam relações intersubjetivas (RODRIGUES, KAYANO, LIPPE & SCHRAIBER 1996).

Ao comentar os desafios para a avaliação dos programas em HIV/AIDS, NEMES (2001), refere que a Aids evidencia questões, há muito tempo presentes na saúde pública, tais como a integração de práticas coletivas e individuais, a insuficiência de instrumentos tecnológicos habituais para lidar com várias dimensões do sofrimento humano, ou, ainda, a emergência de dilemas éticos e morais na assistência aos doentes, articulada a uma grande velocidade na incorporação de tecnologias materiais.

Para repensarmos os habituais instrumentos tecnológicos, inclusive para melhor situá-los conceitualmente, recorreremos aos estudos de MENDES-GONÇALVES (1994) onde ele afirma que as ações em saúde podem ser compreendidas por sua dimensão trabalho, como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde. O trabalho é sempre uma ação transformadora, intencionalmente realizada, que combina, com base nessa intenção, seus elementos internos constituintes, que são o objeto, os instrumentos materiais e os conhecimentos que permitem operar esses instrumentos.

Situar as práticas assistenciais na perspectiva do processo de trabalho favorece a compreensão da dinâmica do trabalho em saúde, ao identificar a articulação entre necessidades, instrumentos, finalidades e objetos.

Ao considerar o binômio gravidez-Aids, assumindo o controle da doença como finalidade, e a mulher soropositiva, como objeto de intervenção, dentre os instrumentos tecnológicos que operam tal finalidade poderiam ser citados desde a indicação da contracepção até a prevenção da transmissão vertical, mediante o uso de medidas profiláticas, como a administração de AZT à gestante e ao bebê.

Neste sentido sem diminuir a importância do controle das doenças, deve ser revista sua exclusividade como único critério normativo de sucesso das práticas de saúde. Há que se repensar o Cuidar em saúde, que é mais que construir um objeto e intervir sobre ele (AYRES 2002).

Tal leitura acerca dos instrumentos tecnológicos tradicionais tem merecido algumas considerações de autores, como SCHRAIBER (1996); MERHY (2000); AYRES (2000), apontando para a necessidade de incorporar a dimensão subjetiva das práticas em saúde, como parte de uma inovação tecnológica.

Os diferentes modelos de atenção em saúde variam, de acordo com o emprego de tecnologias, que são: as tecnologias duras, aquelas vinculadas aos equipamentos que compõem uma caixa de ferramenta tecnológica, como estetoscópio, endoscópio, entre outras; as leve-duras, que estão em sua cabeça, contendo saberes como a clínica e a epidemiologia; e finalmente, uma outra em que estão as tecnologias leves, correspondendo ao espaço relacional trabalhador-usuário. O processo produtivo em que se concretiza o trabalho médico, enquanto

produtor de cuidado, está diretamente relacionado com a utilização da tecnologia leve (MERHY2000).

As finalidades do processo de trabalho correspondem às necessidades geradas na dinâmica de uma dada sociedade. Considera-se que a demandas reprodutivas das mulheres vivendo com HIV/Aids são ao mesmo tempo, necessidades de saúde ligadas aos direitos subjetivos e demandas de controle de transmissão vertical, responsabilidade social da saúde pública, que revestida por uma dada racionalidade opera através de protocolos que dirigem as ações para esse controle (NEMES 1996, OLIVEIRA 2003).

Nesse sentido, frente ao caráter medicalizador e controlista que regem as ações da saúde direcionada à mulher HIV+, a partir de critérios definidos pelo controle da transmissão da epidemia, as necessidades reprodutivas dessas mulheres ficam reduzidas às necessidades de um dos sujeitos, o profissional de saúde.

"Apresentando-se como processo de medicalização da assistência médica na vida sexual e reprodutiva, o emprego da tecnologia assume, progressivamente o estatuto de objeto complexo por apropriar-se não somente do corpo da mulher, mas de sua própria vida, porém esvaziada e "a-historicizada" (TANAKA, ALVARENGA 1999).

Assim também, a conformação que tem se dado ao serviço de saúde através da incorporação de distintos saberes nas práticas de saúde podem contribuir para o distanciamento do encontro intersubjetivo.

Quando há muitos intermediários na relação profissional-paciente, como os vários equipamentos ou quando há atos inteiros de diagnóstico e terapêutico

interpondo-se em uma mesma relação é comum pensar a relação interpessoal restrita ao momento da conversa inicial de todo o processo reduzindo a face humana da prática em saúde a uma ínfima parte muitas vezes tida como de menor valor no interior da técnica: uma "psicologia" ou um "social" que é preciso deter no interior de um bom relacionamento (SCHRAIBER 1996).

Indo ao encontro do sugerido por AYRES (2003), pretende-se avançar o entendimento do cuidado para além da perspectiva do "ouvir, escutar, conversar", para compreendê-lo como uma "interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade" (AYRES prelo pg 2).

A intenção ao trazer esse "desafio para o cuidado" foi no sentido de contribuir para a reflexão sobre as nossas práticas cotidianas.

Ao se ter emancipação humana como horizonte ético, o cuidado apoiar-se-ia na tecnologia, mas a ela não se reduziria, abrindo espaço "para a reflexão e a negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar, de modo universal e *a priori*, onde e como chegar com a assistência" (AYRES 2002, pg 19).

Resultados e Discussão

Caracterização sócio econômica das mulheres soropositivas que engravidaram durante acompanhamento no serviço especializado.

O perfil das 61 mulheres soropositivas para o HIV e que engravidaram no período de 1997 a 2001 vai ao encontro de outros estudos, como os de SANTOS (2002) e da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO (2002), que também apontaram a baixa escolaridade das mesmas, o desemprego e a ocupação como donas de casa. Evidenciando que a epidemia tem acometido sobremaneira a parcela menos favorecida da população. A maioria das mulheres encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos, jovens e em idade reprodutiva, reforçando a necessidade do desenvolvimento de ações que promovam a saúde reprodutiva (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres que engravidaram durante seguimento em um Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS do Município de São Paulo, no período de 1997 a 2001, segundo idade, escolaridade e ocupação. São Paulo, 2002.

Variável	Categoria	Nº	%
Idade (anos)	20 a 29	42	68,9
	30 a 39	18	29,5
	40 e +	1	1,6
	Total	61	100,0
Escolaridade	sem instrução	1	1,6
	1º grau incompleto	26	42,7
	1º grau completo	18	29,5
	2º grau incompleto	5	8,2
	2º grau completo	8	13,1
	superior	1	1,6
	ignorado	2	3,3
	Total	61	100,0
Ocupação	desempregada	21	34,5
	do lar	17	28,0
	balconista	4	6,6
	auxiliar de escritório	2	3,3
	costura/confecção	2	3,3
	faxineira	2	3,3
	vendedora	2	3,3
	auxiliar de enfermagem	1	1,6
	Babá	1	1,6
	cambista do jogo de bicho	1	1,6
	doméstica	1	1,6
	engenheira	1	1,6
	operadora de telemarketing	1	1,6
	passadeira	1	1,6
	segurança	1	1,6
	telefonista	1	1,6
sem informação	2	3,3	
	Total	61	100,0

O estudo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, acima citado, revelou que 51% das 148 mulheres, em acompanhamento em um serviço especializado, possuíam parceiros no momento em que foram entrevistadas, conforme apresentado na Tabela 5. Em nosso estudo, tal dado foi colhido da ficha de matrícula, preenchida no momento da realização da matrícula, revelando que a maioria das mulheres (70%) tinha parceiro naquele momento. Este resultado reitera a necessidade da incorporação pelo serviço saúde, dos parceiros das

mulheres acompanhadas, pois a responsabilidade das questões reprodutivas deveria ser partilhada entre o casal.

Comparando ainda com o estudo citado, 87% das mulheres do nosso estudo tinham filhos antes do diagnóstico de HIV, semelhante ao estudo de Santos e col., em que 76% das mulheres possuíam filhos antes do diagnóstico do HIV

Tabela 5 - Distribuição das mulheres que engravidaram durante seguimento em um serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS do Município de São Paulo, no período de 1997 a 2001, segundo categoria de exposição ao HIV, situação conjugal, status sorológico do parceiro sexual, filhos antes do diagnóstico do HIV e estágio da doença no momento da gravidez. São Paulo, 2002.

Variável	Categoria	nº	%
Categoria de exposição	Sexual	57	93,4
	UDI	2	3,3
	Ignorada	2	3,3
	Total	61	100,0
Situação Conjugal	Solteira	10	16,4
	Casada	43	70,5
	Separada	6	9,8
	Total	61	100,0
Status sorológico do parceiro	Positivo	26	42,7
	Negativo	14	22,8
	Total	21	34,5
Filhos antes do diagnóstico do HIV	Sim	53	86,9
	Não	8	13,1
	Total	61	100,0
Estágio da doença no momento da gravidez	HIV	25	40,9
	Aids	36	59,1
Total		61	100,0

Em nosso estudo, identificamos que 59% das mulheres que engravidaram em acompanhamento no SAE apresentavam diagnóstico de AIDS quando engravidaram, sugerindo a necessidade e a oportunidade de se realizar o

planejamento das gestações nesse grupo, tanto do ponto de vista da profilaxia da transmissão vertical, quanto da saúde da mulher.

Considerando o intervalo de um a dois anos, entre a matrícula no serviço especializado em DST/AIDS e o diagnóstico da gravidez (Tabela 6), a maior parte das mulheres poderia, em tempo hábil de presença no serviço, ter recebido acompanhamento e orientações específicas sobre a saúde reprodutiva, especialmente sobre a gravidez, uma vez que as recomendações para a rotina de acompanhamento do paciente com HIV/AIDS prevêm consultas periódicas para monitoramento clínico e laboratorial dos mesmos. Em seu estudo SILVA 2003, aponta que o silêncio é imperativo tanto na explicitação como no acolhimento das demandas reprodutivas pelos serviços de saúde, tal silêncio parece ser pactuado entre usuários e profissionais de saúde por intermédio da incorporação da normatividade científica, no qual o discurso sobre o risco da transmissão vertical é determinante sobre desejos e motivações em relação a ter filhos (MS 2002; 2003).

Tabela 6 - Distribuição do número de mulheres que engravidaram durante o seguimento em um serviço especializado em DST/AIDS, do Município de São Paulo, no período de 1997 a 2001, considerando o intervalo entre a matrícula e a gravidez

Ano matrícula	Período entre matrícula e gestação				Total
	0-6m	6m-1a	1a-2a	2a e +	
1997	2	2	6	7	17
1998	0	3	4	4	11
1999	2	5	11	1	19
2000	4	1	7	0	12
2001	1	0	1	0	2
Total	9 14,9%	11 18%	29 47,5%	12 19,6%	61 100,0

Assim diante das dificuldades apontadas em relação a assistência à saúde e em especial à saúde da mulher, pretendemos alcançar o objetivo proposto pelo estudo através da voz das mulheres que engravidaram quando em acompanhamento no serviço especializado, como vivenciaram o "cuidado" frente as suas demandas reprodutivas.

Conforme proposto por Ayres (2003) o Cuidado não se restringiria a procedimentos sistemáticos e transmissíveis, mas deveria considerar o processo como um encontro de sujeitos – profissionais de saúde e usuários do serviço – no qual a ausculta do desejo do Outro possa ser um momento privilegiado da prática assistencial.

"Cuidado envolve também o meu compromisso em compartilhar o meu eu com o outro, de modo que ele possa crescer a partir do seu esforço e condições. Essa idéia de compromisso em compartilhar o eu com o outro é profunda e sugere a idéia de doar-se, porém não a doação com sacrifício, mas a de possibilitar as potencialidades do outro para crescer dentro de seus limites" (WALDOW 1999).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo buscaram resgatar a trajetória desde o momento em que as quatorze mulheres entrevistadas receberam o diagnóstico do HIV. Antes, porém, apresentamos, sinteticamente, o perfil das mesmas (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização do grupo de mulheres soropositivas entrevistadas, que engravidaram, quando em acompanhamento em serviço especializado em DST/AIDS, do Município de São Paulo, no período de 1997 a 2001. São Paulo, 2002.

Codinome	Idade	Profissão	Escolaridade	Filhos Antes do Diagnóstico			Filhos Depois do Diagnóstico			Status Sorológico Parceiro	Situação da Demanda no momento da gestação
				No. Gestação	No. Filhos	Status Sorológico Filhos	No. Gestação	No. Filhos	Status Sorológico Filhos		
Joana	32	Caixa desempregada	6ª série fundamental	3	3	1 HIV(-) 1 HIV(+) 1 AIDS	1	1	Em Investigação	HIV(+)	AIDS
Paula	27	Estudante	Universitária	0	-	-	1	0	-	HIV(-)	AIDS
Neide	34	Doméstica desempregada	3ª. série	2	2	2 HIV(-)	2	2	2 em Investigação	HIV(-)	HIV
Priscila	34	Balconista	1ª. série Ensino Médio	1	1	Ignora Reside com pai	2	2	2 em Investigação	HIV(-)	HIV
Cláudia	31	Dobradeira Ind.confec.	4ª. série fundamental	1	1	HIV(-)	2	2	2 HIV(-)	HIV(-)	AIDS
Maria	46	Comerciária	7ª. série fundamental	2	2	2 HIV(-)	1	0	-	HIV(+)	AIDS
Marinalva	34	Doméstica	2ª. série fundamental	1	1	1 HIV(+)	1	1	HIV(-)	HIV(-)	AIDS
Vivi	29	Cozinheira	8ª. série fundamental	1	1	1 HIV(-)	1	1	HIV(-)	HIV(+)	AIDS
Beth	39	Doméstica desempregada	3ª. série fundamental	5	5	5 HIV(-)	1	0	Em Investigação	Ignorado	HIV
Talita	29	Aux.limpeza Desempreg.	5ª. série fundamental	1	1	1 HIV(-)	1	0	-	HIV(-)	HIV

Continuação

Quadro 1 - Caracterização do grupo de mulheres soropositivas entrevistadas, que engravidaram, quando em acompanhamento em serviço especializado em DST/AIDS, do Município de São Paulo, no período de 1997 a 2001. São Paulo, 2002.

Codinome	Idade	Profissão	Escolaridade	Filhos Antes do Diagnóstico			Filhos Depois do Diagnóstico			Status Sorológico Parceiro	Situação da Demanda no momento da gestação
				No. Gestação	No. Filhos	Status Sorológico Filhos	No. Gestação	No. Filhos	Status Sorológico Filhos		
Fabiana	22	Do lar	2ª. série fundamental	1	1	1 HIV(-)	1	1	Em investigação	HIV(-)	HIV
Tânia	33	Metalúrgica Desempreg.	8ª. série fundamental	0	-	-	2	2	2 HIV(-)	Ignorado	AIDS
Sofia	33	Vigilante	4ª. série fundamental	1	1	HIV(-)	2	2	2 em investigação	HIV(-)	HIV
Raquel	36	Tecelã Desempreg.	6ª. série fundamental	3	3	1 HIV(+) 1 HIV(-)	1	1	1 HIV(-)	HIV(+)	AIDS

Acerca do conteúdo das falas das mulheres

O Momento do diagnóstico do HIV: primeiro desafio para o cuidado

Embora a incorporação do cuidado constitua um horizonte para práticas assistenciais, é certo que não se trata de tarefa fácil, isto é o que se pode observar na análise dessa categoria que refere a questão das possibilidades e limites do aconselhamento sorológico.

A infinidade de sentimentos, associada à necessidade de atendimento aos procedimentos protocolados – matrícula, notificação, agendamento de exames e outros – impõem o primeiro desafio, considerando os depoimentos das entrevistadas.

Se o diagnóstico do HIV pode gerar uma série de questionamentos, medos, angústias para quem o recebe, tais dificuldades também se fazem presentes na conduta dos profissionais de saúde, ao lidarem com questões relacionadas ao HIV/AIDS, tanto no diagnóstico, quanto no manejo clínico da doença, muitas vezes, permeados pelo estigma e preconceito associados à mesma, presentes desde o surgimento dos primeiros casos da doença no Brasil.

Enquanto a maioria dos programas de combate ao HIV/ AIDS tenta seguir diretrizes para impedir e lutar contra o estigma, nos próprios programas e políticas governamentais podemos encontrar a reprodução e a acentuação de formas de estigmatização e discriminação. Um exemplo disso é a tendência de a maioria dos programas governamentais para a prevenção e controle do HIV/AIDS priorizar ações que visam reduzir a infecção em parte da chamada população geral, freqüentemente às custas das populações consideradas de 'alto risco', que

são vistas como pessoas alheias ou à parte da população como um todo. Pressuposições de inocência e de culpa, de comportamento digno em oposição ao indigno e outros julgamentos de valor estão presentes em abundância onde esses programas e políticas são implementadas, apesar das melhores intenções daqueles que os formulam e os implementam. (PARKER e AGGLETON 2001).

No Brasil, não obstante os investimentos do Ministério da Saúde em treinamentos de profissionais de saúde para o Aconselhamento Sorológico, são presentes situações que revelam o que acima foi mencionado e, a título de exemplo, apresentamos o relato de uma das depoentes sobre o acontecido, no momento do diagnóstico de HIV, em que o profissional que a atendeu priorizou a identificação da categoria de exposição, em detrimento das orientações sobre a doença e sobre as possibilidades de encaminhamento:

Ao saber do diagnóstico, através do banco de sangue, Sofia não lembra ter sido orientada a procurar o serviço especializado, pois a importância maior foi para identificar a sua categoria de exposição, conforme relata:

"- É, não me orientou... ela... ela... ficou perguntando: 'já usou droga? Já usou aquela droga injetável...', que não sei o quê... Então foi mais por essa parte né!... simplesmente ela... ela só mesmo prá me dar o resultado, que eu era... que eu sou... que era soropositivo, a única coisa que ela me falou mesmo foi da onde que eu peguei né! Então prá ela era importante isso né!"

Para além dos espaços especializados no atendimento a doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, o Ministério da Saúde recomenda que o aconselhamento sorológico seja também realizado em instituições outras, com

vistas à prevenção de DSTs e AIDS, sendo entendido como um momento de escuta ativa, individualizada e centrada no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

Resultados da pesquisa do ECI (2001) revelaram a falta de aconselhamento, mediante a constatação de que apenas 42% das 1068 mulheres HIV+ entrevistadas haviam recebido orientações sobre o teste do HIV, antes de realizá-lo; 35% não haviam recebido qualquer informação quando tomaram conhecimento do resultado positivo do exame, ressaltando, porém, que a ausência de orientação pré e pós-teste aconteceu, em grande parte, entre pacientes que haviam realizado o exame pré-natal na maternidade, em hemocentros e laboratórios privados.

O aconselhamento é uma importante atividade para assistir a pessoa no momento em que percebe sua integridade física ou emocional ameaçada. Sem, de maneira alguma, negar a importância do aconselhamento, parece-nos igualmente importante e oportuno rever e criar outros espaços que propiciem esse encontro entre sujeitos, aumentando as possibilidades de tratar a saúde reprodutiva, na perspectiva do Cuidado.

Se, por um lado, o depoimento de Sofia, apresentado acima, traz o carecimento de informações no momento do diagnóstico, por outro, o de Raquel evidencia a dificuldade em assimilar as orientações, que são significadas de forma particular, no momento do impacto inicial do diagnóstico de HIV:

"– Bom! Praticamente quando ela me falou... eu perdi o rumo, o rumo de qualquer lugar que eu quisesse ir, né! Tanto que eu

cheguei no... sem saber como eu cheguei... a cabeça num funcionava, só chorava, chorava, aí me... pegaram, me atenderam né! Ficaram exatamente acho que umas... duas horas e meia comigo conversando, tentando acalmar tudo, explicando que não é assim... que... o HIV não é mais uma coisa que leva a morte, só se a pessoa não quiser se tratar tudo... mas no momento, prá você entender isso é um... sufoco, é a mesma coisa que a pessoa não tá falando nada, como se fosse falar assim: - Você vai morrer, mas não agora, mas você vai morrer sabe! E aquilo prá mim não tinha como eu querer entender que aquilo que eu... podia me tratar, que eu tinha um recurso de vida, mas só que eu teria que mudar totalmente o rumo da minha vida, os planos, entendeu! Então foi uma coisa, foi um choque que... de todos os jeitos eu não queria aceitar entendeu? ."

O serviço de saúde como espaço de acolhimento

Na fala de algumas entrevistadas, o acolhimento inicial parece ter sido decisivo para que procurassem o serviço especializado no atendimento a portadores de HIV/Aids, conforme relatos que se seguem:

"... No dia que eu peguei o primeiro resultado... eu fiquei assim... não dava... nem entrava na minha cabeça que eu tinha um problema desse sabe! Aí eu falei assim pra... acho que é médica né! Eu falei a ... eu não vou fazer o tratamento, ela falou por quê? Ah! Porque eu sou evangélica eu acho que a minha fé é o suficiente... ela falou não; mas eu vou contar uma historinha pra você que aconteceu..... Aí eu dei até risada assim e falei assim: - Tudo bem, então me dá o endereço que eu vou procurar, aí foi pôr isso que eu vim.."
(Cláudia)

"-AH! sim... Aí o próprio médico que me atendeu, lá no local onde que eu doeí sangue que foi no Pró-sangue, ele me

encaminhou pra cá, ele perguntou se eu queria escolher um local... me... me deu vários endereços né! Eu falei que eu queria ficar aqui mesmo... não eu falei pra ele que eu queria ir pra bem longe, porque eu não queria que ninguém... que eu não encontrasse com ninguém né! Aí ele falou pra mim: - posso te dar um conselho? – eu falei pode né! Pôr que que você não se trata aqui pertinho... tem um ... o Dr... aqui que ele é infectologista, ele é amigo meu, ele é maravilhoso, eu vim com a cartinha dele..."(Talita)

Se o acolhimento durante o aconselhamento sorológico foi significativo para a procura pelo serviço especializado, no caso de algumas mulheres, ele também foi importante para a continuidade do acompanhamento especializado, para outras entrevistadas, como Tânia, que iniciou o tratamento em outro serviço especializado, mas não continuou por não ter se sentido acolhida. Chegou a este ambulatório muito debilitada, quando conheceu o infectologista que a acompanha até hoje. Evidenciando a importância de que o acolhimento perpassasse todo os encontros entre os usuários e os profissionais do serviço de saúde.

"...aí foi quando eu consegui aqui, eu cheguei aqui com 42 quilos... aí eu conheci o Dr. infecto... o Dr. ... conversou comigo... tanto é que eu devo a minha vida pra Dr... né! Porque depois de um, de um mês eu já... eu já tinha pegado peso, já tava tomando os remédios direitinho..."

Para Raquel, que refere não ter aceitado a doença ao saber do diagnóstico, o acompanhamento médico no SAE foi marcado pela falta de entendimento entre ela e o infectologista que a atendia. Ela fala da dificuldade de compreensão pela maneira como ele se expressava e a carência de explicação sobre condutas, reações adversas dos medicamentos e necessidade de exames:

" Igual, sobre medicamentos entendeu! Igual eu falava que eu não aceitava aquele (cita o nome do medicamento).. entendeu! Eu não conseguia tomar e ele:- Ah! você vai ter que tomar... entendeu! Você vai ter que tomar... E ... outras assim de... falar assim – ah! eu quero fazer exames: ... mas não precisa, você não precisa desse exame agora... Aí eu peguei, peguei me revoltei e não quis mais passar, com tanto que eu abandonei ... o tratamento".

Após o abandono, Raquel decidiu procurar o serviço novamente, motivada, segundo ela, por uma recaída. Ao ser agendada para o médico que a atendia anteriormente, ela explicitou que se fosse continuar com ele, desistiria do atendimento. Diante de sua determinação, ela foi transferida para outro profissional. No trecho abaixo, Raquel fala do momento em que conheceu o médico que a acompanha até hoje:

"Foi onde que ... eu conheci, conversando com ele, com tanto que a primeira consulta foi 1 hora e meia... entendeu! Ele na verdade foi o meu psicólogo, meu psiquiatra, meu ginecologista, ele foi tudo naquele exato momento, então eu me identifiquei bem com ele, aí foi na onde eu quis retornar o tratamento... continuar."

Sobre o conteúdo da consulta inicial, relata :

" ... Sobre a vida, sobre os problemas, sobre a família... chorei... entendeu! ... me desabafei com ele... ele não, é assim, você não precisa se revoltar... explicações sobre a medicação, a reação que ela poderia dar... tudo, porque parar... explicar o que quer dizer a carga viral , o CD-4, que era uma coisa que eu ainda não sabia entendeu! E... e indo, aí pediu uma série de exames pra mim tudo... Aí ele provou pra mim que eu com medicamento eu tava melhorando e se...

continuasse assim ia chegar um certo tempo que eu não ia precisar de tanto, com tanto que agora eu só tomo dois medicamento né!...

Antigamente eu não aceitava o medicamento, quando eu ia tomar pra mim era revoltante... não aceitava nem o organismo, agora com ele não conversar, explicar, tudo você olha com outra cara né! E o medicamento até parece que é mais suave né! (risos) Então com ele eu aceitei bem... seguir a vida”.

Na qualidade de portador de uma demanda de saúde, qualquer indivíduo é e fato, potencial objeto de conhecimento e intervenção. É isso que se espera das ciências e dos serviços de saúde. Contudo, nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem estar, a palavra última sobre suas necessidades. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele (AYRES 2003).

Em seus discursos, as pessoas entrevistadas reconhecem o serviço de saúde especializado como espaço privilegiado, no qual não se sentem discriminadas em função de sua condição sorológica, como pode ser percebido no depoimento de Joana:

”...todo mundo aqui se preocupa, não tem um aqui que faça uma coisa com preconceito. Porque eu fui fazer um ultra-som esses dias lá na...e pelo amor de Deus vou falar, naquele lugar quem pegar HIV morre mais rápido porque é um lugar que todo mundo tem pouca vontade.... aqui não , aqui você sempre chega e o pessoal está sempre sorrindo, não que tem que estar sorrindo toda hora para gente, mas a gente percebe a boa vontade do pessoal daqui”

Joana fala, ainda, do carinho recebido no serviço anterior e compara com o serviço atual:

"Eu acho importante até para a própria criança também. Igual aqui, ela sabe (filha com Aids) que vai vir tal dia para tomar medicação (imunoglobulina injetável), ela vem contente. Ela abraça o (auxiliar de enfermagem) porque sabe que é ele que vai pegar a veia dela, então ela está sempre assim, todo mundo passa uma coisa boa para ela, né? Então eu acho que isto deixa ela mais sossegada também".

Os depoimentos apresentados reforçam a idéia de que acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e de desejos, e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual, como do ponto de vista coletivo. Envolve uma teia de relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais, biofísicas e psicossociais favoráveis. Neste sentido, acolhimento envolve saberes especializados e, sobretudo, comunicação e diálogo, respeitando as subjetividades e buscando estabelecer uma relação de compromisso e de confiança mútuas. Sendo um processo contínuo, não se trata apenas de uma etapa do atendimento, que se dá nas portas dos serviços, embora esse primeiro encontro seja estratégico para toda relação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 2002).

Considerando a dimensão técnica do acolhimento, chamou atenção um outro aspecto recorrentemente citado por entrevistadas, ao se referirem ao serviço, que é a comparação do mesmo com o espaço familiar:

"Eu me sinto aqui como se eles (profissionais de saúde) fizessem parte da minha família... aquele... o tratamento assim é muito bom..." (Talita).

O serviço de saúde, ao ser tratado como extensão da casa, perde a sua dimensão técnica, conforme se deduz da fala das entrevistadas. Se, por um lado, tal comparação pode ser interpretada como um aspecto positivo do acolhimento, por outro, o distanciamento da dimensão técnica também pode trazer problemas na relação entre usuário-serviço.

Quando questionada sobre a necessidade de falar sobre a gravidez, Joana refere não sentir necessidade, relatando o atendimento pelo psicólogo para o qual fora encaminhada, quando soube ser portadora do HIV, conforme segue:

"...quando eu fiquei sabendo que eu era portadora, me mandaram conversar com uma psicóloga.....ela foi conversar comigo e nós ficamos conversando no quarto, perto da minha menina e acabou que a conversa foi tão boa que eu acabei ensinando receita para ela. Aí ela disse:- Olha você não precisa de psicólogo. Então eu nunca precisei passar"

Quanto a eventuais dúvidas referentes à gestação, Joana revelou não possuir nenhuma, mas, se tivesse, procuraria conversar com a recepcionista, pessoa com quem se sente à vontade para conversar.

"...uma pessoa que eu gosto de conversar bastante que eu me sinto à vontade é com..... da recepção"

Paula, assim como Joana, revela sua facilidade em conversar com a recepcionista, reportando-se a ela quando lhe foi perguntado sobre o profissional que a tem acolhido melhor:

"...me acolhido melhor... Tem uma pessoa que eu converso bastante... da faculdade... pergunta o que que eu tô fazendo, sempre conversa comigo que é a ... esqueci o nome dela, ...trabalha na secretaria ... com ela eu tenho um pouco mais de intimidade assim né! Fora ela eu não converso mais com

ninguém... é tudo igual, é indiferente né! trata como se fosse uma pessoa igual..."

Estudo realizado no Brasil (WALDOW 1999) evidenciou que pacientes enumeram como elementos do cuidar, prioritariamente, aqueles concernentes à área expressiva, diferentemente dos estudos americanos, em que predomina o aspecto instrumental. Embora não conclusivos, os estudos são insuficientes para atribuir tais diferenças a características culturais, entretanto, há que se levantar a hipótese de ser a competência, no sentido de *performance* técnica, uma exigência para o consumidor americano em qualquer serviço, diferentemente da realidade brasileira. Por outro lado, a cultura americana caracteriza-se por um comportamento menos efusivo no que concerne às emoções, enquanto no Brasil os sentimentos são priorizados.

Como, então, lidar com as orientações e informações técnicas, no espaço tomado como familiar? Quais os compromissos assumidos e possíveis nesse contexto? Como trazer a dimensão do Cuidado sem perder a sua dimensão técnica?

Demandas reprodutivas e o projeto assistencial

Ao atingir mulheres jovens, associada à importância da transmissão sexual do vírus na população feminina, a epidemia de AIDS traz novos desafios para a saúde sexual e reprodutiva, agravando o quadro precário da saúde da mulher, caracterizado pela falta de informação e acesso aos serviços de saúde. Além disso, as respostas às demandas trazidas pela epidemia de HIV/AIDS, pautadas na transmissão vertical do HIV, reproduzem a maneira como é tratada a

assistência à mulher, centrada no pré-natal, tendo como finalidade primeira a saúde do recém-nascido (BARBOSA 2003).

Para Vivi, o serviço é ótimo e todos atendem super bem, tanto que, embora residindo no interior, continua seu seguimento no SAE. Entretanto, explicita sua necessidade em obter maiores informações do serviço de ginecologia, justificando:

"..... Porque mulher tem vergonha de perguntar né! Tem coisas que tem vergonha né! um exemplo: - meu caso é só gravidez e eu não fico com vergonha mais... Tem muitas mulheres que num... sabe muita coisa e não pergunta né!"

Paula, que se julga esclarecida e bem informada, fala da dificuldade que teria para trazer questões ligadas à sexualidade em atividades grupais e que seu parceiro também não comparece ao serviço para tratar dessas questões, propondo outros espaços para essa abordagem, quando questionada se seria importante a existência de grupos para casais. Assim este depoimento reforça as dificuldades do atendimento à saúde integral da mulher, como proposto pelo PAISM e da necessidade do desenvolvimento de tecnologias para a comunicação mais efetiva.

"Olha! eu acho que... pode até ter, mas tem pessoas que se senti... extremamente incomodadas... eu já quis... eu já falei pra ele mas ele não vem aqui, não adianta.... Então, pode ser... se fosse domiciliar, se fosse em outro local... fora do ... do posto de atendimento pode ser que as pessoas topariam né! Mesmo porque pra um esclarecimento... eu acredito que no meu caso eu até tenho uma... tenho um certo conhecimento, mas existem pessoas que é pior.....Tem a psicóloga mas acho que não é suficiente, deveria existir....."

palestras... em escolas, ah... ou domiciliar, uma visita domiciliar eu acho que... é mais privado né! Pra pessoa, não se senti tão constrangido..."

Quando perguntada se manifestaria suas dificuldades, assim responde:

"Ah.... (risadas) acho que teria vergonha, acho que sim né!... eu não perguntaria (risadas) só ouviria"

Os depoimentos das entrevistadas sugerem que muitas questões não são explicitadas por mulheres, como sexualidade, contracepção e concepção; algumas, quando feitas, não são satisfatoriamente respondidas pelo profissional e muitos temas que poderiam ser tratados, especialmente em relação à saúde reprodutiva, nem são pautadas durante o atendimento, reiterando o modelo biomédico cristalizado nos serviços de saúde de maneira geral.

A questão da sexualidade parece não ser tratada pelo serviço de saúde, entretanto Talita, em seu relato fala da possibilidade de desenvolver "estratégias" para que a incorporação do preservativo nas relações.

" Ah! Nós estamos usando (preservativo), a gente usa o masculino, o feminino... de vez em quando eu compro o ... de morango, de uva, pra mudar um pouco o clima né!"

Beth refere não ter sido orientada no serviço quanto ao uso do preservativo:

"Eu já peguei por conta própria né! que eu perguntei pra moça, eu falei: - Oh! Escuta, a gente tem direito de... né! A moça que atendeu na farmácia falou: - Oh! vocês tem direito, mas não que o médico falou: - Oh! você tem que evitar com preservativo..."

Maria refere ter tido dificuldades no uso de preservativo, devido à impotência sexual de seu parceiro, tema que chegou a trazer para o serviço, sem sentir ter sido ouvida:

"O meu problema foi exatamente a impotência dele, eu falava pra ele, desde o início que nós namora... começamos, eu falei você vai usar o preservativo.... E ele... e eu não... foi terrível, não dava pra explicar você vai, vou ofender né! Se eu falar alguma coisa, e ele também num... ele, ele, ele ia pra uma cama como se fosse uma pessoa normal... como se tivesse a ereção ... normal né!"

Ao ser questionada se havia trazido a questão para o serviço, Maria responde:

"... falei só no início né! que eu fiquei grávida... porque aí eu já tive que explicar... só é impotente, é meio impotente tal... mas ninguém também num se interessou muito pelo assunto..."

Se, por um lado, Maria refere não ter se sentido acolhida, por outro, diz preferir que lhe perguntem, a ter que tomar a iniciativa de se expressar, omitindo informações que não costuma revelar, se não for questionada:

"Não houve interesse...eu gosto mais que me pergunta pra eu poder responder né!... eu sou assim... eu vou... eu sou de omitir, agora se me perguntar eu respondo rapidinho... sempre fui assim... essa sou eu."

Outras entrevistadas fizeram a mesma declaração de Maria quanto à posição de preferirem que a iniciativa para se fazer perguntas e prestar esclarecimentos parta dos profissionais que as atendem, alegando diversos motivos, conforme pode ser observado nos relatos que se seguem:

"... às vezes eu nem... nem gosto de perguntar pra num... porque ai! Dá um nervoso, um desespero... eu não sei, mas... principalmente comigo, o dia que eu venho na consulta é o dia... é o dia que eu levanto me dá um desespero, tudo me irrita, tudo incomoda ..."(Beth)

"... aquele negócio de consulta ... eu não sou muito assim... tem gente que entra na sala da médica e fica quase uma hora lá não sei que tanto fala.... o médico pergunta pra gente: - você tá bem? Sentiu isso? Não - Sentiu aquilo? Não... se eu tiver alguma coisa assim pra perguntar... tudo bem! Senão vou me embora, não sou muito de ficar ... assim puxando muito assunto..."(Cláudia)

Para Sofia, o profissional é que deveria prestar os esclarecimentos necessários, pois, enquanto médico, ele detém a informação. Lembra o episódio em que soube ter hepatite muito tempo depois da realização da sorologia, quando já estava em acompanhamento por outro infectologista, que lhe deu a notícia, o que lhe causou muita surpresa, pelo fato de não ter sido informada pelo médico que havia solicitado o exame.

"... o interesse dele é ele falar...fazer o exame, ele explicar... então quer dizer, eu não teria dificuldades maior... é ele explicar porque é ele que é o médico, não adianta eu ficar especulando: .. .é ele que tem que explicar, mas só que tem uns médicos que não fala... pra você ver que quando eu tava passando como Dr. ... , ele falou que eu tava com hepatite... Eu com hepatite, como ? que jeito? ' Você já teve hepatite S...'

eu falei: - Não... ' tá aqui no relatório' ... Eu falei: magina!, ninguém me passou isso... Eu passava com o Dr ele... também ele era outro, você perguntava ele respondia mas ele era uma pessoa que conversava, brincava muito né! com a gente né! -' Oi ! Bom dia, boa tarde, tudo bem com você?' E aí aquela brincadeira, dava risada entendeu! Uma pessoa contente pra alegrar mais um pouco né! Então quer dizer mais ele não chegava a um ponto de fazer um exame e: 'Oh! você tá com isso viu!' passava batido... Então ele não falou.."

A fala de Sofia, além de expressar que a iniciativa para discutir alguns temas deva partir do profissional de saúde, reforça o sentimento de acolhimento, baseado em um relacionamento afetivo, por parte do médico, como apontado anteriormente.

Paula, embora faça acompanhamento com o ginecologista, não procurou o serviço diante de sua dificuldade com contraceptivo oral, interrompendo o uso por conta própria.

" ele me deu (contraceptivo) mas eu parei de tomar, porque eu acho que todos... eu acho que eu já tomei mais de dez marcas diferentes de anticoncepcional... eu passo mal, não sei se por causa do meu psicológico mas eu acho que eu engordo, minha menstruação fica toda desregulada... então... por falta de tempo de voltar lá, talvez eu volte (em outro serviço) e peça... um atendimento pra poder... uma indicação pra anticoncepcional pra tomar... mas é um problema mesmo não me sinto bem..."

Marinalva relata sua expectativa em relação à laqueadura e que ainda não conseguiu trazer para o espaço de consulta :

"Eu não falei ainda não viu! Eu até tenho vontade de falar, porque eu tenho vontade de operar pra não ter mais sabe! Fazer uma cesárea pra não ter mais..."

Priscila, grávida pela segunda vez, fala de sua dúvida em poder realizar a laqueadura nesta gestação, já que não conseguiu após o primeiro parto, como desejava.

Para Sofia, o fato de ser portadora do HIV é condição para realização da esterilização e, para ela, todas as mulheres portadoras do HIV deveriam realizá-la, ressaltando, porém, que as mulheres em geral não gostariam de se submeter a tal procedimento, conforme pode ser observado em seu depoimento:

"Nenhuma mulher gosta de tá mexendo no corpo... nenhuma é raridade, a não ser que você já tenha um tanto de filho que você pensa por si próprio né!"

Embora muitas questões estejam envolvidas no relato anterior, ele toca em um ponto fundamental sobre a questão reprodutiva, na qual a decisão sobre o controle da reprodução deve ser tomada, respeitando-se a decisão da mulher. Para a paciente decidir pelo método contraceptivo, ela deve estar orientada e ter oportunidade de discutir sobre os limites e possibilidades na utilização de cada um deles.

A maior parte das entrevistadas revelou não se adaptar ao uso do condon, sendo que poucas mulheres referiram ter recebido orientação quanto ao uso do mesmo. Para aquelas que informaram terem recebido orientação quanto ao uso do preservativo, percebe-se a conotação prescritiva, por parte do serviço, para que o mesmo fosse incorporado nas relações sexuais.

"... o dr sempre esta pegando no meu pé. Tanto que ele passa o feminino e o masculino, sempre ela me deu os dois.....eu sempre tive isto nas duas consultas (ginecologista e infectologista)..." (Joana).

".....porque cada consulta que a gente passa eles... já marca logo o preservativo né!" "Bom! O dr (ginecologista)... mesmo fala: - E aí tá fazendo direitinho, transando com preservativo? Falei : - Tô não precisa se preocupar... então ele já sempre dá uma perguntada né! Mas tem gente que é meia cabeça dura parece que não entra."(Cláudia)

A conotação prescritiva dos métodos contraceptivos parece impedir que as mulheres possam participar do processo de escolha, diante da "medicalização" deste processo a questão do controle reprodutiva passa a ser uma questão médica. Algumas entrevistadas revelaram não saber da existência do preservativo feminino, bem como manuseá-lo.

A questão relacionada ao manuseio para a utilização do preservativo feminino poderia ser resolvida com orientação feita a uma das usuárias do serviço, conforme relato abaixo:

"...que nem a ... a feminina, na primeira vez eu não consegui usar... Aí eu vim, aí o Dr pegou um espelho, a ... a ... a assistente dela ficou segurando o espelho e ela me ensinando como que eu , como que eu usava o feminino né! Agora hoje já sei direitinho, me adaptei bem..."(Talita)

O fato de ser portadora do HIV, ou mesmo, ter desenvolvido a doença, não impede que mulheres abandonem o desejo de terem um filho. Em seus relatos, as entrevistadas revelam uma série questões que permeiam o desejo da mulher pela gravidez.

Algumas mulheres do estudo revelam que a intenção de engravidar não foi abordada durante seu seguimento, sendo somente discutida a questão quando trouxeram esta demanda ou diante do diagnóstico da gravidez. Quando algumas mulheres declararam sua intenção de engravidar para os médicos que as assistiam, estes procuraram dissuadi-las ou respeitar a sua vontade sem, contudo, participarem da elaboração desse projeto.

"... eu acho que o serviço, assim, por ser público, é excelente, o tratamento que eles dão... a turma que trabalha aqui, sempre fui bem auxiliada. Eu acho que faltou, talvez, seria é... de a médica conversasse se algum dia eu gostaria de engravidar... o que ela achava né! se eu... se eu poderia ou não ... todas essas possibilidades, porque a partir do momento que você fica sabendo isso daí você acha que não pode ter filhos, não pode mais ...fazer nada na sua vida... eu acho que teria que ter um pouco de encaminhamento nessa parte né!"

(Paula)

A esse respeito, em seu estudo, COSTA DIAS (1999) discute como costumam ser tratadas as questões da sexualidade feminina e o binômio gravidez/AIDS. É habitual a primeira questão ser tratada no modelo do silêncio e a maternidade é envolvida por um silêncio que oculta, em si, o dilema da ambigüidade quanto: ao reconhecimento do direito à maternidade/ao lugar destinado ao desejo feminino na definição da maternidade/prioridades das condutas e ações médicas direcionadas à saúde da mulher x saúde do bebê. Este silêncio é reafirmado no estudo de SILVA (2003) que chama a atenção para o silêncio, tanto na explicitação como no acolhimento das demandas reprodutivas pelos serviços de saúde que parecem marcar os diferentes eventos da vida

reprodutiva, desde as possibilidades de contracepção até as suspeitas de infertilidade, não esclarecidas.

Embora o silêncio sobre questões reprodutivas tenda a permear a relação entre profissional e o usuário, destacam-se situações frente ao desejo de engravidar em que a paciente manifestou tal desejo para o médico, cuja resposta parece não ter atendido as suas expectativas.

"Eu conversei ...com o médico... Com o Dr. (ginecologista)... Ele falou assim: - 'Você sabe o risco que você corre? Porque um organismo é diferente do outro, as vezes você pode tá bem hoje, seu parceiro não pode tá bem e passar alguma infecção pra você'... eu falei assim: - Não Dr. ... eu vou arriscar...Trouxe essa questão, eu falei: - eu vou arriscar. Porque eu tô vindo conversar com vocês porque eu tô arriscando... não é uma coisa que eu tô fazendo... e não tô consultando vocês, eu tô consultando, eu vou arriscar nesse ponto, arrisquei... mas graças a Deus não aconteceu nada, ficou todo mundo bem (risos) não prejudicou ninguém."
(Priscila)

"Então, eu falava assim ah! Dr (ginecologista)... acho que eu vou... eu queria arrumar... arrumar uma gravidez, ela falava : '- Ah! não pra quê você ... já tem um problema desse'; o Dr (infecologista) ... também me falava assim: -'Você não tem filho? Então é melhor não ter mais...'"(Cláudia)

"...eu falei pro Dr. (infecologista)... eu vou fazer um nenê (risos) Aí ele falou assim pra mim: ' Você tá ciente do que você quer?' – Eu falei tô... Aí expliquei pra ele, ele falou : '-Não! Condições físicas você tá bem né! Né! porque tem a carga viral, tem não sei o quê..." (Tânia)

"Aí, eu peguei e... falei: - não, eu vou engravidar... Aí, também não fiquei tentando, tentando né! Eu fiz tudo certinho

viu! Eu fiquei... eu fiz a relação no tempo que devia tá fértil tudo direitinho... foi tudo planejado. Eu conversei com a minha prima...ela fez uma tabelinha pra mim e aí deu certo..."
(Cláudia)

Os relatos acima apresentados revelam que a maternidade pode também fazer parte do projeto das pessoas vivendo com HIV/Aids. Nesse sentido é preciso incorporar o "cuidado" em nossas práticas assistenciais. Quando cuidamos precisamos saber qual é o projeto de felicidade, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos assistenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. A verdade é que raramente chegamos a indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção (AYRES 2003).

Se algumas mulheres não se sentiram atendidas em suas expectativas frente ao desejo de engravidar, a situação de aborto parece ter sido mais difícil de ser discutida.

No Brasil o aborto só é permitido por lei ou, mais precisamente, não se pune o abortamento quando praticado por médico em apenas duas circunstâncias: quando não há outro meio de salvar a vida da gestante e quando a gravidez resulta de estupro (ROCHA NETO 2003).

"O aborto provocado é um importante problema de saúde, ocasionador de mortes evitáveis e seqüelas físicas psicológicas importantes. Sua ilegalidade, ao mesmo tempo que contribui para determinar essa situação, limita a atuação dos serviços de saúde na questão" (D'OLIVEIRA e SENNA 1996).

Algumas mulheres procuraram o serviço para buscar ajuda para possível interrupção da gravidez, trazendo ao profissional médico uma situação bastante complexa, pelos aspectos éticos, legais e morais que a envolvem. Diante de tal demanda e das dificuldades em lidar com esta situação os profissionais médicos responderam, ora trazendo os preceitos legais, ora suas opiniões pessoais e, algumas vezes, pelo simples silêncio, como pode ser observado nos depoimentos abaixo:

"Daí eu comentei com ele (ginecologista), fiquei desesperada eu... cheguei a pensar em tirar, daí ela falou que não que era uma coisa normal... Não era pra mim fazer isso, que é crime..."(Beth)

".....ele falou assim: - 'Não, tadinho tem que deixar ele vim... Vai ser um...uma linda criança, um anjinho de Deus'. Eu falei: - eu sei Dr. Eu já tenho um anjinho de Deus, aí ele falou assim: - 'Então você vai ter mais um... (risos) são dois'. Dr. Eu não quero ter mais... a ele me convenceu a ter esse nenê... que eu tava pensando em fazer um aborto...." (Priscila)

No trecho do relato, a seguir, Paula descreve o diálogo com o médico frente à sua decisão.

"... eu perguntei, eu queria interromper a gestação, como já tava com 3 meses ele (ginecologista) falou que era melhor não... que era pra mim ficar tranqüila que ia dar tudo certo, só que eu ... na minha cabeça eu ... eu tava com muito medo, eu não queria levar isso pra frente.

Entrevistadora: Você falou pra ele que você queria interromper?

"Eu falei, mas ele falou pra mim não fazer isso , mas eu fiz."

Entrevistadora: Você chegou a conversar com algum outro médico daqui a respeito? Algum outro profissional?

"Não, eu falei com o dr infectologista! Eu falei mas ele... falou: Você vai ter, não tem problema... falou a mesma coisa também que o risco era bem pequeno mas eu... tava muito insegura" Falou que não era pra mim fazer isso...Mas... eu acabei fazendo..... Fui... interrompi e depois eu vim aqui no Dr ginecologista... eu falei que eu tinha interrompido Então ele falou que não podia mais fazer nada né!....ele perguntou se eu tinha feito as coisas certo, se eu tava ciente que isso não poderia ser feito, eu falei que sim e... ele falou: Bom! Agora vamos tocar a vida pra frente né!

Algumas entrevistadas acreditam que consulta prolongada possibilitaria um diálogo que lhe proporcionaria melhor entendimento sobre sua patologia e o seu tratamento. O relato de Vivi expressa a necessidade de diálogo com o ginecologista em consultas, comparando-as com a consulta do infectologista, que toma como parâmetro:

... "as consultas de... dos ginecologistas são meias rápidas.....A do meu médico assim, é que nem hoje, eu ... demorou mais de 45 minutos, e a do ginecologista 10 minuto, eles num..... Eu acho que tinha que explicar mais, as coisas... sabe! é... conversar mais, as vezes a gente pergunta ... e a resposta é bem curta né!"

O depoimento de Vivi expressa a centralidade do atendimento no médico infectologista e que algumas questões acerca de sua vida reprodutiva não tem sido esclarecidas.

Por outro lado, a consulta rápida pode ser o melhor para outra paciente, como relata Marinalva, ao comparar o infectologista que a atendia anteriormente e o atual:

"...já essa outra ela é super legal, mas... só que ela é muito demorosa... Ai! Meu Deus !... Já ela não, era um atrás do outro e... eu gostava do jeito..."

A maneira como os serviços de saúde foram se configurando ao longo destes anos reduzindo a importância do espaço relacional, pelo uso excessivo de tecnologias, pela carga excessiva de trabalho e as avaliações pautadas em critérios quantitativos de produtividade, estimularam de certa maneira o pronto atendimento. Esta perspectiva de atenção em saúde pode ter sido incorporada pelos usuários que passaram a desvalorizar a importância de uma consulta com tempo necessário para o encontro entre os sujeitos. A demora da consulta também pode ser um problema para aquelas que lidam com a doença procurando viver como se ela não existisse, sendo que se lembram dela quando tem que comparecer à unidade para a consulta ou exames de rotina.

"... o dia que eu passo na consulta é o dia que eu fico mais estressada... Esse dia... o dia da consulta é o dia que me dá mais raiva, dá um desespero, não sei se é medo... é o dia que eu fico mais nervosa é a consulta.....eu não sei, não... não tem como explicar dá um nervoso, tudo irrita, tudo incomoda..."(Neide)

Não, não eu nunca fui uma pessoa de quer conversar, me abrir, ou senão expor o problema assim, falara assim: - O! tá acontecendo isso, isso comigo... entendeu! Nunca... gostei de fazer isso... uma pôr não aceitar a doença e outra pra evitar falar dela entendeu! Então praticamente eu... tentava resolver

*eles sozinhos... entendeu! Mas não a procurar ajudas...
(Raquel)*

"...me sinto bem num tenho problema nenhum, então levo uma vida num... num tem o HIV na minha vida você tá entendendo! Eu esqueço isso, eu deixo isso daqui lá de lado, eu só lembro que eu tenho HIV quando eu tenho que vim aqui..."(Tânia).

Se por um lado os relatos acima apresentados revelam a dificuldade por parte das mulheres em estarem se colocando como sujeitos no espaço assistencial, por outro lado apontam a necessidade da incorporação de estratégias para que elas possam falar e lidar com a doença. Indicando a necessidade de tratarmos a doença abordando outros aspectos a ela associada, como o medo o preconceito e discriminação, para além do controle da infecção.

Algumas entrevistadas revelaram a importância em compreender os resultados de alguns exames realizados durante o segmento no serviço de saúde e o significado destes no acompanhamento de sua situação de saúde.

"Ele explica, ele explica, a carga viral, o CD-4, o CD-8, como tem que ficar alto e outro baixo... ele falou que a minha carga viral tá boa... E já fazem 4 anos e eu não tomo remédio nenhum..." (Vivi)

*Só uma vez que eu perguntei... Mas o que é carga viral Dr...
Aí ele me explicou: - Carga viral é a contagem de vírus que você tem no seu sangue... isso aí eu sei... tipo assim tinha que ta zerado né! Não tinha que ter vírus nenhum, então o máximo de vírus que possa... subir pra você ficar doente deve ser 1000 e pouco não sei, eu não entendo, entendeu! Então é... como... a minha carga teve uma época também 500 ou*

menos sei lá... bem baixo, então assim por isso que você não precisa... eu pensei... por isso que você não toma remédio entendeu! (Sofia)

"Não... porque o paciente tá carente, ele chega ali ele quer saber, quer... ficar a par do que tá acontecendo... AH! ele (médico) só chegava ali.: - Como você tá?, Como você não tá?, Pesava, ele não explicava direito..." (Neide)

É importante que o paciente compreenda o sentido prático entre finalidade e meios para as intervenções devendo o profissional manter um diálogo o mais simétrico possível. Embora certas assimetrias sejam desejadas ou humanamente inexoráveis. Por exemplo, o domínio de inúmeras tecnologias e conhecimentos é, na maior parte das vezes, absolutamente inviável e desinteressante para o paciente, mas isto não deve servir de obstáculo para que compreenda os significados práticos da intervenção proposta, nem de criar canais que lhe permitam participar de escolhas relevantes sobre o que e como produzir nas tecnologias de saúde (AYRES 2003).

Essas colocações, em face das inúmeras informações que deveriam ser tratadas, levam a refletir sobre a melhor estratégia para que as mulheres pudessem ser atendidas em suas demandas reprodutivas. A qual profissional ou profissionais caberia essa tarefa?

A centralidade do trabalho médico e a invisibilidade da equipe multiprofissional

Quando perguntado às mulheres participantes do presente estudo por quais profissionais haviam sido atendidas, a maioria delas citou nomes de médicos pelos quais haviam sido consultadas - infectologista, ginecologista e pediatra que atendera seus filhos - apenas algumas entrevistadas mencionaram os demais integrantes da equipe que prestam atendimento em espaço formal de consultório, como o dentista, o nutricionista ou o psicólogo. Alguns poucos mencionaram outros profissionais, referindo-se a estes como "as meninas da farmácia" ou "as meninas da recepção".

O diálogo abaixo é ilustrativo para perceber a visão que essas mulheres têm sobre outros profissionais não médicos:

— *Afora os médicos você passou com algum outro profissional aqui dentro?*

- *Não.*

— *Nunca?*

- *Não*

— *Nem serviço social?*

- *Não, serviço social já passei.*

— *Na psicóloga você já passou?*

- *Não, nunca passei.*

— *Dentista também não?*

— *Ah! Dentista, eu comecei, mas daí eu desisti...(Beth)*

— *Quais foram os profissionais que você passou?*

— *Eu passei pelo DR. ... Comecei com ele, depois passei pelo DR. ...tô me tratando com o Dr...*

— *Só com esses médicos que você passou?*

- *... passei com ginecologista Dr....*

— *Você sabe que tem outros profissionais aqui ?*

- *Sei*

— *Quais você sabe que tem ?*

- *Tem a Dra... ai como chama.. esqueci o nome da médica...
aí eu não lembro o nome das médicas, eu sei que tem várias.
agora pra lembrar os nomes...*

— *Além de médico, você sabe que tem outros profissionais
aqui ?*

- *Tem as meninas da recepção, mas se perguntar o nome
delas.. (Priscila)*

A equipe do SAE é composta por vários profissionais, entretanto, o modelo de assistência configura-se como médico centrado. O médico é entendido como elemento nuclear do serviço e os demais, como apoio.

O estudo realizado por SILVA e col. (2002), entre profissionais de serviços especializados no atendimento a pessoas convivendo com HIV/AIDS, abordando o trabalho em equipe multiprofissional, revelou a unanimidade em torno da importância do trabalho em equipe, mas identificou que a maneira como são apreendidas as necessidades dos usuários pelos profissionais é que se configura o trabalho multiprofissional. Não obstante a importância do trabalho em equipe, esta prática encontra-se limitada pela reprodução da história de estruturação e organização de serviços de saúde centradas no atendimento médico e no trabalho fragmentado desenvolvido pelos diferentes profissionais.

PEDUZZI (1998), afirma que os agentes reconhecem o trabalho do outro no interior de relações hierárquicas e não à percepção de diferenças técnicas, havendo uma primazia do modelo biomédico, deixando de compartilhar outras dimensões da atenção à saúde e investir na construção conjunta de um projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das

necessidades de saúde. "Todos partilham o valor comum atribuído a esse modelo, secundarizando os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tal como a esfera do educativo, do preventivo do psicossocial, do comunicacional, mesmo que não percebam assim" (p.230).

Para um "cuidar" efetivo é necessário que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. Para tanto há que se somar aos antigos discursos de interdisciplinaridade e intersetorialidade a abertura de espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como expressão artística, trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas (Ayres 2003).

Considerações Finais

"Meu corpo não é uma coisa, não é máquina, não é feixe de ossos, músculos e sangue, não é uma rede de causas e efeito, não é um receptáculo para uma alma ou para uma consciência: é meu modo fundamental de estar no mundo, de me relacionar e dele se relacionar comigo. Meu corpo é um ser sensível que sente e se sente, que se sabe sentir e ser sentido" (Ponty)

O estudo desenvolvido buscou compreender como o Cuidado pode ser incorporado pelas práticas assistenciais em um serviço de saúde especializado em DST/AIDS do Município de São Paulo, a partir da perspectiva de mulheres que vivenciaram a experiência da gravidez quando em acompanhamento especializado.

O perfil das gestantes atendidas pelo serviço, durante o período abrangido pelo estudo, é de mulheres pertencentes às camadas populares, em geral, correspondendo ao perfil das mulheres acometidas pela epidemia.

As mulheres entrevistadas referiram-se positivamente ao acolhimento ofertado pelo serviço, chegando a identificar o SAE como extensão de suas famílias e avaliaram positivamente a qualidade da assistência prestada.

A despeito da avaliação positiva do serviço pelas entrevistadas, da conformação da equipe composta por diversas categorias profissionais, da existência de normas e rotinas institucionais e do aporte em termos de recursos materiais necessários para o acompanhamento das mulheres, os resultados obtidos pelo estudo demonstram a dificuldade da incorporação da dimensão do Cuidado nas práticas assistenciais.

Retomando a terminologia utilizada por MERHY (2002), o serviço tem privilegiado o emprego das “tecnologias duras”, através da incorporação das normas e condutas que levem ao êxito técnico, na busca da redução das possibilidades da transmissão do HIV, pouco considerando as intersubjetividades envolvidas no momento assistencial, de forma, por vezes, a estar interditando a participação das mulheres como sujeitos da ação.

Neste sentido, há que se compreender a necessidade da reestruturação dos serviços para a incorporação da dimensão do Cuidado. O desafio que se coloca é de como fazê-lo.

Os resultados observados neste estudo indicam a necessidade de repensarmos as práticas assistenciais desenvolvidas, se quisermos que o Cuidado não seja apenas um momento aleatório e pontual da assistência, mas possa pautar e, até mesmo, corresponder à mesma. Pautando-se em discussão realizada por AYRES (2003), acerca do Cuidado, algumas iniciativas, já existentes, poderiam ser aproveitadas e outras, criadas, tais como:

- Potencializar o acolhimento para que ele permeie todo encontro entre serviço/ usuário, não se restringindo ao momento inicial do atendimento;
- Disponibilizar elementos para o estabelecimento de uma comunicação efetiva;
- Possibilitar espaços para que as mulheres possam partilhar suas experiências, trazendo seus parceiros para esses encontros;
- Promover discussão entre profissionais que permitam repensar suas práticas para a compreensão do efetivo Cuidado, pautando suas avaliações não somente no êxito técnico de suas ações;

- Repensar a forma de estruturação do serviço, com vistas a possibilitar trabalho em equipe, que incorpore de fato vários saberes, de forma a ultrapassar a atenção que vem sendo dada à saúde reprodutiva, ainda reduzida ao atendimento médico gineco-obstétrico.
- Repensar as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários bem como entre os diversos profissionais que compõem a equipe.

Uma atividade já incorporada no serviço de saúde investigado, o Aconselhamento Reprodutivo, para tratar a assistência à saúde reprodutiva, parece ser uma possibilidade para discutir com as usuárias um grande número de informações sistematizadas e centradas na temática da reprodução, o que, conforme os resultados, nem sempre pode ser tratado no espaço de atenção individual.

Ao procurar os serviços de saúde as mulheres não o fazem para o controle da epidemia, mas sim para estarem bem e constituírem seus projetos de felicidade. Para tanto precisam estar orientadas para que façam escolhas livres, conscientes, compartilhadas e assistida. Neste sentido reiteramos a importância do desenvolvimento de técnicas que facilitem o verdadeiro e efetivo encontro entre sujeitos.

Enfim, há muito para se caminhar, e este estudo teve, como intencionalidade, estar dando voz àqueles que oferecem subsídios para a construção de um processo de transformação das práticas de saúde, que contemple, além da competência técnica, a mudança no campo relacional entre profissionais de saúde e cidadãos. Assim entendido, ele não teve nenhum caráter

conclusivo, ao contrário, apenas favoreceu entrar em cena o olhar das mulheres participantes do estudo em torno da assistência à saúde reprodutiva no contexto do HIV/Aids, procurando identificar possibilidades para o cuidado. Tais possibilidades foram tomadas como uma construção contínua e desafiante para as práticas assistenciais, pois impõem a presença viva do Outro com seus projetos e expectativas, sendo esta a perspectiva que deveria pautar o resultado esperado da ação de saúde.

Referências

Ariha M. **Políticas Públicas de Saúde, mulheres e DST/AIDS: reajustando o Olhar**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS-ABIA; 2002:9, 10. (Coleção ABIA - Saúde Sexual e reprodutiva, nº 4).

Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Rev. Interface: comunicação, saúde, educação**. 2000; pg 117 a 120.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2001.

Ayres JRCM. Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública. In: **Anais do Seminário Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década; 2002 Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; 2002 pg 12 a 19.

Ayres JRCM. **Novos Discursos e velhas práticas em Saúde Pública: o Cuidado como filosofia para um sanitarismo em reconstrução**. São Paulo; 2003 [mimeo].

Babosa RM, Lago TG. Más Allá de La Transmission Vertical In: **Mujeres Vulnerabilidad y VIH/SIDA Un Enfoque Desde Los Derechos Humanos** Gomes A. Cadernos Mujer Salud nº 3 1998

Barbosa RHS. **Mulheres, Reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência a saúde da gestante HIV+**. Rio de Janeiro 2001 [Tese de doutorado apresentada para a fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública]

Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids. In: Berquó E, organizadora. **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas (SP): Editora Unicamp; 2003. pg 339 a 389

Barbosa MR, Knauth DR. Esterilização feminina e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 2003.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bastos F.I. **A Feminização da Epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS-ABIA; 2001:13. (Coleção ABIA - Saúde Sexual e Reprodutiva, 3).

Berquó E. Apresentação, In Berquó E, organizadora. **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas (SP): Editora Unicamp; 2003.

Chizzotti A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo. Editora Cortez; 1991.

Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. In **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 1996.

Data Sus Disponível em <URL www.tabnet.datasus.gov.br

Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. **Boletim Epidemiológico da AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000;3. (Ministério da Saúde - Boletim Epidemiológico AIDS, Ano XIII, 1).

Dias EAC. **Entre o risco e o desejo: os sentidos da gravidez na assistência à Aids**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica].

D'Oliveira AFL; Senna DM. Saúde da Mulher. In: Schraiber LB; Nemes MIB; Gonçalves RBM, organizadores. **Saúde do Adulto**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 102.

Diaz M; Diaz J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Galvão L & Diaz J, organizadores. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1999.

Enhancing Care Initiative. **Vulnerabilidade e Cuidado às Mulheres vivendo com HIV/Aids**. Disponível em URL <http://www.eci.harvard.edu> 2001

Formiga Filho JFN. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L & Diaz J, organizadores **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1999.

Galvão L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução-dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L. e Diaz J., organizadores. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1999 p.175.

Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª edição. São Paulo: Atlas; 1994.

Governo do Estado de São Paulo. Disponível em URL <http://www.saude.sp.gov.br>

Knauth DR. Subjetividade feminina e soropositividade. In: Barbosa MR, Parker R, organizadores. **Sexualidades pelo avesso direito identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999.

Knauth DR. Esterilização feminina e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 2003.

Loutfly MR, Walmsley SL. **Treatment of HIV infection in pregnant women: antiretroviral management options**. Disponível em URL <http://nlm.nih.gov>

Matida L; Miranda SD. É possível a redução da transmissão materno-infantil do HIV. **Jornal Brasileiro de Aids**; 2000; 1 (3):9-11.

Medici AC. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios**. Galvão LG & Díaz J organizadores São Paulo, Hucitec 1999.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: **Caderno Cefor**; 1992. [Série Textos, 1].

Merhy E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas no setor saúde. **Rev. Interface: comunicação, saúde, educação**; 2000; pg 109 a 116

Minayo, MCS. **Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 3ªed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC /ABRASCO; 1994.

Ministério da saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids-Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília (DF); 1999.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.(Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico, 2).

Ministério da Saúde, Departamento de Gestão e Políticas Estratégicas. **Assistência Pré-Natal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico, 2).

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Comissão Nacional DST/Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV-2002/2003**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 (Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico Ano XVI, 1).

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS: mulheres HIV positivas reprodução e sexualidade.** Brasília DF: Ministério da Saúde; 2002.(Ministério da Saúde - Boletim Epidemiológico, 2).

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS **Boletim Epidemiológico. AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Ministério da Saúde – Boletim Epidemiológico, ANOXII, 3).

Nemes MIB. Prática Programática em Saúde.In Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores **Saúde do adulto - Programas e Ações na Unidade Básica.** São Paulo: HUCITEC; 1996 pg 48 a 65.

Oliveira LA. **Direitos reprodutivos e a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids: Um diálogo possível?.** São Paulo 2003. [Tese de Mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Osis MJMD. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** Campinas (SP); 1994 [Tese de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas]

PARKER RG. **Na contramão da AIDS sexualidade, intervenção, política.** Editora 34; 2000.

Parker R, Aggleton P. **Estigma, discriminação e AIDS.** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.

Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Campinas (SP); 1998. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas]

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos. **Cademo CEFOR.** 2002,1.

Prefeitura do Município de São Paulo. Disponível em <http://www.portal.pref.sp.gov.br>

REA MF. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: Berquó E, organizadora. **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas (SP): Editora Unicamp 2003.

Rede Paulista de Mulheres com HIV/Aids; Grupo de Incentivo à Vida; Coordenação Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde. **Gênero e Oficinas de Trabalho com Mulheres e Aids.** Disponível em URL <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios-vid/cap.2.htm>

Rede Saúde. Disponível em URL [http:// www.redesaude.gov.br](http://www.redesaude.gov.br)

Rocha MIB, Neto JA A questão do aborto. Aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: BERQUÓ E, organizadora. **Sexo&Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil** Campinas (SP): Editora Unicamp; 2003.

Rodrigues LAJ, Kayano R, Lippe TL & Schraiber LB. Interação com usuários na unidade básica de saúde In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. **Saúde do Adulto Programas e ações na unidade básica.** São Paulo: HUCITEC; 2000.

Santos NJ, Buchala CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV+ reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública** 2002.

Santos NJS. **As mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da epidemia de HIV/AIDS.** São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Schraiber LB. Necessidade de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. **Saúde do Adulto Programas e ações na unidade básica.** São Paulo: HUCITEC; 1996.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Boletim Epidemiológico, ANO XVIII, 2).

Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. **Boletim Epidemiológico de AIDS.** São Paulo: Secretaria de Saúde do Município de São Paulo; 2002 (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Boletim Epidemiológico de AIDS, Ano VI, 6 p8)

Silva KS; Orsi E; Lowndes CM; Reis ACV. A mortalidade materna no Brasil no período de 1980 a 1993. In: **Questões da saúde reprodutiva.** Giffin K; Costa SH orgs. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro 1999

Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS dos, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRMC. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública** 2002; 36 (4 Supl):108-116.

Tanaka ACD, Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: Galvão L & Diaz J, organizadores **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Hucitec; 1999.

Triviños ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas; 1990.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Biblioteca/CIR. **Guia de Apresentação de Teses.** Grupo de Trabalho, Cuenca AMB, Noronha DP, Ferraz MLEF, Andrade MTD. São Paulo: A Biblioteca; 1998.

Vieira EM. Políticas públicas e contracepção no Brasil In: BERQUÓ E, organizadora. **Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil** Campinas (SP): Editora Unicamp; 2003.

Villela W, Diniz S. **A epidemia de aids entre mulheres. Aprendendo a enfrentar o desafio.** São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Reprodução-CFSS Núcleo de Estudos e Prevenção da Aids - NEPAIDS; 1998

Volochko A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: BERQUÓ E, organizadora. **Sexo&Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil** Campinas(SP): Editora Unicamp; 2003.

Waldow VR. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1999.

ANEXO 1

RELATÓRIO INDIVIDUAL DE GESTANTES HIV+ EM ACOMPANHAMENTO NO SAE SANTANA, NO PERÍODO DE JANEIRO/1997 A DEZEMBRO/2001.

No. Ordem _____ No. Prontuário _____

Data Nascimento: __/__/_____

Profissão: _____ Atividade Atual _____

Escolaridade: s/ instrução 1º. Grau 2º. Grau 3º. Grau Superior

Situação conjugal

solteira casada união consensual viúva separada

Condição sorológica do parceiro:

HIV+ HIV- desconhecida

Diagnóstico de HIV

no pré-natal antes do pré-natal no parto antes do pré-natal

SITUAÇÃO	GESTAÇÕES	
	ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO HIV	DEPOIS DO DIAGNÓSTICO HIV
No. Gestações		
Abortos		
A termo		
Com pré-natal, nº de consultas		
Filhos vivos		
Idade gestacional de início do pré-natal (mês/semanas)		

Procura pelo SAE: Espontânea Encaminhamento
Serviço de origem:

UBS, Qual? _____

Hospital, Qual? _____

Convênio, Qual? _____

Outro, Qual? _____

Encaminhada no período gestacional:

sim não

Engravidou quando em acompanhamento no SAE

sim não

situação atual da paciente:

em acompanhamento transferência abandono óbito

Observações: _____

Responsável pelo preenchimento: _____ Data: __/__/____

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

BLOCO 1 – HISTÓRIA DE VIDA ATÉ O DIAGNÓSTICO

Breve história de vida até o diagnóstico

Como foi o diagnóstico

Quanto tempo está em acompanhamento

Quando e como iniciou no SAE

Quais os profissionais a acompanham (quais profissionais identifica)

BLOCO 2 – HISTÓRIA DE PARCERIAS

Situação conjugal atual

Parcerias anteriores

Parceiro atual, situação sorológica

BLOCO 3 – HISTÓRIA REPRODUTIVA

Número de filhos/parceiros queriam ou não (planejados ou não)

Uso de contraceptivos (regular ou não) quais e com quem se orienta

Uso de preservativo (dificuldade e diálogo com profissionais de saúde)

BLOCO 4 – HISTÓRIA DA GESTAÇÃO APÓS A SOROLOGIA POSITIVA

Desejada ou não (planejada)

Sabia das possíveis implicações da gravidez para a saúde do bebê e a dela?

Qual o profissional orientou? Discutiu com algum profissional qual o melhor momento para engravidar? Compreende a relação cd4/ carga viral como indicadores da situação de saúde?

Quem fez o diagnóstico da gravidez? Como foi a receptividade dos profissionais?

Quando iniciou o pré-natal (idade gestacional)

Sentimento em relação a gravidez e o HIV

Uso de antiretrovirais

Tinha dúvidas em relação a gravidez? Com quem as esclarecia?

ANEXO 2

Identificação da entrevistada

Iniciais: _____ Codinome: _____ Data de Nascimento: __/__/____

Endereço/Bairro: _____

Trabalho: Profissão: _____

Ocupação: _____

Se desempregada, há quanto tempo? _____

Renda familiar: _____ Renda individual: _____

Número de dependentes: _____

Possui residência própria? _____

Tipo de moradia: _____

Religião: _____ Pratica a religião? Há quanto tempo? _____

Nº de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

Qual a situação sorológica dos filhos? _____

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui informada sobre a pesquisa: "GESTANTES HIV+ E PRÉ-NATAL: O INÍCIO TARDIO DO ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO" que busca conhecer a história de mulheres HIV+ que tiveram filhos nessa condição, identificando sua trajetória do momento do diagnóstico até sua chegada em um serviço especializado e as dificuldades encontradas no atendimento nos serviços de saúde. Fui ainda informada que o estudo pretende contribuir para a melhoria da atenção à saúde das gestantes soropositivas e diminuir o risco da transmissão do vírus da mãe para o bebê.

Fui esclarecida sobre a liberdade em participar ou não da pesquisa e que diante de minha recusa não haverá prejuízo ao meu atendimento e de meu filho(a); da segurança de que não serei identificada, que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa, que minha privacidade será mantida e que as informações que darei serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Como participante da pesquisa serei entrevistada pelo pesquisador uma vez no SAE Santana em horário combinado, que a entrevista terá duração de no máximo sessenta minutos e que será registrada por um gravador.

Dessa forma declaro que aceito participar da pesquisa acima referida, da pesquisadora Maria Angela Silva Landroni, aluna do curso de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

São Paulo, _____ de _____ de 200__.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Telefones para contato com o pesquisador: 6977-7739 / 6950-9217