

A VULNERABILIDADE DA GESTANTE NA SITUAÇÃO CONJUGAL DE SORODIFERENÇA PARA O HIV/AIDS

THE VULNERABILITY OF THE PREGNANT WOMAN IN A CONJUGAL SITUATION IN WHICH THERE IS AN HIV/AIDS SERUM DIFFERENCE

Anamaria F Azevedo¹ & Dirce Guilhem²

RESUMO

Introdução: a vulnerabilidade da mulher tornou-se ainda mais visível no contexto da aids, especialmente durante a gestação. A conjugalidade, palco de conflitos e negociações, espelha a diversidade moral e pode ser um fator de suporte para o enfrentamento da doença. **Objetivo:** investigar as percepções sobre a vivência da conjugalidade de casais sorodiferentes para o HIV em que a mulher está no curso da gestação. **Métodos:** pesquisa qualitativa com sete casais a partir de entrevistas abertas. Os resultados foram obtidos com a técnica de análise de conteúdo e analisados sob a ótica da bioética crítica feminista. **Resultados:** as mulheres apresentaram trajetória de vida conturbada e criticaram os valores e posturas adotados por seus pais. O relacionamento conjugal traz o desapontamento e a gravidez é vivida com tensão. Os homens tiveram uma vida difícil, na pobreza. Enfrentam dificuldades em aceitar a doença da companheira e sentem insegurança sobre o futuro do relacionamento. Preocupam-se com a saúde do bebê e relacionam o papel da mulher à maternidade. **Conclusão:** a vulnerabilidade conjugal das gestantes ocorre em função da desigualdade de gênero que caracteriza suas trajetórias e a situação de vida atual. Estão presentes padrões culturais como o amor romântico, o ideal da maternidade e a vivência do projeto de vida do homem pela mulher. A gestação é marcada pela pressão, medo da transmissão vertical e instabilidade conjugal, embora se constitua em uma perspectiva de futuro. O homem oscila entre o julgamento moral e a solidariedade, e a mulher teme o abandono. O diagnóstico é impactante na vida do casal e o perfil da conjugalidade contribui pouco no enfrentamento da doença.

Palavras-Chave: gênero, bioética feminista, HIV/Aids, aids na gestação, vulnerabilidade conjugal

ABSTRACT

Introduction: Gender inequality has become even more visible in the context of AIDS, especially for pregnant women. Matrimony, which can be seen as a stage for conflicts and negotiations, mirrors moral diversity, but can also be a support factor for coping with illness. **Objective:** To investigate the perceptions about living as an HIV serum different couple when the woman is pregnant. **Methods:** Qualitative research with seven couples through open interviews. The results were obtained with the technique of content analysis, using a critical feminist bioethics perspective. **Results:** The women presented a disturbed life history and criticized the values and postures that their parents had. The conjugal relationship brings disappointment to them and the pregnancy is tense. The men had a difficult life due to poverty. They have to deal with the problem of accepting the wife's illness and they feel insecure about the future of the relationship. They worry about the health of the baby and associate the woman's role with maternity. **Conclusion:** Conjugal vulnerability for pregnant women is a function of gender inequality, which characterizes the trajectories of inequality as well as the current situation in their lives. Cultural patterns such as romantic love, the ideal of maternity, and the wife's acceptance of the man's life project were present in the study. The pregnancy is marked by the fear of vertical transmission and by conjugal instability, even though it also contains a perspective for the future. The man oscillates between moral judgment and solidarity and the woman is afraid of abandonment. The diagnostic has an impact on the couple's life and the profile of the couple contributes little toward coping with the disease.

Keywords: gender, feminist bioethics, HIV/AIDS, AIDS in pregnancy, conjugal vulnerability

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(3): 189-196, 2005

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre as mulheres tornou visível, de forma contundente, a desigualdade de gênero presente na sociedade. Trouxe à tona ques-

tões delicadas relacionadas com poder, exercício da sexualidade, estigma e violência. Este contexto, permeado por fatores de vulnerabilidade individual e coletiva, pode contribuir para aumentar ou diminuir as possibilidades de enfrentamento da soropositividade.

O conceito de vulnerabilidade teve origem nos movimentos pelos direitos humanos e o seu significado remete a indivíduos fragilizados, inseridos em cenários de desigualdade.¹ Entende-se por vulnerabilidade o conjunto de fatores culturais, sociais, políticos (programáticos) ou biológicos que impossibilitam a proteção de interesses, no âmbito individual ou coletivo, o que levará a uma situação de autonomia reduzida dessas pessoas.²

¹ Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Mestre em Ciências da Saúde (Bioética e Gênero), Secretária da Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

² Enfermeira, Mestre em Psicologia Social e do Trabalho, Doutora em Ciências da Saúde (Bioética); Pós-Doutora em Bioética e Pesquisa com Seres Humanos, Professora Adjunta da Universidade de Brasília.

Esta concepção tem sido amplamente utilizada no campo da epidemiologia social e contribui para a compreensão e contextualização dos fatores envolvidos na disseminação do HIV, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas relacionadas com prevenção e controle da epidemia. A dinâmica cultural e os valores sociais que permeiam as teias de interação de mecanismos individuais e coletivos podem gerir a proteção à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela aids.³

Os aspectos relacionados com o conjunto de valores e crenças subjacentes à vulnerabilidade foram pouco trabalhados por estes autores. Desde os anos 1990, porém, as teorias de inspiração feminista da Bioética têm apontado que a construção cultural das moralidades circunda a condição feminina.^{4,5,6} As vivências de subalternidade, de autonomia reduzida, pouco poder de decisão e assimetria de direitos da mulher podem ser entendidas como elementos constituintes do que denominamos vulnerabilidade moral; uma vez que se estabelecem de acordo com os valores que compõem a estrutura social, são aceitos como verdadeiros e contribuem para perpetuar a desigualdade a que estão submetidas.²

Uma abordagem antropológica sobre a questão da vulnerabilidade feminina aponta que a história de vida das mulheres pode resultar na infecção pelo HIV. Na grande maioria das vezes, elas estão submetidas a riscos constantes, que são determinados de um lado, pela pobreza, desinformação, falta de capacidade de negociação com o parceiro, e de outro, por questões morais, representadas pelas crenças na proteção que a relação conjugal e a parceria fixa forneceriam.⁷

Para a mulher, a vulnerabilidade tem conseqüências que atravessam gerações quando se considera o direito a maternidade, cuidado e manutenção dos filhos, educação, saúde e cidadania. A maioria das portadoras do HIV está em idade fértil e seu desejo, ou de seu parceiro, de ter filhos, é cultural e socialmente determinado.⁸ Mesmo no curso da infecção, este desejo é preservado e imprime uma situação conflituosa que emerge através da possibilidade de transmissão do vírus para o bebê ou de limitações físicas para o cuidado deste, frente às concepções sociais sobre adoecimento e morte relacionadas à aids.

Nesta situação, a mulher vive entre limites que atemorizam o ser humano: o medo da morte, o medo de perder o amor⁹ e o medo de causar mal ao filho. Após o diagnóstico, o espaço conjugal é o campo de maior vulnerabilidade neste contexto e os casais podem apresentar dificuldades em manter o relacionamento, principalmente se houver sorodiferença¹⁰. No entanto, também, é este espaço que pode proporcionar a reflexão e a segurança necessária no período gestacional a partir de uma convivência positiva.

Os serviços de saúde têm papel fundamental no acompanhamento destes usuários e a própria concepção de vulnerabilidade leva-nos a pensar em intervenções de natureza sociocultural, o que só pode ser formulado a partir do conhecimento acerca desta realidade.

OBJETIVO

Investigar a relação entre a desigualdade de gênero e a vulnerabilidade da gestante com o HIV em casais sorodiferentes.

MÉTODOS

O estudo foi realizado a partir de investigação qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em Brasília – Distrito Federal, durante o período de julho de 2003 a julho de 2004. O grupo selecionado foi constituído por sete casais, totalizando quatorze sujeitos de pesquisa. Para serem incluídas no estudo, as mulheres deveriam estar grávidas, com diagnóstico confirmado de infecção por HIV ou aids segundo os critérios do Ministério da Saúde¹¹, em atendimento no Programa de Pré-Natal do Centro de Referência em DST/AIDS da Regional Sul de Saúde do DF, com pelo menos duas consultas já realizadas e ter parceria estável. O requisito para inclusão dos homens foi que estes deveriam ser parceiros estáveis das gestantes em acompanhamento no programa de pré-natal e estar soronegativos para o HIV. O critério de exclusão, tanto para os homens como para as mulheres, foi a resposta negativa frente ao convite para participar da pesquisa.

Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados: um questionário estruturado para acesso aos dados sociodemográficos e um roteiro básico para entrevista aberta, em profundidade, que foi gravada e transcrita posteriormente. As entrevistas foram realizadas com homens e mulheres separadamente. A pesquisa foi realizada em conformidade com as diretrizes éticas preconizadas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.¹² Os resultados foram obtidos utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, na vertente da modalidade temática, efetuada por três juízes, o que possibilitou a compreensão da condição feminina durante a gestação no espaço da conjugalidade, identificando as vivências, crenças e valores do casal. A análise foi baseada na inferência sobre os significados que emergiram da fala dos entrevistados. As verbalizações foram agrupadas conforme os temas em comum, organizadas em categorias^{13,14} e discutidas à luz das teorias da Bioética Crítica Feminista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos dos casais

No **Quadro 1**, que apresenta os dados de acordo com as denominações utilizadas no censo demográfico brasileiro do ano 2000, pode-se observar que a maioria das mulheres (cinco) encontrava-se na faixa etária compreendida entre 23 e 30 anos e os homens (quatro), na faixa de 40 a 48 anos. Interessante notar que em quatro dos casais entrevistados a diferença de idade era pequena e nos outros três, esta diferença foi superior a 10 anos. No que se refere ao estado civil, seis deles se encontravam em relações conjugais estáveis e apenas um era casado. Com relação à

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos entrevistados

Casal	Sexo ¹	Idade (anos)	Raça	Religião	Residên- cia/UF	Ocupação/ Trabalho	Escolaridade ²	Estado Civil	Nº filhos	Renda ³ (SM)
1	F M	30 44	Branca Parda	Católica Católica	DF	Servente Gerente	FC MI	Estável	1 1	1-2
2	F M	23 26	Parda Parda	Evangélica Evangélica	DF DF	Do lar Militar	MI MC	Estável	1 1	2-5
3	F M	46 48	Negra Parda	Católica Católica	DF	Diarista Sapateiro	MI	Casado	1 1	Até 1
4	F M	29 31	Parda Branca	Católica Católica	DF	Garçonete Balconista	FI	Estável	2 0	2-5
5	F M	28 40	Negra Branca	Evangélica Evangélica	DF	Servente Vigilante	MC FI	Estável	5 11	2-5
6	F M	37 40	Parda Branca	Nenhuma Nenhuma	GO	Desempregada Eletricista		MC	Estável	3 2 2-5
7	F M	23 33	Parda Parda	Espírita Espírita	GO	Do lar Pintor	FI FC	Estável	1 1	1-2

¹ Sexo masculino: M Sexo feminino: F

² Fundamental incompleto: FI

Fundamental completo: FC

Médio incompleto: MI Médio completo: MC

³ Renda em salários mínimos (SM): R\$240,00 no ano de 2003 e R\$ 260,00 a partir de maio de 2004.

constituição familiar, quatro casais possuíam um filho, três tinham entre dois a cinco filhos e um dos homens, 11 filhos. Em todos os casos os filhos provêm de relacionamentos anteriores.

Quanto à raça, quatro mulheres eram pardas, duas negras e uma branca. Entre os homens, quatro pardos e três brancos. A religião adotada pelas mulheres era a mesma que a de seus companheiros em todos os casais entrevistados: três católicos, dois evangélicos, um espírita e apenas um casal mencionou não possuir nenhuma religião.

O local de residência de cinco dos casais era o Distrito Federal e de dois deles procediam do estado de Goiás, tendo sido encaminhados para atendimento especializado. As ocupações mencionadas pelas mulheres foram: serviços informais de limpeza, do lar, garçonete e uma delas estava desempregada. Entre os homens, cada um exercia uma ocupação diferente: gerente, militar, sapateiro, balconista, vigilante, eletricista e pintor.

A escolaridade do grupo oscilou entre o ensino fundamental incompleto, médio incompleto e médio completo, tanto para os homens como para as mulheres com diferença de poucos anos de escolaridade entre os parceiros. A renda familiar situou-se entre dois a cinco salários mínimos (SM) para quatro casais, entre um a dois SM para dois casais e um deles percebia menos de um salário mínimo mensal.

A análise dos dados, em geral, reflete o perfil sociodemográfico da epidemia do HIV e da aids no Brasil.¹⁵ Há que se considerar que no Distrito Federal a renda média no ano de 2002 girava em torno de seis salários mínimos para a população ocupada ou empregada, reafirmando a pauperização da epidemia neste grupo.¹⁶

No que se refere ao momento do diagnóstico para o HIV, cinco das gestantes ficaram sabendo de sua condição sorológica durante a gravidez e duas delas já tinham conhecimento de que eram soropositivas. A forma de infecção de todas as mulheres ocorreu através de transmissão sexual com parceiros ou companheiros estáveis em relacionamentos anteriores. A soronegativi-

dade dos parceiros atuais foi comprovada pela realização de exame anti-HIV, imunofluorescência indireta ou *Western Blot* repetida com 30 e 90 dias a partir do primeiro exame.

Categorias que emergiram das entrevistas com as mulheres

Categoria A – Trajetória de vida conturbada

Em sua maioria, as entrevistadas vêm de família grande e desagregada. O seu relacionamento familiar nuclear foi marcado por brigas entre os pais, com violência, envolvendo uso abusivo de bebidas alcoólicas e infidelidade por parte do pai, culminando em separação dos pais e entre os irmãos. Uma parte delas também relata que não conheceu o pai ou foi abandonada pela mãe. Não se consideravam “*muito namoradeiras*” na adolescência e suas primeiras relações sexuais foram com o namorado. A utilização de preservativos ocorria de forma ocasional. Todas já haviam morado anteriormente com um companheiro e tido filhos. Os relacionamentos anteriores foram rompidos em função de infidelidade, uso de drogas por parte do parceiro ou violência. Relatam que não fazem uso de drogas, porém uma pequena parte já experimentou ou foi usuária de maconha ou cocaína inalável ou o companheiro anterior usou drogas injetáveis.

Categoria B – Relacionamento conjugal: desilusão e instabilidade

O tempo de convivência entre a maioria dos casais entrevistados era de um a três anos. Diversos aspectos caracterizam a relação: qualidade insatisfatória da sexualidade, uso pouco frequente de preservativo, infidelidade, convivência conturbada com violência moral, verbal ou física, expectativa de separação, pouco apoio do companheiro e decepção. Entretanto, para dois casais observaram-se cumplicidade e apoio. As mulheres consideram-se

responsáveis pelas tarefas domésticas e pelo cuidado dos filhos e referem que o companheiro as ajuda. Em sua maioria, quando relatam insatisfação na relação, apontam desejo de mudanças. A decisão sobre a possibilidade de um futuro em conjunto requer mudanças da parte do parceiro. Há questionamento sobre o papel masculino em situações que a mulher se responsabiliza pela tomada de decisões ou pelo sustento da casa. A mulher tem medo do abandono pelo companheiro e pensa que se o filho for soropositivo certamente ele a deixará. Consideram “*difícil alguém querer ficar com uma mulher com filhos e aids*”.

Categoria C – Valores e crenças sobre o papel feminino e masculino

Os modelos de homem, mulher e casamento que as entrevistadas têm hoje são bastante diferentes daqueles de seus pais. Analisam as atitudes de suas mães, caracterizando-as como submissas e, em sua trajetória de vida atual, apontam diferenças em seus valores. Por outro lado, desejam ter uma filha mulher por ser mais companheira ou por participar das tarefas domésticas. Enquanto seus pais acreditavam que desde que o homem mantivesse a casa poderia fazer tudo o que quisesse, hoje pensam que a mulher não depende mais do marido e, por isto, não precisam manter um casamento caso não se sintam felizes. Apontam que, quando estão em um relacionamento, homem e mulher devem dedicar-se à relação e serem companheiros.

Categoria D – Tensões na gestação

Para a maioria das mulheres, a gestação não foi planejada e a descoberta do HIV ocorreu conjuntamente. Uma planejou a gravidez para conseguir fazer laqueadura tubária e outra para ter um filho do atual companheiro. Referem preocupação com o parto, em como explicar aos amigos que não irão amamentar e se estarão bem para cuidar dos filhos. A preocupação com a transmissão do vírus ao bebê é grande e as entrevistadas tomam os medicamentos prescritos, porém, irregularmente. A vivência da sexualidade que já estava comprometida fica pior neste período, pois mencionam que “*ninguém olha para uma grávida com desejo*”. A maioria pensa que as mulheres com HIV não devem ter filhos e sentem-se culpadas pela possibilidade de o bebê nascer com o HIV.

Categorias que emergiram das entrevistas com os homens

Categoria A – Vida difícil

A maioria dos entrevistados vem de família grande. A infância foi marcada pela pobreza, trabalho, pouco estudo e dificuldades no relacionamento dos pais, com violência doméstica, infidelidade e uso abusivo de bebidas alcoólicas por parte do pai. Em alguns casos a mãe saiu de casa, levando consigo somente alguns dos filhos, pela impossibilidade financeira de sustentá-los, e outros não conheceram o pai e foram criados pela mãe ou avós. Tiveram namoros longos, mas “*não levavam muito a sério*”. Usaram preservativos ocasionalmente e relataram que não gostam ou têm a percepção de “*imunidade*”. A primeira relação se-

xual para alguns foi com uma mulher mais velha ou com prostitutas e referem ter usado ou ainda estar usando drogas. Há os que consideram erradas algumas condutas das mulheres e tentam “*colocar as pessoas no bom caminho*”. A maioria já fez ou faz uso de bebidas alcoólicas. Consideram-se muito diferentes de seus pais, principalmente quanto ao manejo dos negócios. A maioria não gosta do seu trabalho, entretanto esperam valorização com pagamento justo e cumprimento do contrato de trabalho.

Categoria B – Dificuldades no enfrentamento da doença da companheira

Os entrevistados relatam que a companheira descobriu a doença há poucos meses e foi uma decepção para o casal. A reação ao diagnóstico foi de incredulidade e culpabilização da mulher em muitos casos, pois eles não têm o HIV. Não comunicaram este fato aos amigos, mas pretendem contar à suas famílias um dia e acham que a companheira será discriminada por eles. Agradecem a Deus por não terem contraído o vírus e, relatam que se tivessem conhecimento prévio do diagnóstico, não teriam se envolvido sexualmente com elas. Consideram isso como uma traição. Em dois casais, as mulheres já sabiam ser portadoras do HIV e deixaram a situação clara desde o início do namoro, porém os companheiros quiseram continuar a relação, pois gostavam muito delas e foram motivados para a utilização do preservativo. Os outros relatam uma sensação de insegurança e que hoje “*não tem descanso mental*”. Afirmam que não têm preconceito com relação à doença da companheira. Após a descoberta do HIV da parceira, alguns passaram a usar preservativo e outros não, para demonstrar que estão ao lado da mulher ou porque o casal não gosta de usar.

Categoria C – Segurança X insegurança no relacionamento

Em geral, os entrevistados tiveram pouco tempo de convivência com a atual companheira e casaram ou foram morar juntos em função de uma gravidez ou ainda, “*sem querer*”, pois não pensavam em se casar. Acreditam que o casamento é uma rotina e causa problemas como a frequência menor nas relações sexuais e brigas. Participam das tarefas domésticas, pois ela está grávida e têm que ajudar. Sentem-se impotentes por não poderem oferecer mais conforto à família em função de problemas financeiros. Relacionam-se bem com os filhos e participam de sua educação. A relação mudou após o diagnóstico e os entrevistados vivem entre extremos: desconfiam da mulher, sentem pena, pensam em separação, têm medo das relações sexuais e a culpam em função do filho que irá nascer. Poucos relatam que gostam da companheira e querem cuidar dela.

Categoria D – Valores e crenças sobre o papel feminino

Uma parte dos entrevistados acredita que há diferenças entre “*mulher para sair e mulher para namorar*”. Definem a mulher ideal como alguém que “*não deve ser ciumenta e deve ser trabalhadeira, carinhosa, verdadeira e saber entendê-lo*”. Emerge também a percepção de que as mulheres “*são mais fracas do que os homens, por isso têm que se cuidar, não devem beber muito, pois os homens percebem e se aproveitam*”. É necessário “*moldar*” a mulher quando esta não está no bom caminho. Acreditam

também que muitos homens não têm o controle para usar preservativo com outras parceiras e acabam transmitindo doenças para a esposa.

Categoria E – Preocupações com a saúde do bebê

Para os homens a gravidez aconteceu por acaso. Se soubessem que a companheira estava com o HIV não teriam apoiado uma gestação. Alguns dos entrevistados estão insatisfeitos com a gravidez por diversos motivos: não queriam ser pais, não queriam ser pais neste momento ou já têm muitos filhos e não se consideram em condições financeiras de sustentar mais um. Preocupam-se com a saúde do bebê e pedem a Deus para que o filho não pegue o vírus. Manifestam diversas percepções acerca da gravidez: a mulher fica bonita, não gostam de pegar o bebê recém-nascido, relações sexuais na gravidez podem machucar o bebê e o homem deve ser compreensivo após o parto e aguardar um tempo para ter relações sexuais. Gostam de ter filhos e pretendem cuidar do bebê que irá nascer, saudável ou não. Há grande preocupação com relação à amamentação do filho, uma vez que sempre foram orientados sobre a sua importância. Não conversaram com médicos ou enfermeiros, sentem-se pouco informados e têm muitas dúvidas sobre o tratamento na gravidez, como será o parto e os cuidados com o bebê.

A análise dos dados sociodemográficos, em geral, reflete o perfil da epidemia do HIV e da aids no Brasil.¹⁵ Há que se considerar que no Distrito Federal a renda média no ano de 2002 girava em torno de seis salários mínimos para a população ocupada ou empregada, reafirmando a pauperização da epidemia neste grupo.¹⁶

O contexto social dos casais entrevistados é marcado pela pobreza e por dificuldades. As barreiras estruturais de classe têm estado presentes no contexto da aids e podem ser relacionadas ao baixo acesso a políticas públicas de saúde, educação e trabalho, configurando a vulnerabilidade social dos indivíduos¹⁷.

A vulnerabilidade a que estão submetidos os entrevistados, aparece em função da pobreza, da desestruturação familiar, da injustiça social, da submissão a padrões morais aceitos como verdadeiros pela sociedade e da escassa rede familiar e social de apoio.

A pergunta que norteou a execução da investigação: “De que maneira os fatores culturais de gênero podem influir no enfrentamento da sorodiferença ao HIV no período gestacional?”, mostrou-se relevante e podemos responder que a desigualdade de gênero se traduz no fator desencadeante da vulnerabilidade conjugal identificada nos relacionamentos afetivo-sexuais das gestantes entrevistadas. Fica evidente, ainda, que esta situação é potencializada no contexto de crise provocado pela descoberta da infecção pelo HIV durante a gravidez.

No contexto da aids, os padrões sexuais e conjugais estabelecidos para as mulheres são reafirmados quando esta adquire o HIV por meio do atual companheiro, pois moralmente ela está representando seu papel de esposa.¹⁸ No entanto, estes valores são colocados em xeque quando esta vem de um relacionamento anterior com parceiro soropositivo para HIV e, agora, já em uma outra relação, descobre-se portadora do vírus. Neste caso, muitas

vezes, ela está tentando reconstruir sua vida com outra pessoa e está no curso de uma gestação.

Dentre os casais entrevistados, a dinâmica do relacionamento mostrou-se instável, uma vez que os homens tendiam à culpabilização e ao julgamento moral das mulheres. Isso pode ser visualizado nos fragmentos verbais abaixo:

CASAL 1

“... ela também não se cuidou, como sempre. Mas fumava muito, bebia muito, fazia muitas besteiras, andava, transava. E dali eu fui vendo: essa pessoa precisa de alguns cuidados, alguns conselhos. Aí fui moldando de um lado e de outro. Porque eu sempre fui uma pessoa assim reservada. Eu sempre me cuidei, sempre procurei me manter dentro do padrão”. H – 1

“Pelos palavras dele, ele sempre me culpa”. M – 1

Nestes casos, a violência também se pode pronunciar levando a mulher aos limites do que poderia suportar. O casal seis é um exemplo desta possibilidade: ela sofreu agressões físicas repetidas por parte do companheiro e tentou o suicídio. Ele tem convicção de que não quer continuar a relação, porém se sente moralmente limitado e questiona se, nesses casos (a mulher ter o HIV), seria considerado realmente um abandono se ele fosse embora.

CASAL 6

“Ele passava por mim e me empurrava assim... eu detesto, odeio você. Vai embora, sai da minha vida. Você é assim... Como é que ele falava... você azarou a minha vida. Você complicou a minha vida toda... ele me dava tapa e eu caía no chão. Ele nem podia olhar para minha cara, ele me xingava... ele me pediu para voltar, entendeu. Aí ele deu uma maneirada... não está mais agredindo. Ta me tratando com mais carinho agora...”. M – 6

“Eu tomei um remédio desse, um monte, já depois dessa confusão aí, né. Aí foi que eu fui para o Hospital... e foi feita lavagem no meu estômago. Mas eu já estava grávida de quase três meses... Ah, porque do jeito que tava eu preferia morrer... Do jeito que tava as coisas, marido...”. M – 6

“... eu falei que ela podia ficar até ela ganhar o menino e tal, né. E depois a gente tomar uma decisão da vida da gente, né, da gente separar e pronto. Ela não quer a separação. Eu vou deixar de viver a minha vida então, né. Eu não vou viver na base da camisinha em relação ao sexo... não tô vendo vantagem nisso... a única vantagem que eu tô vendo nisso tudo aí é essa criança nascer sadia, é um filho que a gente vai criar”. H – 6

“Aí veio primeiro: ta grávida; depois veio o HIV. Eu tô naquela, não sei se eu abandono, se não abandono. Não sei se é um abandono que eu faço de eu querer sair fora numa situação dessa, né”. H – 6

A violência pode surgir como uma forma de restituir o status masculino afetado ou parte de seu poder¹⁹. No caso do casal citado, a mulher rompeu com a moral esperada quando descobriu que estava com o HIV, já que este é um agravo determinado socialmente por regras morais da sexualidade dominadas pelo homem. Outro aspecto de importância para o homem é a sua satisfação sexual e, neste caso, ele não obtém retorno na relação, pois não pode manter relações sexuais sem preservativo.

Mesmo após as agressões, quando ele pede que a mulher retorne ao lar, ela aceita e o considera “*um pouco mais carinhoso*”. Esta entrevistada, particularmente, não tem para onde ir se uma separação se concretizar. Sua família nuclear já foi desfeita há muito tempo e, neste momento, buscava uma relação duradoura, pois os relacionamentos anteriores lhe causaram mágoas. São caracterizados assim vários aspectos de vulnerabilidade que tornam a situação da mulher desigual e difícil de ser enfrentada.

Quando as entrevistadas se vêem em um relacionamento conturbado e sem apoio, geralmente permanecem na relação mesmo manifestando desejo de mudanças. Apesar disso, algumas delas programam uma separação para quando o bebê nascer, pois não se sentem em condições de assumir uma nova vida sozinha com os filhos durante a gestação.

No que se refere à sexualidade, as entrevistadas a vêem como expressão de amor, carinho e, também de prazer, uma vez que expressam a sensação de perda quanto à baixa qualidade das relações sexuais, a exemplo das verbalizações do casal cinco. Alguns parceiros incluem a sexualidade no tema da rotina no casamento e não se esforçam por mudanças. Outros, ainda, pensam em estratégias para manter o desejo do casal, conforme foi expresso pelo homem do casal três.

CASAL 5

“*Eu não sei se é em todas as mulheres. Mas sem estar na gravidez, se eu pudesse era todo dia. Então, ele fala assim: ah fica meio difícil... a gente acha que tem até alguém fora, né. Mas ele é assim, não é lá essa coisa, não. Não é muito bom... Eu acho assim que um homem para ficar com a mulher, ele tem que ser bastante carinhoso. Ele não é*”. M – 5

“*No caso, ela queria estar fazendo relação o tempo todo. Eu já não sou assim. Eu prefiro uma, duas, três vezes na semana, está bom demais. Agora esse negócio de o tempo todo assim entra... Aí, quer dizer, pô, são muitos anos de casado. Já pensou, todo dia? Não dá não. Sem brincadeira. Aí é cair na rotina mais rápido*”. H – 5

CASAL 3

“*... acho que fria sou eu (risos...) e brocha (risos)... eu procurei um médico pra ver se eu era normal ou se tinha algum problema comigo, e ele disse que eu tinha um bloqueio, que eu não me entregava total, que eu tinha medo de engravidar...*”. M – 3

“*Muitas vezes para estimular melhor, para romper essa, muito cedo com a parceira, aí tomava dois ou três talagadas de montilla... perde também um pouco da vergonha, o cara fica mais safado mais sem vergonha, mais ousado e pode dar mais prazer*”. H – 3

Para vários casais, o impacto do diagnóstico limita a vivência da sexualidade em função da necessidade do uso do preservativo e, também da instabilidade do relacionamento. As barreiras para a utilização do mesmo são maiores por parte dos homens. Porém, incluem as barreiras das próprias mulheres. Os motivos relacionados com essa conduta estão vinculados aos seguintes aspectos: sentir mais prazer, risco por amor e esquecimento no momento da relação.⁸ Estes resultados são compatíveis com os identificados em nosso estudo, mas emergiu outro fator, que diz respeito ao

sentimento de medo de se infectar por parte do homem, tornando a relação mecanizada e sem carinho, segundo a mulher do casal um. Já para a mulher do casal sete, esta considerava importante dar um filho ao companheiro e pedia uma prova de amor ao referir que ele não gostava dela se utilizasse o preservativo. Talvez essa postura represente uma forma de diminuir suas perdas.

CASAL 1

“*E o medo daquilo estourar. É algo que não dá para confiar. Então, você tenta se ver de todo jeito, se precaver. Então, você já vai numa coisa mais mecanizada, não é uma coisa totalmente prazerosa*”. H – 1

“*Mudou muito. E talvez tenha mudado por causa da gravidez também, né. Agora a gente transa com camisinha. Ele não gosta, ele detesta. Ele não gosta de jeito nenhum, entendeu, ele fica supernervoso por causa disso... não é igual, a mesma coisa como era mais carinhoso, mais... Sei lá, parece que tinha alguma coisa*”. M – 1

CASAL 7

“*Sem camisinha. Olha, eu continuo com medo. Mas é mais por causa dela, para não ver ela triste. Porque eu penso assim, às vezes ela pensa: pôxa, ele não me ama, ele não gosta de mim. Por isso ele está usando camisinha. A primeira vez que eu não usei, foi através disso. Que ela falou que eu não gostava dela por fazer sexo com camisinha. Aí fiz sem. Depois que terminou a relação, ela começou a chorar de arrependimento porque ela não devia ter pedido aquilo. Aí foi acontecendo, foi indo e pronto. A camisinha ficou de lado*”. H – 7

“*Eu acho muito importante dar um filho pra ele. Apesar dele já ter uma filha*”. M – 7

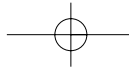
Diversas pesquisas realizadas em países industrializados mostram tendência de interrupção da vida sexual do casal após o diagnóstico, porém a maioria deles mantém a vida sexual apesar da angústia vivenciada e que se agrava para casais sorodiferentes.^{8,10} O caso do casal três, que se apresenta na verbalização a seguir, demonstra como aconteceu esta interrupção, embora tenha que se considerar que este casal já vinha com problemas afetivos no relacionamento antes do diagnóstico.

CASAL 3

“*Não, depois disso aí não teve relação mais não. Foi aquele impacto... tem dias que a cabeça fica... Não funciona. Tanto ela como eu, os dois ficaram...*”. H – 3

“*Péssimo. Agora que caiu de vez. Principalmente em sexo... Assim, parece que quando ele lembrava, aí ele brochava. O que mata a gente é a gente ficar do jeito que está com a angústia... nervoso... porque você anda nervoso demais*”. M – 3

Com base nesta análise, podemos concluir que a vivência da gestação como um fator de identidade feminina é tolhida pelo impacto do diagnóstico e pela situação de crise conjugal que se instala neste processo. Descobrir a doença e ao mesmo tempo romper com seus valores mais íntimos sobre o amor e a sexualidade torna visível a vulnerabilidade da mulher e pode desencadear um processo de desilusão e desconstrução de suas moralidades.



A construção cultural de gênero representada pelas categorias identificadas nas entrevistas das mulheres, tais como: “Valores e crenças sobre o papel feminino e masculino” e nas categorias dos homens: “Valores e crenças sobre o papel feminino” apontam que o relacionamento dos casais assume como pressuposto o modelo naturalizado da maternidade, da esposa-mãe e do cuidado para com o outro no que se refere à mulher e, do controle e racionalismo para o homem. A assunção desta idealização faz com que as atitudes no contexto do relacionamento se polarizem entre os anseios da mulher e os do homem, claramente divergentes.

Como o impacto da doença é fortemente negativo na vida dos casais, inicia-se um período de questionamentos, reflexões e dilemas a serem enfrentados. Para as mulheres, a gravidez neste momento gerou preocupação adicional e persistente, pois relembram a todo instante que o filho poderá nascer com o HIV. Para os homens, a gestação é pouco discutida e as preocupações não são com a companheira, mas se dirigem ao filho que irá nascer e, prioritariamente, com a qualidade de sua nutrição.

As percepções sobre o relacionamento conjugal são de decepção para as mulheres e de insegurança para os homens. Os relacionamentos que já vinham apresentando problemas foram colocados em xeque a partir do diagnóstico e evidenciou-se a assimetria de gênero. Nesta situação, instalou-se para as mulheres um clima de ansiedade e medo de que o companheiro a abandone, mesmo com as manifestações agressivas e julgamentos morais por parte dele. Assim, a vulnerabilidade conjugal da mulher é definida de forma contundente.

Como resposta teórica, as aproximações tradicionais das teorias éticas não se ajustam às experiências morais das mulheres e pouco contribuem para a reflexão e para a transformação em suas vidas. Isso acontece porque as vivências femininas tradicionalmente estão centradas em situações de cuidado do outro e de desilusão. Neste caso, a bioética feminista propõe mudanças na estrutura e no conteúdo dos modelos éticos de forma que estes passem a privilegiar a interação humana e as teias relacionais presentes na sociedade.⁴

A consideração sobre os princípios da autonomia e da justiça é fundamental para dirigir ações que se contraponham às assimetrias de gênero. No entanto, devemos considerar que a universalidade dos princípios éticos não abarca a diversidade de valores que está implícita na vida da mulher. Uma resposta possível seria o investimento político em estratégias que se preocupem em diminuir sua vulnerabilidade e contribuam para o processo de emancipação.

O confronto com a realidade e a vivência de conflitos requer do sujeito uma análise constante que poderíamos chamar de investigação moral. Este processo, muitas vezes doloroso, propicia o conhecimento requerido para transpor tênues limites, o que ocasiona a aceitação ou rejeição de uma situação ou posição colocada.²⁰

A partir desta reflexão, um dos primeiros confrontos que se instala é a constatação das diferenças que levam à desigualdade seja ela social, moral ou hierárquica. Consideramos que o conceito de diferença é importante no projeto filosófico do pluralismo moral e deve ser preservado. Porém, torna-se importante salientar como o acesso diferenciado ao poder mantém a mulher em situa-

ção de opressão e com autonomia reduzida.² Podemos observar nos resultados dessa investigação que a mulher é constantemente questionada e alvo de julgamento moral, processo que ocorre a partir de percepções que são eminentemente masculinas.

As mesmas teorias apontam que o âmago do feminismo enfatiza a importância da consideração igual de interesses entre homens e mulheres. Esta visão requer que qualquer investigação moral esteja alerta às diferenças relacionadas com o gênero e que o bem-estar das mulheres seja considerado tão importante quanto o dos homens²¹, no sentido de conduzir ao desenvolvimento humano.

Vários aspectos relatados pelos casais estiveram associados à satisfação ou insatisfação com o relacionamento e às perspectivas individuais e conjugais de seu desenvolvimento de vida, associados agora à situação da soropositividade para o HIV. Uma questão igualmente importante se revelou e diz respeito a como cada casal se articula e enfrenta suas dificuldades. Pôde-se perceber que esta dinâmica está centrada em recursos individuais, familiares e nas redes sociais de apoio, representada especialmente pelos serviços de saúde.

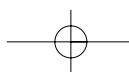
A maneira como cada casal enfrenta as dificuldades relativas à situação que vive neste contexto é única e podemos esperar que o conhecimento produzido possa participar da formulação de estratégias para o seu enfrentamento constituindo informações importantes para serem utilizadas em ações preventivas que sejam fontes de fortalecimento das pessoas para o enfrentamento da epidemia.

Mas, para que isso se transforme em ações efetivas, torna-se necessário repensar a atenção em saúde de forma ampliada, de maneira a transcender os limites da informação acerca dos aspectos clínicos, nas unidades básicas e hospitalares por onde circulam os nossos usuários. Neste sentido, a atenção integral aos casais, com uma perspectiva de gênero, é fundamental e certamente inclui a atuação de equipe multiprofissional como atores importantes para minimizar a vulnerabilidade conjugal feminina no contexto da aids.

Agradecimentos: À Secretaria de Saúde do Distrito Federal e à equipe de Saúde da Unidade Mista da Regional Sul de Saúde. Agradecemos, ainda, à Prof^a Dra Ana Magnólia Bezerra de Menezes, Tatiana Farias Moreira e Isabel Cristina Ribeiro do Grupo de Estudo em Análise de Conteúdo do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves JAL. Os Direitos humanos como tema global. São Paulo: Editora Perspectiva; 1994.
2. Guilhem D. Escravos do risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Editora da UnB; Finatec; 2005.
3. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW (Org.). A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1993.
4. Sherwin S. No longer patient: feminist ethics & health care. Philadelphia: Temple University; 1992.
5. Diniz D, Vélez ACG. Bioética feminista: a emergência da diferença. Revista Estudos Feministas 1998; 6(2): 255-263.



6. Faden RR, Kass N, Mc Graw D. Women as vessels and vectors: lessons from the HIV epidemic. In: Wolf SM (Org). *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 252-281.
7. Villela W. A disseminação do vírus entre as mulheres brasileiras. In: *Refletindo os processos educativos relacionados às DST/HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV Positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4): 12-23.
9. Oliveira RD. *Mulher e AIDS*. Rio de Janeiro: Banco de Horas/IDAC; 1998.
10. Polejack L. Projeto Com-vivência: trabalhando com casais sorodiferentes para o HIV/AIDS. In: *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Portaria Nº 59 de 28/01/2003. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Edições 70; 1977.
14. Bauer MW, Gaskell G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes Editora, 2002. [Trad: Guareschi PA].
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Relatório Brasil. 2004 Ago. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
16. Distrito Federal. Pesquisa Emprego/Desemprego. In: *Anuário Estatístico do Distrito Federal 2002: a questão ambiental do Distrito Federal*. Brasília: Editora Developer; 2002. 1 CD-ROM.
17. Mann J, Tarantola D. (Ed.). *Aids in the world II*. New York: Oxford University Press; 1996.
18. Knauth DR. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da aids. *Revista Estudos Feministas* 1997; 5(2): 292-300.
19. Segato R. *Las Estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Editora Universidad Nacional de Quilmes; 2003.
20. Held V. *Justice and care: essential readings in feminist ethics*. Colorado: Oxford Westview Press; 1995.
21. Purdy L. *Reproducing persons: issues in feminist bioethics*. New York: Cornell University Press; 1996.

Endereço para Correspondência:**ANAMARIA FERREIRA AZEVEDO**

SQN 307, Bloco F, Apto. 305.

CEP: 70746-060, Brasília, DF.

E-mail: anamfa@brturbo.com.br

Recebido em: 29/09/05

Aprovado em: 15/11/05